UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MILENA HOHMANN ANTONACCI

Avaliação de Boas Práticas em Saúde Mental na Atenção
Psicossocial

RIBEIRÃO PRETO

2015

MILENA HOHMANN ANTONACCI

Avaliação de Boas Práticas em Saúde Mental na Atenção
Psicossocial

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica:
políticas, saberes e práticas.

Orientador: Toyoko Saeki

RIBEIRÃO PRETO

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Antonacci, Milena Hohmann

Avaliação de Boas Práticas em Saúde Mental na Atenção Psicossocial . Ribeirão Preto, 2015.

212 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Toyoko Saeki

1. Saúde Mental. 2. Avaliação de Serviços de Saúde. 3. Serviço de Saúde Mental Comunitário. 4. Boa Prática. 5. Enfermagem Psiquiátrica.

ANTONACCI, Milena Hohmann

Avaliação de Boas Práticas em Saúde Mental na Atenção Psicossocial

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico este trabalho a todos aqueles que acreditam e lutam, diariamente, na construção de uma sociedade livre das amarras de todos os manicômios: os físicos, os químicos e os mentais.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora **Professora Doutora Toyoko Saeki** por compartilhar comigo ensinamentos de quem viveu, presencialmente, uma história que até então eu só conhecia pelos livros. Obrigada pelo acolhimento, carinho, amizade e cafés compartilhados!

À **Professora Doutora Luciane Prado Kantorski** por ser meu exemplo de enfermeira, professora, militante e mulher. Luciane, tua valiosa amizade e teu colo sempre são um estímulo e conforto para seguir em frente. Obrigada por tudo!

Ao **Professor Doutor Massimiliano Minelli** por aceitar o desafio de me receber no Programa de Doutorado Sanduiche. Max, obrigada por todo o apoio enquanto estive em Perugia, as trocas que me proporcionastes foram muito importantes no meu processo de formação.

À **Università degli Studi di Perugia** - Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione - por acolher o desenvolvimento de parte da minha pesquisa.

Aos meus pais, **Luiz Augusto e Maria Elisabete** pelo amor e suporte incondicional. Sem vocês ao meu lado nada disso teria sentido! Amo vocês mais que a mim mesma!

À minha irmã **Karina** que chegou em minha vida com a promessa de que seria uma amiga para toda vida e que estaríamos sempre juntas... E não é que era verdade?! Minha irmã, minha amiga, minha confidente, te amo!!!!

À minha amiga **Ariane da Cruz Guedes**, pela generosidade e apoio incondicional nos momentos que tudo parecia tão impossível. Ari, sem teu suporte muitas coisas teriam ficado pelo caminho, obrigada pela tua amizade tão sincera e presente na minha vida.

Ao meu querido **Jandro Moraes Cortes**, pela amizade construída desde o tempo da graduação que nos permite compartilhar preciosidades de vida. Tu serás sempre meu best roommate!

Às amigas construídas nos anos de doutorado, em especial à **Mellina Calori, Marcela Popolin e Silvana Marchetti**, que encheram de carinho e acolhimento os anos que passei em Ribeirão Preto. Gurias, obrigada pelas nights, chopps, hospedagens, risadas, compras, e cada momento que compartilhamos!

À Casa Baglioni: **Dalila, Ahmed, Laura, Manuel, Benedetta e Alex** por terem se tornado minha família italiana. Grazie Ragazzi!

Ao **Centro di Salute Mentale di Gubbio** por me oportunizarem aprender *in locu* como é cuidar em liberdade.

À equipe do CAPS Nossa Casa de Joinville - Santa Catarina, produtores de Boas Práticas, obrigada pela disponibilidade e acolhimento que permitiram a realização da pesquisa de campo e a construção da pesquisa CAPSUL e deste trabalho.

Ao **Grupo de Estudos Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP pelas possibilidades de discussões durante o período em que cursei o doutorado.

Ao **Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva** pela possibilidade de seguir compartilhando e aprendendo com este grupo o qual tenho tanto carinho e me sinto tão parte.

Ao **Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP** pela oportunidade de cursar o doutorado em uma instituição de reconhecida qualidade.

Ao **CNPq** e à **CAPES** por terem possibilitado, através da concessão das bolsas, minha dedicação exclusiva aos meus estudos para a realização desta pesquisa e do doutorado sanduiche.

Per poter veramente affrontare la "malattia", dovremmo poterla incontrare fuori dalle istituzioni, intendendo con ciò non soltanto fuori dall'istituzione psichiatrica, ma fuori da ogni altra istituzione la cui funzione è quella di etichettare, codificare e fissare in ruoli congelati coloro che vi appartengono. Ma esiste veramente un fuori sul quale e dal quale si possa agire prima che le istituzioni ci distruggano? (Franco Basaglia, 1968)

RESUMO

ANTONACCI, M. H. **Avaliação de boas práticas em saúde mental na atenção psicossocial**. 2015. 212 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

A partir do redirecionamento do modelo assistencial no Brasil emerge a necessidade de discussão da reinvenção de práticas alinhadas com o cenário de transformações. As práticas agora devem se desenvolver no sentido de superar o isolamento das grades, dos muros e das chaves, do apagamento do sujeito, da supressão de sintomas e das personalidades dos sujeitos em sofrimento psíquico. Diante disso, é que este estudo tem como objetivos avaliar boas práticas em saúde mental na atenção psicossocial no contexto de um município da região Sul do Brasil. Para tanto, organizou-se como uma pesquisa avaliativa construtivista, com enfoque responsivo, a medida que desenvolve um consenso crítico entre os grupos de interesse. Está baseada na Avaliação de Quarta Geração, proposta por Guba e Lincoln (2011), que emerge como opção metodológica e se articula com o referencial teórico das “Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária”, proposto por Thornicroft e Tansella (2010). Este é apresentado de modo a identificar boas práticas na saúde mental, com base na articulação de 3 eixos indispensáveis e indissociáveis: a **ética**, como princípio fundamental que deverá orientar o planejamento, a assistência e a avaliação dos serviços. A **evidência** deve embasar as intervenções e serviços. E a **experiência** como uma evidência do que vem sendo produzido nas experiências locais e regionais de organização da rede de serviços. Como resultado do processo as práticas de Acolhimento, Projeto Terapêutico Singular e Transferência de Cuidados emergiram para discussão. O Acolhimento torna-se concreto nas ações da Porta Aberta, e significa escuta qualificada no momento em que a necessidade emerge, além de representar a oferta de atenção de qualidade baseada no processo relacional que fortalece o estabelecimento de vínculos e a construção de projetos de vida. O Projeto Terapêutico Singular apresenta-se como uma boa prática, a medida que é capaz de dar resposta singularizada e individualizada às necessidades do sujeito, de modo a oportunizar como resultado uma pessoa capaz de andar na vida. É definido de forma compartilhada entre equipe, usuário e família, segundo os objetivos terapêuticos para cada sujeito, e utiliza o técnico de referência, as mini equipes, as oficinas terapêuticas, os grupos terapêuticos, as assembleias, enfim, ofertas e propostas que permitem ao sujeito retomar o envolvimento com os espaços da cidade, no caminho da produção de vida. Com relação à Transferência de Cuidados, esta possibilita ao sujeito que vive o processo não só circular em uma rede de serviços, mas, acima de tudo, buscar, com suporte dela, sua emancipação. Para tanto, investe em práticas que estimulem a autonomia dos sujeitos, por meio de instrumentos como o Acompanhamento Terapêutico, Grupo de Apoio à Alta, espaços de decisões e discussões, estímulo à busca e resolução de problemas, atividades de reconhecimento dos espaços da cidade, transporte, cultura e lazer. Além disso, investe nas ações com a Atenção Básica, a partir do Apoio Matricial com processos de formação continuada com as equipes, e mapeamento da situação da saúde mental nos territórios. Ao final deste estudo, é possível concluir que o modelo de atenção psicossocial demonstrou potencialidade de produzir boas práticas na atenção à saúde mental, e que estas tem transformado a vida dos sujeitos em sofrimento psíquico, bem como tem auxiliado no processo de reconquista de espaços sociais.

Palavras - Chaves: Saúde Mental; Avaliação de Serviços de Saúde; Serviço de Saúde Mental Comunitário; Boa Prática; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

ANTONACCI, M. H. **Evaluation of best practices in mental health in psychosocial care**. 2015. 212 f. Thesis (PhD) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

The redirection of the care model in Brazil raises the need to discuss the reinvention of practices in tune with the scenery of changes. The practices must now be developed in order to overcome the isolation of bars, walls and keys, the deletion of the subject, the suppression of symptoms and the personalities of individuals in psychological distress. Given this, the present study aims to evaluate best practices in mental health in psychosocial care in the context of a city in Southern Brazil. To do so, it is organized as a constructivist evaluation research, with a responsive approach, as it develops a critical consensus among stakeholders. It is based on the Fourth Generation Evaluation, proposed by Guba and Lincoln (2011), which emerges as a methodological option and articulates with the theoretical framework of "Best Practice in Community Mental Health" proposed by Thornicroft and Tansella (2010). This one is presented in order to identify best practices in mental health based on the articulation of three indispensable and inseparable pillars: **ethics**, as a fundamental principle that should guide the planning, assistance and assessment of services; **evidence**, which must base the interventions and services; and **experience**, as an evidence of what is being produced in the local and regional experience of organizing network services. As a result of the process, Welcoming practices, Singular Therapeutic Project and Transfer of Care emerged for discussion. The Welcoming becomes concrete in the actions of the Porta Aberta project, and it means qualified hearing at the moment the need arises, besides representing the offer of quality care based on the relationship process that strengthens the bonds and the construction of life projects. The Singular Therapeutic Project is presented as best practice, as it is able to give individualized responses to the needs of the subject in order to create, as a result, a person who is able to walk through life. It is set in a shared manner among staff, user and family, according to the therapeutic goals for each subject, and it uses the reference technician (or professional), the mini teams, therapeutic workshops, therapeutic groups, assemblies, in other words, any offers and proposals which allow the subject to resume the engagement with the spaces of the city, on the way to production of life. Regarding the Transfer of Care, it enables the person who lives the process not only to have access to a network of services but, above all, to seek their emancipation through its support. To do so, it invests in practices that encourage the subjects' autonomy, using instruments such as the Therapeutic Monitoring, Patient Discharge Support Group, spaces for decisions and discussions, motivation for searching and solving problems, recognition activities of city areas, transport, culture and leisure. In addition, it invests in actions with the Basic Health Care, based on the matrix support with processes of continuing education with the teams and mapping of the mental health situation in the territories. At the end of this study, the conclusion was that the psychosocial care model showed capability of producing best practices in mental health, and these have changed the lives of individuals in psychological distress, and have helped in the process of conquering social spaces again.

Key Word: Mental Health; Health Services Evaluation; Community Mental Health Services; Best Practice; Psychiatric Nursing

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gráfico de inversão da proporção dos gastos federais extra-hospitalares em relação aos gastos totais do Programa de Saúde Mental.....	25
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modelo de Matriz.....	39
Quadro 2 - Níveis de Evidência Científica.....	62
Quadro 3 - Instrumento de análise de buscas.....	66
Quadro 4 - Síntese da Revisão Integrativa.....	67
Quadro 5 - Síntese do grupo de validação com a equipe do CSM de Gubbio.....	94
Quadro 6 - Território e mini equipes do CAPS II de Joinville.....	104
Quadro 7 - Visão geral do modelo de matriz, com as principais questões sobre as dimensões lugar e tempo.....	106
Quadro 8 - Visão geral do modelo de matriz, com as principais questões sobre as dimensões lugar e tempo, adaptada ao contexto local.....	107
Quadro 9 - Atividades desenvolvidas pelo CAPS II de Joinville.....	143
Quadro 10 - Apresentações temáticas e discussão do Grupo de Alta.....	171

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Círculo Hermenêutico Dialético.....	48
Figura 2 - Esquema de Coleta de Dados.....	49
Figura 3 - Localização da Comune di Gubbio.....	86
Figura 4 - Corsa dei ceri.....	87
Figura 5 - Mapa dos distritos sanitários da Azienda USL Umbria 1.....	88
Figura 6 - Localização do município de Joinville.....	100
Figura 7 - Mapa da cidade de Joinville e a cobertura dos CAPS II e III.....	104

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	14
2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	21
3 OBJETIVOS	
3.1 Objetivo geral	36
3.2 Objetivos específicos	36
4 REFERENCIAL TEÓRICO	
4.1 O Campo da Avaliação de programas e serviços de saúde.....	37
4.2 A Avaliação de Quarta Geração.....	49
4.3 A Ética da Saúde Mental no Brasil	49
4.3.1 A ética da Atenção Psicossocial.....	52
4.4 Prática Baseada em Evidências.....	60
4.5 Práticas Baseadas em Experiências.....	72
4.5.1 A experiência italiana - Umbria – 40 anos de Reforma Psiquiátrica.....	79
5 PERCURSO METODOLÓGICO	
5.1 Procedimento para coleta de dados.....	96
5.2 Princípios Éticos.....	96
5.3 Os Cenários da pesquisa.....	99
5.4 Procedimento para análise dos dados.....	104
6 BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE.....	107
6.1 Acolhimento.....	110
6.2 Projeto Terapêutico Singular.....	123
6.3 Transferência de Cuidados.....	154
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	182
REFERÊNCIAS.....	187
ANEXOS.....	203
APÊNDICES.....	111

1 Apresentação

As mudanças nos modelos assistenciais de saúde vêm ocorrendo, não só em cenário nacional, mas de forma globalizada, aumentando o acesso e a qualidade da atenção ofertada. Além disso, a territorialização aproxima o serviço de saúde da realidade da população favorecendo o cuidado equânime e participativo.

Na área de saúde mental as rupturas éticas-estéticas também produziram formulações políticas e importantes inovações das práticas assistenciais. Estas mudanças incluem uma profunda reorientação dos princípios que norteiam o entendimento sobre o sofrimento psíquico, resultando na necessidade de pensar em um planejamento de cuidado consonante com uma ética que reposiciona o sujeito em sofrimento e transforma os padrões de oferta de cuidado.

Por acreditar que alguns pontos propostos por este novo paradigma de atenção à saúde mental, já estão consolidados, especialmente em termos de políticas de reorientação de modos de atenção, mas que ainda existe um caminho a percorrer em termos de práticas que se oponham ao asilo, proponho uma avaliação do que vem sendo produzido nos serviços substitutivos ao manicômio, no sentido de apontar as boas práticas em saúde mental dentro do contexto da atenção psicossocial. Ao fazê-lo pretendo avançar em discussões acerca das avaliações críticas sobre as boas práticas em saúde mental.

Entendo que os saberes e práticas em saúde mental também são resultados de construções históricas, articuladas com processos sociais característicos de cada época, e que após longos anos de hegemonia, a psiquiatria tradicional não responde mais às necessidades de saúde da nossa época, sendo necessária a consolidação de um novo modelo ético, político e ideológico, fundamentado em evidências científicas e na experiência dos sujeitos que o compõe, e que seja contrário ao asilo e à sua tecnologia.

Assim, ao apresentar as opções em relação aos caminhos que serão percorridos neste trabalho, deixo claro que este é um estudo que não se pretende neutro, pois devido às minhas experiências junto ao sujeito em sofrimento psíquico, pude construir claramente um posicionamento que me leva a acreditar que é possível cuidar sem a presença do manicômio ou seu substituto reformado, o

Hospital Psiquiátrico. Acredito, pois, em um sistema de cuidado que se organiza essencialmente no território, e que respeita as individualidades dos sujeitos.

Este posicionamento oposto, ao manicômio, é resultado do percurso profissional que tenho feito desde a graduação, quando já no primeiro semestre, durante uma disciplina, fiz uma visita ao hospital psiquiátrico de minha cidade. O professor, depois de algumas orientações sobre como deveríamos nos comportar, que incluía não deixar os pacientes se aproximarem muito, foi abrindo todas as portas que levavam a um enorme salão, cheio de pessoas que caminhavam de um lado para o outro. Logo que a porta se abriu muitos vieram ao nosso encontro, me recordo que pareciam felizes em ver-nos. A visita foi curta, entramos, olhamos e saímos. Mas duas coisas me chamaram muito a atenção: a primeira é que tinham duas pessoas amarradas aos bancos do salão e a segunda é que quando fomos embora muitos vieram atrás de nós pedindo para sair junto. Naquele dia pensei que jamais trabalharia com saúde mental.

Contudo, o olhar daquelas pessoas mexeu com alguma coisa dentro de mim, e iniciei um caminho de leituras sobre a doença mental. No sétimo semestre da faculdade cursei a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, que incluía estágios curriculares no Hospital psiquiátrico. A partir de então, com a intenção de poder intervir de alguma forma sobre a realidade do sujeito em sofrimento psíquico, inseri-me no Projeto de Extensão denominado “Internato de Enfermagem Psiquiátrica”, o qual era realizado no mesmo hospital. Este projeto consistia em atividades de estudos sobre psiquiatria, junto a um preceptor, e realização de diferentes atividades de grupos no hospital para os usuários que estavam internados. Os grupos, em geral, eram de expressão de sentimentos através de desenhos e conversas, além de grupos de pinturas e artesanato, nos quais todos os internos poderiam participar.

Essa experiência aumentou em mim a inquietação sobre a forma como eram tratadas as pessoas naquele espaço. Cada dia que eu precisava abrir e fechar aquelas portas me sentia compactuando com tudo que acontecia lá dentro. Eu sabia que ao fechar a porta eu separava as pessoas que ficavam lá dentro do mundo real, e as confinava em um espaço paralelo de despersonificação e violência. Não raro, quando eu deixava o salão, onde eram realizadas as atividades, a cena de anos atrás se repetia e alguém vinha atrás de mim pedindo “deixa eu ir embora junto?”.

Vi, naquele local, práticas de isolamento, de contenções físicas nos bancos do salão, e de violência psicológica, que nem sabia serem possíveis.

O espaço onde as pessoas internadas ficavam o dia inteiro era um salão grande, em que ficavam ociosos, andando de um lado para o outro, fumando, andando, fumando, andando... A música ambiente era alta, em um nível “enlouquecedor”. Era possível observar que o afastamento social, aos poucos, levava ao esquecimento, uma vez que frequentemente em dias de visita muitos ficavam sós, pois a família já não vinha mais visitar, ou, então, porque nos primeiros 10 dias uma das normas do hospital era restringir as visitas dos familiares. Tudo isso sempre encarado pela equipe, e até pelos internos, em seus “corpos dóceis” (FOUCAULT, 1987), com certa normalidade e inclusive entendido como parte do que denominavam “tratamento”.

Com minhas inquietações crescendo a cada dia, comecei a estudar cada vez mais sobre outras possibilidades de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, que não estivessem centradas na despersonalização e violência, as quais eu assistia diariamente dentro do hospital psiquiátrico. Comecei a participar do Grupo de Pesquisa “Enfermagem Saúde Mental e Saúde Coletiva” e neste grupo fui apresentada a outra possibilidade de atenção ao sujeito em sofrimento psíquico. Compartilhando de leituras e ensinamentos, enfim encontrei, no modo de atenção psicossocial, acomodações para uma parcela dos meus questionamentos.

Desenvolvi em meu trabalho de conclusão de curso intitulado “Saúde Mental na Atenção Básica: Expectativa e Anseios de uma Comunidade” (ANTONACCI, 2009; ANTONACCI; PINHO, 2011), um projeto de pesquisa que possibilitava e difundia as ideias do cuidado em liberdade, e da (re)inserção do sujeito em sofrimento psíquico em seu território, a partir de um cuidado continuado na atenção básica, pela Equipe de Saúde da Família.

Entendo que a partir da elaboração do meu trabalho de conclusão de curso, minhas percepções acerca do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, na forma de uma rede de serviços substitutivos, ficaram mais solidificadas. Hoje, consigo compreender que através desta forma de atenção é possível construir propostas de assistência ao sujeito em sofrimento psíquico capazes de atender às demandas desta população de forma mais qualificada, possibilitando o cuidado em liberdade.

Ao final da graduação fui selecionada para trabalhar no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS “Nossa Casa”, no município de São Lourenço do Sul/RS, o que me deu a oportunidade de trabalhar em um serviço que faz parte da história da Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo este o segundo CAPS, reconhecido no Brasil e o primeiro no estado do Rio Grande do Sul.

Inserida neste serviço de atenção à saúde mental, tive a oportunidade fazer parte e vivenciar a realidade de um serviço territorial preocupado com todo o processo de reabilitação dos usuários que ali transitam. Além disso, este serviço pauta seu atendimento em uma tradição de atenção a transtornos psíquicos graves em regime aberto, desde agosto de 1988, demonstrando possibilidades de olhar e tratar com respeito, integridade, promovendo resultados extremamente positivos no que tange a reinserção social dos sujeitos.

Acredito que meu amadurecimento pessoal me levou à aproximação com a pesquisa, surgindo a oportunidade de realizar o mestrado acadêmico, onde pude construir um maior aprofundamento teórico sobre as questões ligadas à saúde mental.

Durante esse processo, destaco a importância da minha participação no projeto “Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (KANTORSKI et al., 2009)”¹ o qual me possibilitou aprender e apreender mais sobre novas formas de cuidar na lógica da atenção psicossocial, a partir da minha participação em diferentes momentos do trabalho, desde a concepção teórica do projeto, passando pelas oficinas de capacitação para o entendimento da metodologia e dos conceitos que permeariam a pesquisa e facilitariam a entrada em campos, coleta de dados das etapas quantitativas e qualitativas do projeto, organização e análise dos bancos de dados, discussão dos resultados obtidos com o grupo de pesquisa, até a redação de parte do relatório final da pesquisa. Tal experiência me oportunizou um crescimento importante, não só

¹ A pesquisa Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial foi financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, através do edital 33/2008 CNPq em parceria com o Ministério da Saúde e teve como objetivos avaliar experiências inovadoras em composição de redes de atenção psicossocial na região sul do Brasil.

com relação ao aprofundamento teórico no campo da saúde mental, mas também como aprendiz no campo da pesquisa, possibilitando a vivência enquanto pesquisadora.

Por meio desta pesquisa conheci municípios que contam com diferentes dispositivos, componentes de redes muito bem estruturadas que possibilitam, por meio de atores, fortemente engajados com a reforma, a construção de práticas singulares, com vistas a produção de cuidados em saúde mental que respeitam as diferenças, que garantem o direito ao tratamento e, também, sua recusa, onde o sofrimento psíquico não representa exclusões, mas sim a crença de que uma vida digna é direito de todos. Essa experiência me fez pensar na importância dos processos de trabalho para a efetivação de mudanças sociais.

Assim, desenvolvi minha dissertação de mestrado, intitulada “Trabalhadores do Serviço Residencial Terapêutico: atores na reconstrução da vida fora dos muros do manicômio” (ANTONACCI, 2011). Esta teve como objetivo compreender o processo de trabalho dos profissionais do Serviço Residencial Terapêutico, suas potencialidades e limites para a reconstrução da vida do morador fora dos muros do manicômio. O estudo utilizou como referencial teórico o Processo de Trabalho, segundo a perspectiva marxista, uma vez que entendo que as mudanças que vem ocorrendo nos modelos assistenciais de saúde, dependem mais da produção da saúde que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho, do que de políticas públicas e leis instituídas pelos governos. Foi realizado um estudo de caso, com abordagem de investigação qualitativa, realizada a partir dos dados do campo do grupo de interesse de seis trabalhadores, entrevistados de acordo com roteiro predefinido e registros dos diários de campo, totalizando 700 horas. Os dados foram coletados no mês de maio de 2010, em um Serviço Residencial Terapêutico e em uma Morada Assistida. A análise dos dados foi realizada a partir das categorias analíticas que emergiram do marco teórico-metodológico – Processo de trabalho – buscando-se identificar as concepções acerca de objeto, instrumentos e finalidade do trabalho dos profissionais do Serviço Residencial Terapêutico. A análise dos processos de trabalho dos profissionais do SRT demonstrou uma nova construção acerca dos elementos do processo em saúde mental. O objeto de trabalho, o sujeito em sofrimento psíquico, agora é visto como um objeto ampliado, pertencente a um território, a um grupo familiar, e social.

Com relação aos meios/instrumentos de trabalho foi possível identificar a utilização de um amplo arsenal de meios/instrumentos que sustentam as mudanças propostas pelo novo modo de atenção em saúde mental, baseadas no saber psicossocial, na utilização do encontro da cidade com a loucura, e na apropriação do entendimento da loucura enquanto um modo diferente de relação com o mundo, que exige modos diferentes de inserção. Essa percepção busca efetivar a substituição dos manicômios pela liberdade de circular pela cidade, num movimento de reconstrução da vida fora dos muros do manicômio.

Assim, o estudo discutiu acerca dos processos de trabalho no SRT, enquanto espaço que propõe o desafio da desconstrução de formas tradicionais e hegemônicas de clinicar, de cuidar e morar, considerando todas as possibilidades que o encontro da loucura com a cidade é capaz de apresentar. Ao final demonstrou que o SRT não é apenas um serviço institucional de retorno a uma casa, ao contrário é um espaço de moradia que busca a desinstitucionalização dos sujeitos, e que, por isso, deve estar pautada em processos de trabalho que possibilitem a conquista dos espaços territoriais e todas as possibilidades diante da descoberta ou redescoberta de novas trocas, de novas relações e de novos desejos a serem realizados, na reconstrução da vida, tendo a figura do trabalhador como parceira e mediadora na trilha por esses caminhos inesperados, que incluem avanços e retrocessos.

Diante dos achados da dissertação de mestrado passei a me questionar sobre as práticas que têm sido ofertadas nos serviços de saúde mental comunitários, as quais tem o potencial de apontar e produzir mudanças na vida dos sujeitos. E entendendo que o Brasil tem uma organização política de saúde mental que prevê atenção em todos os níveis e para uma diversidade de sujeitos, já alcançamos as garantias legais, de constituição de serviços para promover a desinstitucionalização. Contudo, acredito que ainda precisamos investir mais na constituição de práticas em saúde mental alinhadas às políticas, uma vez que são estas que efetivamente produzem mudanças na vida dos sujeitos em sofrimento psíquico. Com isso, pensar sobre as práticas, produzidas no contexto da saúde mental, me parece questão relevante para favorecer a consolidação de uma atenção em saúde mental de qualidade ao sujeito em sofrimento psíquico.

Estas reflexões me levaram a escolha por trabalhar com a avaliação de boas práticas em saúde mental na atenção psicossocial. Para tanto, esse estudo foi dividido em capítulos delimitados de modo a facilitar a compreensão do leitor sobre o todo. O capítulo 1 denominado *Construção do objeto de estudo* aborda alguns dos conceitos que sustentarão teoricamente o objeto desta tese, como os conceitos que amparam a atenção psicossocial, enquanto arcabouço das práticas em saúde mental no Brasil, além de apresentar conceitualmente o que neste trabalho entendo por boas práticas em saúde mental. O capítulo 2 apresenta os *Objetivos* que nortearam o estudo. O capítulo 3 consiste na exploração do *Referencial Teórico* que norteia e fundamenta esta tese, evidenciando os pilares que sustentam a questão da avaliação em saúde mental e a produção de práticas **Éticas, Baseadas em Evidências científicas e nas melhores Experiências disponíveis no contexto do Brasil e do mundo**. A seguir é apresentado o relato da experiência da minha participação no Programa de Doutorado Sanduiche no Exterior (PDSE/CAPES), em que estive inserida em uma rede de saúde mental da região da Umbria, na Itália e sua contribuição para análise das boas práticas em saúde mental. O capítulo 4 descreve o *percurso metodológico*, em que está apresentado o cenário do estudo e as opções metodológicas que orientaram a coleta dos dados para a construção deste estudo. No capítulo 5 apresento a análise dos dados desta tese, e por fim, o último capítulo traz algumas as considerações finais deste estudo.

2 Delimitação do Objeto de Estudo

Este trabalho consiste em um estudo avaliativo sobre boas práticas na atenção à saúde mental, especificamente, nos serviços que compõe legalmente o arcabouço teórico e prático da reforma psiquiátrica.

Estes serviços, considerados substitutivos ao manicômio, abrem novas possibilidades de vivenciar o sofrimento psíquico, que não mais inclui a limitação ao estatuto de periculosidade e agressividade a ser reprimida. Ao contrário buscam garantir novos lugares de cuidado, de trocas, de sociabilidade, construindo um cenário de mudanças para a produção de uma nova realidade capaz de desenvolver respostas adequadas às necessidades diversificadas dos usuários.

O sofrimento psíquico atinge cerca de 20-25% da população mundial, em algum momento, durante a sua vida, tendo um impacto importante na qualidade de vida dos indivíduos e famílias. De acordo com algumas pesquisas no ano de 2000 o sofrimento psíquico foi responsável por 12% do total de anos de vida ajustados por incapacitação (AVAI) perdidos², e estima-se que até 2020, o peso dessas doenças terá crescido para 15%. Contudo, mesmo diante destes números, estudos apontam que em quase todos os países, a organização da rede de serviços comunitários enfrenta barreiras de consolidação de práticas fora do asilo, deixando grande parte das pessoas sem tratamento qualificado (GONÇALVES, VIEIRA, DELGADO, 2012; THORNICROFT; TANSELLA, 2008; PRINCE et al., 2007; OMS, 2001).

É fundamental compreender as barreiras que dificultam a consolidação de mudanças, e a incorporação de boas práticas em saúde mental comunitária, a fim de organizar estratégias de enfrentamento para a superação destas. Benedetto Saraceno tem destacado em alguns textos (2014; 2007) barreiras, que emergiram após algumas pesquisas realizadas por ele e sua equipe com lideranças na saúde mental internacionalmente reconhecidos. A partir dos levantamentos são centrais nesta discussão, as seguintes questões:

² Cálculo que melhor representa a carga global de transtornos mentais - Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade - *Disability-Adjusted Life Years* – DALY (Murray, Lopes, 1996; WHO, 2001). O índice DALY leva em consideração os anos perdidos devido à morte prematura, juntamente com anos de vida perdidos decorrentes de desabilidade.

Barreira #1: Financiamentos insuficientes para os serviços de saúde mental

De acordo com os autores os desafios que se impõe para superar esta barreira estão ligados a percepção de que os indicadores de saúde mental ainda são muito frágeis, acarretando em uma defesa inconsistente e não muito clara do que se pretende e aonde se quer chegar no cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. Além disso, a falta de indicadores leva a crença de que o cuidado não tem boa relação custo benefício. Aqui acredito que é importante localizar este estudo que ao avaliar boas práticas em saúde mental, pretende, de alguma forma contribuir com esta discussão, fortalecendo as evidências de que o cuidado realizado no território, traz maiores benefícios tanto para o usuário, diminuindo o estigma e a iatrogenia produzida pelos manicômios em relação ao custo efetividade.

Além disso, os autores pontuam como desafio superar o fato de que as pessoas em sofrimento psíquico não formam *lobby*, não atraem interesse público e sofrem com o estigma social. Este desafio emerge no sentido de fazer frente aos defensores de grandes instituições psiquiátricas defendem interesses dos proprietários dos hospitais, que, em geral, tem acesso a um nível de poder político, que muitas vezes trabalhadores e usuários não tem.

Barreira #2: Recursos de saúde mental destinados à grandes centros e instituições de grande porte

Aqui situam-se fatores problemas como: a dependência histórica dos hospitais psiquiátricos, uma vez que é o modelo hegemônico, e por isso, mais socialmente conhecido; a fragmentação da responsabilidade pela saúde mental entre os diferentes setores do governo; diferenças de prioridades entre as diferentes esferas de governo; interesses pessoal das equipes, que trabalham nos hospitais, na continuidade dos grandes hospitais; riscos políticos de fechamento de grandes instituições, que no cenário brasileiro está fortemente ligado a alguns setores, que compõem a indústria da loucura, que iniciou no período da ditadura militar e ainda hoje, infelizmente, se mantém; e a necessidade de financiamento transitório para mudar o cuidado baseado na comunidade, dividindo os parques recursos destinados à saúde mental entre os serviços comunitários e os hospitais psiquiátricos.

Barreira #3: Dificuldade de integração efetiva entre serviços de saúde mental e a atenção primária

Saraceno et al. (2007) chamam a atenção para este ponto, pois parece ser uma questão bastante central para os avanços do cuidado no território, que é a sobrecarga dos profissionais da atenção primária, que em geral, já tem que dar conta de uma série de programas, muitas vezes sem estrutura física e de pessoal, o que acaba “inchando” os processos de trabalho da equipe. Além disso, existe a reivindicação dos profissionais por capacitações na área e supervisão clínico institucional, o que ajudaria no manejo e acompanhamento dos casos encaminhados/atendidos na atenção primária. Por fim, a questão das medicações, que muitas vezes não são prescritas por médicos clínicos gerais, pois os mesmos não se sentem aptos para tal, ou a ausência de médico na unidade, ou ainda a dificuldade de conseguir consultas com o médico da unidade de atenção primária, é um entrave importante para o encaminhamento de usuários dos serviços especializados em saúde mental para os serviços de atenção primária. Estes fatores impedindo a coresponsabilização de um cuidado entre os diferentes níveis de atenção.

Barreira #4: Número reduzido de trabalhadores na saúde mental, com pouca variedade de profissionais, que, em geral, são de formação psiquiátrica, restringindo o leque de intervenções em uma área que requer intercâmbio de saberes com diferentes áreas do conhecimento.

Esta barreira, apontada pelos autores, é uma realidade bastante presente no cenário brasileiro, que busca, diariamente, superar as condições precárias de trabalho em grande parte dos serviços de saúde mental no território, bem como a falta de estrutura e incentivo em áreas afastadas dos grandes centros. Além disso, um entrave muito forte é a questão da formação dos profissionais da área que ainda é realizada em hospitais psiquiátricos, o que acaba influenciando diretamente nas práticas destes profissionais, que seguem alinhadas à visão centrada na doença e restritos a intervenções de asilamento e medicamentosas, mesmo quando operam em serviços substitutivos.

Barreira #5: Os representantes do setor da saúde mental ainda não estão fortalecidos em termos de gestão e experiência em saúde pública.

Para os autores, os líderes em saúde mental ainda estão muito treinados para o manejo clínico de necessidades individuais e não ampliaram, suficientemente, seu olhar para o nível da população, para a atenção no território. Isto decorre da

formação em saúde pública ainda não incluir completamente a saúde mental em seu escopo, e de ainda ser inicial o intercâmbio de conhecimento entre as áreas, resultando em profissionais essencialmente clínicos sobrecarregados com atendimentos individuais, gestão administrativa dos serviços e prática privada.

Barreira #6: Fragmentação entre grupos de defesa da saúde mental

Diferenças conceituais e práticas entre os próprios trabalhadores em saúde mental, especialmente sobre diagnósticos de tratamentos, é um entrave na consolidação do novo paradigma. Os autores acreditam que é necessário maior investimento em indicadores de *outcome* que demonstrem a efetividade da atenção em saúde mental no território. A partir de dados concretos, os autores acreditam que a gestão pública tende a investir mais nas ações de base comunitária, características do modo psicossocial.

Estudos apontam que é necessário investir, particularmente em indicadores de *outcome* no nível individual, uma vez que os serviços de saúde mental comunitários estão particularmente organizados neste nível, mas raramente são avaliados nele (THONICROFT, TANSELLA, 2010; SARACENO et al., 2007). Na visão dos autores o principal propósito dos serviços de saúde mental é otimizar os resultados para os indivíduos em sofrimento psíquico, portanto, as análises sobre entrada e processo nos níveis nacionais e locais, só interessam se contribuirão direta ou indiretamente para a melhora dos resultados individuais.

Contudo, as pesquisas em saúde mental ainda estão mais concentradas nas entradas, como orçamento, equipes, número de serviços, relações de trabalho, políticas e regulações; e em alguns processos, como atividades clínicas e não clínicas. Em outras áreas da saúde os indicadores de *outcome*, especialmente em nível local, já vem sendo amplamente utilizados, permitindo que os usuários dos serviços de saúde possam sustentar suas escolhas de tratamento. Além disso, estes indicadores de resultado no nível individual, permitem que os gestores tenham uma visão mais clara sobre as necessidades de alocação de recursos (THONICROFT, TANSELLA, 2010).

Ainda sobre a fragmentação de posições sobre o cuidado em saúde mental, penso que é importante refletir a respeito deste ponto, uma vez que, a meu ver, temos desperdiçado ainda muito tempo em discussões acerca de qual modelo é

mais adequado. Algumas associações, especialmente as que representam interesses médicos e da indústria farmacêutica, insistem em polemizar acerca desta discussão, que já deveria estar superada, uma vez que, na década de 1970, iniciamos esta discussão a respeito de modelos de atenção em saúde mental, a qual encerramos, definitivamente, em 2001, com a aprovação da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e **redireciona** o modelo assistencial em saúde mental”, ou seja, o Ministério da Saúde, fez uma opção pelo modelo de atenção psicossocial. Este é um dado importante a ser recordado, pois as discussões, e as tentativas de burlar a lei, especialmente no que tange a abertura de leitos em hospitais psiquiátricos, é um entrave no avanço de discussões que precisam ser realizadas no sentido de fazer avançar o cenário atual.

Neste trabalho proponho uma das discussões que julgo centrais para o avanço da atual política de saúde mental brasileira, que é o redirecionamento, ou a reinvenção de práticas que sejam alinhadas ao modelo de atenção oposto ao manicômio, sua tecnologia e práticas. Acredito, que a queda dos muros deve ser seguida de mudanças das práticas, pois pouco adianta estabelecer um cuidado em liberdade que continue aprisionando com práticas manicomialais.

O investimento em práticas que se desenvolvam no campo das incertezas, aberto pela escolha do modelo, devem superar o isolamento das grades, dos muros e das chaves, o apagamento do sujeito com a supressão de sintomas, de personalidades e de pessoas. As práticas agora precisam ser inventadas, inventivas, empoderadoras, e subjetivantes. Para tanto, são necessários saberes complexos, plurais e intersetoriais, constituídos à partir de redes de atenção, que neste trabalho, não são entendidas como apenas um conjunto de serviços ocupados por equipes assistenciais, mas sim como um complexo de equipamentos sanitários e/ou não, com práticas adequadas, acessíveis e empenhadas em garantir a entrada no sistema, a continuidade da assistência, e a ampliação da oferta para os grupos que ainda se encontram fora do sistema de atenção (THORNICROFT; TANSELLA, 2010; MÂNGIA, MATUMOTO, 2009; OMS, 2001).

Diante disso, é fundamental a posição de *consolidar redes* alinhadas ao modo de produção em saúde mental que valoriza a subjetividade dos sujeitos em sofrimento psíquico, e que acompanhe o atual contexto de mudanças no campo da

saúde mental, para evitar que os processos de decisão restrinjam-se ao nível político com o não reconhecimento das ações de nível prático, que efetivamente interferem na vida das pessoas.

Cabe marcar que o Brasil conta atualmente com uma política bem estruturada em termos de atenção à saúde mental, que garante atenção comunitária a partir de diferentes serviços. A rede de atenção de base territorial conta não só com serviços de saúde, mas também com dispositivos da própria comunidade, envolvendo diversos atores no processo de reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico. Fazem parte dessa rede os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos em hospitais gerais, hospitais-dia, atenção básica, cooperativas de trabalho, associações de bairro, escolas, o sistema único de assistência social, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), entre outros (BRASIL, 2007).

Esta conformação política coloca o Brasil como referência importante no cenário internacional quando se fala de política de saúde mental, visto que é apontado como o país que conseguiu realizar a experiência mais avançada e complexa a partir da transferência de recursos antes destinados ao manicômio e agora investidos no território (SARACENO, 2014).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde o ano de 2006 marca uma virada histórica na atenção em saúde mental no país, pois pela primeira vez, os gastos federais extra-hospitalares do Programa de Saúde Mental ultrapassaram os gastos do Programa com hospitais. Isto mostra a efetiva reorientação do financiamento, seguindo a mudança do modelo de atenção à saúde mental.

O gráfico a seguir demonstra que os gastos extra-hospitalares, em 2005 eram de 47,23% dos gastos totais com a saúde mental e em 2006 passaram para 55,92%. observa-se ainda que ao final de 2009, estes gastos já representam 67,71% dos gastos totais, ficando 32,19% para os gastos hospitalares.

Gráfico 1 - Inversão da Proporção dos Gastos federais extra-hospitalares em relação aos gastos totais do Programa de Saúde Mental. Brasil. 2002-2011. Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2012)

Em estudo recente, que analisou a evolução do gasto federal com o Programa de Saúde Mental desde a promulgação da lei nacional, Gonçalves, Vieira e Delgado (2012) apontam que a inversão do investimento é a melhor opção com relação a custo-efetividade. Os autores destacam a importância deste tipo de avaliações para elencar intervenções mais baratas e ao mesmo tempo mais efetivas, que produzam resultados em várias dimensões que afetem de forma mais ou menos duradoura a qualidade de vida dos sujeitos.

A ruptura conceitual da clínica tradicional e da clínica psicossocial transforma o cenário como um todo: ética, política, estética, prática, e consequentemente as formas de pensar a própria avaliação, que agora deve incluir além de questões financeiras, a amplitude e subjetividade da clínica da atenção psicossocial. Nesse sentido, este estudo justifica sua importância devido à necessidade de maior investimento nas avaliações em saúde mental, principalmente, de avaliações de práticas de atenção à saúde mental balizadas pela atenção psicossocial.

Assim, ao delimitar o objeto de estudo desta tese quero propor um olhar que se afasta destas noções já bastante conhecidas, consolidadas e que tem se mostrado insuficientes, quando falamos de avaliação de práticas em saúde mental. As reflexões que seguirão propõe pensar posições, que entendem, que já alcançamos avanços importantes em termos teórico-políticos, mas que ainda temos

que avançar em termos de consolidação de práticas em saúde mental, que se oponham aos asilo e suas tecnologias.

Ao propor a avaliação das práticas em saúde mental que se dão no território, pretendo fugir dos olhares generalizados de avaliações tradicionais, restritas aos parâmetros epidemiológicos clássicos e convido a incluir uma forma de avaliação direcionada ao contexto de cenários específicos, de modo a construir ferramentas de produção da saúde a partir dos atores envolvidos nos processos de cuidado, e junto com eles desenhar algumas práticas em saúde mental, baseadas no modo de atenção psicossocial.

Apoiada em Thornicroft e Tansella (2010) e Costa-Rosa (2013) defino que este trabalho considera boas práticas alinhadas com o modo psicossocial toda prática direcionada para satisfazer as necessidades do sujeito que experiencia o sofrimento psíquico, ou seja, práticas capazes de promover a construção de projetos de vida individuais e subjetivos no território das pessoas. Para tanto, é importante que tais práticas estejam fundamentadas nas melhores informações disponíveis de três eixos fundamentais: ética, as evidências científicas em saúde mental e as experiência dos atores. A triangulação destes princípios, segundo sugerem os estudos de Thornicroft e Tansella (2008; 2010) podem produzir grandes possibilidades de mudanças em saúde mental comunitária.

De acordo com os autores a **base ética** para o cuidado em saúde mental refere-se aos princípios fundamentais, consensuais que deverão orientar a forma de condução do planejamento, da oferta de assistência e da avaliação dos serviços. Neste caso, é importante levantar a discussão acerca dos conceitos construídos em torno da ética alinhada ao conjunto de ações atualmente realizadas no campo nomeado Saúde Mental Coletiva. No Brasil este campo é amplamente conhecido como Atenção Psicossocial, e designa o paradigma que em princípio expressava apenas aspectos psíquicos e sociais secundários à prática psiquiátrica, porém, a partir do momento em que lhe são acrescentadas as contribuições dos movimentos de crítica mais radical à psiquiatria e a experiência prática dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS), aspira ao estatuto de conceito, definindo um novo campo da práxis (COSTA ROSA, 2013).

Assim, a ética que orienta a Atenção Psicossocial ultrapassa a ideia de intervenções mais ou menos aproximadas com o senso humanitário ou com os

códigos instituídos pelas disciplinas profissionais que trabalham no campo da Saúde, ela exige que o trabalhador opere de uma forma oposta à psiquiatria tradicional no sentido de assumir um papel de intercessor entre o sujeito em sofrimento e o processo de produção de saúde, rompendo com a posição lateral de objeto das ações e colocando-o como protagonista do processo (COSTA ROSA, 2013).

Mesmo tratando de processos tão subjetivos, característicos da saúde mental, reconhece-se que uma base de evidências pode auxiliar nos processos de consolidação de um novo paradigma. Para tanto, o segundo eixo, **a prática baseada em evidência científica**, deve demonstrar possibilidades de intervenções e serviços, que indiquem possibilidades de caminhos de práticas alinhadas ao modo psicossocial.

Sobre a prática baseada em evidência Campos, Onocko Campos e Del Barrio (2013) chamam a atenção para a forma como estes estudos, baseados em desenhos estritamente positivistas, tem sido entendidos no meio científico. Segundo os autores a própria escolha de termos com os quais designamos conceitos nunca é uma ação inocente, neste caso, por exemplo, o significado original da palavra Evidência é “Certeza manifesta; qualidade do que não necessita de demonstração para ser compreendido” (BUENO, 1974).

O império da evidência, do positivismo em saúde, tem desconsiderado a necessidade e as possibilidades de se operar diversos graus de integração entre ciência e experiência, segundo a doutrina da evidência, não seria possível construir evidência científica a partir da experiência. A construção de conhecimento de forma indutiva, mediante estudo sistemático de casos não teria validade epistemológica, seria evidência de quinto nível, quase nada.

Contudo, a proposta de Thornicroft e Tansella (2010) entende que é possível que estas duas possibilidades de pesquisa, conversem, e mais importante se complementem. Por concordar com as ideias dos autores e assumir para esta tese tal referencial, as evidências apresentadas no presente trabalho serão evidências alinhadas ao campo da saúde mental, que vão além das práticas tradicionalmente baseadas em um processo de produção voltado a medicamentos dispensados ou de sintomas suprimidos. Ao contrário, o desafio é apresentar evidências que embasem

boas práticas baseadas modo de Atenção Psicossocial, e com isso as práticas que produzem mudanças substanciais na vida dos sujeitos. Por ser um campo complexo e fortemente marcado por disputas ideológicas e por conflitos de interesse, os estudos pelas vias dedutivas clássicas, ou pelos testes empíricos de hipóteses prévias, mostram-se ainda escassos.

O terceiro eixo, a **base da experiência**, emerge como resultante da posição ética e política decorrente do contexto a ser estudado, o presente estudo, ao assumir como base ética a Atenção Psicossocial, se propõe a explorar a experiência produzida pelo o processo de reforma psiquiátrica brasileira e as mudanças paradigmáticas resultantes deste. No entanto, como se trata de um movimento com muitas influencias da Psiquiatria Democrática Italiana, fui buscar, por meio de estágio doutoral, conhecer e vivenciar o processo Italiano, escolhi como cenário a região da Umbria, por ser uma região pioneira no processo de desinstitucionalização, muito embora seja menos reconhecida do que o processo Triestino, liderado por Franco Basaglia, o qual também trago pelas inegáveis influencias em nível mundial.

A base da experiência mostra-se como essencial no processo de consolidação de boas práticas, pois traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de práticas significantes nas vidas dos atores envolvidos. Sobre isso, Basaglia, na conferência brasileira de 1979, em resposta a uma aluna, afirma:

“Dez, quinze, vinte anos atrás era impensável que um manicômio pudesse ser destruído. Talvez os manicômios voltarão a ser instituições fechadas, talvez mais fechada do que antes, não sei, mas de qualquer modo, nós demonstramos que se pode assistir o louco em um outro modo, e o testemunho disso é fundamental. Não acredito que porque uma ação consiga generalizar-se queira dizer que já se venceu. O ponto agora é outro: é que agora se sabe o que se pode fazer” (BASAGLIA, 1979. p.147).

As palavras de Basaglia, de certa forma, confirmam a importância de reconhecer as experiências bem sucedidas em termos de atenção ao sujeito em sofrimento psíquico fora dos espaços do manicômio, como forma de avançarmos no processo de cuidado, e não retrocedermos em avanços já conquistados.

A partir destes três eixos, que entendo complementares, acredito que é possível apresentar o que vêm sendo produzido em termos de boas práticas na atenção psicossocial, e, com isso, avançar em alguns limites e dificuldades ainda presentes na saúde mental pública do Brasil, estimulando cada vez mais, uma cultura de valorização do que vem sendo produzido em termos de cuidado em liberdade.

Ainda como forma de sustentação deste trabalho, é importante pensar sobre avaliação em saúde, especificamente, avaliação em saúde mental no Brasil, para a consolidação de formas de cuidar balizadas no cuidado qualificado e individualizado.

Mesmo entendendo que alguns pontos propostos pelo novo paradigma de atenção à saúde mental, já estão consolidados, ainda há um caminho a percorrer em termos de produção de resultados na atenção ao sujeito em sofrimento psíquico. Esta parece estar ligada a fatores como: dificuldades na formulação do objetivo dos serviços comunitários, presença ainda forte dos hospitais psiquiátricos nos municípios, falta de conhecimento sobre as necessidades de saúde mental da população, critérios para avaliação e aprimoramento das práticas, e consequente dificuldade em definir prioridades assistenciais desse campo (THORNICROFT, TANSELLA, 2010).

Alguns destes fatores estão fortemente ligados à falta de avaliação efetiva em saúde mental, uma vez que os instrumentos avaliativos característicos da psiquiatria tradicional, tem se mostrado insuficientes, para auxiliar neste processo de consolidação da rede de atenção comunitária. Atualmente os indicadores utilizados para avaliação em saúde mental ainda se restringem a: número de consultas, número de internações ou procedimentos, remissão de sintomas, número de altas, prevalência de diagnósticos, número de admissões e saídas hospitalares, número de leitos, índice de giro, intervalo de substituição, taxa de reinternação, tempo médio de permanência hospitalar, entre outros, considerados insuficientes para avaliar os serviços organizados a partir do processo de Reforma Psiquiátrica (CARVALHO; AMARANTE, 1996; ALMEIDA, 2002; WETZEL, 2005; KANTORSKI, et al., 2009; FURTADO et al., 2013).

A articulação destas diferentes dimensões, em torno da atenção psicossocial, no processo avaliativo, não é tarefa simples. Não por acaso, a avaliação em saúde mental tem encontrado tantos obstáculos e questionamentos. Furtado et al.(2013)

afirmam que a tradição de indicadores em saúde mental é mais restrita quando comparada às outras áreas, como a atenção básica e a atenção hospitalar, devido ao caráter fortemente ético e político da reforma psiquiátrica e a consequente dificuldade em estabelecer consensos em torno de alguns parâmetros e indicadores mínimos dentre atores sociais inseridos em polos distintos.

Por este motivo, a avaliação em saúde mental tem se constituído em uma preocupação presente no cenário brasileiro há bastante tempo como pode-se observar através de alguns trabalhos como os de Pitta, et al. (1995); Silva Filho, et al., (1996, 1998); Almeida (2002); Wetzel (2005); Kantorski, et al. (2007, 2011, 2012); Onocko Campos, Furtado (2006); Furtado et al. (2001, 2006, 2013). A necessidade de desenvolver processos avaliativos tornou-se indispensável para a superação do modelo asilar, o qual já se mostrou incapaz dar conta da subjetividade do sofrimento psíquico.

Contandriopoulos (2006) aponta para a necessidade da concepção e implantação da cultura de avaliação nos sistemas de saúde, pois, de acordo com o autor, há uma crescente tensão entre as expectativas de atendimento da população em função do desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas, e a necessidade de adaptação destas aos gastos públicos em saúde. Para tanto, é imprescindível que as decisões, tanto dos gestores, como dos clínicos, sejam orientados em conhecimentos baseados em evidências e experiências científicas sólidas.

Alguns autores vêm apontando para múltiplas abordagens na realização de processos avaliativos (PATTON, 1987; DONABEDIAN, 1993; HARTZ, 1997; CONTANDRIOPOULOS, 2006; TANAKA, 2011). Contudo, um dos pontos de intersecção entre eles é que a avaliação não pode ser simplificadora do processo, apontando acertos ou erros, mas sim deve ser entendida como uma ferramenta, que pode apontar caminhos para subsidiar os processos de mudanças.

Tal processo, segundo Kantorski et al. (2009), requer o fortalecimento do poder contratual do indivíduo em sofrimento psíquico, e deve se dar no cotidiano das práticas dos serviços substitutivos ao modelo manicomial. Para tanto, necessita de metodologias de pesquisa coerentes com os processos subjetivos que se desenrolam no cuidado realizado no território usado pelos sujeitos.

Sobre os territórios usados o geógrafo Milton Santos (2010) afirma que o território vai além do simples resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistema de coisas criadas pelo homem, ele defende que o território é o chão mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida sobre a qual ele influi, este é o verdadeiro território usado, utilizado por uma dada população.

Nesse sentido, acredito que a avaliação de quarta geração, de Guba e Lincoln (2011), apresenta-se como uma importante possibilidade de metodologia avaliativa no campo da avaliação de serviços de saúde, à medida que permite acessar dimensões ainda não captadas por indicadores e medições das avaliações tradicionais. Estas, de acordo com os autores podem ser divididas historicamente em três gerações, que representaram avanços nos processos avaliativos, mas também apresentam limitações, tais como: a tendência à supremacia da visão gerencial; a incapacidade de acomodar o pluralismo de valores; a hegemonia do paradigma positivista; a desconsideração com o contexto; a grande dependência de medições quantitativas, eliminando caminhos alternativos para se pensar o objeto da avaliação; e a não responsabilização moral e ética do avaliador, pois nenhuma das três primeiras gerações torna o avaliador responsável pelo que emerge da avaliação ou pelo uso dos seus resultados (KANTORSKI et al., 2009; GUBA, LINCOLN, 2011).

Como proposta alternativa às avaliações anteriores, emerge a Avaliação de Quarta Geração, que é implementada por meio dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista. Trata-se de uma avaliação responsiva, em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional, definindo parâmetros e limites por intermédio de um processo interativo e de negociação que envolve grupos de interesse. Ainda, por tratar-se de uma metodologia participativa possibilita que o processo da avaliação seja partilhado entre avaliadores e grupos de interesse, aumentando a possibilidade e o compromisso de utilização dos resultados visando à transformação (KANTORSKI et al., 2009; GUBA, LINCOLN, 2011).

A avaliação dos serviços de saúde mental assume, juntamente com a sua função técnica, a função política de servir como instrumento potencializador de práticas substitutivas ao modelo manicomial e hospitalocêntrico, sendo um

dispositivo, dentre outros, para a consolidação desse modelo. A avaliação por si só — do mesmo modo que as políticas, a gestão, a prática — não é suficiente para proporcionar mudanças. Porém, ao se entender a capacidade de análise como fundamento para a construção de sujeitos transformadores, pode-se inserir a avaliação como dispositivo. A mudança do modelo está amparada por um aparato legal e normativo nas políticas de saúde mental, no entanto, ainda resiste ao modelo a ser superado. Reconhece-se, então, a avaliação como um instrumento para pensar e transformar a prática cotidiana, impulsionando o seu campo de possibilidades, o qual é fundamental para a consolidação da reforma psiquiátrica (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

Neste sentido, acreditando que a pesquisa em saúde tem a função social de contribuir na introdução e consolidação de tecnologias e parâmetros segundo as orientações das políticas públicas, este estudo pode pretender olhar de forma geral os níveis nacional e local, suas entradas, processos e resultados, apenas como forma de contextualização da saúde mental comunitária no Brasil. E aprofundar a análise no nível individual, a fim de sinalizar caminhos para qualificação direta da atenção ao usuário em sofrimento psíquico, a partir da avaliação do que vem sendo produzido em termos de boas práticas em saúde mental, sustentadas pelas mudanças paradigmáticas no campo da atenção psicossocial. Mudanças estas que são apontadas por Saraceno (2014) como globais, pois envolvem todas as partes do sistema; e equânimes, já que buscam cobrir as diferentes realidades de todo o país.

Diante do exposto, **a tese** defendida é que o modelo de atenção psicossocial tem a potencialidade de produzir boas práticas na atenção à saúde mental, e estas podem transformar a vida do sujeito em sofrimento psíquico, no processo de reconquista de espaços sociais. Assim, a avaliação destas práticas desempenha um papel importante nas decisões que estruturam o sistema de saúde, indicando os fluxos, os entraves e os avanços em termos de organização da atenção em saúde mental, a fim de alcançar os melhores resultados para o sujeito em sofrimento psíquico. Contudo, esta não é suficiente sem a mobilização dos atores envolvidos neste sistema, por isso, é fundamental a utilização de uma avaliação construtivista para estimular a capacidade de análise dos envolvidos na avaliação, tornando-os sujeitos dos processos de mudanças.

Assim, a partir da articulação entre as opções teóricas e metodológicas desta tese, acredito ser possível melhorar resultados e modelar intervenções em saúde mental alinhadas com a proposta contra ideológica de um modelo de atenção que entenda que o cuidado só pode ser realizado em liberdade e baseado com a ética que sustenta a atenção psicossocial.

3 Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Avaliar boas práticas em saúde mental na atenção psicossocial no contexto de um município da região Sul do Brasil.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar as boas práticas em saúde mental, orientadas pela ética da Atenção Psicossocial, presentes em um município da região sul do Brasil.

Analisar as melhores evidências científicas sobre boas práticas em saúde mental comunitária, no contexto nacional e internacional.

Avaliar as experiências em termos de boas práticas em saúde mental, em um município da região sul do Brasil.

4 Referencial Teórico-Metodológico

Neste capítulo, desenvolvo de forma mais detalhada, as questões ligadas à avaliação, especificamente os caminhos que levam à Avaliação de quarta geração, bem como cada um dos eixos de sustentação do referencial teórico de “Boas Práticas” adotado por este estudo. A partir disso afirmo que este não pretende ser um trabalho neutro e devido à minha inclinação teórica os eixos da ética e da experiência terão um valor bastante grande nas discussões que sustentam esta tese.

O presente estudo propõe-se a uma pesquisa avaliativa construtivista, com enfoque responsivo, a medida que desenvolve um consenso crítico entre os grupos de interesse, que antes mantinham construções internas diferentes e, talvez, conflitantes, além de usar as reivindicações, preocupações e questões dos mesmos como elementos organizadores do processo. Esta postura avaliativa está baseada na Avaliação de Quarta Geração, proposta por Guba e Lincoln (2011), que emerge como opção metodológica no campo da avaliação.

Já com relação ao referencial teórico que orienta esta tese o das “Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária”, proposto por Thornicroft e Tansella (2010), este é apresentado de modo a identificar o que vem sendo produzido em termos de boas práticas na saúde mental, os autores sugerem que a constituição de boas práticas se dá a partir da articulação de 3 eixos indispensáveis e indissociáveis, já mencionados anteriormente: a **ética**, como princípio fundamental que deverá orientar o planejamento, a assistência e a avaliação dos serviços. A **evidência** deve embasar as intervenções e serviços. E a **experiência** como uma evidência do que vem sendo produzido nas experiências locais e regionais de organização da rede de serviços.

Ainda seguindo a proposta de Thornicroft e Tansella (2010) a construção de um mapa, que possa auxiliar a descobrir potencialidades e limites, bem como formular planos de intervenção na realidade estudada. Este mapa é construído a partir do que os autores denominam “Modelo de Matriz”. Segundo os autores quando o modelo matriz é utilizado facilita o entendimento acerca de como as boas práticas podem produzir melhores resultados na atenção ao sujeito em sofrimento psíquico, auxiliando na formulação de metas e passos necessários para a

implementação de serviços e também para o diagnóstico das disfunções da rede de saúde. (THORNICROFT, TANSELLA, 2010; MÂNGIA, MURAMOTO, 2009).

A construção deste modelo está fundamentado em duas dimensões: *Lugar* e *Tempo*. A dimensão *Lugar* refere-se a 3 níveis geográficos: nível **nacional/regional** representa o espaço macro de formulação de políticas; o **local** são os serviços comunitários; e o **individual** o nível de intervenção para usuários, familiares e comunidade, portanto onde há maior necessidade de desenvolvermos ações e práticas baseadas em princípios éticos, evidências e experiências (MÂNGIA, MURAMOTO, 2009). Fundamentados nestes três níveis geográficos defendem que os serviços de saúde mental devem ser prioritariamente organizados em seu contexto local, para que possam atender às pessoas que dele necessitam. Entretanto, alguns fatores fundamentais são decididos em nível nacional, como alocação de recursos financeiros.

Já a dimensão *Tempo* refere-se a sequência de eventos nos dispositivos de saúde mental: Entrada, Processo e Resultado, em que o resultado deve ser considerado o elemento mais importante, pois pode refletir o que o sistema está produzindo em termos de atenção. A seguir a representação gráfica do modelo proposto pelos autores.

Dimensão Tempo			
Dimensão lugar	(A) Fase de Entrada	(B) Fase de processo	(C) Fase de resultados
(1) Nível nacional/regional	1A	1B	1C
(2) Nível local	2A	2B	2C
(3) Nível individual	3A	3B	3C

Quadro 1 – Modelo de Matriz. Proposto por Thornicroft e Tansella (2009).

Um uso prático é, por exemplo, como o modelo pode ajudar a compreender os fatores que contribuem para o bom resultado de uma intervenção junto à uma pessoa com episódio agudo de transtorno mental severo, que esteja recebendo tratamento em casa. Um resultado como esse é encarado como sucesso pelos profissionais que trabalham no nível *individual*, mas, na verdade, também depende das decisões tomadas em nível *local*, e, ainda, pode ser possibilitado por políticas e recursos estabelecidos em nível *nacional*.

Visto isso, serão apresentadas a seguir algumas reflexões, sobre a atenção à saúde mental brasileira, a fim de contextualizar o leitor sobre o nível nacional, e local

em que estão sendo produzidas as boas práticas em saúde mental no Brasil. Ao longo dos capítulos, especialmente na análise dos dados serão analisados os demais níveis de acordo com pontos definidos como entrada na rede/serviço, processo de cuidado, e resultados.

Dessa forma, o tópico a seguir apresenta a ética que sustenta a organização das políticas de atenção à saúde mental no Brasil, que é a Atenção Psicossocial. O levantamento bibliográfico da produção de evidências científicas disponíveis para um cuidado melhor em saúde mental, incluindo estudos internacionais, tem como objetivo promover uma discussão aprofundada em termos de boas práticas.

E por fim, as experiências produzidas nos cenários de estudo em que será desenvolvida esta tese, ou seja, Brasil e Itália. Acredito que apresentar as experiências destes dois países, como experiências significativas no cuidado em saúde mental fora dos manicômios, faz todo o sentido, primeiro pelo protagonismo do processo Italiano, depois porque a construção da política de saúde mental no Brasil foi bastante inspirada na Psiquiatria Democrática Italiana. O olhar para estes dois cenários permite um maior aprofundamento sobre os caminhos percorridos, permitindo uma contribuição preliminar para a construção do conhecimento nos serviços substitutivos de saúde mental que serão analisados.

4.1 O Campo da Avaliação de programas e serviços de saúde

A avaliação de políticas públicas surgiu nos Estados Unidos, logo após a Segunda Guerra Mundial como uma prática de intervenção do Estado, nos sistemas, serviços, programas e projetos político-sociais (PATTON, 1997; CONTANDRIOPOULOS et al., 2000). Para essa finalidade, foram desenvolvidos inúmeros métodos a fim de possibilitar a análise das vantagens e dos custos de programas.

De acordo com Guba e Lincoln (2011) a avaliação é um processo de evolução de construção e reconstrução que envolve inúmeras influências interatuantes. Nesse sentido, como foi mencionado, superficialmente, no delineamento do objeto deste estudo, existem diferentes significados atribuídos à avaliação nos últimos cem anos, os quais refletem o contexto histórico existente, os propósitos que as pessoas tinham em mente quanto à condução das avaliações e os

princípios filosóficos que estavam inclinados a fazer, dividindo a avaliação em quatro gerações, a saber:

- A primeira Geração – Mensuração

As primeiras influências estão nas técnicas de medida como testes de inteligência e avaliação de desempenho escolar. Os exames escolares foram utilizados durante anos para avaliar se os alunos tinha conseguido dominar o conteúdo aos quais haviam sido expostos. As crianças demonstravam o conhecimento sobre os fatos através de testes essencialmente de memória. O papel do avaliador era de um técnico que tinha que saber construir e usar os instrumentos, de modo que qualquer variável a ser investigada pudesse ser mensurada.

É muito importante notar que a primeira geração, ou a acepção técnica da avaliação se mantém até hoje, através dos testes utilizados como requisito para a graduação ou procedimentos de admissão, no uso de testes para classificar estudantes e professores em termos de efetividade, e pela publicação freqüente de textos que usam as palavras mensuração e avaliação como sinônimos.

- A segunda Geração – Descrição

Esta geração da avaliação foi emerge diante da deficiência da primeira geração de ter como objeto da avaliação os estudantes. Logo após a Primeira Guerra Mundial, tornou-se evidente que o currículo escolar necessitava passar por uma total reforma, e uma abordagem de avaliação que não pudesse prover outros dados além dos relacionados com os estudantes não serviria aos propósitos da avaliação que naquele momento era contemplada. A mudança de currículo levava à necessidade de aperfeiçoar os currículos que estavam sendo desenvolvidos e confirmar se eles estavam funcionando, surge a avaliação de programa.

A segunda geração da avaliação tinha uma abordagem caracterizada pela descrição de padrões de forças e limitações dos objetivos estabelecidos. O papel do avaliador era de descritor, apesar de os aspectos técnicos anteriores terem sido mantidos. A mensuração não era mais tratada como equivalente à avaliação, mas redefinida como um dos instrumento que poderiam ser usado em seu serviço.

- A Terceira geração – Julgamento

A abordagem descritiva centrada em objetivos tinha algumas falhas, embora não fossem muito perceptíveis até o período pós-Sputnik (1957). Nessa época esta abordagem se mostrou inadequada para a tarefa de avaliar a resposta do governo federal nas supostas deficiências da educação americana, o que teria permitido a Rússia a ganhar a vantagem na exploração espacial.

Os dissentes sobre o que a essa época havia se tornado o método de avaliação aceito tinham uma crítica importante de que a segunda geração negligenciou a outra face da avaliação: o julgamento. A inclusão do julgamento no ato de avaliar marcou a emergência da terceira geração, na qual a avaliação visava alcançar juízo de valor e os avaliadores eram caracterizados por seu papel de juiz, mantendo a função técnica e descritiva anterior.

Para os autores as três gerações representaram avanços: a coleta de dados em indivíduos não era sistematicamente possível até o desenvolvimento de instrumentos apropriados, que caracterizou a primeira geração. Mas, a avaliação teria estagnado nesse ponto se a segunda geração não mostrasse formas de avaliar aspectos não-humanos, tais como programas, materiais, estratégias de ensino, padrões organizacionais e 'tratamentos' em geral. A terceira geração exigiu que a avaliação julgasse tanto o mérito do objeto de avaliação (seu valor interno ou intrínseco) como a sua importância (seu valor extrínseco ou contextual). Mas, as três gerações como um grupo, sofreram e continuam sofrendo certos problemas e limitações.

Segundo os autores, cada geração representou um passo adiante, tanto em relação à variedade de sentidos e conteúdos, quanto em nível de sofisticação. Porém, todas as três gerações apresentam imperfeições, como:

1. A tendência à supremacia da visão gerencial: o contrato do avaliador é usualmente com o gerente, ao qual submete os parâmetros do estudo, e a quem se reporta. Essa relação tradicional entre gerentes e avaliadores é raramente desafiada e o que resulta na exclusão do gerente do processo, ou seja as práticas dele não podem ser colocadas em questão. Além disso, o gerente tem a última palavra para determinar quais serão as questões da avaliação, como deverá ser a coleta e interpretação dos dados, e para quem os resultados devem ser disseminados.

2. Incapacidade de acomodar o pluralismo de valores: é comum a crença de que a sociedade compartilha valores e que alguns deles caracterizam os seus membros e todos são aculturados e submetidos. Apenas nos últimos anos que se difundia a ideia que nossa sociedade é essencialmente pluralista. O julgamento na avaliação emergiu ao mesmo tempo em que emergiu a apreciação ao pluralismo de valores. Com ela começa a ser discutido quais valores irão dominar no processo de avaliação, ou como as diferenças de valores podem ser negociadas, emerge como o maior problema. Durante muito tempo foi usado o argumento de que, apesar da existência de diferentes valores, os achados de uma avaliação podem ser confiáveis porque a metodologia usada é científica e a ciência é livre de valores. Porém, essa afirmação pode ser seriamente questionada. Se a ciência não é livre de valores, então não apenas os achados são submetidos a diferentes interpretações, como também os próprios fatos são determinados em interação com o sistema de valores que o avaliador carrega. Então, todo o ato de avaliar torna-se um ato político. A questão dos valores é completamente coerente com a tendência gerencial: se valores não fazem diferença, então os achados de uma avaliação representam o estado das coisas como elas realmente são; eles devem ser aceitos como verdades objetivas. Nesse prisma, o fato de o gerente definir os parâmetros para o estudo não tem consequências, assim como o fato de ele controlar as questões, a metodologia e os resultados.
3. Hegemonia do paradigma positivista: a extrema dependência dos métodos da ciência produziu algumas consequências, dentre elas a desconsideração com o contexto, a grande dependência de medições quantitativas, a avaliação dizendo como as coisas realmente são e o avaliador, como um mensageiro, não sendo responsável pelo que a natureza decretou, o uso do método científico das ciências naturais eliminando caminhos alternativos para pensar o objeto da avaliação, caracterizando-os como não-científicos, a aderência ao paradigma científico, que, sendo livre de valores, exime o avaliador de qualquer responsabilidade moral sobre as suas ações, ou seja, nenhuma das três primeiras gerações torna o avaliador moralmente responsável pelo que emerge da avaliação ou pelo uso dos seus resultados.

A caracterização das gerações e o apontamento sobre as limitações de cada uma delas emerge a proposta de uma nova construção, que denominada por Guba e Lincoln (2011) de Avaliação de Quarta Geração.

4.2 A Avaliação de Quarta Geração

A proposta da Avaliação de Quarta Geração (GUBA, LINCOLN, 2011) emerge como instrumento metodológico de abordagem construtivista e responsiva. A avaliação é responsiva a medida que pode ter a visão de diferentes grupos de interesse (steakholders), e responde às questões na subsequente coleta de informações. Neste estudo, o enfoque responsivo buscado foi por meio da identificação das questões dos usuários, familiares e trabalhadores dos serviços territoriais de atenção à saúde mental, que podem ser relevantes para eles, e pela busca de novas sínteses direcionadas ao que pode ser considerado boas práticas em saúde mental.

Com relação à Metodologia Construtivista, esta baseia-se em um sistema de crenças oposto à ciência positivista que caracterizou a avaliação realizada no último centenário. Esse sistema de crenças é, com frequência, denominado paradigma. Não é possível aprovar ou desaprovar um paradigma de modo absoluto, mas Guba e Lincoln (2011) afirmam que o paradigma positivista apresenta limitações que podem ser superadas pelo construtivista.

Ontologicamente, nega a existência de uma realidade objetiva, afirmando que a realidade são construções sociais da mente, e que existem tantas construções quanto existem indivíduos, sendo a própria ciência uma construção. As realidades, sendo construções, não podem ter, a não ser por imputações mentais, leis naturais imutáveis, tais como leis de causa e efeito.

Epistemologicamente, o paradigma construtivista nega a possibilidade do dualismo sujeito-objeto, sugerindo que os achados de um estudo existem precisamente porque existe uma interação entre observador e observado que, literalmente, cria o que emerge da pesquisa. Metodologicamente, e em consequência dos princípios ontológicos e epistemológicos, o paradigma construtivista rejeita a abordagem científica que caracteriza a ciência hegemônica e a substitui por um processo hermenêutico-dialético, contando com a interação observador/observado para criar uma realidade construída, mais informada e

sofisticada possível em um ponto particular no contexto social e histórico. Existe ressonância entre um paradigma que propõe a metodologia hermenêutica-dialética e um modelo de avaliação que depende exatamente desse tipo de processo: o foco responsivo pede uma metodologia construtivista, e a metodologia construtivista encaixa-se exatamente nas necessidades do processo de pesquisa de uma avaliação responsiva (GUBA; LINCOLN, 2011).

Um processo avaliativo, balizado em uma metodologia construtivista, não pode estabelecer indicadores *a priori* que não sejam oriundos do contexto do serviço, que não tenham importância e que não sejam problema para os grupos de interesse. Portanto, neste estudo, o envolvimento do grupo de interesse tem o objetivo de apontar questões pertinentes dentro do contexto das práticas dos serviços, e que estejam articulados à proposta de Thornicroft e Tansella (2010) no que se refere à boas práticas em saúde mental na atenção psicossocial.

A criação de espaços dialógicos e participativos pode ser um instrumento importante para estimular o (re)direcionamento das ações, constituindo-se, também, uma estratégia para influenciar as políticas públicas dessa área. Nesse sentido, a Avaliação de Quarta Geração (GUBA, LINCOLN, 2011), referencial metodológico deste estudo, pode ser um instrumento interessante na construção de espaços inclusivos e participativos de discussão e construção de novos saberes e práticas em saúde mental.

Para alcançar as condições até aqui expostas Guba e Lincoln (2011) propõem um fluxo de 12 passos para o desenvolvimento do processo avaliativo.

1º passo: contratar, ou seja, formalizar o contrato com o campo a ser avaliado.

2º passo: organizar, visando à seleção e treinamento dos pesquisadores, organização da logística e trabalho de campo.

3º passo: busca-se identificar os grupos de interesses e também elaborar estratégias de busca dos sujeitos.

4º passo: é definido pela geração de construções conjuntas nos grupos, por meio da criação dos círculos hermenêuticos.

5º passo: objetiva ampliar as construções conjuntas dos interessados por meio de novas informações, podendo utilizar informações documentais, e também fazer a interação entre entrevistas e dados de observações.

6º passo: busca selecionar as questões não resolvidas, separando-as como componentes de relato de caso.

7º passo: visa priorizar as questões não resolvidas.

8º passo: é a coleta de informações, com o objetivo de aumentar o nível de esclarecimento.

9º passo: visa a preparar a agenda de negociação

10º passo: conduzir a negociação

11º passo: objetiva divulgar os resultados.

12º passo: é o da **Reciclagem dos Dados**, que objetiva reciclar o processo como um todo.

Após o contato inicial com o campo e a organização das questões logísticas é fundamental reconhecer os diferentes grupos de interesse (*stakeholders*), isto é, pessoas que serão potencialmente vítimas ou beneficiárias da avaliação. Guba e Lincoln (2011) identificaram três: **Agentes**: as pessoas envolvidas em produzir e implementar o serviço; **Beneficiários**: todas as pessoas que se beneficiam, de alguma forma, com o uso do serviço; **Vítimas**: as pessoas que são afetadas negativamente pelo serviço: grupos excluídos do seu uso, grupos que sofreram efeitos negativos, pessoas politicamente em desvantagem, sem poder, influência ou prestígio, pessoas que perderam oportunidades que não podem ser exploradas porque os recursos necessários estão alocados para dar suporte ao objeto da avaliação.

A vivência do campo, permite as construções iniciais do trabalho, bem como a conquista definitiva do direito de entrada do avaliador. Para tanto, os métodos de coleta a serem utilizados incluem a observação, denominada por Guba e Lincoln (2011) de etnografia prévia (*prior ethnography*), e as entrevistas, as quais obedecerão a dinâmica do círculo hermenêutico dialético, como um caminho para alcançar consensos ou expor e esclarecer as diferentes visões reconstruindo as construções individuais do início do processo (GUBA, LINCOLN, 2011).

A etnografia prévia (*prior ethnography*), proposta por Guba e Lincoln (2011) possibilita ao avaliador viver e experienciar o contexto do serviço, sem ainda estar engajado nas atividades de avaliação, conversando com as pessoas, identificando os líderes formais e informais, realizando as primeiras aproximações com o campo de pesquisa, de modo a ganhar o direito de entrada nos serviços. Esta será realizada de acordo com um roteiro de observação previamente elaborado (ANEXO xxxx).

A partir de então iniciam-se as entrevistas, por meio dos círculos hermenêuticos-dialético. Denomina-se hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético porque implica comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando alto nível de síntese. Os autores afirmam que a maior proposta desse processo não é justificar a sua própria construção ou atacar as fraquezas das propostas oferecidas por outros, mas uma forma de conexão que leve à exploração mútua de todas as partes.

O objetivo é alcançar um consenso, quando possível; quando não, expõe e esclarece as diferentes visões. Caso o processo tenha êxito, é porque todas as partes, incluindo o pesquisador, reconstruíram as construções iniciais. Todas as partes são, simultaneamente, educadas e desenvolvidas.

Guba e Lincoln (2011) apontam que uma negociação produtiva requer certas condições, que incluem: compromisso das partes de trabalharem em uma posição de integridade, sem espaço para mentiras e enganos deliberados; competência mínima para se comunicar; compromisso de compartilhar poder; compromisso de mudar frente a negociações persuasivas; compromisso de reconsiderar os seus valores, quando apropriado; compromisso de dispor de tempo e energia requeridos pelo processo.

O seguinte modelo esquemático é proposto pelos autores:

Figura 1 - Círculo Hermenêutico Dialético. Fonte: Guba, Lincoln (2011).

O círculo hermenêutico-dialético, consiste na seleção de um respondente inicial (R1), geralmente escolhido de forma intencional pelo pesquisador por ser um sujeito emblemático no grupo, e os demais vão sendo indicados pelos entrevistados, até que o círculo retorne, por indicação ao respondente 1.

A partir da primeira entrevista os temas centrais, conceitos, ideias, valores, problemas e questões, levantados por R1, são analisados pelo pesquisador, e incorporados a novas questões, resultando em uma formulação, designada C1, que é o resultado da questão inicial, mais as demandas que emergiram de R1.

A construção C1 servirá como base para a entrevista com R2, que iniciará com a questão aberta inicialmente proposta, mais as questões que surgiram da entrevista de R1, e assim sucessivamente até que o grupo entenda que o grupo de interesse tenha sido contemplado.

As informações que serão exploradas podem ser introduzidas de acordo com as demandas que a oportunidade e a necessidade originam, entre as quais construções que emergem do próprio grupo de interesse, dados de observação, documentos, literatura relevante e a construção ética do pesquisador.

Assim, a primeira entrevista é iniciada com uma questão aberta, a partir desta, as questões que emergirem serão introduzidas nas demais entrevistas, em busca de informações mais detalhadas e específicas, ou seja, cada entrevista será seguida imediatamente pela análise dos dados, tornando o material das entrevistas

prévias disponível para as seguintes, nas quais, além de falar sobre as suas próprias construções, o entrevistado será convidado a comentar sobre as construções das entrevistas anteriores. Desse modo, parte do processo de análise dos dados ocorre concomitante à coleta, e o processo é repetido através da adição de novos informantes, sendo entrevistados todos os componentes de determinado grupo de interesse.

Ao final das entrevistas é realizada uma oficina com o grupo de interesse para a validação e negociação das informações obtidas durante o trabalho de campo. Assim, após a coleta dos dados brutos da entrevista, é realizada uma análise prévia com o objetivo de estruturar oficinas de validação, onde são apresentados os dados refinados para que todos tenham acesso à totalidade das informações e a oportunidade de modificá-las ou afirmar a sua credibilidade. Esse espaço tem uma grande potencialidade, pois permite que os processos de trabalho sejam discutidos de forma clara e construtiva, proporcionando os avanços que a avaliação construtivista se propõe.

Após a realização da negociação e validação dos dados, estes são divulgados em diferentes meios, por fim, Guba e Lincoln (2011) destacam a reciclagem dos dados como parte do círculo hermenêutico-dialético, até que se atinja um consenso acerca das questões não resolvidas, com base nas entrevistas realizadas, observações e momento da negociação dos dados com o pesquisador e grupos de interesse.

Dessa forma, a coleta de dados obedece esquematicamente aos seguintes passos:

Figura 2: Esquema da coleta de dados elaborado pela autora.

4.3 A Ética da Saúde Mental no Brasil

O lugar de onde falamos diz muito sobre como organizamos nossas ações, intenções e ideias, e dessa forma a posição ética assumida por um sistema de saúde é considerada central para a discussão das práticas que se desenvolverão no contexto deste. Concordo com Thornicroft e Tansella (2009) quando afirmam que no cuidado ao outro não pode haver espaço para intervenções, que sejam tecnicamente efetivas, mas antiéticas. Dessa forma, é imprescindível que a base ética da atenção à saúde esteja bem estabelecida, desde o planejamento inicial do projeto de um sistema, pois este orientará as todas práticas ofertadas aos usuários. É possível estimar precisamente o valor atribuído, por um Estado, às pessoas, a partir da quantidade de atenção dirigida a assegurar que elas sejam tratadas de maneira completamente humanizada, no cotidiano dos serviços.

Assim, as éticas que embasaram a relação da sociedade com a loucura ao longo da história da psiquiatria tradicional e suas reformas, devem servir de base para a discussão das práticas das equipes que atualmente compõem os meios de trabalho das instituições originadas da Reforma Psiquiátrica.

Por este motivo a ética é estabelecida como eixo fundamental deste estudo, pois é a partir da definição e entendimento do valor atribuído ao cuidado às pessoas em sofrimento psíquico que se constrói, ou não, um cenário com potencialidade de produzir boas práticas na atenção em saúde mental. O foco deste trabalho será o que vem sendo construído no contexto brasileiro, de modo a tentar aproximações em termos de reflexão sobre as políticas e organização dos serviços, fornecendo subsídios para a avaliação de boas práticas em saúde mental no Brasil.

Nas últimas décadas os movimentos reformistas tem marcado forte presença no Brasil e vêm produzindo discussões substanciais com relação às bases que sustentam a política e as práticas de saúde no país. A proposta de reforma do setor saúde no Brasil começou a tomar forma em meados da década de 1970, e ganhou força durante a luta pela redemocratização. O movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade, professores, pesquisadores e profissionais de saúde de orientação progressista se engajaram nas lutas dos movimentos de base e dos sindicatos e sustentavam uma concepção política e ideológica que defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a

ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM et al., 2011).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais.

Como resultado de tais mudanças administrativas, durante a Assembleia Nacional Constituinte, em 1987 e 1988, é aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado. O SUS, balizado por princípios de universalidade, integralidade e horizontalidade, busca, ainda hoje, dar visibilidade às forças e tensão constitutivas que o operam, para tornar explícitos os territórios de práticas que se disputa para sua conformação (MERHY, 2012).

É nesse cenário intensas de transformações, que ganham força também as reformas no contexto da Saúde Mental, as quais buscam romper com formas cristalizadas de tratamentos impostos pela psiquiatria tradicional no sentido de produzir transformações paradigmáticas que respondam, de forma mais adequada, às necessidades do sujeito em sofrimento.

Esta configuração instituída pelo processo Reforma Psiquiátrica, deu origem à construção de políticas entendem que é necessário “colocar a doença entre parênteses”, como propôs Basaglia (2010), e produzir práticas terapêuticas singulares, que se responsabilizam pelo usuário, identificando sua necessidade e seu sofrimento. Isto que dizer que não é mais possível pensar na atenção ao sofrimento psíquico considerando-o apenas como um diagnóstico resultante das disfunções de interações neurobioquímicas, nem tampouco com práticas que restrinjam ou limitem o exercício do ir e vir, ou submetam a um regime de controle e vigilância sobre todas as suas ações cotidianas (YASUI, 2013).

Ao contrário, a liberdade não deve ser entendida como resultado, mas sim como base da prática terapêutica, que produz inovações, admite criações a partir dos encontros entre sujeitos e projetos de vida baseados em autonomia de escolha sobre os caminhos que desejam percorrer.

A partir destas ideias iniciais, a Atenção Psicossocial é compreendida como o paradigma transformador da Reforma Psiquiátrica, constituindo-se como um corpo teórico, prático e ético que vem se colocando de maneira radicalmente oposta à psiquiatria tradicional. Dessa forma, não pode ser confundida com uma simples transformação nos serviços de saúde mental, pois configura-se em um processo muito mais amplo e complexo, que é produto de transformações históricas e sociais (YASUI, COSTA-ROSA, 2008). Essas transformações produzem uma ética singular que é uma exigência da própria Atenção Psicossocial, configurada segundo um paradigma que pretende superar dialeticamente o das psiquiatrias reformadas.

Tais transformações teóricas, históricas e sociais, exigem uma transformação nas práticas dos diferentes profissionais que atuam no campo. Estes precisam assumir a ética não mais como concepções ligadas à deontologia, isto é, que se restringem ao foco do que se deve ou não fazer, de acordo com o senso humanitário corrente ou com os códigos estabelecidos pelas disciplinas profissionais (COSTA-ROSA, 2011), pois este é certamente um dos fatores que fazem com que, no campo da Saúde, o sujeito a quem se dirige a Atenção frequentemente fique ausente das ações e discussões, ou apenas seja considerado em posição lateral de objeto das ações, com o qual, então, se deve ser mais ético ou menos ético (COSTA ROSA, 2013; MERHY, ONOCKO CAMPOS, 2002).

Ao contrário, o cenário que se desenha deve ampliar o horizonte normativo pelos quais se pensa que devem ser guiadas e julgadas as práticas de saúde, é necessário ultrapassar a normalidade morfofuncional, própria às ciências biomédicas modernas e colocar como referência a relação do usuário com sua própria experiência vivida, os valores que orientam sua vida, discutir com ele as concepções de saúde, aproveitando toda a potencia que esta proposta ética nos apresenta.

A fim de estimular uma discussão mais aprofundada sobre a ética que sustenta a Atenção Psicossocial, e avançar em pontos importantes para a consolidação de boas práticas, é necessário percorrer o caminho pelos conceitos que construíram a ética tutelar, base da psiquiatria tradicional, e a superação da mesma pela ética da Atenção Psicossocial, arcabouço ético do paradigma Psicossocial.

4.3.1 A ética da Atenção Psicossocial

A instituição de uma moral, ou seja, valores concernentes ao bem e ao mal, ao permitido e ao proibido, e à conduta correta, válidos para todos os membros de uma sociedade sempre esteve presente em todas as culturas. No entanto, a simples existência da moral não significa a presença explícita de uma ética, que é entendida como a filosofia moral, ou seja, uma reflexão que discute, problematiza e interpreta o significado dos valores morais. Assim, a *Ética* é definida como estudo dos valores morais, da relação entre vontade e paixão, vontade e razão; finalidades e valores da ação moral; ideias de liberdade, responsabilidade, dever, obrigação, entre outros (CHAUÍ, 2000).

A partir dos textos de Platão e de Aristóteles, pode-se afirmar que, no Ocidente, a ética ou filosofia moral inicia-se com Sócrates, mostrando que nossos sentimentos, nossas condutas, nossas ações e nossos comportamentos são modelados pelas condições em que vivemos. Somos formados pelos costumes de nossa sociedade, que nos educa para respeitarmos e reproduzirmos os valores propostos por ela como bons e, portanto, como obrigações e deveres (CHAUÍ, 2000).

Ao se relacionar com valores, a ética se manifesta em vários momentos no cotidiano, especialmente quando se impõe a necessidade de tomar decisões acerca de situações, sejam elas mais dramáticas ou menos dramáticas. Toda decisão está imbricada não só de um **senso moral**, mas também põem à prova a **consciência moral** de um sujeito, ao exigir decisões que reflitam um posicionamento de valor que justifique individual e publicamente as razões de decisões e todas as suas consequências. Assim, o senso e a consciência moral estão intimamente ligados à vida cultural, uma vez que dizem respeito a valores, sentimentos, intenções, acerca das relações entre as pessoas e, portanto, nascem e existem como parte de uma vida intersubjetiva (CHAUÍ, 2000).

A avaliação externa das decisões tomadas de acordo com o senso e a consciência moral são os **juízos éticos de valor**, que assim como as decisões são **normativos**, isto é, enunciam normas que determinam o dever de nossos sentimentos, nossos atos, nossos comportamentos. São os juízos que enunciam obrigações e avaliam intenções e ações segundo o critério do correto e do incorreto. Em geral, a origem cultural dos valores éticos, do senso moral e da consciência

moral, não é consciente porque somos educados para eles e neles, como se fossem naturais ou fáticos, existentes em si e por si mesmos. Com isso, para garantir a manutenção dos padrões morais através do tempo e sua continuidade de geração a geração, as sociedades tendem a naturalizar da existência moral. Isto esconde o mais importante da ética: o fato dela ser uma criação histórico-cultural e de representar as ideias da classe dominante de cada período (SINGER, 2012; CHAUÍ, 2000).

Desta forma, no caso específico da construção da ética que orienta a saúde mental, as diferentes concepções sócio-históricas e econômicas que a loucura assumiu ao longo dos séculos resultaram também em mudanças éticas na forma de entender e lidar com ela.

A história da ética, construída em torno da loucura desde a Antiguidade clássica (greco-romana) até nossos dias, mostra que, a medida que a sociedade assume diferentes formações sociais e culturais, institui conjuntos de valores éticos como padrões de conduta, de relações intersubjetivas e interpessoais, de comportamentos sociais que buscam garantir a conservação do grupo social.

Na Antiguidade o delírio era visto como um privilégio, uma vez que, era entendido como um acesso direto às divindades, e com isso um curso de uma realidade que seguiria leis necessárias e universais, e que por isso, não haveria como, nem o porquê, deliberar e escolher uma forma de lidar com a loucura, pois as coisas acontecem necessariamente tais como as leis que as regem determinam que devam acontecer. Com isso os sujeitos que possuíam esse dom não eram considerados normais, nem iguais, e por isso, eram mantidos à distância (FOUCAULT, 2009).

A partir da Idade Média, a loucura inicia um movimento de ruptura entre a experiência mística e a consciência crítica, o louco não é mais visto como portador da verdade divina, pois ganha força a constituição de uma sociedade cristã. O cristianismo nasce como religião de indivíduos que não se definem por seu pertencimento a uma nação ou a um Estado, mas por sua fé num mesmo e único Deus, diferentemente de outras religiões da Antiguidade, que eram nacionais e políticas. Isso significa, antes de qualquer coisa, que a vida ética do cristão não será definida por sua relação com a sociedade, mas por sua relação espiritual e interior com Deus, com a **lei divina revelada**, a qual deve ser seguida obrigatoriamente e

sem exceção. Sem conseguir acompanhar tais dogmas, a loucura passa a ser vista como possessão demoníaca, criando uma necessidade social e ideológica de afastar e de conter tais comportamentos, cabendo práticas e rituais de afastamento e cura diante de tais tormentos (CHAUÍ, 2000; FOUCAULT, 2009).

O período do Renascimento distancia a filosofia moral dos princípios teológicos e da fundamentação religiosa da ética, mas a ideia do dever, instituída por esse período, permanecerá como uma das marcas principais da concepção ética ocidental.

A desestruturação da economia feudal serve de alavanca ao modo capitalista em formação, e a sociedade passa a vivenciar deslocamentos de grandes massas humanas, súbitas e violentamente privadas de seus meios de subsistência e lançadas no mercado de trabalho como levas de trabalhadores destituídos de direitos. A sociedade, progressivamente, se vê submetida ao modo capitalista de produção, e às formas sucessivas que ele assume, conquistando e substituindo as demais formas de organização do trabalho, e com elas, as alternativas para a população trabalhadora (MARX, 1980; BRAVERMAN, 1987). Assim, além de canalizar as necessidades materiais e de serviços, o capitalismo, passa também a ditar os padrões emocionais da vida social e familiar, provocando profundas alterações psicológicas e afetivas nos indivíduos.

As relações passam a se dar através da compra e venda, enfraquecendo a vida comunitária, e criando novos ramos da produção para preencher as lacunas resultantes. Novos serviços e mercadorias proporcionam substitutos para as relações humanas, sob a forma de relações de mercado e todos que não se encaixam nesta emergente forma de relações passam a ser considerados não produtivos, e com isso, deixam de fazer parte do ciclo de produção.

Os indivíduos, excluídos deste ciclo e de relações capitalistas, como os loucos, leprosos, desocupados, delinquentes, pobres e libertinos, passam a ser encaminhados a instituições de correção e reclusão controladas pelo Estado (FOUCAULT, 2009; AMARANTE, 2008). A ética que começa a emergir neste período é a “*Ética da tutela*”, que se apresenta circunscrita ao campo da reclusão asilar, a partir dela o sujeito do sofrimento é destituído de razão, demanda ou vontade e pode ser juridicamente interditado pelas possíveis consequências de seus atos futuros (COSTA, 1996). Ao ser incorporada a um contingente de marginalizados

e improdutivos, a loucura passou a ter outra representação social, na qual, os loucos eram percebidos pelo senso comum como violentos e perigosos, contribuindo para o processo de estigmatização do louco.

A institucionalização desses indivíduos se destinava unicamente à exclusão e à normatização de condutas socialmente adequadas, para responder às exigências da acumulação de capital, fundamental para que fosse consolidado o novo modo de produção. Em meio a esses acontecimentos, um movimento de cunho médico, pretendia tirar a loucura dessas instituições, que não contavam com qualquer assistência médica, ou terapêutica, para tratá-la em um único espaço, a fim de conhecer e intervir em seus sintomas. Fundamentada na ética da tutela, nasce a psiquiatria e os manicômios que segregarão os loucos séculos.

A partir de Philippe Pinel, a loucura passa a ser observada, categorizada, classificada de acordo com hábitos, atitudes, gestos e olhares, tudo é anotado, comparado, transformado em uma nosografia. Médico, filósofo, matemático e enciclopedista, ao final do século XVIII, Pinel integrou o movimento conhecido como “Os Ideólogos”, que tem como referência a História Natural, essa orientação teórica busca o conhecimento do homem a partir do que lhe é impresso pelas suas experiências, para consigo mesmo e para o que lhe é exterior. Para a história natural, conhecer é classificar, separar e agrupar as diferentes manifestações (AMARANTE, 2007, 2008). Fundamentado nos saberes da clínica do ato perceptivo, Pinel transforma a forma de lidar com a loucura, que agora ganha o estatuto teórico de alienação mental.

O tratamento moral, como ficou conhecido, o tratamento imposto por Pinel, tinha como principal fundamento de intervenção o isolamento, a partir deste, o médico afasta o alienado de seu meio social, o qual acreditava-se continha as causas da alienação, e aumenta as possibilidades de comunicação com o alienado (AMARANTE, 2007). O isolamento é justificado para garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias; liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico; e impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais (FOUCAULT, 2007). Com isso, Pinel imprime uma mudança de atitude ética e clínica que liberta a loucura das correntes, mas a deixa definitivamente apropriada pelo saber médico e pelo espaço fechado do manicômio. O indivíduo agora com *status* de alienado tem seus interesses subordinados aos

interesses de uma instituição, confundindo as histórias da psiquiatria e de seu asilo, o manicômio.

A psiquiatria institui-se sobre o pano de fundo de uma nova sociedade na qual valoriza-se a capacidade produtiva, e o objetivo é extrair o maior lucro possível (CASTEL, 1978; COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, 2001). Dessa forma, as pessoas deixam de ter necessidades/crecimentos e passam a obedecer a um sistema que representa os interesses de uma classe dominante. As relações de dominação que um grupo social exerce sobre outros grupos, se dão de modo a manter uma ordem política e repressiva que salvaguarda certas normas fundamentais à existência do capitalismo.

Com isso, o Estado atua como instaurador de um pensamento hegemônico por meio de uma ordem jurídica e repressiva, que penetra no interior da formulação dos interesses de cada grupo, tentando desarticular as visões de mundo de cada um dos grupos e classes sociais adversários, e procura rearticulá-la sob a égide de uma visão de mundo proposta como universal. Tal construção compõe a ideologia dominante do sistema capitalista, difundindo-se na sociedade enquanto concepção de mundo e de vida, fortalecendo e sustentando relações sociais (STACCONE, 1990; PAOLI, 1981).

Como representação de uma ideologia dominante, o modelo de assistência centrado no manicômio foi instaurado e permaneceu por séculos como forma hegemônica de tratamento em psiquiatria. Esta foi definida em seu papel de ciência dogmática, que diante do próprio objeto, limitou-se a definir sua diversidade e incompressibilidade, traduzindo-as concretamente numa estigmatização social. Sua nosologia etiqueta o sujeito sem deixar possibilidade de saída, e o psiquiatra, para fazê-lo, lança mão de sua bagagem de conhecimentos técnicos, os quais, a partir do sintomas é capaz de reconstruir o fantasma da doença. Tão logo formulado o diagnóstico, o sujeito desaparecerá, pois está definitivamente codificado em um papel que lhe sanciona, sobretudo, um novo status social (BASAGLIA, 2010).

Após anos de segregação e violência nos asilos e colônias de alienados a tecnologia manicomial começa a ser questionada em meio a um cenário de intensa modificações estruturais, gerados no período pós Segunda Guerra Mundial (AMARANTE, 2007). Sobre as grandes mudanças sociais Hegel afirma que podemos perceber ou reconhecer o momento em que uma sociedade e uma Cultura entram

em declínio, perdem força para conservar-se e abrem-se às crises internas que anunciam seu término e sua passagem a uma outra formação sociocultural. Esse momento é aquele no qual os membros daquela sociedade e daquela Cultura contestam os valores vigentes, sentem-se oprimidos e esmagados por eles, agem de modo a transgredi-los. É o momento no qual o antigo acordo entre as vontades subjetivas e a vontade objetiva rompem-se inexoravelmente, anunciando um novo período histórico.

Tais mudanças sócio-históricas apontam para o que Nicácio (2003) afirma ser uma mudança na relação com a loucura e suas formas de abordagem, devendo instaurar uma nova resposta social ao sofrimento e ao sujeito em sofrimento psíquico. A ética da tutela que opera na exclusão da subjetividade, sobretudo no protagonismo necessário do indivíduo para ação no processo de se tratar, demonstra seu falimento, e em diversos países inicia um movimento de organizar novas propostas de mudanças da assistência psiquiátrica. Como exemplo temos: as comunidades terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra; a psiquiatria Institucional e a Psiquiatria de setor na França; a psiquiatria preventiva ou comunitária nos EUA; entre outros movimentos questionadores à lógica de asilamento (AMARANTE, 2008; COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, 2003).

Contudo, a maioria destes movimentos ainda mantém a presença do hospital psiquiátrico, ou seja, mantém o cerne da psiquiatria tradicional, e com isso apresentam éticas reformadas, mas que não rompem de vez com a ética característica do modo manicomial. Para Costa (1996) as éticas que a sucedem estão mais para deformações do que aperfeiçoamentos.

A experiência de transformação que de fato rompe com a ética da tutela, e propõe um novo modelo assistencial em saúde mental, dentre as reformas que tiveram curso na década de 1960 e 1970, foi o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana. Este movimento surge no início da década de 1960, por iniciativa do médico Franco Basaglia³ com a proposta de desmonte do hospital

³ Basaglia foi um psiquiatra italiano, que coordenou os movimentos da Psiquiatria Democrática e da Rede Alternativas à Psiquiatria, bem como participou da promulgação da Lei 180 (que é também conhecida por Lei Basaglia, em sua homenagem), que dispõe sobre o fim dos hospitais psiquiátricos e montagem dos serviços territoriais da Itália (AMARANTE, 2008).

psiquiátrico de Gorizia, Itália tendo como contrapartida a construção de novos espaços e modos de lidar com a loucura. Esse processo se consolidou apenas na década de 1970, com o efetivo desmonte do aparato assistencial baseado no manicômio, que foi realizado na cidade de Trieste (AMARANTE, 2007).

É a primeira vez que a história da loucura tem como foco o sujeito e seu sofrimento, e isso transforma toda a relação que envolve a loucura e a sociedade. Basaglia começa um movimento de pensar sobre loucura na perspectiva do sujeito que a vive e não daqueles que por anos buscaram suprimi-la com métodos de exclusão e eliminação de subjetividades. A história da loucura, depois do fechamento do manicômio de Trieste, deixa de ser protagonizada por psiquiatras e passa a ser construída conjuntamente por aqueles que experimentam uma forma diversa de interagir com a vida. Este talvez seja o momento mais importante na transformação da ética, porque mais do que desinstitucionalizar, a mudança dá voz a uma história de silêncio, e abre outras possibilidades de vida a quem antes só tinha uma: a exclusão.

A dimensão mudança pode ser entendida por um escrito deixado por Basaglia, em que afirma que se algum dia a história da experiência de Trieste fosse contada, ele preferiria que não fosse por meio de datas, números de atos legislativos ou portarias de serviços, mas pelas histórias de vidas que foram reinventadas, reconstruídas, redescobertas a partir deste processo de transformação (AMARANTE, 2007).

No Brasil, a Psiquiatria Democrática Italiana inspirou o movimento de transformação que se instaurou no Brasil durante a década de 1970, e que deu origem ao movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira. A experiência do processo será problematizada com mais detalhes, nesta tese, em capítulos posteriores, aqui cabe ressaltar que foi um processo ético porque inscreve-se em uma dimensão contrária ao estigma, à exclusão, à violência do paradigma ao que se opõe. É uma ruptura ética quando reconhece novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos e práticas científicas, abrindo assim, espaços de invenção de novas prática e novas possibilidades de reprodução social destes mesmo sujeitos (AMARANTE, 2007).

Diferentes modos de produção implicam em diferentes resultados produtivos, isto é, em diferentes formas dos produtos, e a ética que emerge neste cenário

transformado é a Ética da Atenção Psicossocial, que tem se encaminhado para uma modalidade de Atenção em que o sujeito é considerado simultaneamente como indivíduo com possibilidade de produzir sentido novo para diferentes injunções sociais e subjetivas do seu cotidiano. Este, empoderado, deve poder chegar a situar-se no lugar do trabalhador, deve ver uma consequência imediata da diretriz que propõe a participação popular no planejamento, na gestão e no controle dos processos de produção; bem como nas decisões de o quê e como produzir. Essa diretriz é a essência das proposições e das experiências de Reforma, e constitui herança preciosa para a Atenção Psicossocial e sua ética (COSTA-ROSA, 2013; 2011).

A ética da clínica na Atenção Psicossocial deve considerar que onde há sofrimento há necessariamente trabalho subjetivo. Essa concepção de saúde não separa o físico do psíquico, mas distingue sua especificidade. Embora necessariamente integrando os dois aspectos, a Atenção Psicossocial dá destaque aos aspectos subjetivos e sociais dos impasses. Costa-Rosa (2013; 2011) destaca ainda a centralidade dos sujeitos em sofrimento psíquico na proposta da ética para clínica da Atenção Psicossocial, e afirma que isso implica que eles sejam assumidos como a referencia fundamental quando se trata de analisar as particularidades do trabalho subjetivo a ser realizado, e das formas de apropriação dos seus resultados pelos diferentes participantes do processo de produção da Atenção.

Cabe, ainda, ressaltar que propor eticamente o sujeito em sofrimento como o principal produtor não significa menosprezar a importância dos outros componentes do processo de produção. Ao contrário, são significativas as consequências dos modos da atuação e da organização dos trabalhadores nas instituições, as transformações na forma de entender o sujeito modificam também as práticas as quais passam a ser orientadas não mais para a cura, mas para novas possibilidades de vida, levando em conta as subjetividades dos indivíduos que sofrem.

Na Atenção Psicossocial não há pretensão de estabelecer fórmulas padrões para o processo, as certezas poderiam levar a um retrocesso para os antigos conceitos manicomiais, é importante olhar para todas as possibilidades de vida da pessoas em sofrimento, levando em conta tudo o que está presente naquela subjetividade, sem a busca por parâmetros de uma homogeneização social.

Por fim, acredito que o universo que se abre diante da mudança de paradigma constitui-se em um terreno fértil de possibilidades para a construção de práticas no contexto dos territórios de vida das pessoas, contudo, por tratar-se de um campo ainda cheio de tensões e conflitos, fruto das amarras mantidas por uma tradição autoritária, acabam por produzir contradições entre a política e seu processo de concretização. Sabe-se que ainda há um caminho a percorrer para avançar em termos de aproximação entre a política e a prática, de modo a solidificar a produção de boas práticas em saúde mental, na atenção psicossocial.

4.4 Prática Baseada em Evidências

Ao propor um método que busca auxiliar os atores envolvidos na melhoria da atenção em saúde mental, Thornicroft e Tansella (2010), entendem que deve-se dar especial atenção às intervenções e serviços que sejam fortemente baseados em evidências científicas.

Para Duncan, Schmidt e Giugliani (2004) a prática baseada em evidencia é o uso consciente, explícito e judiciosos das melhores evidências atuais disponíveis para a tomada de decisão acerca do cuidado com os usuários. Em saúde mental as evidências ainda são bastante escassas, especialmente quando fala-se de prática do cotidiano. Os estudos existentes estão bastante restritos à neuroquímica e psicofarmacologia, devido a um fluxo na cultura contemporânea na direção do consumo, do distanciamento interpessoal e da objetividade, contudo, tem crescido um movimento científico que se contrapõe a isto, e busca valorizar de questões ligadas ao individuo e práticas no contexto dos territórios de vida das pessoas, enfocando as subjetividades.

Este movimento, contrahegemônico, ainda carece de investimento na produção de evidências. Estas para darem conta da subjetividade que se abre diante da atenção psicossocial precisam valorizar o conhecimento científico, advindo da experiência, da clínica, do relato de caso, que atualmente é considerado “menor”, desqualificado, desvalorizado diante do conhecimento científico *hard* do ensaio clínico randomizado.

A fim de obedecer o referencial teórico deste estudo, busquei nas bases de dados, estudos alinhados ao rigor hierárquico das evidências científicas disponíveis

e alinhadas com o objeto desta tese, que podem servir como base para a tomada de decisão no processo de cuidar. A hierarquia a ser considerada é a apresentada a seguir:

Níveis de evidência científica	
1º nível	Evidência de pelo menos uma revisão sistemática
2º nível	Evidência de pelo menos um bom ensaio clínico randomizado
3º nível	Evidência de pelo menos um estudo controlado sem randomização
4º nível	Evidência de pelo menos um estudo observacional bem desenhado
5º nível	Opinião de especialistas, usuários do serviço e cuidadores

Quadro 2 - Níveis de evidência científica (THORNICROFT E TANSELLA, 2010)

Os autores, Thornicroft e Tansella (2010) justificam sua opção teórica devido à suas formações essencialmente epidemiológicas, mas admitem que é possível fazer um uso equilibrado e justo das evidências científicas. Sobre este equilíbrio, Campos, Onocko Campos e DelBarrio (2013) afirmam que o paradigma dominante na ciência médica contemporânea, ainda alega que seria imprescindível a tomada de decisões baseadas em conhecimentos solidamente assentados, em estudos randomizados, controlados e com desenhos essencialmente epidemiológicos. Contudo, vivemos na atualmente um tempo de mudança social acelerada e de diversificação das esferas da vida que não podem ser estudadas apenas pela via dedutiva clássicas, pelo teste empírico de hipóteses prévias, mesmo porque, segundo os autores, em muitos casos são necessárias teorias que fundamentem as hipóteses a serem testadas.

A análise restrita da complexidade do processo saúde/doença/intervenção, pode negligenciar a consolidação de boas práticas em saúde mental, uma vez que estas dependem de uma articulação complexa entre diferentes recursos, que muitas vezes não podem ser randomizados, ou sistematicamente medidos, mas que podem ser investigados dentro de rigores científicos e análises articuladas de várias evidências, produzidas mediante distintas metodologias e enfocando distintos objetos (CAMPOS, ONOCKO CAMPOS E DEL BARRIO, 2013).

As metodologias para investigar práticas em saúde mental a partir dessa perspectiva dependem de considerar-se a complexidade desse cuidado. Por isso,

Thornicroft e Tansella (2010) trazem a possibilidade, e a necessidade, de integração entre evidência da ciência e a evidência da experiência, para a produção de boas práticas, uma vez que o cuidado em saúde mental não dispensa conhecimentos prévios com base em dados concretos ou em evidências, ao contrário, ele é mais efetivo quando apoiado em um conjunto de conhecimento acumulado.

Neste sentido, este capítulo se desenvolve a partir de uma revisão, que aponta o que vem sendo produzido em termos de boas práticas em saúde mental comunitária tanto no contexto nacional, como no internacional.

A Prática Baseada em Evidências (PBE), cuja origem atrelou-se ao trabalho do epidemiologista Archie Cochrane, caracteriza-se por uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência. Envolve, pois, a definição do problema clínico, a identificação das informações necessárias, a condução da busca de estudos na literatura e sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação de sua utilização para o paciente (GALVÃO, SAWADA, TREVIZAN, 2004; SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

Dentre os métodos de revisão mais utilizados estão revisão a sistemática, a integrativa e a meta-análise, sendo que cada uma destas compõem uma linha de estudos diferente.

A meta-análise é um método de revisão que combina as evidências de múltiplos estudos primários a partir do emprego de instrumentos estatísticos, a fim de aumentar a objetividade e a validade dos achados. O delineamento e as hipóteses dos estudos devem ser muito similares, se não idênticos. Na abordagem da meta-análise, cada estudo é sintetizado, codificado e inserido em um banco de dados quantitativo. Subsequentemente, os resultados são transformados em uma medida comum para calcular a dimensão geral do efeito ou a intervenção mensurada (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

A revisão sistemática, por sua vez, é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica, enfocando primordialmente estudos experimentais, comumente ensaios clínicos randomizados. Difere-se de outros métodos de revisão, pois busca superar possíveis vieses em cada uma das etapas, seguindo um método rigoroso de busca e seleção de pesquisas; avaliação

de relevância e validade dos estudos encontrados; coleta, síntese e interpretação dos dados oriundos de pesquisa (GALVÃO, SAWADA, TREVIZAN, 2004).

A revisão integrativa, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (GALVÃO, SAWADA, TREVIZAN, 2004; SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010; LACERDA et al. 2012).

Por acreditar que é necessária uma ampla amostra, e uma multiplicidade de propostas para o estudo de boas práticas em saúde mental, acredito que a revisão integrativa será capaz de gerar um panorama consistente de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a construção de um panorama mundial sobre o tema.

Para a construção da revisão integrativa, alguns autores (GALVÃO, SAWADA, TREVIZAN, 2004; SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010; LACERDA et al. 2012) proposto a divisão em seis fases:

1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora

A definição da pergunta norteadora é a fase mais importante da revisão, pois determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado. Logo, inclui a definição dos participantes, as intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem mensurados. Deve ser elaborada de forma clara e específica, e relacionada a um raciocínio teórico, incluindo teorias e raciocínios já aprendidos pelo pesquisador. De acordo com Duncan, Schmidt e Giugliani (2004) a formulação da questão deve levar em conta: a) fator em estudo, b) desfecho clínico; c) situação clínica do paciente. Neste caso as questões de norteadoras utilizadas para este capítulo são: “ quais as boas práticas produzidas na atenção psicossocial? Estas podem transformar a vida do sujeito em sofrimento psíquico, no processo de reconquista de espaços sociais?

2ª Fase: busca ou amostragem na literatura

Intrinsecamente relacionada à fase anterior, a busca em base de dados deve ser ampla e diversificada, contemplando a procura em bases eletrônicas, busca

manual em periódicos, as referências descritas nos estudos selecionados, o contato com pesquisadores e a utilização de material não-publicado. Os critérios de amostragem precisam garantir a representatividade da amostra, sendo importantes indicadores da confiabilidade e da fidedignidade dos resultados. A conduta ideal é incluir todos os estudos encontrados ou a sua seleção randomizada; porém, se as duas possibilidades forem inviáveis pela quantidade de trabalhos, deve-se expor e discutir claramente os critérios de inclusão e exclusão de artigos. Desta forma, a determinação dos critérios deve ser realizada em concordância com a pergunta norteadora, considerando os participantes, a intervenção e os resultados de interesse.

Neste estudo, para o levantamento dos artigos na literatura, foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed/Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline). Foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa, inglesa e italiana: “Mental Health”, “Community Care”, “Public Health Practice”, “Mental Health Services” e “Community Mental Health Services”.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês e italiano; artigos na íntegra que retratassem a temática referente às práticas em saúde mental comunitária e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos 30 anos. O recorte temporal a partir do final da década de 1980 foi uma opção, pois é um período de início de algumas reflexões teóricas sobre a temática. Serão excluídos da revisão artigos que tratem da temática direcionada a álcool e outras drogas, saúde mental infantil e população de rua, por acreditar que são populações que carregam muita especificidade, e por isso se afastam dos objetivos desta revisão.

3ª Fase: coleta de dados

Para extrair os dados dos artigos selecionados, faz-se necessária a utilização de um instrumento previamente elaborado capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro. Os dados podem incluir: definição dos sujeitos, metodologia, tamanho da amostra, mensuração de variáveis, método de análise e conceitos embasadores empregados.

Para a construção deste capítulo foi elaborado um instrumento de acordo com as necessidades que foram emergindo ao longo do processo, e ficou estruturado da

Busca 1: descritor 1 and descritor 2 and descritor 3				
Ano de publicação	Periódico	Autores	Título	Resumo
Lilacs - total - Artigos incluídos = Artigos Excluídos = Artigos iguais =				
Medline - Total - Artigos incluídos = Artigos excluídos = Artigos iguais =				
Pubmed - Total - Artigos incluídos = Artigos excluídos = Artigos iguais =				

seguinte forma:

Quadro 3 - Instrumento de análise das buscas, elaborado pela autora.

4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos

Análoga à análise dos dados das pesquisas convencionais, esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo. A experiência clínica do pesquisador contribui na apuração da validade dos métodos e dos resultados, além de auxiliar na determinação de sua utilidade na prática. A Prática Baseada em Evidências focaliza, em contrapartida, sistemas de classificação de evidências caracterizados de forma hierárquica, dependendo da abordagem metodológica adotada. Para auxiliar na escolha da melhor evidência possível, foi obedecida a hierarquia das evidências, apresentada anteriormente.

5ª Fase: discussão dos resultados

Nesta etapa, a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar prioridades para estudos futuros. Contudo, para proteger a validade da revisão integrativa, o pesquisador deve salientar suas conclusões e inferências, bem como explicitar os vieses.

6ª Fase: apresentação da revisão integrativa

A apresentação da revisão deve ser clara e completa para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados. Deve conter, então, informações pertinentes e detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas, sem omitir qualquer evidência relacionada. Como a revisão é parte deste estudo e não o todo, a análise dos resultados encontra-se apresentada contextualizada na análise dos dados, pois não havia sentido apresenta-la descolada dos resultados desta pesquisa.

A partir da busca realizada foram selecionados 16 artigos que apontam para a consolidação de algumas práticas alinhadas com os critérios de interesse do estudo. A seguir é apresentado o quadro síntese resultado das buscas realizadas.

Autores	Objetivo	Metodologia	Resultados
Tomasi, E. et al. (2010)	Analisar a efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no cuidado de portadores sofrimento psíquico em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.	Estudo do tipo coorte prospectiva, com um Estudo de Linha de Base e um acompanhamento.	Apontou uma redução significativa na ocorrência de crises ($p = 0,000$), e o número de internações psiquiátricas entre aqueles em atendimento intensivo ($p = 0,002$) e com maior tempo de CAPS ($p = 0,003$). Entre os não-intensivos, diminuiu o uso de medicamentos ($p = 0,032$) e aumentou a participação em grupos ($p = 0,000$). Segundo o estudo os CAPS podem ser considerados efetivos na assistência aos portadores de sofrimento psíquico.
Carvalho, M.A.P. et al. (2013)	Analisar as contribuições da terapia comunitária integrativa considerando as mudanças de comportamentos de usuários de um Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	Pesquisa compreensivo-interpretativa de abordagem qualitativa, onde se utilizou a história oral temática.	O estudo apontou que ocorreram mudanças significativas nos campos pessoal, profissional e comunitário, a partir da inserção deles nas rodas de terapia comunitária integrativa, pois se verificou que tal estratégia promoveu a recuperação dos processos de socialização natural que constituem a vida humana. Ficou claro que o uso da terapia comunitária integrativa está relacionado a pro- postas de inclusão e reabilitação psicossocial de seus participantes.
Galvanese,	Analisar o processo de	Estudo qualitativo de	Três tendências de cuidado

A.T.C.; Nascimento, A. de F.; D'Oliveira A.F.P. L. (2013)	cuidado desenvolvido por meio de arte e cultura em centros de atenção psicossocial.	observação de tipo etnográfico de 126 atividades grupais de arte e cultura realizadas em 21 CAPS, entre 2007 e 2008.	foram identificadas: (1) estritamente clínica, predominante e marcada por atividades realizadas dentro dos centros com foco em competências pessoais e interações grupais; (2) psicossocial, que incluiu atividades no território, ampliação dos repertórios culturais e da circulação social; e (3) residual, minoritária e sem ganhos psicossociais.
Bosi, M.L.M. et al. (2012)	Interrogar se e como as experiências desenvolvidas se constituem efetivamente como práticas de cuidado inovadoras em saúde mental, na perspectiva dos usuários desse dispositivo.	Abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso.	Os resultados revelam: ênfase no sujeito social doente, não mais na doença; acolhimento como fundamento propositivo das ações; co-produção de diálogos genuínos com múltiplos atores envolvidos; e construção da autonomia e fortalecimento do poder pessoal. Tais elementos evidenciam que as práticas de cuidado tecidas no cotidiano do Movimento implicam desconstrução com o modelo tradicional de atenção à saúde mental, potencializando novas formas de cidadania, desse modo, contribuindo para a desinstitucionalização.
Hickling, F.W.; Robertson-Hickling H.; Paisley, V. (2012)	Considerar se a desinstitucionalização e a integração dos cuidados de saúde mental nos serviços de atenção primária à saúde reduziram ou não o estigma em relação à doença mental na Jamaica.	Estudo qualitativo, com utilização de 20 grupos focais, com a participação total de 159 usuários	O estudo aponta que as atitudes em relação à doença mental têm melhorado e o estigma diminuiu desde o aumento do envolvimento da comunidade com os doentes mentais. Esta redução de estigma parece ser um resultado do processo de desinstitucionalização e desenvolvimento de serviços de saúde mental comunitário na Jamaica.
Leão, A. ; Barros, S. (2012)	Compreender a representação que a equipe multiprofissional tem sobre "território" e "serviço de saúde mental de base territorial".	Estudo Qualitativo, com utilização de entrevistas semiestruturadas e sessões de grupo focal.	Para os autores não é a mera presença do serviço como mais uma instituição no território que produzirá a desinstitucionalização das práticas envolvidas por uma cultura manicomial, mas sim, são as ações nos contextos de vida, com todas as problemáticas e possibilidades, que constroem a realidade

			cotidiana dos indivíduos e que se constituem em instrumentos capazes de impulsionar a construção de um processo territorial em que os valores estabelecidos passam a ser questionados e transformados.
Fiorati, R.; Saeki, T. (2012)	Estudar a organização desses serviços, os projetos terapêuticos e a inserção da reabilitação psicossocial nas ações de saúde disponibilizadas, apresenta-se reflexão teórico-crítica sobre o processo de elaboração dos projetos terapêuticos pelas equipes dos serviços.	Metodologia qualitativa com entrevistas semidiretivas e grupos focais.	Os projetos terapêuticos são referenciados pelos profissionais como decorrentes das diretrizes provenientes de instâncias gestoras ou das orientações técnicas próprias a cada categoria profissional, mas não como atividade de construção representativa de uma filosofia de trabalho da equipe de saúde.
Ribeiro, J.M.; Inglez-Dias, A. (2012)	Analisar a política brasileira de saúde mental quanto aos aspectos normativos, de demanda, de oferta e de financiamento.	Metodologia qualitativa, com análise de documentos.	O estudo afirma que a sustentabilidade das inovações da reforma psiquiátrica depende de melhor financiamento e de integração dos serviços comunitários à rede de atenção primária, do desempenho geral do SUS e da redução de serviços exclusivos e autônomos na atenção primária.
Campos, R.O. et al. (2011)	Avaliar a articulação entre as redes de atenção primária e de saúde mental em regiões de alta vulnerabilidade social de uma grande cidade brasileira.	Pesquisa avaliativa, participativa e predominantemente qualitativa.	Aponta um papel estratégico do agente comunitário de saúde para identificar ofertas em potencial e propiciar escuta de forma mais próxima à população. As práticas de promoção à saúde ainda não estão consolidadas. Quando os arranjos possibilitam inserções dos profissionais em atividades extramuros, os usuários reconhecem e se apropriam dos espaços, possibilitando ações que se distanciam da tradicional queixa-conduta.
Quinderé, P.H.; Jorge, M.S.B.; Franco, T.B. (2014)	Discutir as interações estabelecidas entre os níveis de complexidade do sistema de saúde na atenção à saúde mental e compreender a conformação da rede de atenção à saúde mental no município de Sobral-CE	Estudo do tipo qualitativo	Os resultados demonstraram que os serviços de saúde mental convivem com diferentes arranjos em rede, operando por uma diversidade de dispositivos de cuidado o que possibilita a negociação de projetos terapêuticos menos medicalizantes, embora se observe que permanece

			<p>atenção especial dos trabalhadores quanto à centralidade da administração da medicação. Há grande mobilidade dos trabalhadores na rede, circulando os diversos equipamentos de saúde, o que favorece as conexões e fluxos entre equipes na construção das linhas de cuidado. Os fluxos de conexão operam na saúde mental por força da ação dos trabalhadores, que tem por base a ideia de que todos são protagonistas no processo de cuidado, e assim, os movimentos são partilhados e articulados entre si.</p>
<p>Martins, A.K.L. et al. (2015)</p>	<p>Conhecer os procedimentos, as ações e condutas adotadas em saúde mental no âmbito da atenção básica.</p>	<p>Pesquisa qualitativa exploratória.</p>	<p>As ações voltadas à saúde mental relacionam-se à prescrição de psicotrópicos, ao encaminhamento de casos ao ambulatório e às visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família assume papel tímido, com consultas individuais e poucas atividades em grupo. Nas práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família o predomínio de procedimentos de cuidado sob uma visão reduzida de saúde, com enfoque no indivíduo e no agravo, distinguindo-se das propostas de cuidado integral e coletivo conforme modelo de atenção comunitária.</p>
<p>Delfini, P.S.S. et al. (2009)</p>	<p>Relatar uma experiência de parceria entre um Centro de Atenção Psicossocial e três equipes do Programa Saúde da Família na região central de São Paulo.</p>	<p>Estudo qualitativo.</p>	<p>As estratégias utilizadas nos serviços são reuniões de equipe, nas quais há capacitação, discussão de casos, acolhimento e elaboração de projetos terapêuticos, e visitas domiciliares conjuntas. Algumas dificuldades apontadas referem-se a grande demanda por serviços de saúde e falta de diretrizes institucionais para a efetivação da parceria. Em relação às pessoas</p>

			<p>atendidas, o olhar voltado à família e ao contexto social aponta resultados positivos em relação aqueles cujo olhar é voltado somente à doença. O trabalho conjunto enriquece ainda mais a prática e possibilita uma rede maior de cuidados no território.</p>
Estelita-Lins, C. et al. (2009)	Investigar o acompanhamento terapêutico, entendido como intervenção em saúde mental baseada em cuidados domiciliares.	Estudo qualitativo.	<p>Os autores apontam que o AT realiza exigências do manejo transferencial sob a forma do cuidar exercido no cotidiano do sujeito, no qual desejo e subjetividade são necessariamente reconhecidos, sem que se configure como tecnologia psicoterápica, situando-se mais propriamente como sentinela clínica no campo da psiquiatria comunitária e saúde coletiva.</p>
Soares S.R.R.; Saeki T. (2006)	Descrever o funcionamento de um centro de atenção psicossocial e apreender como os usuários atendidos por esse serviço percebem o processo terapêutico oferecido.	Estudo qualitativo com realização de entrevistas semi-estruturadas.	<p>De acordo com os autores três percepções foram evidenciadas, sendo que na primeira o usuário percebe o tratamento, sob um enfoque organicista do cuidado, relatado por meio da valorização do profissional médico, na abordagem medicamentosa e o controle dos sintomas. Na segunda há a percepção do espaço do CAPS, enquanto cenário propiciador de trocas sociais. E o terceiro tema diz respeito ao processo terapêutico estar voltado à vida cotidiana dos usuários.</p> <p>Para avaliação da satisfação, foram utilizados sete domínios: autonomia, confidencialidade, comunicação, tratamento respeitoso, pronto-atendimento, condições das instalações básicas e acesso à redes de apoio social. Ao final do estudo, os autores apontaram para uma nova percepção dos usuários com relação a pontos fortes e os fracos da organização do serviço e do cuidado prestado: o vínculo, a relação entre a equipe e a comunidade, o cuidado com</p>
Coimbra, V.C.C.; et al. (2011)	Avaliar a satisfação de usuários portadores de sofrimento psíquico acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, com vistas à integralidade	Estudo de caso desenvolvido a partir de uma pesquisa de avaliação com abordagem qualitativa em uma unidade de saúde da família no município de Chapecó, SC.	

a família, as visitas domiciliares e o olhar integral do profissional de saúde no exame físico foram relatados como motivos de satisfação dos usuários.

Quadro 4 - Síntese da Revisão Integrativa

Os estudos resultantes da revisão apontam que mesmo após a transformação política gerada a partir da aprovação da Lei 10.216/2001 ainda convivem com diferentes arranjos em rede desde abordagens de cuidado estritamente clínicas, com predominância atividades realizadas dentro dos CAPS, com foco basicamente em competências pessoais e interações grupais, algumas estratégias mais alinhadas com a lógica psicossocial, que incluem atividades no território, ampliação dos repertórios culturais e da circulação social até abordagens mais aproximadas com a lógica manicomial, ainda residuais, mas minoritárias que não tem demonstrado ganhos psicossociais (GALVANESE, 2013). Esta configuração de práticas tem permitido a negociação de projetos terapêuticos menos medicalizantes, embora ainda seja relatada atenção especial dos trabalhadores quanto à centralidade da administração da medicação (QUINDERÉ, JORGE, FRANCO, 2014).

Assim, dentro do universo dos artigos estudados algumas práticas tem sido apontadas como centrais no processo de desinstitucionalização dos sujeitos, entre as estratégias utilizadas nos serviços, tais como: as reuniões de equipe com discussão de casos e elaboração de projetos terapêuticos, as visitas domiciliares conjuntas; o acolhimento construído na produção de diálogos com múltiplos atores envolvidos; a construção de estratégias de autonomia e fortalecimento do empoderamento emergem como evidências de boas práticas construídas no cotidiano dos serviços alinhados à ética da atenção psicossocial (CARVALHO, et al. 2013 BOSI, et al. 2012; HICKLING, ROBERTSON-HICKLING, PAISLEY, 2012; FIORATI, SAEKI, 2012; RIBEIRO, INGLEZ-DIAS, 2012; CAMPOS, et al. 2011; DELFINI, et al. 2009; ESTELITA-LINS, et al. 2009; SOARES, SAEKI, 2006; COIMBRA, et al., 2011).

As práticas desenvolvidas no contexto do CAPS tem produzido resultados importante na consolidação do modelo de atenção, Tomasi et al. (2010) apontam para uma redução significativa na ocorrência de crises, e no número de internações psiquiátricas entre os usuários que frequentam o CAPS em atendimento intensivo e

por maior tempo. Já entre os não-intensivos, o estudo aponta que há uma redução no uso de medicamentos e um aumento na participação em grupos. Dessa forma, o estudo conclui que os CAPS podem ser considerados efetivos na assistência aos portadores de sofrimento psíquico.

Entre os estudos há um consenso de que não é a mera presença do serviço como mais uma instituição no território que produzirá a desinstitucionalização das práticas, criadas a partir de uma cultura manicomial, mas sim, as ações nos contextos de vida, que levem em conta todas as problemáticas e possibilidades da realidade cotidiana dos indivíduos. Estes tem sido apontados como instrumentos capazes de impulsionar a construção de um cuidado centrado no território. Para tanto, verifica-se a importância de trabalhadores que circulem nos diversos equipamentos de saúde, uma vez que estes favorecem as conexões e fluxos entre equipes na construção das linhas de cuidado. A ideia é que todos são protagonistas no processo de cuidado, produzindo movimentos partilhados e articulados entre si. (NASCIMENTO, D'OLIVEIRA 2013; LEÃO, BARROS, 2012; MARTINS, SOUZA, VIEIRA, 2015)

As buscas realizadas demonstram que há uma lacuna importante na produção de trabalhos alinhados ao rigor hierárquico das evidências científicas em saúde mental. Os estudos encontrados ainda se concentram no 5º nível - Opinião de especialistas, usuários do serviço e cuidadores. De qualquer forma, os estudos encontrados demonstram que há uma produção importante de boas práticas, no contexto da atenção psicossocial, que propõe a desconstrução com o modelo tradicional de atenção à saúde mental, e potencializam novas formas de cidadania, e produção de cuidado em liberdade, contribuindo para a desinstitucionalização.

4.5 Práticas Baseadas em Experiências

Os capítulos anteriores apresentaram as contribuições da base ética e da base da evidência científica, que fundamentam as práticas baseadas na atenção psicossocial. Aqui está discutido o terceiro eixo proposto pelo trabalho, que é a Base da experiência para o cuidado em saúde mental que vem sendo construído desde os primeiros movimentos de questionamento à ordem manicomial no Brasil.

Tradicionalmente a Medicina Baseada em Evidências, tem uma forte influencia no campo da Saúde em geral, ao produzir manuais e *guidelines* que orientam a produção de práticas consideradas as mais efetivas no processo de cuidado. Contudo, esta tem sido bastante criticada no campo da saúde mental, por apresentarem-se ainda limitadas e quando disponíveis parecem defender misto de boas intenções clínicas e uma defesa corporativa.

Thornicroft e Tansella (2010) chamam a atenção para que o planejamento das ações de saúde mental seja realizado com base em uma análise crítica e minuciosa do contexto histórico-cultural.

Neste sentido, para entender o caminho percorrido em relação a saberes e práticas na atenção em saúde mental no Brasil, é importante reconstruir o percurso da construção da saúde mental no país, de modo a considerar as dimensões citadas pelos autores. As relações que se estabeleceram sempre estiveram intrinsecamente relacionadas à constituição econômica vigente, transitando de grandes investimentos em hospitais psiquiátricos até a mudança paradigmática proposta por um movimento questionador, iniciado na década de 1970 que provocou significativas transformações éticas, políticas, ideológicas, jurídicas e práticas neste campo.

A formação e consolidação de um sistema de saúde centrado em grandes hospitais foi construída desde a chegada da família real no Brasil. A economia brasileira orientada ao modelo agroexportador exigia do sistema de saúde uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. O sanitarismo campanhista, não tinha objetivo de atenção à saúde, mas sim pretendia resolver os problemas imediato das doenças (MENDES, 1996). Neste mesmo sentido era tratada a loucura, que deveria ser afastada dos espaços de circulação social. Inicia-se aí o processo de asilamento dos loucos no Brasil. Essa política orientou, em 1841, a criação, no Rio de Janeiro, do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, que foi inaugurado como uma tentativa de assistência aos loucos nos moldes da medicina europeia da época (CERQUEIRA, 1984; AMARANTE, 1994).

O processo de industrialização deslocou a economia para os centros urbanos e gerou uma massa operária, que deveria ser atendida com objetivo de manter e restaurar a capacidade produtiva. Com o fortalecimento da industrialização aumentou a preocupação com a reclusão de desordeiros, alcoólatras, mendigos ou

indesejáveis aos asilos, e as duas primeiras Colônias de Alienados são criadas. A Colônia de São Bento e Colônia Conde de Mesquita, ambas no Rio de Janeiro, eram destinadas ao tratamento de alienados indigentes do sexo masculino (AMARANTE, 1994). Segundo o autor, a ideia desse modelo de colônia era de constituir uma comunidade de trabalho, tendo em vista que o trabalho, além de uma dimensão terapêutica, era visto como um valor decisivo para a formação da sociedade burguesa.

Em 1903 foi aprovada a lei federal nº 1.132 de assistência a alienados (BRASIL, 1903) que faz do asilo o único lugar para receber os considerados alienados, subordinando sua internação ao parecer médico. Esta lei abre espaço para que nos anos seguintes fossem abertas novas instituições destinadas a receber alienados por todo o Brasil.

Um movimento de vinculação do benefício da saúde a uma ocupação produtiva cresce a partir das Caixas de Aposentadorias e Pensões da década de 1920, dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos anos 1930 a 1960, até o Instituto Nacional da Previdência Social. Esta política favorecia o desenvolvimento industrial, preservando a força de trabalho e ofertava uma estrutura com predomínio da atenção médica individual e da assistência hospitalar, em detrimento das ações coletivas de promoção e proteção à saúde (AMARANTE, 1994; SILVA, BARROS, OLIVEIRA, 2002).

A atenção em saúde mental nessa época não estava incorporada aos serviços médicos ofertados, uma vez que a psiquiatria ainda não era reconhecida cientificamente, como outras especialidades médicas. Assim, a situação dos hospitais psiquiátricos era de superlotação, maus tratos e ausência de medicação específica, pois os neurolépticos só chegaram ao país em 1955 (SILVA, BARROS, OLIVEIRA, 2002).

O golpe de 1964, com a instauração do regime militar, representou um corte na política populista dos anos 1930, com a incorporação gradual de novos segmentos sociais na assistência à saúde. Iniciava um processo de privatizações, pela compra de serviços particulares com o dinheiro público, a qual valorizou a produção quantitativa de procedimentos do setor privado, favorecendo a empresa médico-industrial, e a medicalização em massa da sociedade. Na psiquiatria, esse favorecimento ficou conhecido como “indústria da loucura” (AMARANTE, 1994;

OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986; ALMEIDA, 2002). Neste momento ocorre a maior expansão do número de hospitais psiquiátricos privados financiados por recursos públicos da história do Brasil. De acordo com Pitta (2011, p. 4583):

Na era da “indústria da loucura”, em plena ditadura militar, se construía manicômios cada vez maiores e mais lucrativos sustentados por recursos públicos. O fluxo do dinheiro público para a esfera privada nesse período é revelado no fato de que, entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil em 1970. Anos depois, esses números se multiplicariam para 98 mil leitos psiquiátricos em 1982, concentrados na região sudeste e em alguns estados do nordeste¹⁴, mantendo uma proporção de 80% de leitos contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos.

A política de asilamento da loucura é fortalecida na sociedade, tornando-se um paradigma muito difícil de ser rompido, a partir de práticas de atenção que até hoje se reproduzem, talvez de formas mais sutis, mas não menos excludentes e estigmatizantes.

Esconder a loucura nos espaços dos hospitais psiquiátricos acaba sendo lucrativo e uma forma simples de manter os loucos longe dos sãos. Contudo, esse deste cenário também provoca questionamentos sobre o caráter privatista da atenção à saúde, financiada pelo setor público, e inicia o processo de reformulação do setor saúde representado pela Reforma Sanitária Brasileira (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

O Sistema Único de Saúde (SUS) emerge num contexto de lutas sociais por atenção à saúde universal, integral e equânime. O sistema de saúde brasileiro surge como uma política pública que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo debate social, estimulado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988 (MENDES, 2011, p. 17). Esta nasce como uma resposta social contra-hegemônica que dá voz às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, deve operar em consonância com a situação de saúde dos usuários.

Os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica ganharam corpo em meio a esse cenário de redemocratização interna e articulações internacionais, que propiciaram a criação de um movimento contestatório, iniciado a partir de trabalhadores, mas que, ao longo de sua luta, ganhou o apoio de familiares e usuários dos serviços de saúde mental. O movimento dos trabalhadores de saúde

mental (MTSM) englobou progressivamente diversos setores sociais preocupados com a assistência psiquiátrica prestada no Brasil e, de conquista em conquista, a proposta de serviços orientados para práticas substitutivas à internação psiquiátrica ganhou espaço de discussão pública. (AMARANTE, 1995; 2008).

Um novo modo de cuidar do sofrimento humano é proposto, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. A atenção psicossocial propõe transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença (YASUI, 2009).

Alguns marcos teóricos, legais e políticos são emblemáticos na construção deste modo de cuidar em saúde mental, que é oposto ao asilo e sua tecnologia. Contudo, não há pretensão de empreender aqui uma análise exaustiva de todos os momentos históricos, mesmo porque outros autores já o fizeram com maior propriedade (MACHADO, 1978; AMARANTE, 1995, 1997, 2007, 2008; DESVIAT, 2002), serão apresentados apenas momentos pontuais para balizar a construção do objeto de estudo desta tese.

Um dos marcos importantes na consolidação da política, legislação e organização da atenção à saúde mental, foi a promulgação da Lei Federal 10.216/2001, que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços comunitários, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001). Antes mesmo da demorada aprovação da lei nacional, que tramitou por 12 anos no Congresso Nacional, o Ministério da Saúde editara 11 portarias⁴ que, em seu conjunto, constituem um arcabouço normativo importante, tanto para o controle dos hospitais psiquiátricos em funcionamento no país, quanto para o incentivo à criação de serviços substitutivos (TENÓRIO, 2002).

⁴ Portaria/SNAS nº189, de 19 de novembro de 1991; Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992; Portaria/SAS nº 407, de 30 de junho de 1992; Portaria SAS nº 408, de 30 de dezembro de 1992; Portaria/SAS nº 088, de 21 de julho de 1993; Portaria/SAS nº 145, de 25 de agosto de 1994; Portaria/SAS nº 147, de 25 de agosto de 1994; Portaria/GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999; Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000; Portaria/GM nº 799, de 19 de julho de 2000; Portaria/GM nº1.220, de 7 de novembro de 2000 (Brasil, 2004).

Recentemente, na tentativa de suprir algumas lacunas em termos de composição de redes em saúde mental, o Ministério da Saúde editou a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, passa a contar não só com serviços de saúde mas também, com dispositivos da própria comunidade.

Estes dispositivos envolvem diferentes atores no processo de reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico, com o compromisso de conciliar, em um projeto terapêutico de tratamento extra-hospitalar, os aspectos de proteção e assistência no retorno ao convívio social (BRASIL, 2007, 2011). Emerge, então, a necessidade de construção de uma rede bem estruturada com dispositivos de atenção que deem conta de atender ao portador de sofrimento psíquico de forma integral e humanizada.

A rede pode ser entendida como “articulações entre diversas unidades que, através de certas ligações, trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente (...) cada nódulo da rede representa uma unidade e cada fio um canal por onde essas unidades se articulam através de diversos fluxos” (MANCE, 2000, p.24). Nesse sentido, a estrutura da rede ofertada delimita a lógica de interação entre seus componentes, afetando assim todo o processo político (TEIXEIRA, 2007) de atenção à saúde de um município. Nessas redes, não há hierarquia entre os serviços, cada serviço tem suas características próprias, sua função bem definida e densidades tecnológicas distintas na rede, estabelecendo uma comunicação horizontal e não autoritária.

Mendes (2011) conceitua redes de atenção à saúde como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si, que permitem ofertar atenção contínua e integral, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa, de forma humanizada, e com responsabilidade sanitária e econômica.

Na proposta da atenção à saúde em redes, cada serviço de saúde deve ser capaz de ofertar a densidade tecnológica necessária para cumprir suas funções específicas. Para dar conta da complexidade dos problemas de saúde, as redes devem ser múltiplas e incluir diversos tipos de serviços, tanto dentro do setor

específico da atenção à saúde quanto em serviços de outros setores como assistência social, justiça, educação, cultura e trabalho, entre outras (MENDES, 2011; TANAKA, 2011).

No que se refere especificamente a organização em redes de saúde mental, é lançado o desafio da desconstrução de formas hegemônicas de cuidar e clinicar, a partir de serviços que estejam preparados para lidar com os imprevistos do encontro da loucura com a cidade, a fim de proporcionar uma reinserção social possível para cada sujeito. É importante ressaltar que a proposta não se limita à criação de serviços extra-hospitalares, ao contrário, pretende-se chamar a atenção para a incorporação de tecnologias de cuidado que estejam articuladas em rede, e que utilizem os espaços já ofertados pela rede, otimizando-a.

Os pontos da rede devem ser construídos a partir da superação da ética da psiquiatria depositária, a partir das discussões sobre os papéis que cada membro da equipe assume não só no serviço, mas na rede como um todo. Atualmente, a rede pode ser composta por: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residencial Terapêutico, Equipes de Atenção Ambulatorial e Equipes Matriciais de apoio à Estratégia Saúde da Família, entre outras instituições sanitárias ou não (COSTA-ROSA, 2011).

Nessas equipes, a Psiquiatria é um dos componentes, ao lado da Enfermagem, da Psicologia, do Serviço Social, da Terapia Ocupacional e de outras disciplinas e fazeres artísticos recém- chegados. Essa nova configuração nos obriga a ter em mente que a formulação de uma ética para as práticas da Atenção Psicossocial deverá incorporar necessariamente a questão da interprofissionalidade (COSTA-ROSA et al., 2003), ou seja, desloca-se o eixo que centra o cuidado na psiquiatria, para uma “falta” de eixo, onde qualquer um e todos podem e devem produzir boas práticas de atenção.

A proposta política de organização de serviços em pontos de atenção, vigente hoje no Brasil, define a forma de organização da produção em saúde e determina as características de acesso, da qualidade da atenção e do processo de trabalho. Neste sentido, a configuração da política de saúde mental no Brasil, as práticas que se desenvolvem parecem ter potencialidade de se aproximar com o que os autores acreditam ser eticamente necessário em termos de produção de boas práticas em saúde mental.

A descrição histórica, realizada até aqui demonstra que o universo das políticas em sua configuração atual, resultado da reforma produzida no setor, é decorrente de uma lógica diferenciada dos modelos tradicionais e, inclusive, aponta avanços na discussão que tradicionalmente a área de saúde coletiva promove sobre os princípios e diretrizes que norteiam o sistema (JARDIM, et al., 2009). Assim há um forte movimento de construção de um cuidado que alinhado aos acordos internacionais de direitos humanos, que produza autonomia do sujeito, oportunize a continuidade da atenção nos diferentes pontos, busque garantir a efetividade quando organiza serviços comunitários, oferte acessibilidade a partir do acolhimento, e compreensividade pelos fluxos na rede, garanta equidade de acesso, assuma a responsabilidade pelo território, proponha a coordenação da atenção na construção dos Planos Terapêuticos Singulares (PTS) e se mostre eficiente em termos de resultado.

4.5.1 A Experiência italiana - Umbria – 40 anos de Reforma Psiquiátrica

O protagonismo do processo de Reforma Psiquiátrica iniciado na Itália, por Franco Basaglia, e suas ressonâncias no contexto brasileiro são discussões que acompanham o percurso das mudanças na assistência psiquiátrica desde os primeiros movimentos. As práticas de Basaglia com abertura das portas do hospital psiquiátrico de Trieste e as transformações no processo de entender, cuidar e fazer saúde mental que decorreram dali são amplamente conhecidos e estudados no mundo, contudo, a Itália é marcada por diferentes processos de rupturas com o saber psiquiátrico, que também tem o potencial de contribuir com as discussões brasileiras.

Nesse contexto, destaco a experiência resultante da minha participação no Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) desenvolvida na *Università degli Studi di Perugia*, e apresento aqui algumas discussões produto da vivência com pesquisadores e atores de um processo de reforma, menos conhecido do que aquele realizado por Basaglia em Trieste, mas não menos importante e significativo na construção de um cuidado em liberdade. Acredito que experiências de intercâmbio entre atores/militantes da saúde mental dos dois países tem o potencial de levar avante o processo de extinção dos

manicômios e a construção de rede de cuidados em liberdade, que devolvam a cidadania aos sujeitos em sofrimento psíquico.

A experiência de psiquiatria comunitária na Itália inicia com a reforma do hospital psiquiátrico iniciado na segunda metade dos anos 1960 antecede e acompanha todo o processo de fechamento dos manicômios estabelecido pela Lei 180/78 de 13 de Maio de 1978, também conhecida como Lei Basaglia, como visto anteriormente neste estudo.

Aqui é importante ressaltar que de todas as propostas de reformas na psiquiatria, a italiana é aquela mais relevante e significativa para as transformações da assistência psiquiátrica no nosso país a partir dos anos setenta. Esta sempre esteve balizada por uma luta contra o manicômio e pela revisão jurídico normativa, e plena recuperação de cidadania pelos sujeitos em sofrimento psíquico, fato jamais pensado por qualquer outra proposta de reforma precedente.

Assim como acontece no Brasil, após a aprovação da Lei Basaglia, a aplicação prática dos pressupostos da Psiquiatria Democrática, bem como da própria lei, é diversa entre as regiões, cidades, e até mesmo entre departamentos de saúde mental da mesma cidade. Esta situação ficou bastante clara a partir das visitas técnicas realizadas por mim nos serviços de saúde mental do centro do país, na região da Umbria e no norte, especificamente na cidade de Trieste. Ali tive a oportunidade de fazer duas visitas técnicas, uma em 2013, como parte das atividades de estágio formativo junto ao *Dipartimento di Salute Mentale di Trieste* (Itália), e outra em 2014 durante o *“Incontro Internazionale - La visione di Franco Basaglia: salute mentale e complessità della vita reale - Paratica e Ricerca”*⁵, onde foram realizadas visitas como parte das atividades do encontro.

Tais diferenças são plenamente conhecidas pelos atores que compõe as redes de atenção italianas, pois em várias oportunidades ouvi de trabalhadores dos Centro de Saúde Mental (CSM) em que estive, falas que afirmavam que a realidade triestina, por exemplo, onde a Lei Basaglia encontrou plena concretização, é muito

⁵ O evento ocorrido em Trieste do dia 09 a 12 de dezembro de 2014, foi desenvolvido em colaboração da Região autônoma da Friuli Venezia Giulia com a Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de apresentar e discutir o novo plano de ações 2014-2018 do Centro Colaborador da OMS para a Pesquisa e a Formação de Trieste. Foram convidados a prestar suas contribuições alguns atores importantes da área em cenário mundial, entre eles: Roberto Mezzina, Franco Rotteli, Sashi Sashidharan, Ernesto Venturini, Pepe Dell'Acqua. Os temas principais discutidos foram os direitos humanos e a qualidade dos cuidados; empoderamento e inclusão social; desinstitucionalização e desenvolvimento de serviços comunitários.

diferente da realidade vivida por algumas cidades no sul do país, em que ainda hoje existem instituições que reproduzem pequenos manicômios.

Especificamente no contexto da Umbria, onde realizei minhas atividades de formação, tive a oportunidade de conhecer um sistema fruto de um complexo percurso percorrido por esta região. Alguns estudos mostram que o processo vivido pela região da Umbria foi uma iniciativa pioneira e particular no movimento ético, social, cultural e político que envolve o fechamento dos manicômios na Itália (MINELLI, 2011; FLAMINI, POLCRI, SEPPILLI, 2008a; 2008b; 2003; FLAMINI, GIACANELLI, POLCRI, SEPPILLI, 2005; FLAMINI, POLCRI, 2004; 2005).

A Região da Umbria está localizada no centro na península italiana, apresenta 834 mil habitantes, uma área de 8.456 km², tem como sua capital Perugia e iniciou um processo de mudanças na assistência psiquiátrica na metade dos anos 1960, ou seja, pouco antes de Gorizia e Trieste.

De acordo com Flamini e Polcri (2009) em 1965, a partir da mudança na administração provincial, inicia concretamente o processo de transformação e luta contra as instituições manicomiais na região, que só foi possível devido à uma constante dialética entre as esferas política, administrativa, psiquiátrica e cultural. A transformação da assistência buscou superar a tradicional estrutura manicomial a partir de uma alternativa eficaz ao tratamento asilar. Inicialmente as ações começaram dentro da instituição manicomial, na tentativa de humanizá-la, tornar visível o tipo de tratamento que era dispensado naquele lugar.

Segundo o estudo desenvolvido pelo antropólogo Tulio Seppilli⁶ (2009), “1965 - 1978 - 2008. Umbria: un percorso fuori dal manicomio”, o antigo hospital neuro-psiquiátrico Santa Margherita de Perugia tinha uma dinâmica institucionalizando e marginalizante característicos dos manicômios. O estudo busca reconstruir a história da psiquiatria da Umbria, a partir dos documentos ainda disponíveis e depoimentos dos que participaram de alguma forma do processo.

Destaco que a fim de entender e conhecer melhor o percurso da Umbria na psiquiatria, busquei a leitura e discussão dos trabalhos que se ocuparam de estuda-

⁶ Tulio Seppilli – Antropólogo, participou intensamente do movimento de reforma da Umbria, como liderança política da província de Perugia, vinculado ao Partido Comunista Italiano, e também como professor do departamento de etnologia e antropologia cultural da *Università degli Studi di Perugia*, que ganhou da província a tarefa de analisar e sintetizar os registros que emergiam nas assembleias e reuniões populares, a fim de discutir o projeto de regulamentação dos *Centros di Igiene Mentale* (CIM), serviços alternativos ao manicômio.

lo e ressalto aqui a particular importância dos trabalhos do grupo do professor Seppilli, bem como do trabalho do professor Massimiliano Minelli, denominado “*Santi, demoni e giocatori: una etnografia delle paratiche di salute mentale*” (MINELLI, 2009), os quais me ajudaram a conhecer, entender e avaliar a importância do processo ocorrido nesta região. Além disso, dois documentários retratam a experiência, a saber: “*Fortezze vuote*”, promovido da Região da Umbria e da Província de Perugia e “*Dentro le proprie mura*”.

Um discurso presente em todos os trabalhos consultados para a compreensão da história local são as práticas de violência física e psicológica. Por exemplo os depoimentos dos participantes do estudo desenvolvido por Tulio Seppilli relatam horários pré estabelecidos para usar o banheiro, ou a rotina de internamento das mulheres que incluía a retirada de suas roupas e objetos pessoais, inclusive a aliança daquelas que eram casadas, e o corte dos cabelos na forma de *caschetto* (que seria um corte masculino, conhecido popularmente no Brasil como “capacete”). Além disso, muitos profissionais que trabalhavam no manicômio na época, relatam os maus odores, a falta de roupas para os internos, o frio e umidade do local, enfim, toda a conhecida gama de violências característica das instituições manicomiais.

A primeira fase de mudanças ocorridas no sistema de assistência da Umbria inclui pequenas mudanças cotidianas, como os horários das refeições, o uso de talheres de metal, a extinção dos horários de visitas, a melhora da estrutura física dos pavilhões. Além disso, iniciou-se um movimento de saída dos internos, de modo a tentar diminuir o estigma e o isolamento.

Contudo, crescia entre os envolvidos a ideia de que o manicômio não poderia ser melhorado, nem reformado, mas sim destruído

“abrindo corajosamente a ‘caixa de Pandora’ e colocando tudo em discussão: o que são os distúrbios mentais, quais os fatores relacionais e materiais que o determinam, o que é a ‘normalidade’ e um ‘estado normal’ de consciência, qual a função real do psiquiatra e qual é/deve ser o seu objetivo e quais as alternativas reais que poderiam ser eficazmente proposta ao *disagio* mental” (SEPPILLI, 2009).

É iniciado então um processo de transformação e democratização do hospital a partir da implementação de assembleias internas que tinham como objetivo discutir os problemas e as decisões que diziam respeito ao hospital. As assembleias contavam com a participação de todos: usuários, enfermeiros, médicos, assistentes

sociais, cozinheiros, e a quem se interessasse participar, oferecendo a oportunidade de retomada de cidadania e empoderamento dos internos.

O serviço oficialmente instituído com base no território e inaugurado em 1970 em Perugia, sob a denominação de CIM (*Centro di Igiene Mentale*), é resultado de uma posição coletiva que renuncia o hospital psiquiátrico como lugar de cuidado em saúde mental. Após a abertura e consolidação deste serviço na capital da região, outros serviços foram sendo instituídos como forma de criar uma rede de atenção suficiente para dar conta dos sujeitos que eram provenientes de diferentes cidades do entorno de Perugia.

Em 1947, a administração da província de Perugia, em uma ação pioneira na Itália, realizou uma assembleia de consulta popular em que houve uma importante participação dos cidadãos locais para discutir oficialmente o regulamento dos Centros de Saúde Mentais (GIACANELLI, 2014).

O protagonismo do processo da Umbria, brevemente exposto aqui, é produto de ações coletivas sustentadas por organizações políticas e sindicais especialmente do partido comunista e da esquerda italiana, mas com envolvimento intenso dos técnicos dos serviços e da população local. Neste sentido é considerado um importante capítulo na história das transformações da assistência psiquiátrica italiana, pois efetiva a construção de um modelo com práticas territoriais e coletivas que depois serão difundidos a lei nacional 180. É produto de uma construção coletiva, em que os atores, contam em seus depoimentos, que havia um sentimento de responsabilização, que faziam encontros depois da Janta, aos domingos, cansados, e relatam uma paixão e uma vontade de fazer uma nova psiquiatria, que talvez hoje tenha se perdido um pouco (FLAMINI, POLCRI, 2009).

Em conversa com um psiquiatra que trabalha há 25 anos, ele me conta que sua formação foi produto deste movimento e que foi balizada no território, contudo, ele reflete como está sendo realizada a formação dos novos psiquiatras hoje, segundo afirma, as escolas de psiquiátrica estão perdendo esta visão do território, e

retrocedendo para a antiga formação técnica, política e ideológica voltadas para o diagnóstico e a medicalização (notas de diário de campo⁷).

De qualquer forma, os avanços e o protagonismo do movimento italiano, especialmente o fechamento imediato de todos os manicômios do país, com a estruturação de uma rede substitutiva, colocam a Itália como um ponto de referência quando se trata de desinstitucionalização. Atualmente, os serviços de saúde mental estão vinculados ao Sistema Nacional de Saúde, que através da Lei 833 de 1978, regulamenta a oferta dos serviços de saúde naquele país. Este emerge em um contexto de lutas sociais similar àquele vivido no Brasil quando do processo de Reforma Sanitária Brasileira e é balizado em uma proposta de universalizar a saúde na Itália, e regido por princípios de globalidade, igualdade, universalidade e unicidade (BERLINGUER et al., 1988).

Contudo, o cenário italiano nos anos 1980, levou o governo à criação de um sistema de coparticipação da sociedade através de um ticket, por meio do qual o cuidado na média complexidade passou a ser pago de acordo com a renda para garantir a gratuidade do cuidado de cidadãos com menos condições financeiras. Este modelo aumenta a participação do sistema privado e regionaliza o sistema. Desloca-se a gestão para um governo tecnocrático e as despesas passaram a ser governadas pelas ASLs – *Azienda Sanitaria Locale* – na representação de seus diretores gerais regionais. Esse instrumento de gestão propiciou, portanto, uma maior autonomia às regiões que passaram a tutelar a saúde com finalidade pública (CAVICCHI, 2005). Cada ASL conta com um ou mais *Dipartimenti di Salute Mentale* (DSM), que são os departamentos responsáveis pela gestão e operacionalização dos serviços de saúde mental, para tanto tem como princípios fundamentais: a oferta diversificada de serviços, continuidade terapêutica, relação de colaboração dos pacientes com e com suas famílias, integração com a medicina geral, envolvimento ativo na comunidade local, em particular no percurso de inclusão social, escolar e laborativa, ou seja, muito similar com a proposta de atuação das redes de saúde mental que se observa no Brasil.

⁷ As referidas notas são parte do diário de campo construído a partir das observações realizadas por mim durante o período em que estive acompanhando o Centro de Saúde Mental de Gubbio, ocorrido entre 01 de outubro de 2014 a 23 de fevereiro de 2015.

Para fins de aprofundamento no estudo proposto para o estágio na *Università degli Studi di Perugia*, inseri-me nas atividades na *Azienda Unita' Sanitaria Locale Umbria 1*, mas especificamente no Centro de Saúde Mental (CSM) da Cidade de Gubbio.

Figura 3 - Localização da *Comune di Gubbio*, Província de Perugia, Itália. Fonte GoogleMaps (2015)

Gubbio é uma cidade originalmente etrusca, em seguida romana, de aspecto medieval, é um antigo burgo inteiramente preservado, com ruelas, paraças, passagens cobertas, pontes, torres, igrejas e palacetes. Construída sobre o Monte Ingino, com casas de pedra cobertas de antigas telhas de terracota, a cidade cerca de 33mil habitantes, tem como base econômica o turismo e a agricultura familiar (COMUNE GUBBIO, 2015). É uma cidade marcada por muitas tradições e um forte sentimento de pertencimento por parte dos moradores, a exemplo disso a conhecida “*corsa dei ceri*” realizada anualmente no mês de maio, mobiliza a cidade e atrai turistas das regiões vizinhas para assistir essa corrida entre três santos *San Ubaldo*, *San Giorgio* e *San Antonio*, que devem ser levados ao alto da montanha onde está localizado o Santuário de San Ubaldo. Como parte da tradição só participam da

corrida os moradores locais e obrigatoriamente San Ubaldo, o padroeiro da cidade, deve chegar primeiro.

Figura 4 – Corsa dei Ceri. Fonte Comune di Gubbio (2015)

Outra curiosidade marcante da cidade é ser conhecida na região como “*La città dei matti*” (a cidade dos loucos) devido a uma conhecida história local, que afirma que quem vai à pequena praça do *Largo del Borgello* encontra a *Fontana dei Matti* ou em português a Fonte dos Loucos, e ali deve dar três voltas em sentido anti-horário e ser banhado com a água da *fontana*. O ritual confere, simbolicamente o título de cidadão honorário e a “carteira de louco” da cidade de Gubbio.

As tradições e características dessa pequena cidade são importantes no contexto desta pesquisa, pois permitem uma análise paralela, da relação da cidade com a loucura. O sentimento de pertencimento, de comunidade, em que, em geral, as pessoas se conhecem, e o fato de ofertar a possibilidade de um “estrangeiro” ser considerado um louco da cidade, leva a uma relação com a loucura bastante particular, que fica muito evidente nos processos de trabalho da rede formal de saúde mental.

Esta rede pertence à zona territorial da Azienda USL Umbria 1 que compreende 38 municípios da Provincia de Perugia, e especificamente com relação à saúde mental pertence ao Distrito dell'Alto Chiascio que inclui além do município de de Gubbio, Gualdo Tadino, Scheggia, Costacciaro, Sigillo e Fossato di Vico.

Figura 5 – Mapa dos distritos sanitários Azienda USL Umbria 1. Fonte: Comune di Gubbio, 2015

O Distrito de Alto Chiascio conta com uma rede formalmente composta por:

1. Centro de Saúde Mental (CSM) que coordena as atividades desenvolvidas pelo território, sendo responsável por 54.000 habitantes, e atualmente conta com 10.000 prontuários. O centro atende transtornos graves e transtornos psiquiátricos chamados menores. Para tanto conta com uma equipe de médicos psiquiatras, enfermeiros, assistente social, psicólogos e operadores sociais. O acesso ao CSM é realizado por meio de encaminhamento do médico de base ou por solicitação de agendamento, diretamente no serviço, ou por telefone.
2. Estruturas Residenciais: são estruturas extrahospitalares onde se desenvolvem os projetos terapêuticos dos usuários tendo como objetivo desenvolver questões relativas à autonomia, gestão de atividades cotidianas, capacidade relacional e habilidades sociais e emancipação. O projeto é desenvolvido de forma individual e é acordado e revisado em concordância com o usuário, familiar e equipe interdisciplinar. As intervenções terapêuticas podem ser de breve, média ou longa duração. São consideradas estruturas residenciais: a *Comunità Fornacette Alto Chiascio* (comunidade terapêutica); e duas residências protegidas, uma feminina e uma masculina.
3. Estruturas Semiresidenciais (Centro de Atenção Diurna - CAD): são estruturas que não incluem a permanência 24h do usuário no serviço, contam com equipe

própria incluindo voluntários e participação da equipe do CSM, realizando laboratórios/oficinas terapêuticas que buscam desenvolver habilidades de cuidado de si, atividades de vida cotidiana, relações interpessoais. Assim, como as estruturas residenciais, realiza projetos de breve, média e longa duração, de acordo com as necessidades individuais do usuário.

Além disso, a rede conta com diferentes parcerias no território, como inserção laborativa dos usuários; suporte do hospital geral, que dispõe de vagas para internação em caso de necessidade; parcerias com voluntários que colaboram com as oficinas no Centro de Atenção Diurna (CAD). Tais dispositivos estiveram muito presentes no período em que frequentei o serviço para o trabalho de campo.

Este trabalho foi realizado a partir da minha inserção nas atividades do CSM de Gubbio, que é o centro da rede de saúde mental da região *Alto Chiasco*, e a partir do qual pude transitar e participar das diferentes atividades que se desenvolvem nos demais dispositivos de atenção da região.

O CSM está localizado no segundo piso de um centro comercial, e dista 1km da principal praça da cidade, dividindo espaço com lojas de marcas internacionalmente famosas, escritórios de advocacia e entre outros estabelecimentos comerciais. Ao fazer um paralelo com os serviços de saúde mental brasileiros, que em geral estão localizados em espaço que se assemelham mais com prédios residenciais, o CSM de Gubbio apresenta uma característica estrutural que reflete a sua função de regulador da rede, com isso, os usuários vão até o serviço para atividades como consultas com psiquiatra, com psicólogo, pegar a medicação que é fornecida pelo Estado, ou alguma atividade específica pré agendada com a equipe.

Diferente do processo de trabalho presente nos CAPS do Brasil, no CSM os usuários apenas o acessam em situações específicas. As oficinas, aqui chamadas de laboratórios, acontecem em outro espaço, Centro de Atenção Diária (CAD), em horários pré estabelecidos, que permanece fechado nos outros horários. Sempre que há necessidade de contas com a equipe, o usuário acessa ao CSM, ou liga para conversar com quem deseja.

O telefone e o celular *aziendale* (serviço) são dispositivos bastante usados seja para atender as demandas dos usuários, seja para comunicação da equipe e dos serviços e dispositivos que compõe a rede.

Tais dinâmicas conferem outras possibilidades ao usuário, pois permite aliar as atividades do serviço com as suas de vida diária, unindo-as em seu projeto de reinserção social. A autonomia resultante dessa forma de organização foi bastante evidente no período em que estive no serviço, pois frequentemente pude observar usuários que chegavam ao CAD, muitas vezes em seus próprios carros, no horário da atividade programada e depois retornavam às suas atividades, como por exemplo, buscar o filho na escola, ir ao supermercado fazer as compras do mês, passear pelo centro da cidade, ou até mesmo fazer o típico “aperitivo” italiano.

Aqui cabe ressaltar, que os processos de desinstitucionalização do Brasil e da Itália são diferentes, e que a presença do manicômio no Brasil ainda confere uma característica marcante da cronicidade produzida pelas práticas manicomiais, e no contexto italiano, após 35 anos de fechamento dos manicômios já se faz presente de uma forma mais esfumada. A respeito disso, uma das psiquiatras do CSM, afirma que a organização da rede como observa-se hoje é produto de um percurso em que a demanda foi mudando e com isso necessidade de manter o usuário no serviço também teve que ser mudada.

Neste contexto, novas experiências com relação ao estímulo à autonomia são realizadas entre elas as estruturas residenciais chamadas “*gruppi appartamenti*”. São duas residências, uma feminina e uma masculina, ambas localizadas em região central, sendo que a feminina é localizada em uma rua do centro histórico e a masculina um pouco mais afastada do mesmo. Ambas são geridas pelos próprios moradores e supervisionadas por operadores sociais, que ficam nas casas por turnos, e auxiliam em atividades de vida diária como limpeza, cozinha, gestão de relações. É considerada uma estrutura de autonomia assistida, mas os usuários tem bastante independência com relação à organização do seus tempos. Na época em que a o estágio foi realizado os “*gruppi appartamenti*” eram compostos por 7 homens no masculino e 5 mulheres no feminino.

Alguns dos moradores dos apartamentos tem alguma inserção laborativa, a partir do convênio denominado SAL (*Servizio Accompagnamento al Lavoro*) de firmado pela *comune di* Gubbio. O SAL é um serviço público que visa desenvolver ações de inclusão social, favorecendo autonomia e emancipação, de pessoas com problemas sociais através do acesso ao mercado de trabalho. O SAL possibilita acesso ao direito de trabalho a partir de suas ações formativas de tipo educativo, reabilitativo e orientador, as quais entendem o trabalho muito mais como riqueza

humana e possibilidade de relações sociais, do que como prestação de serviço ou valor da técnica em si. O acesso ao programa se dá por meio dos serviços socio-sanitários do território, sendo um deles o CSM.

Muitos usuários do CSM também estão ligados ao SAL, contudo, no período em que estive participando das atividades do centro havia uma certa preocupação com relação ao programa, e uma falta de informações com relação ao número exato de pessoas inseridas, uma vez que é um período de crise na Itália, e muitos recursos estão sendo cortados, e uma das incertezas com relação à disponibilização de recursos é o SAL. Até a data da minha partida, ainda não estavam muito claras as questões sobre a continuidade do inserção laborativa a partir do programa.

Ainda com relação às questões de autonomia, um projeto vem sendo desenvolvido no sentido de estimular a desinstitucionalização, a partir da experiência com dois usuários que alugaram um apartamento, independente da instituição, e que o gerenciam de forma autônoma do CSM. Os dois usuários, frequentam o serviço há muitos anos, e como sentiam necessidade de morar em um espaço que não fosse os apartamentos ligados ao CSM, receberam o apoio do centro para alugar seu próprio apartamento. Eles recebem suporte de uma pessoa, contratada por eles, que os auxilia com as questões domésticas e com o pagamento de contas. Esta está sempre em contato com o serviço, onde realiza, sempre que necessário, uma supervisão.

O CSM de Gubbio atende toda a demanda de saúde mental da região, sejam eles transtornos alimentares, psicóticos ou casos de depressão, e com isso, oferece também um suporte especializado aos momentos de crise. A internação, aqui denominada, *recovero*, está indicado para casos em que a equipe, a família e/ou o usuário sintam necessidade do afastamento do meio para tratamento. O *recovery* pode ser realizado na comunidade terapêutica, ou no hospital geral.

A comunidade terapêutica está localizada em uma zona um pouco afastada da cidade, é um local amplo, com sala de convivência, sala de jogos, cozinha, quartos individuais ou duplos, uma grande área externa e como está localizada em uma montanha, é uma área muito arborizada e com uma vista muito bela. A estrutura parece um misto de casa e unidade de saúde, e conta com a presença de operadores sociais 24 horas. Os trabalhadores do CSM vão todos os dias pela manhã e à noite para dar a medicação aos que estão internados. As atividades diárias dos usuários que estão em *recovero* são bastante flexíveis, sendo que os

que desejam podem ir fazer passeios, compras, visitas no centro da cidade, atividades no CAD, e quem quer ficar na comunidade participa das atividades realizadas ali mesmo, que em geral variam de acordo com a disposição dos usuários e dos operadores, não tendo atividades fixas, em qualquer um dos casos contam com acompanhamento dos operadores sociais. O período de internação varia de acordo com o projeto terapêutico de cada um, podendo variar de pequenos períodos de duas semanas a outros mais longos, até que a pessoa consiga se organizar sem a presença constante do serviço.

No hospital o tempo de internação é menor, e em geral as internações estão mais ligadas a problemas clínicos, sendo que a dinâmica cotidiana é aquela de um hospital, com os horários e as restrições características. Da mesma forma que acontece na comunidade terapêutica a presença dos trabalhadores do CSM é marcante também neste espaço. Os trabalhadores visitam os internados durante todo o período, acompanhando o processo de perto, e dando o feedback para o restante da equipe, para a família e usuário.

Além dos dispositivos sanitários oficiais, a rede de Gubbio conta com muitas parcerias extrainstitucionais que conferem uma permeabilidade no território bastante interessante. Uma delas é a '*Associazione "La Crisalide"*' que desenvolve atividades com objetivo de integrar o sujeito em sofrimento psíquico no território, de modo a auxiliar na conquista de cidadania. Esta associação desenvolve uma série de atividades no sentido de redução de estigma, integração social e suporte à usuários e familiares na relação com o sofrimento psíquico. Tive a oportunidade de conhecer algumas destas atividades, o *Centro di ascolto* e o *gruppo voci nel silenzio*.

O *Centro di Ascolto* é um local de auto ajuda organizado por usuários e familiares que oferecem suporte a outros usuários e familiares que convivem com o sofrimento psíquico. Os voluntários do centro são chamados Utenti Familiari Esperti (Usuários Familiares Espertos) - UFE - e são pessoas que viveram de alguma forma experiências com o sofrimento psíquico e se dispõem, seja por telefone, ou pessoalmente a ouvir e aconselhar quem precisa de um suporte em determinado momento. A sede é no CSM de Gubbio, bem como a linha telefônica utilizada é disponibilizada pelo mesmo serviço.

O *Gruppo Voci nel silenzio*⁸ é também um grupo de auto ajuda, formado de pessoas que “escutam” vozes e desejam, através da troca de experiências, encontrar estratégias para lidar da melhor maneira possível com esta vivência. Participei dos encontros do grupo durante o tempo que estive no serviço, e posso afirmar que foi uma das experiências de maior impacto ao longo destes 6 meses de estudo. As relações que se observam entre os participantes do grupo e as “suas vozes” são sempre intensas e intimas, muitas vezes não há preocupação em classificar se é uma relação positiva ou negativa, mas sempre fica claro que existe uma relação forte. Os relatos são muito interessantes pois permitem que tanto não ouvidores, quanto ouvidores, entendam e pensem sobre as possibilidades de viver/conviver com as vozes. O grupo, a meu ver, é a mais pura essência do pensamento de Basaglia, pois ali a doença, os sintomas estão entre parênteses e o que se ouve é voz ao Outro, que dá voz às suas vozes. Estar ali exige, dos não ouvidores, uma liberdade total em relação à teorias, e estudos precedentes, num movimento de sem interpretar, sem julgar, fazendo emergir os verdadeiros sujeitos da história. O grupo se mostra importante para que todos possam refletir sobre as suas experiências, sendo as trocas que se estabelecem entre os pares são o valor absoluto de crescimento enquanto indivíduo e enquanto grupo.

Outra característica marcante do sistema de saúde mental italiano e muito atuante na rede de Gubbio é a figura do *operatore sociale*, que acompanha muito de perto o usuário nas atividades de vida diária. É um profissional reconhecido pelo restante da equipe como elemento chave no processo de reinserção social, pois auxilia desde o momento de entrada do usuário no serviço, com as atividades mais simples, até os momentos de gestão de relações em níveis mais avançados de autonomia. Por conhecerem bem os usuários, suas necessidades, e as possibilidades da rede de trabalho em que estão inseridos, participam ativamente na

⁸ Os grupos de ouvidores de vozes surgiram no final dos anos 1980, resultado do trabalho do psiquiatra holandês Marius Romme e de sua colega Sandra Escher, que desejavam oferecer a pessoas com esse tipo particular de vivência a oportunidade de compartilhá-las em um coletivo (Romme & Escher, 1997). O objetivo é possibilitar algum tipo de convivência com a voz, diferenciando do enfoque psicopatológico tradicional que privilegia o ponto de vista de um observador externo diante do fenômeno. A abordagem proposta por Romme não encara a experiência de ouvir vozes como a expressão natural de um processo de adoecimento, mas como pluralidade de formas e modos como se manifestam as experiências subjetivas humanas.

construção dos projetos terapêuticos e nas atividades de laboratório. Contam com uma supervisão clínico-institucional dos psiquiatras da rede, que acontece semanalmente e discute casos específicos e processos de trabalho dentro da reabilitação psicossocial.

Ainda com relação aos profissionais da rede e a dinâmica de seus processos de trabalho, observa-se que a figura do médico ainda remete a relações de poder muito bem marcadas, sendo este profissional o coordenador do serviço, e ator central no processo de cuidado. Esse cenário confere, de uma certa forma, um olhar biomédico ao processo de reinserção, e diminui a autonomia das demais profissões, como por exemplo, da enfermagem, que na Itália ainda é vista como um saber secundário, pouco valorizado no cuidado ao usuário. Muito embora os enfermeiros sejam a maioria nos serviços e com isso exerçam uma série de papéis no cuidado, a dependência da figura do médico é muito marcante, verticalizando, de algum modo, as relações nos serviços.

Ao final do processo de imersão no campo de estágio doutoral, em que tive a oportunidade de frequentar as estruturas da rede de Gubbio do período de 01 de outubro de 2014 a 23 de fevereiro de 2015 organizei, com o apoio do meu coorientador italiano, Professor Doutor Massimiliano Minelli, uma oficina de devolução em que foram expostos pontos observados durante o acompanhamento do serviços. As observações foram realizadas durante os dias em que estive em atividade no serviço e registadas em diário de campo.

A oficina foi realizada no dia 23 de fevereiro às 14 horas no CSM de Gubbio, contando com a presença de profissionais os quais acompanhei durante o período, bem como outros atores da rede de saúde, convidados pela coordenadora do serviço. A oficina teve duração de 3 horas, foi bastante produtiva, na avaliação da equipe, que considerou espaço rico de discussão sobre pontos que muitas vezes os profissionais que estão inseridos no serviço diariamente não conseguem perceber.

Os pontos de discussão foram apresentados na forma oral de acordo o esquema a seguir:

Apresentação	Minha formação Programa de Doutorado Sanduiche no Exterior Escolha da Itália e especificamente a Università degli Studi di Perugia Objeto da pesquisa Organização do processo de Observação
Trabalho em Equipe	Panorama Brasil x Itália

	Coordenação dos serviços por não médicos Relações ainda hierarquizadas Pouca autonomia do Enfermeiros
Comunicação em Rede	Profissionais de diferentes serviços em comunicação Uso do celular institucional como meio de comunicação chave Integração entre os níveis de atenção
Autonomia dos usuários	Usuários vão ao Centro de Atenção Diária, somente nos horário da atividade programada e depois retornavam às suas atividades de vida Moradias – <i>Gruppi appartamenti</i>
Inserimento dos usuários no trabalho	SAL - <i>Servizio Accompagnamento al Lavoro</i>
Associações e grupos de auto ajuda	Empoderamento <i>Associazione "La Crisalide"</i> <i>Centro ascolto</i> <i>Gruppo vocé nel silenzio</i>

Quadro 5 - Síntese do grupo de validação com a equipe do CSM de Gubbio

Alguns pontos mais geraram discussão com a equipe, a seguir apresento um pequeno resumo sobre as impressões resultantes da oficina de validação das observações:

- As questões ligadas ao panorama Brasil e Itália repercutiu muito no encontro, pois os profissionais eram particularmente interessados em como estava organizada a rede de saúde mental brasileira.
- Dentro desta mesma linha de discussão do trabalho em equipe, julguei importante trazer para discussão a questão do médico enquanto gerente dos serviços de saúde no município e principal responsável pela organização dos cuidados. Esta configuração confere à rede uma centralidade médica ainda muito forte, e reflete uma realidade de processos de trabalho ainda muito amarrado à figura do psiquiatra, em que ele é o ator preferencial para resolução dos casos.
- Especificamente com relação à enfermagem os profissionais entendem que o papel ainda pouco autônomo dos enfermeiros, em geral, é devido à própria categoria que parece não assumir responsabilidades que lhe dariam mais autonomia e centralidade na equipe. Essa foi uma discussão que mobilizou particularmente o grupo, pois eles concordam que ainda há essa diferença entre as diferentes profissões e que muitas vezes inseridos no cotidiano eles não tomam consciência dessas questões.
- A organização dos laboratório fora do serviço: a realização dos laboratórios (oficinas) é realizada em outra estrutura em Gubbio, e esta é uma opção da

rede depois de diferentes experiências. De acordo com o grupo há o benefício do usuário não permanecer todo o dia no CSM, podendo realizar outras atividades. Eles acreditam que esta forma de organização dá mais autonomia aos usuários e oportuniza frequentar outros espaços da cidade.

- Os demais pontos foram apresentados, sempre com a vontade dos profissionais de saber qual era a minha impressão, durante toda a oficina era visível o interesse deles pelo trabalho e pelas minhas considerações a respeito dos pontos eleitos para a oficina.

Ao final do encontro os profissionais se mostraram satisfeitos com a devolução, e na fala da coordenadora do serviço afirmaram que aquele era um momento importante para eles, não só para discussão mas principalmente de levantamento de pontos que passam despercebidos nos cotidianos de trabalho, mas que eram fundamentais para o avanço em algumas questões que para eles eram entraves, como a questão da autonomia dos profissionais não médicos.

O período do Programa de Doutorado Sanduiche no Exterior, me permitiu entender algumas aproximações e distanciamentos das experiências italiana e brasileira. De forma muito simplificada, acredito que se aproximam em muitos pontos de avanços e retrocessos, entre eles cabe citar que a construção italiana influenciou fortemente a organização política no Brasil, e com isso, imprime uma semelhança com relação ao desenho da rede de atenção, ao entendimento sobre o usuário, às possibilidades que o ato de colocar a doença entre parênteses pode oferecer no processo de cuidado, ao enfrentamento constante às resistências que alguns setores da psiquiatria ainda tem com relação ao tratamento exclusivamente fora do manicômio, e a importante participação de diferentes sectores sociais na construção do processo.

Mas se distancia, a medida que a caminhada italiana no processo de cuidar em saúde mental, há 40 anos não conta mais com a presença do manicômio, isto tem uma implicação quotidiana importante, pois implica em uma rede que consegue se organizar em situações de crise sem necessariamente recorrer à internação, pois consegue, muitas vezes se antecipar à crise; implica em mais diálogo entre os diferentes níveis de atenção, e por fim, mas talvez o mais importante dos pontos, a grande maioria dos usuários nunca internou em um manicômio e por isso, é livre da cronificação, característica do manicômio.

5 Percurso Metodológico

5.1 Procedimento para coleta de dados

Esta tese utiliza parte dos dados produzidos pelas etapas qualitativas da pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção psicossocial da região sul do Brasil – CAPSUL – edições I e II⁹, mais especificamente, o estudos de caso do município de Joinville/SC. A utilização dos dados, da pesquisa maior, foi autorizada pela coordenação da pesquisa (ANEXO A).

Para a construção desse estudo de tese foi realizado além da análise das entrevistas dos três grupos de interesse do caso de Joinville (usuários familiares e trabalhadores), o retorno ao campo em 2014, para o décimo segundo passo da Avaliação de Quarta Geração — a **Reciclagem dos Dados**. A importância do 12º passo deve-se ao fato de que este permitiu retomar questões trazidas pelos outros círculos, e resultados avaliados das pesquisas CAPSUL I e II, e com isso, foi possível aprofundar as informações, as questões e preocupações dos processos avaliativos anteriores.

Para a realização dessa etapa foram pré analisadas as duas edições da pesquisa CAPSUL, dos anos de 2006 e 2011, buscando nas entrevistas práticas alinhadas à ética da atenção psicossocial, baseadas em evidência científica e nas experiências do processo de cuidado pós reforma psiquiátrica brasileira. Os principais pontos levantados, a partir da pré análise, foram discutidos em oficina realizada no grupo de pesquisa Saúde mental e saúde coletiva da Faculdade de Enfermagem da UFPel, a fim de discutir e ampliar as possibilidades de análise dos dados e os pontos a serem levados à campo na reabertura do caso.

De posse da análise preliminar das 20 entrevistas de usuários, 23 de familiares e 29 de trabalhadores; dos 6 diários de campo com respectivamente 282

⁹ A primeira edição – CAPSUL I – foi realizada no ano de 2006, e a segunda edição – CAPSUL II – foi realizada no ano de 2011. Ambas avaliaram os Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná) do Brasil. Contaram com a participação de usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores dos serviços nos três estados, e investigaram aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultados dos CAPS. As pesquisas se desdobraram em uma etapa quantitativa e outra qualitativa.

horas, 200 horas que contemplam as observações do serviço nos anos de 2006 e 2011, e ainda da síntese da oficina do grupo de pesquisa, definiu-se e organizou-se a etapa de Reciclagem dos Dados.

Guba e Lincoln (2011), afirmam que as avaliações de quarta geração tendem a apontar mais perguntas do que respondê-las, e, portanto, poderão haver questões não resolvidas. Sendo assim, podem exigir maior nível de esclarecimento ou novas informações, reabrindo os casos até mesmo de questões que até o momento estavam resolvidas. A avaliação de boas práticas em saúde mental na atenção psicossocial emerge no contexto das pesquisas CAPSUL I e II, quando as falas dos grupos de interesse apontam para práticas significativas nos processos cuidado, que são alinhadas à ética proposta por este paradigma, apresentam consonância com as evidências científicas disponíveis e relatam a experiência desenvolvida e vivida pelos atores que a constroem. A reciclagem dos dados possibilita, então, um maior aprofundamento acerca da temática, reabrindo o estudo de caso e a utilização da avaliação formativa e construtivista.

O retorno ao campo foi realizado no período de 31 de março de 2014 a 11 de abril de 2014. A partir da reabertura do caso foram realizadas 80 horas de observação e 3 Grupos de Reciclagem dos Dados (GRD), sendo os sujeitos participantes deste estudo de **Reciclagem dos Dados** 17 trabalhadores, 14 familiares e cinco usuários do CAPS II de Joinville-SC.

Do total de usuários que fizeram parte das pesquisas CAPSUL, dois participaram nas duas edições, ou seja, foram entrevistados na pesquisa CAPSUL I e também na CAPSUL II. O mesmo ocorreu com dois familiares e com seis trabalhadores. Para compor a etapa de **Reciclagem dos Dados** buscou-se, inicialmente, resgatar os participantes das duas edições da pesquisa CAPSUL, sendo elaborada uma listagem com os nomes de todos os usuários, familiares e trabalhadores. Em relação aos usuários, do total de 18 participantes das pesquisas CAPSUL I e II, três não foram encontrados. Além disso, dos 15 usuários identificados, dois faleceram, um estava preso e um foi transferido para outro serviço. Com isso, foram realizados contatos telefônicos com 11 usuários, convidando-os a participar do GRD. Destes, quatro compareceram na reunião de coleta de informações, e um foi incluído por ter demonstrado interesse em participar, totalizando a participação de **cinco usuários no GRD**.

Dos 21 familiares, sete não foram encontrados. Foi realizado contato telefônico com os 14 familiares identificados, 10 não puderam participar do GRD pelos seguintes motivos: um estava preso, dois faleceram, um estava com telefone desatualizado o que impossibilitou o contato, e seis tinham compromisso com trabalho e consultas médicas no horário do GRD. Assim, na reunião para reciclagem dos dados participaram quatro que previamente foram informantes da pesquisa CAPSUL I ou da CAPSUL II, e 10 novos participantes, incluídos a partir do Grupo de Familiares, o qual ocorre semanalmente no serviço, totalizando **14 familiares no GRD**.

E, por fim, em relação aos trabalhadores optou-se por realizar o GRD com toda a equipe que estava trabalhando atualmente no serviço, por compreender que a perspectiva dos trabalhadores do CAPS contribuiria para a compreensão do processo de alta dos usuários. Dos 25 participantes das edições anteriores da pesquisa CAPSUL, três ainda estavam trabalhando no CAPS e participaram do GRD, sendo incluídos 14 participantes novos, com um **total de 17** que estavam presentes na reunião de reciclagem, contemplando as seguintes profissões: um agente de saúde, uma enfermeira, quatro técnicos de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais, duas terapeutas ocupacionais, cinco psicólogas, um assistente administrativo, duas assistentes sociais.

A fim de garantir o sigilo da identidade, os participantes da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO E), e foram identificados no estudo pela edição do estudo se Joinville 1, 2 ou 3, pela inicial do grupo de interesse: usuários (U), familiares (F) e trabalhadores (T), acompanhado da ordem em que ocorreu a entrevista, por exemplo, o terceiro usuário entrevistado na primeira edição do CAPSUL - J1U3. Da mesma forma os Diário de Campo do pesquisador 1, da primeira edição da pesquisa CAPSUL, é codificado com J1DC1, respeitando-se, assim, todos os princípios éticos.

5.2 Princípios éticos

O estudo em todos os momentos esteve em conforme com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, através do Capítulo III, artigos 89, 90 e 91, os quais expõem aspectos sobre as responsabilidades e deveres, e artigos 94 e 98 os quais tratam das proibições; e também de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da saúde (BRASIL, 2013).

A pesquisa CAPSUL I foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob o ofício de número 074/95 (ANEXO B). E a sua segunda edição foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, pelo Parecer 176/2011 (ANEXO C).

Da mesma forma a etapa de Reciclagem dos Dados foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, por meio do Parecer 750.144, de 2014 (ANEXO D).

Os participantes concordaram em participar de modo voluntário da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO E), preservando-se, assim, os princípios éticos.

5.3 O Cenário da pesquisa – Joinville

O município de Joinville localiza-se na região nordeste do Estado de Santa Catarina, distante a 180 km da capital, Florianópolis, e a 125 km da capital do Paraná, Curitiba. Joinville conta, atualmente, com uma população em torno de 515.288 mil habitantes, possuindo uma área de unidade territorial de, aproximadamente 1.126,106 km² (IBGE, 2015).

Figura 6 – Localização do Município de Joinville/SC. Fonte: IBGE, 2013.

Joinville se destaca no cenário catarinense e no cenário brasileiro como uma cidade próspera para a indústria e comércio, sendo líder em empresas exportadoras e na indústria fabril de Santa Catarina (JOINVILLE, 2015).

A cidade tem uma expressão nacional devido à cultura, também, pois abriga a única escola de teatro Bolshoi fora da Rússia, considerada como o maior complexo educacional e cultural da América Latina e referência de dança para o mundo. Anualmente, em meados de julho, Joinville se volta para o Festival de Dança, reunindo celebridades tanto do Brasil como do exterior.

A saúde no município de Joinville também se destaca no cenário catarinense e nacional. Ao todo, são 930 estabelecimentos de saúde, distribuídos entre serviços públicos, privados, organizações filantrópicas e serviços terceirizados (IBGE, 2010). Entre eles, podem-se citar 2 pronto-socorros, 8 hospitais, 494 consultórios médicos de diferentes especialidades, 56 postos de saúde, 146 estabelecimentos farmacêuticos e 1,4 leitos hospitalares por mil habitantes, cadastrados no SUS (IBGE, 2010).

A atenção em saúde mental, no município, é marcada pelo o fechamento, em 1986, do único hospital psiquiátrico (Clínica Nossa Senhora da Saúde) que causou impacto social fazendo com que os pacientes com indicação para internação hospitalar fossem deslocados para a capital Florianópolis ou Curitiba, no estado vizinho Paraná. A partir de 1987, com a criação da Secretaria Municipal de Saúde, tem início a organização de atendimentos em Saúde Mental em Joinville, sendo que, em 1988 o atendimento é realizado por três ambulatórios de referência com um psiquiatra e dois psicólogos. Embora tenha ocorrido a contratação de mais profissionais, o atendimento permaneceu apenas ambulatorial até 1992. No ano seguinte, em 1993, foi implantado, no município de Joinville, o Centro de Atenção Diária (CAD) Nossa Casa, que hoje permanece como Centro de Atenção Psicossocial II, local onde foi desenvolvido este estudo. Inicialmente, a equipe foi constituída a partir do remanejamento dos profissionais que atuavam nos ambulatórios (KANTORSKI et al., 2007; GUEDES, 2014).

Em 30 de março de 1993 foi fundada a Associação de Recuperação para o Trabalho (REPART), com características filantrópicas, criada por iniciativa de familiares, usuários, voluntários e profissionais de saúde mental do município de Joinville. A REPART surgiu devido à necessidade de ampliar espaços para reabilitação em saúde mental, sendo que o mesmo era referência diária, proporcionando atividades de produção, esportivas, socioculturais e de lazer, melhorando aspectos cognitivos, e prevenindo o agravamento dos sintomas

psiquiátricos mediante oficinas trabalho terapêutico (KANTORSKI et al., 2007; GUEDES, 2014).

Somente em 1997 foi criada uma unidade de internação psiquiátrica com 28 leitos no Hospital Regional, mas devido às dificuldades de regulação desses leitos para o atendimento das demandas da cidade, os pacientes continuavam a ser encaminhados para grandes hospitais psiquiátricos de outros municípios.

Em 1999 foram criados: o Pronto Acolhimento Psicossocial (PAPS) e o Projeto Catavento. O PAPS foi implantado para atender a demanda espontânea, sendo a porta de entrada dos serviços de saúde mental. O Projeto Catavento, surge com uma proposta de treinamento de todas as equipes dos postos de regionais de saúde, que visa atender os pacientes com transtorno de ansiedade e depressão leve à moderada e transtornos somatoformes pelo médico e pela equipe da unidade básica de seu território, permanecendo inserido no contexto da saúde integral e não sendo psiquiatrizado.

Em setembro de 1999 os atendimentos de saúde mental são organizados como um programa e, em julho de 2000, com a criação da Comissão de Avaliação e Controle dos Transtornos Mentais, iniciou-se um processo de avaliação do Programa de Saúde Mental, visando à organização dos serviços e a implantação de políticas de melhoria e humanização do atendimento em Saúde Mental, pautado pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e contemplando a continuidade das ações nos diferentes níveis de complexidade.

O Centro de Atenção Diária/Hospital Dia Nossa Casa – CAD/HD – foi, em 2001, credenciado junto ao Ministério de Saúde como um CAPS, iniciando suas atividades em janeiro de 2002, oferecendo acompanhamento diário, intensivo, semi-intensivo, e não-intensivo, diferenciado do atendimento ambulatorial. O CAPS de Joinville é composto por dois núcleos delimitados e interligados: o CAPS II, que é conhecido no município como Centro de Atenção Diária (CAD), — nome inicial, antes de tornar-se um CAPS de fato; e o SOIS - Serviços Organizados de Inclusão Social (KANTORSKI et al., 2007).

Em março de 2002 é inaugurado Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial (NAIPE), sendo uma experiência pioneira na assistência integral e multidisciplinar ao segmento. Desde então vem prestando serviços a comunidade,

com ações em atendimentos terapêuticos e preventivos, objetivando melhorar a qualidade de vida dos usuários (KANTORSKI et al., 2007; GUEDES, 2014).

Atualmente, a rede de atenção psicossocial de Joinville conta também com CAPS ad, CAPS i, SRT, CAPS III, e nove regionais de saúde, são elas: Pirabeiraba, Vila Nova, Aventureiro, Costa e Silva, Floresta, Centro, Jarivatuba, Comasa e Fátima. Cada uma dessas regionais é responsável por um conjunto de Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), UBS, equipes de Agentes Comunitários de Saúde, Unidades de odontologia. Além disso, como ponto de atenção à urgência e emergência, o Hospital Regional Hans D. Schmidt, possui leitos de internações psiquiátricas. É nesse cenário que se desenvolvem as práticas da saúde mental de Joinville.

Este estudo se propõe a olhar esta rede a partir do CAPS II, responsável pela área centro-sul do município, a qual é dividida em quatro miniequipes, identificadas, aqui, pelas cores vermelha, laranja, azul e verde. A área territorial norte faz parte da cobertura do CAPS III, o qual também é organizado em quatro miniequipes, identificadas por nomes de flores: Girassol, Azaléia I e II e Orquídea.

Figura 7 - Mapa da cidade de Joinville e sua cobertura territorial pelo CAPS II e III e suas miniequipes. Fonte: GUEDES, 2014.

No quadro a seguir, apresenta-se a divisão por cores das miniequipes do CAPS II, suas regionais e os bairros que são contemplados por sua cobertura:

	Equipe vermelha	Equipe laranja	Equipe azul	Equipe verde
	Bairros			
Regional	Bucarein	Fátima	Jarivatuba	Floresta
	Anita Garibaldi	Adhemar Garcia	Estevão de Matos	Boehmerwaldt
	Atiradores	Fátima	JardimEdilene	Escolhinha

Bairros	Bucarein	Guanabara	Jarivatuba	Floresta
	Centro	Itaum	João Costa	Itinga
	Lagoinha	Petrópolis	Morro do Amaral	Km 04
	Morro do meio	Ulysses Guimarães	Paranaguamirim	Km 07
	Nova Brasília		Parque Guarani	Profipo
	São Marcos			Santa Catarina

Quadro 6 - Território e miniequipes do CAPS II de Joinville-SC. Fonte: Linha Guia do CAPS de Joinville, 2014.

5.4 Procedimento para análise dos dados

A análise dos dados é entendida como parte do processo para obter as respostas ao problema proposto pela investigação (GIL, 2010), portanto é necessário estabelecer as relações entre as questões teóricas propostas pelo estudo e os dados obtidos em campo.

Considerando a característica da pesquisa proposta a análise foi realizada a partir do Modelo de Matriz (THORNICROFT, TANSELLA, 2010). Este modelo foi desenvolvido pelos autores a fim de auxiliar no processo de avaliação dos pontos fracos e fortes dos serviços locais, bem como formular um plano de ação claro para aprimorar os serviços.

Como dito anteriormente o mapa possui duas dimensões: Lugar e Tempo, que se conectam entre si. Relacionado à Dimensão Lugar temos: 1) Nível Nacional/Regional que se refere ao nível no qual a política de saúde é formulada, onde são estabelecidas as leis; 2) Nível Local é onde os serviços estão organizados por áreas de cobertura da população, ou seja, o território; 3) Nível Individual é o nível de intervenções realizadas para usuários individuais, os membros de suas família, assim como as redes sociais imediatas. Já a Dimensão Tempo divide-se em: A) Entrada que é o recurso introduzido no sistema de saúde mental que possibilite a oferta de intervenções efetivas no cuidado à pessoa, por exemplo, orçamento, equipe, prédio, relações, políticas de regulamentação, enfrentamento ao estigma; B) Processo são todas as atividades que acontecem na oferta de cuidados em saúde mental; C) Resultado emerge como uma consequência, como produto de todas as etapas que compõe o processo de cuidado.

A partir da definição dos termos componentes do modelo de matriz é possível traçar um diagnóstico preciso dos serviços de saúde mental disfuncionais, de forma que questões corretivas possam então ser aplicadas no nível exato para a melhoria do cuidado (THORNICROFT, TANSELLA, 2010). Para tanto os autores definem, de forma geral, alguns indicadores que contribuem para a avaliação do cuidado em cada fase. O quadro abaixo reúne alguns dos indicadores sugeridos;

Dimensão Tempo			
Dimensão lugar	Fase de Entrada	Fase de processo	Fase de resultados
Nível nacional/regional	Alocação de orçamento para a saúde mental Leis em saúde mental	Indicadores de Atividades e desempenho	Índices globais de suicídio, de pessoas sem moradia e de aprisionamentos Anos de vida ajustados pela incapacidade Anos vividos com a incapacidade
Nível local	Avaliação das necessidades da população local Serviços clínicos e não clínicos	Contatos Padrões de utilização de serviço Percurso de cuidado e continuidade	Índices globais de suicídio Índice de emprego e de morbidade física
Nível individual	Avaliação das necessidades dos indivíduos Conhecimento Terapêutico da equipe Informações de usuários e de familiares	Satisfação com as intervenções terapêuticas Continuidade mantida pela mesma equipe	Gravidade dos sintomas Impacto sobre os cuidadores Satisfação com o serviço Qualidade de vida Necessidades satisfeitas e não satisfeitas

Quadro 7 – Visão geral do modelo de matriz, com as principais questões sobre as dimensões lugar e tempo. Fonte: Thornicroft e Tansella (2010) adaptado pela autora.

Os indicadores apresentados pelos autores, quando aproximados à realidade da política de saúde mental brasileira, mais especificamente ao município estudado, representam, de forma ainda genérica, o caminho que levou a emersão das categorias de análise desenvolvidas ao longo da análise de dados.

Dimensão Tempo			
Dimensão lugar	Fase de Entrada	Fase de processo	Fase de resultados
Nível nacional/regional	Política de Saúde Mental Brasileira	Possibilidades Terapêuticas previstas legalmente	Continuidade do cuidado no território
Nível local	Estrutura da RAPS de Joinville	Oferta terapêutica no território de Joinville	Possibilidade de inserção social do usuário
Nível individual	Acesso do CAD-CAPSII	Ações realizadas junto ao usuário	Transferência de cuidados

Quadro 8 – Visão geral do modelo de matriz, com as principais questões sobre as dimensões lugar e tempo, adaptada ao contexto local

De posse da matriz adaptada ao contexto local, o material, produto dos três campos de coleta de dados, foi lido de forma exaustiva e lançado na base de dados do software Hyper Research – Qualitative Analysis Tool – versão 2.8.3, para ser processado e analisado. A partir de então emergiram categorias de análise.

A análise resultou na emergência de algumas práticas desenvolvidas no CAPS de Joinville, alinhadas com os eixos propostos pelo referencial teórico deste estudo, contudo, acredito que não seria possível trabalhar com todas de forma aprofundada e responsável, como a temática exige. Acredito ser difícil a definição de aspectos objetivos em saúde mental, mais que em outras áreas, pois estão fortemente atravessados pela subjetividade das relações entre usuários, trabalhadores e serviços, aumentando as dificuldades do processo avaliativo, contudo, foram selecionadas as práticas consideradas mais emblemáticas no que se refere a dimensão temporal (entrada, processo e resultado), são elas: Acolhimento; Projeto Terapêutico Singular e Transferência de cuidados. Com relação aos níveis da dimensão lugar (nacional, local e individual), propostos pelo Modelo de Matriz, eles atravessam as práticas eleitas a medida que a política nacional que normatiza as questões da Saúde Mental no Brasil se materializa no nível local dos processos de trabalho, com repercussões diretas na vida no nível individual, por isso elas aparecem no texto de análise de forma transversal.

6 Boas Práticas em saúde mental no município de Joinville

O município de Joinville conta com uma história na saúde mental, marcada por lutas de profissionais, usuários e familiares que, de conquista em conquista, constituíram uma rede de atenção psicossocial fundamentada em práticas de singularização e ressignificação das pessoas em sofrimento psíquico. Ao longo dos processos de coleta de dados, realizados em 2006, 2011 e 2014, a história da construção da saúde mental no município é contada pelos entrevistados, e será apresentada neste trabalho pela voz dos próprios sujeitos, pois entendo que assumir a centralidade e a subjetividade do sujeito no processo de cuidado, só é possível quando este pode expressar a forma como ele vê a sua vida. Portanto, como forma de contextualização do cenário onde se desenvolvem boas práticas em saúde mental no território serão apresentados trechos de entrevistas que relatam essas vivências.

Os relatos dos entrevistados, contam que a história de Joinville é marcada por pessoas que sonhavam com atenção em saúde mental no território e, por isso, afirmam que o processo iniciou “ao contrário”, ou seja, da atenção básica para o serviço especializado.

Começamos na verdade, assim, ao contrário de tudo o que começou nos outros municípios! Aqui em Joinville, tem uma particularidade porque as equipes começaram a se formar nas regionais de saúde, dentro das regionais de saúde, dentro da atenção básica, porque o único hospital psiquiátrico que tinha aqui foi fechado em 1985, por ai. (J2P1)

Eu acho que isso tem a ver com a composição da política de saúde mental, desenvolvida no município. Porque nós tínhamos, até 1985, um hospital psiquiátrico que foi fechado. E em 1987 foi criada a Secretaria da Saúde, porque até 1987 não tinha Secretaria da Saúde em Joinville, tinha um departamento de saúde dentro da Secretaria de Assistência Social, (...) a gente vinha já com a questão da reforma psiquiátrica, aquilo que já vinha iniciando no Brasil, e com a experiência de Santos, a gente começou a pensar mais na saúde mental. Enquanto os outros municípios, e principalmente aqui em Santa Catarina onde a saúde mental surgiu do hospital psiquiátrico, foi criando os mecanismo para lidar com a ausência dos hospitais, nós começamos a pensar a partir da atenção básica para depois chegar até os leitos psiquiátricos. Quando fechou o hospital a gente já pensou em compor as equipes na rede básica, então tínhamos que ter um psiquiatra nessa rede básica, um psicólogo, terapeuta ocupacional, e o município, desde o primeiro momento, foi investir a saúde mental na atenção básica, nós começamos diferente. Depois a gente pensou num ambulatório de saúde mental, mas a gente nunca deixou de lado essa questão da rede básica. E mesmo tendo uma rede básica efetiva e equipe de saúde mental o paciente grave ainda internava, internava onde? Em Curitiba. A gente tinha ai uma ambulância-terapia! Todo paciente grave era internado nos hospitais de Curitiba, então, por volta de 1997, 1998 por ai, como o município é gestão plena, tem que dar conta da sua demanda, (...) então criamos os 30 leitos dentro do Hospital Geral. E ai que vieram os

CAPS, então nós partimos das duas pontas e só então começamos a criar o serviços substitutivos, então 2001 a gente estava criando os CAPS. (J2P7)

De acordo com alguns autores (PÔRTO, 2011; PAULIN, TURATO, 2004 CAMPOS, 2000; PITTA et al.,1995) as primeiras experiências de inserção da saúde mental na rede básica datam da década de 1970, a saúde mental foi pensada como uma proposta de base comunitária, no modelo preventivista. Estados como São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Ceará, já contavam com equipes mínimas de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, que eram compostas por psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras e equipes maiores para os ambulatórios especializados em saúde mental que incluíam enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos.

Em Joinville, além da construção das equipes e de seus desejos de fortalecer uma rede de saúde mental que cuidasse no território, a participação de familiares foi bastante significativa para o município. Pessoas que há anos enfrentavam a situação de internar seus familiares em manicômios, o que por si só já é muito difícil, ainda tinham que fazê-lo há quilômetros de distância, tendo que viajar a cada final de semana, a fim de não perderem seus vínculos. O município, na época, contava com uma rede ainda restrita, pois mesmo com o suporte da rede básica, do ambulatório, e dos leitos no hospital geral, não tinha organizado um ponto de atenção voltado para o acompanhamento, como o CAPS, por exemplo. Foi então que uma familiar, que há muitos anos acompanhava o irmão no ciclo da chamada porta giratória – internação/alta/internação – inicia um movimento reivindicatório que desencadeará na abertura do CAD/CAPS Nossa Casa.

A lei 10.216 foi sancionada, foi caindo os manicômios (...) ele ia lá para o regional e ficava quinze dias, ia para o Colônia Santana quinze dias e voltava surtado em casa, então até que chegou dezembro, foi em dezembro, a vizinhança, aquelas pessoas, queriam linchar ele, porque ele ficava berrando a noite toda, e era realmente, meu Deus do céu! Meu pai tinha morrido, só estava eu com a minha mãe. Não tinha mais o que fazer, e eu procurava em todo o lugar, olha que eu corri, corri em câmara de vereadores, em bem estar social e ninguém me dizia nada. O que eu fiz? Porque eu fiquei acuada, entende? Tanto pela própria população quanto pela situação, o que eu fiz? Fui para casa do prefeito. Fui para casa do prefeito, isso foi em dois mil, exatamente. Era onze horas da manhã, dia sete de janeiro de dois mil. Estava um sol escaldante tinha só eu e a minha mãe, e uma latinha de refrigerante! Nós tomávamos, eu e ela, porque nós tínhamos passado dez noites sem dormir e sem comer. Então eu fui e esperei ele na porta, na frente da casa dele, e até o guarda desceu e perguntou o que eu queria. Ai eu disse: senhor, eu não vou fazer nada eu só estou esperando o seu prefeito. E ele disse: Ah, ele não tem hora para chegar! E eu disse: pois eu também não tenho hora para sair daqui, e nem dia, nem mês e nem ano. Eu preciso falar com ele, eu não estou pedindo

nada de esmola, quero os direitos que eu tenho, eu já procurei em todos os lugares e não deu, então eu vim para ele me dar o direito que existe, e que é meu. Ai o guarda disse: está bom! Parece que aquele dia todos os anjos estavam ao meu redor, sabe? Porque eu sai fugida da minha mãe, mas isso antes tinha acontecido uma série de fatores: ele (o irmão) tinha sido baleado pela polícia, na minha frente. Tinha sido judiado pela vizinhança, tinham batido nele... Ele foi muito massacrado. Então parece que aquele dia os anjos estavam ao meu redor! Ai eu disse para minha mãe: olha mãe nos vamos ficar aqui até meio dia, tu fica aqui comigo, se até o meio dia ele não vier, não aparecer para almoçar, a mãe vai embora, porque daqui eu não vou sair sem resposta, eu tenho certeza! Quando eu acabei de dizer aquilo uma *blazer* preta, sabe, eu vi aquela *blazer*, e disse para mãe: os anjos estão do meu lado! Eu estava decidida que se ele não parasse eu me jogava na frente do carro! Que nada, ele veio vindo assim e eu já fui indo ao encontro dele, e ele abriu a janela e pegou na minha mão, e eu não vou citar nomes. Isso é antiético. E ele tinha se elegido naquele ano, entende? Podia ter tentado me dar o pé, mas não. Ele se apresentou e bom dia, bom dia... Eu disse: olha seu prefeito, desculpa eu estar aqui, mas eu preciso de uma ajuda do senhor muito grande, ai contei assim para ele. E daí ele viu que eu estava meio nervosa, e naquele dia, tinha acontecido uma tragédia muito grande aqui em Joinville. Uma família todinha morreu, sete pessoas num carro só, ai ele disse: Eu nem vinha em casa hoje, só vim em casa me arrumar eu vou num velório da família, mas amanhã vocês vem as sete horas no meu gabinete. Eu estava mesmo agoniada, eu já sabia os macetes e eu disse: Seu prefeito, como é que eu vou entrar no seu gabinete, vão dizer que é mentira minha, daí ele disse para o motorista, marca ai na agenda que amanhã às sete horas. Aquela sete horas do outro dia parece que não chegava, passamos mais uma noite terrível, mas chegou, (...) Quando ele deu a ordem, eu cheguei no local onde ele mandou já estavam tudo me esperando. Então eu luto para que outras pessoas, não passem o que eu passo, que elas tenham o caminho aberto, fui eu que abriu, e quero deixar aberto para que elas tenham esse acesso, porque foi muito triste, entende? Só uma pessoa de muita garra para segura a peteca, entende? (...) Esse processo de Centro de Atenção Diária estava há quatro anos na câmara de vereadores, no fundo da gaveta. Era para estar atuando, quando a lei, quando a legislação que ia ser derrubado os manicômios para ser serviço substitutivo. Há quatro anos que já tinha que haver esse serviço. O meu irmão foi o piloto, então era assim, para ele se adaptar: Foi tudo uma escadinha, ele ficava à noite no regional e de dia ele ia para o CAPS. Até ele ficar pronto, para ir estimulando ele a sair, para ir socializando ele e demorou... Mas tu vê ele teve, umas 60 internações, ele teve mais dentro dos manicômios do que em casa, a partir dos dezoito anos, 60 internações! Avalia quantas internações ele tinha por mês! E agora, em dez anos: ele teve três só! Que foram bem curtas: uma ele ficou dez dias no Regional, e as outras duas ele ficou dois dias no CAPS III (J2F6).

A mudança no modelo de atenção vai além da queda dos muros, pois esta significa também a transformação nas relações que se estabelecem entre usuários, profissionais e família, e, talvez mais importante, entre esses e a comunidade. A mudança de papéis, a democratização das relações, o envolvimento e a responsabilização de todos devem somar-se ao processo. A experiência de Joinville, e de muitos outros municípios, nos mostra que há uma maior envolvimento de outros atores sociais nos processos de reforma da atenção à saúde mental, em que a

comunidade empodera-se e se envolve como sujeito ativo no processo de mudança, o que era impensável no modelo asilar.

A rede formada, no município, emerge das necessidades reais dos envolvidos, muito mais do que um processo legal, é um processo social de reforma em defesa da vida, aí está a radicalidade ética proposta pela mudança política. A experiência contada nos diz sobre o cuidado e gestão em busca da liberdade, da defesa dos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, enfim, das transformações das relações e modos de existir, que quebram, mais do que as paredes, as fronteiras de saberes, e dos territórios de poder.

Constituída a rede, ou seja, derrubados os muros visíveis, é importante pensar sobre os muros invisíveis, que são os modos sutis e violentos de cerceamento da liberdade, obstáculos que insistem em impedir que os sujeitos existam em sua singularidade e pertençam ao mundo cidadão. Estes muros invisíveis, podem se manifestar dentro dos serviços substitutivos, sob forma de práticas, não alinhadas com o modo de atenção psicossocial. A fim de romper com tais práticas, é que este trabalho apresenta, a seguir, boas práticas em saúde mental que são marcantes na realidade de Joinville, e que tem potencialidade de replicação em outros municípios, como descrito anteriormente a opção por estas práticas se deu devido a estarem alinhadas com os três eixos que sustentam o referencial desta tese: Ética, Prática Baseada em Evidência e Prática Baseada em Experiência.

6.1 Acolhimento

Ao eleger a prática de acolhimento como representação da fase de entrada, na produção de boas práticas, entendo, que este articula o que Thornicroft e Tansella (2010) classificam como entradas visíveis e invisíveis. Para os autores entradas visíveis são os prédios, a equipe e tecnologias utilizadas no trabalho, já as invisíveis são o conhecimento, a experiência, as relações entre os diferentes atores que compõem a rede. Ainda de acordo com os autores o a entrada se refere a “avaliação das necessidades dos indivíduos feitas pela equipe, familiares e usuários, bem como ao conhecimento terapêutico da equipe” (THORNICROFT e TANSELLA, 2010, p. 20). Nesse mesmo sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) afirma que o acolhimento é o ato ou efeito de estar em relação com algo ou alguém; é

estabelecer relações entre pessoas dentro de um serviço de saúde, e, a partir das relações que se estabelecem, criam-se vínculos de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços.

Ainda de acordo com a política do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) incorporar o acolhimento como rotina nos serviços representa incorporar uma mudança de postura ética, estética e política no processo de atenção.

Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; **Estética** porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; **Política** porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010).

Por ser um conceito que emerge no Brasil com o fortalecimento e expansão da Atenção Básica à Saúde, os estudos que o analisam e o avaliam ainda são produzidos no contexto das unidades básicas de saúde, e que tem sido apropriado pelo campo da atenção em saúde mental.

Em revisão integrativa realizada sobre acolhimento Garuzi et al. (2014) afirmam que, a partir da produção científica nacional sobre a temática, o entendimento acerca do acolhimento em saúde apresenta algumas variações, sendo que para alguns autores (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999) este é uma etapa do processo de trabalho, podendo ser realizado em um espaço físico determinado e por meio de uma equipe designada para atender à demanda de uma população adstrita, sendo pensado como uma relação de ajuda, em que os usuários são aqueles que procuram ajuda, sendo simultaneamente objetos e agentes da ação, pois opinam e tomam decisões (CAMELO, et al., 2000; MATUMOTO et al. 2009)

Ainda de acordo com o trabalho de Garuzi et al. (2014) uma perspectiva comunicacional sobre o acolhimento, considera a rede tecnoassistencial de um serviço como uma verdadeira rede de conversação, onde cada encontro com o usuário é um nó e envolve técnicas específicas, em que o acolhimento é visto como o dispositivo que promove a articulação das diferentes atividades (TEIXEIRA, 2003). Assim, o acolhimento não se faz apenas na porta de entrada das unidades de

saúde, mas está presente em todo o percurso, sendo utilizado como ferramenta para a implantação de novas práticas em saúde, com base na problematização e reorganização dos processos de trabalho (ROSSI e LIMA, 2005).

O acolhimento no CAPS de Joinville é prática que se destaca desde 2006, na primeira edição da pesquisa CAPSUL I, uma vez que o serviço já operava na lógica do acolhimento de Porta Aberta, oferecendo atenção de qualidade, pautada no respeito, no diálogo e na escuta qualificada, acolhendo a demanda de todos os usuários que chegam até o serviço, e realizando os encaminhamentos de acordo com a necessidade e individualidade do sujeito.

Hoje a proposta é de Porta Aberta, então a pessoa chega e é acolhida. Ela recebe ali já um atendimento, um acolhimento para ver o que cabe, o que a gente, enquanto saúde mental, pode estar oferecendo. A pessoa é escutada, ouvida, a gente olha necessidade e encaminha, se não tiver necessidade de ficar aqui no CAD. E se for o caso, aí fica com a gente. Dependendo da pessoa ela fica naquele momento, ou ela pode vir noutro dia. É passada a situação para equipe e a gente começa a atender aqui. Aí são feitos vários grupos, várias oficinas, cada profissional acaba tendo uma abordagem, em cima desse sofrimento, para conhecer a história de vida, para ver onde nós temos que intervir, como é que a gente lida com essa pessoa. Então o atendimento não tem uma forma, um procedimento. Faço isso, faço aquilo, vai medicar... até tem uma rotina, mas não é assim, uma coisa extremamente fechada, rígida, a se cumprir com aquele procedimento. (J1P12)

A fala do profissional representa, de forma concreta, a postura que é rotina naquele serviço há quase dez anos. Ao buscar o CAPS a pessoa em sofrimento psíquico precisa encontrar continência do seu sofrimento, sem hora, rotina e nem de um profissional específico para acolher. Essa possibilidade de estabelecer relações baseadas nas necessidades trazidas pelo usuário, sem protocolos rígidos para cumprir, deve fazer parte de todos os encontros dos serviços de saúde, especialmente em saúde mental.

Dessa forma, o acolhimento se alinha à postura ética da atenção psicossocial, quando escuta o usuário em suas demandas, reconhece o seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e ativa uma rede de compartilhamento de saberes na responsabilização pela resolução da necessidade trazida pelo usuário.

Essa mesma diretriz ética segue presente na fala do profissional na edição de 2011 do estudo, que reafirma o planejamento de cuidado, já sinalizado na primeira edição, em que o cuidado é de acordo com a necessidade individual trazida pelo

sujeito e compartilhado entre os diferentes profissionais do serviço, entre os diferentes serviços da rede e entre a família e a rede.

A gente pode receber os encaminhamentos de demanda espontânea, encaminhamentos de outros serviços. O serviço funciona de Porta Aberta, os usuários chegam aqui eles são acolhidos por um técnico designado para essa função, que todo dia é um técnico diferente. Eles são acolhidos nessa demanda e são encaminhados de acordo com a necessidade (...) quando agente percebe um sofrimento significativo, faz-se a escuta e percebendo a necessidade de admissão no serviço nós solicitamos mais um profissional que acompanhe a entrevista e aí a gente faz uma triagem, que é um procedimento de entrevista mais aprofundado. E a partir dessa triagem, que tem que ter um acompanhante junto, obrigatoriamente, para co-regular as informações e ampliar as informações, a gente analisa os dados e leva para equipe para decisão (...) a partir da admissão a pessoa passa por consulta psiquiátrica para dar início ao processo de tratamento medicamentoso. A pessoa passa a frequentar o CAPS todos os dias e quando a gente percebe que não está mais necessitando de um tratamento intensivo, ou é uma readmissão ou alguém que a gente já conhece então vir menos dias na semana. A pessoa está sempre inserida em trabalho multidisciplinar, de diversos olhares e saberes. A avaliação é sempre de todas as necessidades que ela tem, inclusive do território, o que ela dispõe no território para inserção, a gente sempre tem um olhar no que que ela pode se beneficiar mais próximo da casa dela, e a partir do momento que ela for melhorando a gente tem esse objetivo de retorná-la ao território. Porque a gente acredita que é lá que ela vive, que ela se desenvolve, que ela tem as suas relações e que ela precisa retornar. Então ela vem aqui no momento de crise, no momento mais importante da vida dela no sentido de crítico do sofrimento mental, onde a família é acolhida também, a gente faz orientação técnica e especializada naquele momento de crise, para depois ela retornar diferente para o território. (J2P4)

Em qualquer ponto do tratamento o trabalho deve ser orientado para auxiliar os sujeitos a se manterem na vida, tratando seu sofrimento sem excluir a pessoa do seu convívio de vida. Para tanto, é fundamental pensar no acolhimento como sugere Teixeira (2003) que afirma que este ocorre em todos os lugares e que tem o papel de receber, interligar e mover no espaço de cuidado. É o elemento que, de certa forma, conecta uma conversa à outra, interconecta os diferentes espaços de conversa. Para o autor, em qualquer encontro, em qualquer conversa, está latente a possibilidade de acolher novas possíveis demandas que, eventualmente, potencializam o usuário a frequentar outros espaços, e participar de outras conversas, oferecendo as mais amplas possibilidades de trânsito pela rede.

Nesse sentido, pode-se dizer que esse dispositivo faz com que as diferentes atividades não apenas se articulem em rede, mas se constituam num autêntico espaço coletivo de conversações. Assim, a prática de acolhimento inclui pensar estratégias de contenção dos momentos de maior necessidade e também de possibilidades de retorno à vida no território, de acordo com o momento do sujeito, o

que Trajano e Silva (2015, p.205) afirmam ser o oposto da adequação ao “lugar prévio e normatizado destinado à produção de iguais”, característico do modo asilar.

Sendo um compromisso de resposta às necessidades de quem procura um serviço de saúde, e talvez uma das características mais importantes no processo de Acolhimento do CAPS de Joinville, a questão de acolher de Porta Aberta, é trazida à discussão e defendida pela equipe também durante o Grupo de Reciclagem dos Dados (GRD), em que foi problematizado o acolhimento ofertado também às pessoas que não tem indicação para tratamento no serviço, e buscam o CAPS como um espaço de ajuda a um problema pontual.

Com a Porta de Aberta, a pessoa chega aqui, às vezes, nos somos unânimes em dizer, que a pessoa só precisou conversar um pouco, ela já se aliviou, ela às vezes nem precisa continuar aqui. (J3T1)

Acolher significa, entre outras coisas, ter uma atitude que garanta a escuta qualificada das demandas com o objetivo de ofertar o máximo de tecnologias no sentido de produzir saúde (MERHY, 2007). Joinville conta com um serviço que não só consegue acolher a demanda de transtornos graves e persistentes, conforme orientação do Ministério da Saúde, mas também, trabalha com o que se pode chamar de prevenção de agravos, pois acolhe situações em que só é necessária uma conversa para aliviar o sofrimento daquele momento. Aqui a Porta Aberta, com escuta qualificada mostra-se ponto chave, pois não faz o agendamento do sofrimento, da crise, mas sim a acolhe na hora, diminuindo os agravos decorrentes da espera.

Sobre isso, Merhy (1994) afirma que a função da porta não pode ser a de barrar e limitar o atendimento, mas sim de responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, e explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e nossas relações. É este processo relacional que consolida a porta aberta do CAPS de Joinville, que dá ao usuário a possibilidade sair e retornar do CAPS, sempre que necessário, sem necessidade de enfrentar filas de espera, de agendamentos de acolhimento, de fluxos de redes desnecessários. E durante o período de observação, realizado na Reciclagem dos Dados, muitas vezes foi possível acompanhar o acolhimento de alguma demanda pelo telefone, de situações trazidas por outros serviços, especialmente das regionais de saúde, ou por pessoas que já conhecem o serviço e ligam em situações em que necessitam de um suporte para enfrentamento de situações de vida. Esse movimento de suporte à

necessidade que emerge aqui e agora, assumindo para si a responsabilidade do que acontece, parece romper com as forças conservadoras presentes nos modos de pensar e agir que continuam a atravessar alguns serviços e os deixam ligados à rigidez protocolar, característica de modelos hegemônicos.

Ao reverter os processos de ‘anestesiamento’ de escuta, de produção de indiferença diante do outro (BRASIL, 2008, p. 12) os profissionais trabalham na lógica da potência da relação. A ênfase no processo relacional incorpora estratégias de aproximação e efetivação de uma prática resolutiva e voltada para o modo de vida de cada usuário. No processo de escuta e acolhimento, novas formas de se fazer saúde fortalecem o estabelecimento de vínculo entre usuários e trabalhadores de saúde, em busca da humanização do atendimento. Portanto, o acolhimento permeia toda terapêutica e, desse modo, propicia um cuidado integral ao usuário do serviço de Joinville.

É uma preocupação que tenho e que às vezes eu percebo que é muito mais fácil medicar do que parar para ouvir, e que parar para ouvir é uma prática nossa! Todo mundo para ouvir! Às vezes você tem tanta coisa para fazer naquele dia, tem tantas preocupações e atividades, oficinas e não sei o que, mas se você ouvir de verdade vai evitar uma medicalização naquele momento! (...) Ouvir demanda paciência (...) Eu vejo que quando você consegue ouvir o usuário de verdade, tem usuários que nunca mais internaram, tinham mais de oitenta internações e nunca mais internaram desde que entraram aqui, por que se sentem ouvidos, se sentem acolhidos (J1P3).

A gente para tudo o que está fazendo para dar aquela atenção. E eu acho que a gente tem que cuidar, para não perder isso. Esses dias eu estava numa reunião com o pessoal do CAPS III e eles pediram o telefone de uma profissional, e eu sai para pegar o telefone, e no meio do caminho a usuária X me parou porque ela queria ir no banheiro. Na hora, tu fica pensando: “ter que parar tudo o que está fazendo, parar com a correria, para ti ter que levar ela no banheiro!” Mas para ela isso era importante, deixou ela menos agitada! e acho que a gente tem que cuidar para gente não perder isso! (J3T1)

Teve um médico que nem escrivania não usava. Colocava uma cadeira na frente da outra e conversava pessoalmente assim, e não só sobre problema, como também dia a dia, convidava para ser amigo dele. A gente se sentia bem junto com ele. Agora entrou a médica X, que também é super legal. Até tem gente que diz que ela demora demais para atender, porque ela procura conversar bastante com a pessoa. Então, não são só as atividades do dia a dia, como da oficina “Falar e Ouvir” com a psicóloga, mas tem também todo, o individual. Então eu acho que se não fosse aqui o tratamento, eu não sei onde eu estaria hoje, eu poderia ter morrido, ou estava andando de um lugar para outro. (J3U1)

A rigidez dos processos de trabalho e a organização dos serviços de saúde, modos de cuidar centrados na doença; trabalhadores destituídos da capacidade de decidir e usuários que só são escutados, impacientemente, em suas queixas: tudo

isso contribuiu para uma naturalização de um cotidiano produtor de indiferença ao sofrimento do outro, uma máquina de reprodução de relações de “assujeitamento, heteronomias, subjetividades servis e tristes” (YASUI, 2015, p.20). No município estudado este movimento parece ser rompido a partir do entendimento que os profissionais tem a respeito da importância de parar e ouvir o que o outro tem a dizer, bem como do valor que o usuário dá a este momento de escuta, pois se sente acolhido em sua demanda, e reconhece que este momento de escuta é parte do cuidar em saúde mental na atenção psicossocial.

O diálogo constante e o “prestar a atenção no outro” cria uma relação de confiança e trocas, fundamental no modo psicossocial, em que o que o outro nos apresenta no cotidiano direciona as práticas e permite o desfrute de coisas normalmente não desfrutadas. A liberdade, princípio e exigência ética na atual política pública de saúde mental, é um projeto de um cuidado que se constrói a partir das criações produzidas nos encontros que coproduzem sujeitos e projetos de vida, e estas só podem ser feitas em liberdade, e conduzidas pela possibilidade do sujeito participar ativamente do processo de decisão, inclusive sobre a importância de permanecer ou não no serviço.

Nós vamos trabalhar de Porta Aberta, então se o paciente quer ir embora, está com vontade de ir embora, libera, não espera que ele fuja! E se não está bem vamos ligar para o familiar, porque tem uns que não estão bem mesmo e você não pode deixar porque tem esse perigo de acontecer alguma coisa (...) A maioria vem sozinho, vai sozinho! Alguns tem o familiar que vem buscar e daí a família nos cobra que a gente não libere, porque eles não vão para casa, porque as vezes tem alguns, já aconteceu, de ter usuário aqui estaria usando droga então o familiar vem buscar para que ele não vá para rua usar drogas essas coisas. (J2P10)

Na perspectiva basagliana, liberdade não é o resultado e sim a base das práticas terapêuticas, ou seja, não é possível pensar o cuidado ao sofrimento psíquico considerando-o apenas como um diagnóstico produto de disfunções fisiológicas, nem tampouco com práticas de controle e segregação, que afetem o já precário poder de contratualidade que o sujeito tem sobre si e sobre as coisas do mundo. O resultado deste modo de pensar o sofrimento psíquico nos é bem conhecido: institucionalização, violências de todas as ordens, isolamento social, e todos os produtos do manicômio. No serviço de Joinville a liberdade de decidir a hora que deseja sair do CAPS é considerada parte do tratamento, nem por isso a equipe deixa de responsabilizar-se por casos em que entende que precisam de negociação com a família. Acolher a necessidade que o usuário demanda inclui

também momentos de negociação e reflexão sobre as possibilidades que se apresentam, visto as particularidades que envolvem o cuidado em liberdade.

Nicácio e Campos (2007) destacam que pensar o cuidado em liberdade provoca inovações na prática terapêutica, inscreve novas profissionalidades e representa nova projetualidade nos processos de coproduzir com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico projetos de vida nos territórios.

O processo de territorialização do município, que dividiu a demanda a partir da abertura do CAPS III, é considerado um avanço pelos participantes da pesquisa, na questão do acolhimento, pois além de facilitar o acesso aos usuários moradores da zona norte, passa a ofertar atenção 24 horas, incluindo finais de semana, e hospitalidade noturna, pontos que eram fragilidades na rede em 2006, como mostram as falas a seguir.

Eu acho que hoje o município de Joinville comportaria já um CAPS III. Porque aqui é aquela coisa, eu digo, a gente trabalha com o surto, com as emergências ou as urgências de segunda a sexta-feira das 7 as 19 horas, e depois disso, o que que acontece? Então essa retaguarda de final-de-semana e noturna muitas vezes a gente se vê aqui essa dificuldade, de ter um usuário, com essa demanda, e acaba encaminhando para o regional porque nós não temos a retaguarda aqui. Na evolução, ou na involução de uma crise, se a gente tivesse como observar essas pessoas, talvez não fosse preciso ocupar leito dentro da ala psiquiátrica, entendeu? Então acho que essa é uma grande dificuldade, uma grande necessidade hoje para nós é um CAPS III. (J1P5)

Da mesma forma durante uma das entrevistas em 2006, o entrevistador questiona ao usuário sobre como ele e a família procedem nos casos de crises fora do horário do CAPS, em finais de semana ou a noite, por exemplo. Sobre isso o usuário afirma:

Aí meu filho chama o corpo de bombeiro ou a ambulância eles vêm até a minha casa, me pegam e me levam para o regional. Eles já sabem (...) Tem esse problema de lá em cima estar sempre cheio, e lá não tem uma urgência ou emergência psiquiátrica, então tem que ficar lá. (J1U1)

A falta de retaguarda nos horários em que o CAPS não estava aberto deixava profissionais e usuários dependentes do hospital regional de Joinville, que conta com uma ala psiquiátrica, que nem sempre dá conta do fluxo de usuários da rede. Assim, a Porta Aberta para o cuidado à crise, em serviços alinhados à ética da atenção psicossocial, dá acesso a um cuidado radicalmente distinto do tratamento classicamente ofertado nos momentos em que há necessidade de dar continência a demandas que perturbam os laços e por vezes colocam em risco os sujeitos, suas

vidas, suas relações. Contornar de outra forma, que não pela grade ou muro o sofrimento que se manifesta, cria possibilidades e impõe responsabilidades e compromissos, compartilhado pelas pessoas na acolhida de cada situação que se apresenta, pois agora o sofrimento é visto de forma específica e individual e não mais normatizado como no asilo (TRAJANO e SILVA, 2015).

O que nos moveu a montar o CAPS III (...) foi essa preocupação, essa intervenção na crise, isso mostrou necessidade de ter o CAPS III (...) Então a gente montou o CAPS III dividiu a cidade, em 2 territórios. Antes o município inteiro era do atendido no CAPS II, então a gente dividiu o município em zona sul e zona norte, um CAPS passou a ser referência para zona norte da cidade e o outro para zona sul. Assim, o CAPS III além de ser referência para zona norte ele também tem os 5 leitos de hospitalidade noturna que é para o município todo, então se eu tenho um paciente hoje que precisa de uma hospitalidade noturna a gente conta com o leito do CAPS III. (J2P7)

O fato de contar com a hospitalidade noturna e a territorialização parecem ter influenciado diretamente no número de internações e a qualidade de vida dos usuários do município, fato explícito na fala da familiar de um usuário que frequenta o serviço há alguns anos e confirmada pelo próprio usuário na ocasião do Grupo de Reciclagem de Dados.

Eu consigo enxergar, a qualidade de vida do meu irmão. Para mim é muito mais fácil de conviver com ele agora. Se não fosse o CAPS aqui eu não conseguiria, entende? Graças a Deus eu tenho o CAPS porque a minha vida foi toda assim, ele tem 56 anos e 70 internações! Ai depois de 10 anos para cá que teve esse trabalho aqui, ele teve eu acho que duas ou três só. Duas, no máximo, assim grave, de 'crise alta'. Mas é sempre controlado já pelo CAPS, que não deixa ele chegar no extremo. Eu tiro meu chapéu para o CAPS. E outro fator positivo que eu vejo é que os familiares quando há um problema de reagudização, ao invés de procurarem o hospital regional, que é referência em tratamento asilar aqui em Joinville, busca o atendimento de um profissional do CAPS, porque é o procedimento mais rápido e melhor, com essa possibilidade de fazer uma internação de hospedagem noturna. O que vem ao encontro do que os usuários estão buscando. (J3F1)

Se não fosse vocês, se não fosse o serviço de vocês, onde será que nós íamos estar nesse momento, nessa hora? No hospital? Antigamente eu era internado, a minha família tinha direito a uma visita de 3 em 3 meses. Se não fosse vocês, nesse momento, eu estaria nos grandes hospitais psiquiátricos, trancado. Aqui o serviço de vocês, que vocês fazem bem trabalhado, fazem certinho, tem cultura, educação e moral com a gente. Aqui é bem tratado (J3U1).

A mudança de enfoque da atenção em saúde mental da internação segregadora e normatizante, para serviços territoriais que produzem efeitos na vida das pessoas, que agora são acolhidas, ouvidas em suas necessidades, resulta em uma diminuição na incidência de internações. Estes dados tem se constituído num parâmetro importante nos estudos de avaliação de qualidade, contudo, se

analisados de forma isolada, não tem qualquer valor indicativo de boa ou má assistência (KANTORSKI, et al., 2006; 2011; 2012).

Frente a uma crise, muitas vezes aparecem as fragilidades dos serviços em lidarem com essa situação, levando à internação, e consequente ruptura no processo de vinculação do sujeito com o serviço quando esse não consegue acompanhar o momento de maior sofrimento e fragilidade. Nestes casos, o usuário é exposto a uma série de quebras com seus vínculos, indo para um espaço que não conhece, entre pessoas que nunca viu, sendo tratado por uma equipe que não conhece sua história. Ao acolher a maior parte das crises no CAPS III, e acompanhar o usuário durante todo o processo, o município de Joinville vai além do indicador de diminuição de internação e conforma uma boa prática ao construir espaços alternativos de atenção, de modo que a internação se apresente como um momento do tratamento.

São experiências como estas que demonstram que o cuidado é produção de vida, criação de possibilidades de cuidar, não apenas evitando o sofrimento desnecessário, mas também criando espaços de tolerância e modos de acolhimento e convivência com aquilo que, na vida subjetiva, é da ordem do intratável, do inevitavelmente doloroso, do que *não tem remédio nem nunca terá* (BARROS, OLIVEIRA, ARANHA e SILVA, 2007; BEZERRA JR, 2004).

Aqui o conceito de tomada de responsabilidade, derivado da psiquiatria democrática italiana, assume papel central nos processos de acolhimento presentes no serviço de Joinville, pois reflete a atitude de implicação, dos trabalhadores com o serviço e com os usuários. O que decorre disso é o fortalecimento dos laços entre o usuário, o serviço e o território, onde deve ser baseado o atendimento. Esta é uma marca bastante presente desde a primeira edição do estudo (KANTORSKI et al., 2006) quando familiares e profissionais destacaram a parceria que existe entre os atores envolvidos no cuidado

Equipe eu acho que a equipe assim tem força de vontade, é uma equipe assim que tem garra, a gente às vezes tem reuniões assim que é uma briga daqui, um briga de lá, mas a gente acaba entrando num consenso, acaba desdobrando para dar um jeito de resolver as situações, no final a gente acaba pegando junto e fazendo a coisa, e fazendo acontecer. Eu acho que a gente dá conta, porque é uma equipe que tem garra (J1P7).

Uma equipe coesa, que se responsabiliza pelo que acontece no serviço, dividindo as responsabilidades, se implicando no processo tem o potencial de anular

o discurso das especificidades, em que o profissional assume o discurso de “isto não me cabe”, “isto eu não faço”, ou “isto não diz respeito”. O fato de “pegar junto” e fazer acontecer demonstra um ideário comum em que profissionais com diferentes formações, com diferentes crenças e filiações teóricas, se reúnem e formam uma equipe que trabalha no cotidiano do serviço levando em conta: a escuta; o acolhimento; a ética; a autonomia; o resgate da cidadania; a subjetivação, o respeito, a liberdade e a inclusão social, dentre outros (BARROS, OLIVEIRA, ARANHA e SILVA, 2007).

A discussão acerca da responsabilização da equipe frente às situações que se apresentam no cotidiano do serviço é retomada no grupo de reciclagem dos dados quando os profissionais relatam a disponibilidade em acolher demandas que não tem indicação para o atendimento no serviço, mas que mesmo assim precisam uma atenção naquele momento em que chegam até a porta do CAPS. A profissional que relata a situação no grupo sentiu-se responsável por aquela pessoa e acabou parando para ouvir aquela demanda mesmo sabendo que a pessoa não tinha indicação para o acompanhamento no CAPS.

Eu estava quarta feira a tarde e chegou a mãe de uma pessoa, que ela veio buscar atendimento para o filho usuário de drogas. Então, ela de cara já falou o que ela queria, mas assim, eu olhei, eu estava sozinha, eu na tinha ninguém, e ela queria falar, então, eu acolhi a demanda dela. Já estava tudo certinho qual que ia ser a conclusão, mas eu não ia simplesmente dizer não, não é aqui, vai do outro lado. Eu sentei com ela, porque ela queria contar a história dela, então a gente acolhe a demanda, mas a gente especifica para poder fazer os encaminhamentos. (J3T1)

Durante a observação realizada na etapa de reciclagem de dados em muitos momentos a equipe afirma que todos tem que ser acolhidos, e se não for caso para o CAPS, que deve retornar ao Pronto Atendimento Psicossocial (PAPS), ou acessar a UBS até que haja um encaminhamento definitivo do caso. Durante as reuniões realizadas semanalmente no serviço e acompanhadas durante a observação de campo, alguns casos mostram o quanto a equipe se envolve e busca estratégias para acolher os usuários e suas famílias, pois o cuidado com que as questões são discutidas nas reuniões, reflete uma responsabilização e um conhecimento de cada um dos usuários e seus contextos. A oferta de escuta e a ajuda concreta, que podem ocorrer no espaço do serviço ou em outros espaços do território, possibilitam a construção de uma relação de confiança entre o profissional e o usuário e o início da tomada de responsabilidade. Esse conceito, consiste na disposição em

apreender as diversas formas e momentos do sofrimento, o que diz respeito à responsabilidade do serviço sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel alvo na sua promoção (WILLRICH, et al, 2013; DELL'ACQUA, MEZZINA, 2005).

A fim de contemplar a totalidade do cuidado as relações subjetivas são aprofundadas entre os trabalhadores, os usuários e o serviço de saúde, e este processo terapêutico acaba resultando em um sentimento de confiança no serviço, necessário em momentos de enfrentamento de problemas. Durante o Grupo de Reciclagem de Dados dos usuários, emerge a questão da confiança no acompanhamento do serviço nos momentos de internação em outros serviços, como no hospital geral. O relato do grupo de usuários nos mostra que a equipe segue acompanhando na internação, estabelecendo, assim, uma relação que é de outra ordem para o sujeito que está em um momento de fragilidade, da ordem da amizade, do “poder contar com”.

Quando eu entrei agora pela última vez, faz uns três meses que eu estou aqui já, eu tinha tentado suicídio, e fui parar no Regional. Então eles mandavam uma funcionária, assistente social, para ver como é que eu estava lá, na ala psiquiátrica do Regional. Então eu recebi acompanhamento, eles iam lá, iam saber como é que eu estava, então eles tem um carinho mesmo assim, que acaba se tornando um amigo pessoal, eu tenho aqui como um amigo o pessoal daqui, os mais velhos e os mais novos que estão entrando agora, eu posso dizer isso. (J3U1)

A fala do grupo permite afirmar que o acolhimento deve permear toda terapêutica de modo a ofertar um cuidado integral, e o resultado desse processo estabelece vínculos capazes de construir uma nova prática em saúde, baseada em ações comunicacionais, atos de receber e ouvir quem procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta (JORGE et al., 2011).

A construção dos laços que manterão e fortalecerão os vínculos estabelecidos entre o serviço e usuário, são construções diárias produto de questionamentos cotidianos sobre os lugares, os modos, os gestos, as palavras que representam o acolhimento. Nesse sentido, o *Gruppo Ricerca e Recovery* (2014) em publicação recente denominada “*La carta della Recovery*” contribui para tal discussão, quando traz algumas definições acerca dos processos cotidianos de acolhimento em centros de saúde mental. Para o grupo o conceito de acolhimento é

uma ação que ultrapassa a entrada física no serviço, devendo contemplar: a) a chegada: pois o primeiro contato pode determinar as relações que se darão ao longo do tratamento; b) o abraço metafórico: para dar conta de forma empática das necessidades dos usuários, a qualquer momento do tratamento para que haja sempre a relação de confiança estabelecida; c) o cotidiano: deve ser considerado o cotidiano das pessoas, pois o serviço muitas vezes é uma segunda casa, e por isso deve ser acolhedor e convidativo para a (con)vivência das pessoas que ali frequentam; d) a escuta e o cuidado: para a consolidação de confiança, conhecimento e respeito mútuo, de modo a mediar as relações inclusive com o “mundo externo” ao serviço.

A experiência do grupo com relação ao Acolhimento parece se refletir pontos-chaves que foram observados no serviço estudado e apresentados anteriormente neste estudo, dessa forma é possível assumir que o acolhimento deve ocorrer em todos os processos interativos que se dão entre as pessoas que fazem parte de um serviço, e que é possível desconstruir práticas fundamentadas na objetividade da doença mental (re)construindo práticas voltadas para as reais necessidades do usuário, e estabelecendo relações diárias que permitam ao usuário a (re)apropriação, a (re)significação e a (re)construção de seus projetos de vida.

O Acolhimento como uma boa prática, de acordo com os critérios previamente estabelecidos por esta tese, no CAPS de Joinville materializa-se na micropolítica do processo de trabalho da equipe e no seu desejo de fortalecer uma rede de saúde mental que cuida no território. O acolhimento de Porta Aberta, que a partir da criação do CAPS III, é 24 horas, emerge como marca central no CAPS de Joinville, pois permite responder às demandas de saúde dos usuários ofertando continência do seu sofrimento, sem hora, rotina, profissional específico ou protocolos rígidos para cumprir. A Porta Aberta não faz o agendamento do sofrimento, da crise, nem deixa o usuário dependente do serviço, ao contrário, oferece escuta qualificada no momento em que a necessidade emerge, diminuindo os agravos decorrentes da espera, e oferecendo atenção de qualidade, pautada no respeito, no diálogo e na subjetividade.

Mais do que isso, o acolhimento em Joinville se alinha à postura ética da atenção psicossocial, quando estabelece um processo relacional que possibilita ao usuário e sua família serem sujeitos desejantes e participantes ativos durante

processo de decisão do planejamento de cuidado, fortalecendo o estabelecimento de vínculos e a construção de projetos de vida.

Assim, o acolhimento pode ser apontado como boa prática, pois, alinhado com a postura ética da atenção psicossocial, mostrou-se, a partir da evidência dos trabalhos produzidos sobre o tema e da experiência vivenciada por atores envolvidos com a saúde mental, capaz de promover o vínculo entre profissionais e usuários, possibilitando o estímulo ao autocuidado, melhor compreensão da doença e responsabilização na terapêutica proposta, auxiliando ainda na universalização do acesso, fortalecimento do trabalho multiprofissional e intersetorial, qualificação e humanização da assistência à saúde.

6.2 Projeto Terapêutico Singular

Como apresentado anteriormente a Atenção Psicossocial é a designação de uma clínica específica, porque lança mão de estratégias singulares, de acordo com as necessidades do sujeito em sofrimento. A Atenção Psicossocial conseguiu imprimir um “novo” paradigma à Saúde Mental, a partir de um modo de produção de saúde focado no sujeito em sofrimento, que considera a dimensão sociopolítica da doença e os fatores biopsicossocioculturais, tal como a implicação do sujeito em sofrimento diante do tratamento (PEREIRA, COSTA-ROSA, 2012), na perspectiva construir projetos de vida, significativos para cada usuário, como eixo central da ação terapêutica.

Assim, emerge a importância do planejamento dos processos terapêuticos não só nos momentos agudos, mas na continuidade da vida do usuário, buscando auxiliar no processo de retomada de relações afetivas e sociais e na reconquista de direitos e de poder. O Projeto Terapêutico Singular - PTS - emerge como importante dispositivo de integração e organização das equipes de saúde nesse processo (OLIVEIRA, 2007). Para o Ministério da Saúde o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar (BRASIL, 2010).

O PTS é aqui apresentado como a fase de processo, pois se alinha ao que Thornicroft e Tansella (2010), definem como as atividades que tem lugar na oferta do cuidado em saúde mental, o que inclui intervenções diretas e processos não

clínicos, ou seja possibilidades e oferta terapêuticas no território e ações realizadas junto ao usuário que terão consequência no resultado. Dessa forma, o PTS mostra-se como possibilidade de construção de uma clínica transformadora em formato de projeto de cuidado, e portanto, precisa de um dinamismo em sua concepção e atuação, já que a clínica se apoia na diferença de cada situação, local e equipe profissional envolvida (BRASIL, 2008).

Esta clínica transformadora tem sido denominada *clínica ampliada* e é um conceito que visa valorizar o tratamento, conhecimento e atendimento de todo o profissional que compõem uma equipe de saúde (BRASIL, 2008). A clínica ampliada é também uma forma de pensar saúde de modo expandido, ou seja, a saúde passa a ser considerada uma soma de muitos elementos de setores diferentes que articuladas tornam a vida do sujeito mais qualificada conforme padrões individuais sendo necessário também incorporar a participação e o conhecimento deste sujeito promovendo sua autonomia e corresponsabilidade no próprio cuidado (CARVALHO, MOREIRA, RÉZIO, TEIXEIRA, 2012). A clínica ampliada é, portanto, um novo modelo de atuação e gestão em saúde, que investe na potencialidade das equipes de referência na construção e condução do projeto terapêutico singular (PTS).

Assim, a produção científica nacional acerca do Projeto Terapêutico Singular é analisada por Boccardo e colaboradores (2001) e demonstra que as definições encontradas pelos autores que tem estudado o tema são complementares, e há um ponto de convergência central na concepção que é o resgate da cidadania como objetivo final das estratégias de cuidado e que esta finalidade só pode ser alcançada na singularização das necessidades promovida pelo projeto terapêutico.

No serviço estudado o PTS é construído de forma conjunta, em que as opiniões de toda a equipe são importantes para ajudar a entender o sujeito e sua demanda e, conseqüentemente, todos são considerados na definição de propostas de ações. Contudo, a figura do técnico de referência emerge como necessária ao desenvolvimento e gerenciamento de PTS e, assume centralidade no processo, não só em Joinville, mas em várias experiências no contexto dos serviços de saúde mental na construção do PTS.

No Manual dos CAPS, elaborado pelo Ministério da Saúde (2004), o técnico de referência é definido como aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico singular, o contato com a família e a

avaliação das metas traçadas no projeto. Dessa forma, cada profissional ou grupo de trabalhadores de categorias diversificadas, é referência de certo número de usuários, responsabilizando-se pela elaboração, aplicação e avaliação de um projeto terapêutico com objetivos elaborados conjuntamente. A partir deste arranjo é possível potencializar os efeitos da gestão compartilhada de serviços e da interdisciplinaridade, superando modelos de organização hierarquizados, fragmentados e autoritários (MIRANDA E ONOCKO CAMPOS, 2008).

Presente no serviço em estudo, este profissional, auxilia no processo de construção dos projetos e merece destaque, pois representa uma forma de desconstrução da cultura manicomial, ao promover o enfrentamento da padronização de procedimentos e da coletivização de abordagens nos processos de cuidado em saúde mental.

Eu sento com a pessoa de referência, até se ele escolheu de participar de alguma coisa, nós podemos conversar também, se ainda está sendo terapêutico para ele, se ele está tendo bom proveito, se ele está gostando do que está fazendo. Então eu acho que esse espaço tem, que existir entre o técnico de referência e a sua referência, ele deve ser escutado (...) porque um é diferente do outro, mesmo que tenha a mesma patologia, são pessoas diferentes, podem até ter sintomas parecidos ou semelhantes mas as suas características de pessoa, de agir é diferente daquele que tem a mesma doença. Então é diferenciado cada um tem que ter o seu Projeto Terapêutico mesmo, tem ser sentido e conversado. Então eu acho que o profissional que está aqui dentro ele tem que ter o conhecimento de tudo, do funcionamento de tudo, de todos os grupos, o objetivo de todos os grupos, a proposta de cada grupo para poder estar passando pros usuários e aí eles vão ter a liberdade de escolher ou não. (J1P7)

Para Furtado e Miranda (2006) esta figura é especialmente importante na medida em que provê contornos ao encontro entre o trabalhador de saúde mental e o usuário do serviço. Ou seja, um dispositivo localizado na interface entre as ofertas dos equipamentos substitutivos e as demandas e necessidades apresentadas pelos usuários, marcado, inevitável e necessariamente, pela disponibilidade para com o outro. Ao ouvir e discutir com o sujeito as possibilidades ofertadas pelo serviço o técnico de referência busca produzir respostas individualizadas diante da complexidade de pessoas que antes estavam depositadas nos manicômios, dando novas concepções e às práticas do trabalho e ao próprio sentido do processo terapêutico, que se desloca da cura para a construção de autonomia e a reprodução social das pessoas.

As falas dos usuários e dos familiares, tanto na primeira, quanto na segunda edição de coleta (2006 e 2011) demonstram que o papel assumido pelo profissional de referência produz mudanças significativas na vida dos sujeitos.

No início eu só dormia, só chorava, só ficava quietinha no canto, não conversava muito, mas com o passar do tempo eu fui me desenvolvendo com a ajuda da minha técnica, desde o início com a ajuda da minha técnica. Ela tem sido a minha fonte de vivência aqui no CAD. Ela tem me ajudado constantemente, ela tem me colocado idéias boas na cabeça, se ela não tivesse feito isso, eu já teria feito muitas coisas erradas na minha vida. (...) Eu tenho inteiramente confiança nela (J1U7)

Tinha uma pessoa que eu falava, que estavapor dentro do que acontecia com a gente. Eu acho que sempre é bom que o familiar tenha esse vínculo com alguém que trabalha aqui, tenha com quem falar (J2F13)

Na fala da usuária J1U7, a mesma afirma que a Técnica de Referência é *fonte de vivência* e a familiar J2F13 ressalta a importância do *vínculo* com o serviço, estas são demandas da ordem do não específico, que exigem do trabalhador a saída das “caixas” que classificam e protocolam o trabalho das categorias profissionais. Boccardo et al. (2011) recordam que conceito e as práticas do trabalho em saúde sofreram modificações conceituais a partir da necessidade de integração de diferentes práticas no desenvolvimento da assistência a saúde, a partir da nova concepção do processo saúde-doença definida pela Organização Mundial da Saúde, que passou a incorporar as dimensões sócio culturais e coletivas envolvidas no processo e não mais apenas a dimensão biológica e individual.

Nesse contexto, o trabalho em equipe deve promover a integração das diversas disciplinas envolvidas por meio da comunicação e do compartilhamento de ações e saberes. Para conseguir efetivar este cuidado de forma integral ao usuário e sua família, é importante que a equipe lance mão de saberes que operem mais no *campo* constituído por responsabilidades e saberes comuns às várias profissões ou especialidades e na fronteira de vários saberes, do que em seu *núcleo* constituído por elementos de singularidade que definem a identidade de cada categoria profissional ou especialista (OLIVEIRA, 2010; CAMPOS, 2000).

Os conceitos de núcleo e campo de competência e responsabilidade auxiliam bastante para compreensão das ações dos profissionais inseridos em serviços substitutivos. Trata-se de um importante conceito-ferramenta elaborado por Campos (1997) para estabelecer a compreensão de que existem atribuições específicas de determinada categoria profissional - que o autor chamou *de núcleo de competência*

e *responsabilidade* - e demandas que extrapolam essas atribuições estabelecidas – que o autor denominou de *campo de competência e responsabilidade*.

Assim, núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscariam, em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 1997, p.249). O *núcleo* é facilmente percebido por meio dos conselhos profissionais, das disciplinas específicas de cada categoria e que conformam um dado profissional. O *campo* é mais aberto, sendo definido com base no contexto em que operam certas categorias de profissionais.

Esses dois conceitos ajudam a compreender e superar os impasses existentes nas práticas de trabalho que permanecem à margem do cuidado por não serem contempladas por nenhum dos núcleos específicos de cada profissão, mas que, nem por isso, deixam de ser importantes e eventualmente urgentes.

O técnico de referência assume, então, a gestão do cuidado, com alto grau de inventabilidade e de posse de diferentes saberes, funcionando como um dispositivo de responsabilização e reforço de vínculo, características necessárias em práticas que se propõem a romper com o modo manicomial. Contudo, é importante que o cuidado não fique restrito à figura deste profissional, o que para Oliveira (2010) pode criar conflitos e desresponsabilização de outros profissionais, tendo efeito de anulação da construção coletiva, produzida pela ideia fundamental do PTS. Um dos profissionais destaca, em 2006, que o usuário não pode ser “propriedade” do profissional de referência.

Referência é você estar olhando mais de perto esse usuário, você estar atendendo a demanda dele, da família, vai estar conversando mais com ele, se responsabilizar pelo projeto, o que você vai fazer com ele dentro do CAPS, atendimentos, oficinas, e até o que ele está precisando, se ele está com um problema maior na casa dele. Eu como técnico de referência que vou fazer isso. Só que ele não é o MEU usuário, o MEU paciente, e a família não é a MINHA, isso tem que ser compartilhado com a equipe (J1P10)

Assim, a tarefa do profissional de referência constitui-se em um trabalho mais aproximado à situação do usuário, sua família e seu território, e que sempre deve ser partilhado entre muitos, organizado de modo a garantir à equipe a possibilidade de análise e avaliação conjunta e constante. Este processo de reorganização do trabalho dentro da equipe e a construção de uma outra cultura assistencial deve também enfrentar o desafio de superar normas e estruturas organizacionais

tradicionais e introduzir formas de divisão das responsabilidades, pautadas na continuidade das ações e em seus novos papéis (MORORÓ, 2007; BARROS, 2009).

As vivências de campo no serviço, nas etapas 2006 e 2011 demonstram que a existência da figura do técnico de referência é bastante marcante na construção dos projetos, mas que isto não impede que todos os atores sejam incluídos e participem de fato neste processo, sendo que em grande parte das entrevistas com usuários, familiares e profissionais fica claro que é um processo de co-construção.

E eu busco sempre essa discussão com ele, o que ele quer, o que deseja e é sempre bem negociável, eu tento fazer isso para não ser uma coisa imposta, direcionada por que ele tem entendimento que ele está aqui, para benefício dele, para que ele se aproprie disso também, para que ele não fique sempre dependendo de alguém. Para que ele tome conta, tome a frente. Lógico que vão ter limitações, de controle de medicação, horário para que ele vir, (...) mas eu pergunto muito o que que ele deseja, qual é o anseio, o que gosta de vim fazer (J2P5)

O projeto terapêutico geralmente quando a pessoa entra é conversado com a família e existe acompanhamento, se a família procura também isso, . (...) Na época o meu irmão começou todo dia e ai depois foi diminuindo, e a medicação também, isso era informado para gente. Mas também eu estava sempre em cima, estava sempre acompanhando, eu sabia o que estava acontecendo, estava toda a semana aqui (J2F13)

A necessidade de compartilhar o plano de cuidado não se restringe à equipe, como evidenciado nas falas acima, o envolvimento do usuário e da família é fundamental para que exista o empoderamento dos sujeitos. A mudança do nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, parece refletir isso, pois destaca que o projeto pode e deve ser feito para grupos ou famílias e não só para os indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade, (BRASIL, 2009) ou seja, o que é diferença, como elemento central de articulação, superando a lógica dos diagnósticos que tendem a igualar os sujeitos e minimizar o que é diferente.

Por estar bastante presente nas entrevistas a questão da construção conjunta e individualizada do PTS, esta temática foi levada à discussão para os Grupos de Reciclagem de Dados, em 2014, o que possibilitou aos grupos discutirem a respeito e inclusive confrontar as informações coletadas em anos anteriores. Os usuários contam como o processo ainda hoje conta com um tempo de adaptação e reconhecimento do serviço, em que o usuário vai diariamente, até a revisão do projeto, realizado de forma conjunta e participativa, levando em conta as atividades que interessam ao sujeito no seu processo de reabilitação.

No começo a gente vem todo o dia, depois a gente vai olhando e diminuindo, às vezes, eu estou vindo só as quintas-feiras a tarde. E então é assim que funciona, vamos supor que as atividades, a recepção, e lá você escolhe? Bom, hoje tem duas oficinas, oficina de falar e ouvir e o fuxico, aí a pessoa vê qual que ela se enquadra melhor. Se eu não estou bem, se não estou muito legal eu vou para oficina falar e ouvir. Se a pessoa está mais ou menos legal ela vai para uma mais alegre de repente? Tem oficina de dança, passeio, tem vários tipos de oficina. Tem coral na sexta-feira a tarde, eu cantava, tem teatro também, nas quintas-feiras a tarde. Então a pessoa escolhe as oficinas que a pessoa acha que se enquadra melhor. (J3U1)

A partir da fala do GRD dos usuários emerge uma particularidade em relação ao CAPS de Joinville, que é a dinâmica com relação à oferta das oficinas. Estas são ofertadas que cada dia da semana há mais de uma oficina por horário, por exemplo, o trecho do grupo que fala que todas as quintas feiras há possibilidade de trabalhar na oficina “falar e ouvir” e na oficina de “fuxico”, com isso o usuário pode escolher as oficinas que quer participar na semana, e a partir daí são pensados os dias da semana em que o usuário deve frequentar o serviço, e a cada dia ele pode escolher qual oficina irá participar. O trecho de um dos diários de campo demonstra como é a dinâmica diária do serviço.

Acompanho do grupo de recepção, que hoje está sendo realizado pela técnica de enfermagem e pela enfermeira. Elas tem uma planilha com o nome dos usuários que devem comparecer nas quintas feiras, de acordo com o PTS de cada usuário. Chamam um a um perguntando qual dos grupos querem participar: Argila com a enfermeira e o auxiliar de enfermagem ou mosaico com duas técnicas de enfermagem. Um a um os usuários falam sua preferência no dia. Em seguida tomam café da manhã (leite com suco em pó e pão com manteiga e queijo) e vão para as oficinas. (J3DC1)

O fato dos usuários terem a oportunidade de escolher qual a oficina irão participar naquele dia específico tem um significado importante no que se refere a possibilidade de escolha e autoconhecimento, pois assim como o GRD traz, dependendo de como a pessoa está se sentindo pode realizar uma atividade que seja mais condizente com aquele momento. Este tipo de participação do sujeito reconhece direito de ter opinião, de escolher, concordar ou discordar do que é ofertado pelo serviço, e inclusive de arcar com as consequências de suas escolhas, empoderando-os e promovendo autonomia e emancipação.

Para Alves, Oliveira e Vasconcelos (2013) empoderamento como autonomia, responsabilização e participação dos sujeitos nos processos de tomada de decisões, é importante para que o indivíduo não se mantenha refém de determinações únicas, que seja capaz de (re)estabelecer relações pessoais e sociais se posicionando em diferentes lugares, diversos contextos e, muitas vezes, sendo protagonista destas. A

retomada desta posição não só desejante, mas de escolha, tem o potencial de abrir caminhos que só podem ser descobertos através deste tipo de abordagem que dá voz ao sujeito e permite que ele (re)inicie um caminho de manifestação de vontades, montando suas próprias redes de suporte, cuidado e apoio.

Ainda no processo de construção do Projeto Terapêutico Singular, o serviço está dividido em mini equipes¹⁰ orientadas de acordo com as regiões da zona sul, referência para o CAPS II. A divisão em mini equipes é considerada pelos profissionais como um ponto positivo, pois permite um nível de individualização do cuidado ainda maior, uma vez que cada mini equipe faz reuniões semanais para discutir os casos que surgiram ao longo da semana, e em geral todos da mini equipe conhecem todos os usuários de sua abrangência. Além disso, a mini equipe é formada de modo a respeitar sempre um olhar multiprofissional, como demonstra a fala a seguir.

As mini equipes que cuidam e que estão ajudando o usuário a se organizar no tempo de serviço dele aqui no serviço, essas mini equipes se reúnem todas as terças feiras e avaliam e discutem caso a caso. Cada mini equipe dessas são quatro integrantes geralmente é um terapeuta ocupacional, um psicólogo tem em todas, um enfermeiro, e a gente procura se mesclar nessas mini equipes para que eles tenham então esse componentes. O plano terapêutico é sempre discutido, (...) é sempre se dinâmico está sempre mudando de acordo com a necessidade e como desejo do usuário (J2P2)

A organização da referência tanto da mini equipe quanto do técnico de referência (TR) é realizado já no acolhimento do usuário no serviço, quando após a primeira avaliação, se o usuário é admitido no CAPS, um profissional da região do usuário é imediatamente chamado para acompanhar o acolhimento e, este profissional, em geral, já é designado como TR. Dessa forma, o vínculo com o TR é estabelecido logo no primeiro contato do usuário com o serviço, e vai se estendendo para toda a mini equipe ao longo do tratamento.

A questão da organização do serviço em mini equipes está presente de forma tão forte no processo de trabalho do CAPS que no Grupo de Reciclagem de Dados

¹⁰ Como descrito anteriormente o CAPS II de Joinville é responsável pela área centro-sul do município, que é subdividida em quatro mini equipes, identificadas, pelas cores vermelha, laranja, azul e verde.

os trabalhadores levantaram a questão de que eles acreditam ser uma boa prática a divisão em mini equipes.

Sabe que uma das boas práticas, que eu não sei se entra nas boas práticas, não sei também se nos outros (CAPS) é assim, ou não, se é dividido em mini equipes, porque isso eu acho que é uma coisa que facilita muito para gente, é melhor do que técnico de referência, eu acho. Porque até na hora do PTS, quem que senta? É fulano, beltrano e ciclano, qualquer um vai sentar junto, quem já conhece, quem já fez contato com a família, quem já fez contato com a UBS, quem já acompanha, quem está por dentro (J3P1)

Os trabalhos acerca da implantação, utilização e avaliação do arranjo das equipes em mini equipes, bem como sua influência no tratamento, ainda são bastante escassos, embora um estudo divulgado pelo Ministério da Saúde (2008) avaliou 78,88% dos CAPS existentes no país e apontou que 49% destes trabalham a partir do Técnico de Referência e 31,8% utilizam o modelo de mini equipes de profissionais de referência como dispositivos de acompanhamento dos usuários. No entendimento da equipe, esta forma de organização permite que o cuidado ao usuário não fique restrito à uma pessoa, mas que a equipe possa dar andamento em determinados casos, evitando o que foi apontado anteriormente na fala de J1P10, em que afirma que o usuário não pode ser “MEU usuário, o MEU paciente, e a família não é a MINHA”, necessitando, dentro deste arranjo, ser compartilhado com a mini equipe.

Os espaços de reunião semanal da mini equipes, não é o único espaço dialógico do CAPS II de Joinville, a equipe ainda conta com espaços semanais de reunião de toda a equipe, que permitem a ampliação da capacidade resolutiva da equipe e do serviço. Durante o período em que foi realizada a etapa de reciclagem dos dados (2014) ambas as reuniões foram acompanhadas e em todas elas foram discutidos PTS e revisões de PTS, acolhimentos realizados durante a semana, casos de usuários do serviço com problemas familiares e formas de enfrentamento destas situações, processos de transferência de cuidados e demais situações que se apresentavam ao longo da semana. O trecho do diário de campo de uma das pesquisadoras demonstra a dinâmica de uma reunião de equipe completa.

Discussão sobre o caso do Usuário X, que não consegue ficar em nenhuma oficina por muito tempo, devido ao seu quadro atual, e acaba ficando frequentemente sem atividade no CAPS. É interessante que a equipe entende a limitação e dificuldade dele em permanecer na oficina, bem como reafirma a importância de rever as atividades diárias do serviço (...) A equipe discute também a necessidade de rever alguns PTS de alguns usuários. A técnica de enfermagem, se inscreve para falar e reforça a

discussão da revisão das atividades, e dos PTS, afirmando que as oficinas talvez já não estejam mais adequadas à demanda de usuários do serviço, ela dá o exemplo da atividade que coordena, a oficina “faça fácil”, dizendo que muitos usuários estão idosos e não enxergam direito ou não tem mais tanta firmeza nas mãos para fazer artesanato, que exija motricidade fina e que esta semana ela teve que mudar a oficina para que todos pudessem participar (J3DC1).

A partir das anotações de campo é possível perceber que as discussões acerca das possibilidades a serem ofertadas aos usuários na construção dos PTS são constantes, assim como a horizontalidade das relações, uma vez que nota-se que a reunião não se limita a discutir opiniões dos técnicos de nível superior, todos tem vez e voz. A existência de espaços em que é possível “parar” para discutir horizontalmente, sejam reuniões de equipe, oficinas de planejamento, discussões grupais e demais iniciativas que permitam emergir e circular a palavra, são de extrema importância para a gestão adequada dos conflitos e dos afetos inerentes às trocas que se estabelecem no convívio das pessoas, sejam trabalhadores ou usuários (ONOCKO CAMPOS, 2003).

Estes espaços são oportunidades de garantir obrigatoriamente horizontalidade nas relações entre os vários atores envolvidos no processo de trabalho, em que a opinião de todos seja valorizada e contribua na elaboração de estratégias de superação de situações de alta complexidade e intersubjetividade. Para Pinho e colaboradores (2014) esta é uma das mudanças mais significativas nas práticas da atenção psicossocial, já que a nova dinâmica, em que é possível contar com espaços de diálogos e trocas, quebra com a ordem e hierarquia que sustenta o trabalho no manicômio, regulado pela autoridade médica, que disciplina corpos e sujeitos, e abre para o diálogo e a inclusão das diferentes disciplinas para potencializar o processo de cuidado.

Esse movimento se reflete diretamente na construção do processo de cuidado, que se preocupa em incluir as multiplicidades de fatores, atores e demandas, para a oferta de possibilidades terapêuticas. O objetivo, então, não é mais o usuário e seu sintoma, mas sim as inúmeras possibilidades de produção de saúde e vida que podem ser conquistadas por meio da construção de um PTS adequado e individualizado.

As falas dos atores do serviço trazem, já na primeira edição (2006), a preocupação com atividades adequadas aos usuários, dentro do que cada um pode participar naquele momento específico o qual se encontra. A fala de uma profissional

demonstra a preocupação de avaliar o que cada um consegue fazer naquele momento, e direcionar junto do usuário que tipo de projeto pode ser construído, sem menosprezá-lo ou frustrá-lo com expectativas aquém ou além do que ele pode responder naquele momento.

Não é o que é dentro da normalidade, mas o que aquele ser consegue fazer, entendeu? Dentro da sua capacidade, dos seus limites. O que normal? Acho que isto é uma coisa que depois que entrei aqui eu não tenho mais esse conceito do que é normal e de que não é normal. Mas dentro do que aquela pessoa consegue desenvolver, dos limites da sua capacidade. Então que aquela pessoa tu trabalha a capacidade para que ela consiga ter uma autonomia, e um dia ter uma vida mais livre, não tão dependente das pessoas, dos outros (J1P4)

O movimento de rompimento com antigos saberes que classificavam e enquadravam os sujeitos na normalidade imposta pela sociedade está bastante presente no serviço estudado, o profissional reconhece que podem haver limites, mas que isso não pode ser maior do que a potencialidade desse sujeito em ser autônomo e conseguir se organizar dentro das suas possibilidades. Ao reconhecer que o limite não anula a potencialidade, o trabalhador parece “colocar a doença entre parênteses” (ROTELLI, 2001) e trabalhar somente com o sujeito e todas as possibilidades a serem desenvolvidas. Possibilidades estas que devem ser discutidas e defendidas a todo o momento, devido ao estranhamento que a não classificação e enquadramento, características do modo psicossocial, ainda provocam.

Em 2011 as resistências em relação à projetos mais flexíveis que alguns usuários necessitam são problematizadas por um dos trabalhadores que acredita que se a ideia do projeto é ser singular, então é necessário não “engessá-lo”, como afirma o trabalhador, mas sim que ele acolha à todas as demandas trazidas pelos usuários.

Eu acho que é uma proposta ainda a se construir, apesar da gente estar sempre batendo nessa tecla, que nós temos que pensar num projeto terapêutico singular, que não é igual para todo mundo, que esse paciente tem que se ouvido... Às vezes eu percebo que, mesmo pelo dia a dia do serviço, às vezes a gente engessa algumas coisas, algumas ações são meio engessadas. Tem que tomar muito cuidado em estar sempre lembrando isso. Eu vejo num momento em que veio a discussão de que se a pessoa não tomasse medicamento se ela podia se atendida no CAPS. Por que não? *Ah porque o médico não concorda com isso. Porque fulano não pode se atendido aqui se não quer tomar o remédio.* Está, mas qual que é a vontade desse paciente? *Ou então, ah não ele é morador de rua não pode se atendido porque não tem casa.* Então começou a ter regras?! Não! O que ele veio buscar? Qual é o ganho que ele tem? Hoje a gente tem ai projetos terapêuticos do paciente que vem aqui fazer a oficina de argila, ele só vem

para argila, que ele não toma remédio, e ele tem o que a gente chama de PT aberto ele vem o dia que ele quer. (...) A equipe discute bastante isso (...) Ele tem que participar de alguma oficina? Não, ele não TEM que participar de alguma oficina, ele PODE entrar! Eu acho que a gente caminha para isso, a gente discute, a gente tem um bom entendimento do que que seria isso para terapêutico singular, mas na questão da prática é difícil. (J2P7)

Ele mora com a irmã, e não tem cristo que faça ele tomar a medicação, mas ele dentro da desestrutura dele (...) aqui ele se sente acolhido e não deixa de ser o papel do CAPS (...) ele é orientado, consegue andar na cidade, se locomover e tudo, não demonstra risco para ele nem para terceiros, então ele é um usuário que ele faz convivência aqui, por que ele tem vínculos mais não toma nada. (J2P5)

Em 2011 a discussão acerca do usuário que não tolera a medicação e a obrigatoriedade de frequentar o CAPS em dias específicos e, por isso, exige da equipe um PTS bastante flexível provocava muitas discussões entre a equipe, especialmente na figura do médico, que acreditava que o usuário necessitava fazer uso da medicação para dar continuidade ao tratamento. Contudo, a equipe aos poucos foi conseguindo adequar à oferta do serviço à demanda do usuário. Em 2014 na ocasião da reciclagem dos dados este mesmo usuário seguia em acompanhamento pelo CAPS, com o seu PTS bastante flexível e com muitos avanços com relação à sociabilidade, segundo a equipe e a família.

O trecho do diário de campo de um dos dias que este usuário foi ao CAPS demonstra, de forma breve, como é a interação dele com o serviço.

O mais interessante nesta oficina (argila) foi a participação de um usuário, que sentou em um canto da mesa e ficou por muito tempo, mas muito tempo mesmo amassando e alisando a argila. Ele passava as mãos nela, olhando-a fixamente, e depois de muito tempo nesse processo, a enfermeira pergunta “E ai Usuário X, não vai sair nada hoje?” Ele responde “Calma que ainda não desceu nada!” De repente, ele baixa a cabeça e começa a esculpir uma máscara, num estilo africana, muito bem desenhada, linda mesmo! Enquanto trabalha, sussurra algumas palavras que não dá para entender, e não interage conosco. Finalizada a máscara, ele me olhou e perguntou se eu sabia o que era e se eu tinha gostado. Disse que sim e ele levantou satisfeito. A profissional X me conta que ele é um caso interessante mesmo, pois vive com a irmã e a família dela, frequenta o serviço de acordo com o combinado no PTS, tem uma interação bastante peculiar com as pessoas, pois ele tem muitas alucinações auditivas e visuais, mas não aceita medicação, de jeito nenhum. Já tentaram uma série de medicações e terapêuticas, mas ele não consegue se acertar. O usuário diz que sente falta das vozes e que fica ainda mais atrapalhado sem elas, e pede para parar com a medicação. De acordo com a profissional, a própria irmã afirma que ele fica muito deprimido e sonolento com a medicação, e que ela também acredita que é melhor deixa-o sem medicação. A equipe, junto com a família, decidiu fazer o teste e tem dado certo há anos, pois ele já está há bastante tempo se mantendo no acompanhamento do serviço e sem a medicação. Observando-o e conversando com ele é possível perceber que ele está constantemente conversando e argumentando, mas é muito tranquilo e interage super bem com as pessoas a sua volta. Depois que ele terminou a escultura eu disse a

ele que tinha achado bonita e ele disse “sério? Eu acho feia, ela aparece para mim, e eu acho ela feia demais!” Eu perguntei se ele tinha visto essa imagem e se via outras, ele disse que sim, que via várias, nem sabia quantas, e que elas falavam com ele tb. Eu perguntei o que elas falavam e ele disse “é confidencial” e seguiu falando da escultura que tinha feito, que já fez várias, e que depois me mostraria. (J3DC1)

Para Fonseca e Jaeger (2015) a condição da Psiquiatria ainda é a patologização permanente, e em nome da segurança e da proteção social, toma para si, o poder sobre a vida, depositando na medicação a solução para todos os males, como uma *Panacéia*. Julgo importante discutir a questão da medicação na medida de se pensar sobre o lugar que a medicação ocupa na vida das pessoas e a possibilidade dos usuários de participarem do processo de prescrição.

Para tanto, destaco aqui os trabalhos que vem sendo produzido acerca da Gestão Autônoma da Medicação - GAM (ONOCKO CAMPOS et al., 2013) os quais afirmam que no tangente aos tratamentos medicamentosos, a prática ainda não superou o modelo biomédico prevalente. O tratamento medicamentoso revelou-se, no estudo realizado pelo grupo, um assunto pouco debatido, seja pelos usuários, seja pelos trabalhadores, uma vez que os trabalhadores não médicos pouco se apropriaram do tema, e com isso acabam não incentivando os usuários a dialogar e a negociar sobre a medicação no projeto terapêutico.

A direção proposta pelos estudos que propõe a GAM é que o usuário, em vez de ocupar um lugar de dependência na relação com o serviço, tenha o serviço como espaço a partir do qual retome o seu lugar de cidadão autônomo, empoderado de seus interesses e desejos (ONOCKO CAMPOS et al., 2013).

A nova ética resultante dos processos de reforma, certamente transcende as fronteiras do específico, e, ao mesmo tempo, exige interações inovadoras com a experiência da loucura em diferentes dimensões (NICÁCIO e CAMPOS, 2007) conhecidas a partir do olhar e conhecimento ampliados sobre a história dos sujeitos, que revelam necessidades de vida sempre imersas em teias de relações singulares entre as pessoas e suas realidades. Contudo, a tendência dos profissionais de saúde ainda se restringe em adotar uma atitude apostólica (BALINT, 1988; BRASIL, 2008).

A proposta de tratar de acordo com a singularidade, deve romper radicalmente com as posturas “neutras”, que valorizam sobremaneira a não intervenção, como o que emerge na fala de J2P7, que afirma que a equipe chegou a

cogitar a possibilidade de não acolher o usuário, e nem aquela típica na prática biomédica, que pressupõe que o Sujeito acometido por uma doença seja passivo diante das propostas e das condições da equipe de saúde.

A partir de todo este processo, é fundamental chegar a uma proposta negociada com o usuário, pois se o objetivo é que o projeto seja incorporado pelo usuário, essa negociação deve ser flexível, sensível às mudanças de curso e atenta aos detalhes. O PTS não pode se limitar a responder as carências, as demandas e as necessidades do usuário devendo também contemplar um aumento do capital social, cultural e econômico do usuário para poder viver melhor, exercendo os direitos de cidadania (KINOSHITA, 2014), o que neste caso tem mostrado êxito, uma vez que o usuário encontra-se já há alguns anos em acompanhamento regular no CAPS de Joinville, demonstrando avanços com relação à sociabilidade e desenvolvimento de habilidades como concentração e técnica no manejo com a argila.

Além deste caso, que tem se mantido com um PTS adequado às necessidades trazidas pelo usuário e família, outro emergiu durante a reciclagem dos dados chama a atenção pela peculiaridade, e riqueza de subjetividade.

Outro caso discutido é uma admissão de um usuário, morador de rua, que chegou ao CAPS encaminhado pelo psiquiatra da UBS central. O usuário relata que mora em uma carroça, onde faz comida, toma banho e dorme. Conta que faz curso de inglês pelo PRONATEC, tem celular e que mudou para Joinville a pouco tempo. A equipe está tentando organizar um PTS para ele, levando em conta a dinâmica de ser um morador de rua. Muito interessante a forma como a equipe entende o fato dele ser morador de rua, e tentam organizar as coisas da melhor forma possível para o usuário. De acordo com a técnica de enfermagem que o acolheu hoje a tarde ele é bastante articulado, educado, estava bem vestido, e ela ainda comentou “Eu acho que ele toma banho na carroça mesmo, porque ele estava de banho tomado e com as roupas bem limpinhas” (J3DC1)

Distante de um pensamento simplificador, aqui deve-se reconhecer a complexidade dos significados que a postura de acolher o outro em sua singularidade implica. Nicácio e Campos (2007) ao revisitarem o pensamento de Franco e Franca Basaglia, e contarem a experiência desenvolvida em Santos na década de 1980, afirmam que para sustentar as possibilidades terapêuticas, características do cuidado em liberdade, o conjunto do grupo dos profissionais deve, acima de tudo, sustentar o conflito que cada pessoa produz, neste caso, o fato de tratar-se de um morador de rua era uma situação nova à equipe, e que necessitava

de rearranjos para organizar um PTS que desse conta das necessidades trazidas neste caso.

Para Basaglia (1967), era exatamente o enfrentar e viver as contradições trazidas pelo cotidiano de interação com os sujeitos que possibilitaria construir novas relações, e a produção de uma diversa e complexa prática terapêutica pautada na compreensão da pessoa, na transformação de suas possibilidades concretas de vida, a partir da construção cotidiana do encontro e da afirmação da liberdade. Trago este pensamento de Basaglia, como sustentação teórica da análise destes casos, por acreditar que não podemos, jamais, esquecer que a intencionalidade do projeto de liberdade não pode se encerrar nos limites de nenhum muro, sejam eles institucionais ou mentais.

O PTS construído para usuários que não se encaixam na normalidade habitual de oferta do CAPS, ou seja, que fazem uso de psicofármaco e/ou que não possuem família ou casa, demandam uma capacidade de reinvenção da equipe que certamente transforma na prática a instituição, em um movimento contínuo que implica na *“aceitação do conflito”* e na *“aceitação do risco”* da liberdade *“sem o qual a emancipação é impossível”* (ROTELLI, 2001, p.4).

As discussões acerca de como emancipar dentro do processo terapêutico na atenção psicossocial ainda é um campo de aprendizagem coletiva sobre o qual os serviços substitutivos ainda discutem possibilidades e limites. No serviço estudado, além das especificidades individuais discutidas acima, os limites com relação ao cumprimento do PTS, possibilidades de ir embora do serviço a qualquer momento e as consequências disto, emergem nas falas, especialmente na primeira edição (2006).

Quando a gente recebe o paciente a gente recebe o familiar junto e a gente explica para o familiar que a gente está fazendo um atendimento diferente, que é aberto (...) a gente vai ter que começar a aprender a lidar com isso. Porque o CAPS é assim. A gente tem um certo controle, mas na hora que ele não quer ficar mais ali dentro e quer ir embora eu acho que é direito dele ir embora. (...) eu acho que não dá para você ficar controlando, porque foge completamente, fica uma coisa muito incoerente, (...) não adianta você querer controlar e segurar ele por mais duas horas, porque o Plano Terapêutico é isso. Essa é uma questão da gente recomeçar a assumir essas responsabilidades. Eu acho que mais é o medo mesmo, é aquele receio, de você ainda está com aquele modelo de controle, fechado, de obriga as pessoas ali dentro a fazerem tratamento. Eu acho que alguma coisa precisa ser colocada, precisa seguir algumas regras (J1P10)

Por se tratar de um serviço ser aberto, e dar a possibilidade do usuário escolher como participar, a herança das imposições do modo asilar ainda causa um estranhamento muito grande quando a produção de cuidado em saúde mental implica em escolhas conjuntas. Nessas experiências, a produção de liberdade, compreendida como parte do processo, a ser conquistada e construída, deve atravessar todos os momentos da co-produção de projetos terapêuticos singulares (NICÁCIO, 2003), inclusive na escolha de participar ou não de uma atividade previamente acordada do PTS. Aqui vem a tona a importância de discutir, junto com os usuários, quais são os limites entre a conquista de liberdade e as regras institucionais, uma vez que a prática cotidiana deve propiciar que os usuários se apropriem da própria liberdade, contudo, requer problematizar e contextualizar os significados dessa liberdade para que estejam de acordo com o processo terapêutico.

Na experiência de Nicácio e Campos (2007) a transformação gradual dos papéis cristalizados e das respostas pré-formadas, tem o potencial de desenvolver projetos que possibilitem co-participação, reconhecimento dos saberes e dos recursos dos usuários e dos familiares, fortalecimento de contratualidade, leitura conjunta das situações, ampliação da compreensão das possibilidades de escolha, e potencialização do protagonismo e do poder de decisão. As discussões ainda estão presentes no serviço, pois em 2014, na Reciclagem dos dados, o grupo ainda afirma a necessidade de discussão sobre os limites, mas já sinaliza que está se aprimorando e tem tolerância com relação à flexibilidade.

A questão dos limites, também é algo para gente discutir muito. O que é o limite? O que que não é? Como fazer isso? Não é uma questão de você falar que tem que fazer isso, isso e aquilo, porque se não fizer assim não vai embora, ou não vai entrar. Por que que não vai entrar? Se chegam atrasados, não é só dizer tu não vais entrar, vai embora. O técnico tem que receber, e saber está atrasado por quê? Estar conversando com ele. Então é uma necessidade que a gente percebeu há algum tempo atrás, e a gente vai aprimorando nesse sentido assim, a equipe consegue assim, vê quais são as deficiências e ir melhorando em cima disso, e aproveitando também o que cada profissional também sabe. (...) Tem alguns (usuários) que nos primeiros dias a gente já vê a intolerância, e ele não consegue ficar o dia inteiro e aí vai mudando de acordo com as necessidades de cada um. Também com as atividades, porque tem muitos que a gente tem que sentar com ele, e depois senta em equipe, para gente fazer essas mudanças mesmo, de acordo com o que necessita, e de acordo com o que a gente pode oferecer, qual interesse dele? A gente faz as discussões em equipe para saber porque que ele está aqui naquele dia? Mas qual o objetivo dele aqui?! (J3P1)

Radicalmente diversa da ação pautada na lógica asilar, significa operar a disponibilidade para o encontro, propiciar o exercício de liberdade, desde os gestos mais elementares presentes no cotidiano da prática terapêutica, como por exemplo querer saber porque o usuário quer ir embora ou porque chegou atrasado, até complexidade do enfrentamento das situações nas quais as estratégias propostas pela equipe contrastam com as perspectivas de interesse dos usuários, e neste momento são necessárias novas discussões, só assim é possível promover contextos dialógicos, acompanhar os usuários na vida cotidiana, e mediar interações para validar a experiência das pessoas com sofrimento psíquico (NICÁCIO e CAMPOS, 2007).

Como parte do processo de amadurecimento da equipe na construção dos projetos terapêuticos um dos profissionais, em entrevista em 2006, traz para a discussão a ideia de indissociabilidade entre a política e a clínica da liberdade, problematizando a necessidade de fortalecer modos não protocolados de fazer clínica por meio da oferta de atividades das oficinas, que ainda são encaradas como passatempo para os usuários e não como parte do tratamento.

O problema das oficinas sempre foi um problema muito grave, ele não é olhado assim, como algo que seja parte do tratamento, vamos dizer, ? Ele é olhado como um passatempo, tanto é um passatempo que quando a pessoa está na oficina ela é chamada para um atendimento com o psiquiatra, é chamada para um atendimento com a psicóloga, é chamada para um atendimento com a enfermagem. Então não existe aquela valorização do trabalho das oficinas. Aí eu digo mais uma vez assim, que é falta de se entender o porquê que existe oficina ali, que não seria só um passatempo, e essa oficina também não pode ser 2, 3 anos a mesma oficina, a não ser que tenha demanda para essa oficina, mas uma vez que não tenha mais eu acho que está na hora de mudar. (...) Ela tem que ser uma coisa mais dinâmica mesmo, ela tem que proporcionar que a pessoa vá fazer aquilo porque ela quer e não porque ela é obrigada porque aquele é o horário. Então se ela tem o desejo de estar naquela oficina de tapeçaria, ela vai fazer tapeçaria porque ela quer, porque é prazeroso, ela vai estar junto com a equipe, vai estar junto com o grupo, vai estar junto com os profissionais naquele momento, e aquele momento ele pode ser rico, ele pode ser um momento de troca, pode ser um momento que o profissional vai perceber um monte de coisa que em outro momento fechado ele não vai perceber. (J1P10)

Para o profissional é necessário que as atividades terapêuticas sejam produzidas por meio da participação e, conseqüente, comprometimento de profissionais e de usuários, a partir de um campo de produção desejante, acionado na relação entre eles, sendo este ponto chave na questão do interesse dos usuários em frequentar o serviço. Bulhões, Vasconcelos e Escócia (2015) expõe um cenário frequente no Brasil com relação à oferta de oficinas nos serviços substitutivos: a

disponibilização de uma grade automatizada de atividades que aprisiona o técnico(a) e o usuário na obrigatoriedade da disponibilização de atividades e da participação nos grupos e oficinas, muitas vezes sem sentido algum para nenhum dos lados envolvidos.

Infelizmente, não raro, temos observado o que os autores chamam de uma tendência em utilizar os espaços das oficinas terapêuticas como locais automatizados e serializados, os quais parecem funcionar para se exercitar e se resgatar um dado tipo de participação social engajada com a lógica capitalista, ficando ausente a reflexão sobre o porquê e para quê oficinas e grupos terapêuticos contribuem para as ampliações nos territórios existenciais e na vida dos usuários.

Durante o processo de reciclagem dos dados, as observações de campo, bem como, as discussões em grupos, buscaram problematizar com o grupo tal questão, de modo a conhecer os avanços ou retrocessos desde 2006 para cá. O trecho do diário de campo parece refletir que há um movimento de retomada de sentidos na oferta de algumas atividades do CAPS de Joinville, quando logo no início da oficina, a técnica explica o que vai se desenrolar ao longo da atividade.

Ao iniciar a oficina a profissional tem o cuidado de explicar para os usuários os objetivos da oficina, e fala especialmente com os que não participam com frequência. Seis usuários participam da oficina, sendo que uma não consegue ficar por muito tempo e acaba indo e vindo várias vezes. A profissional distribui um pedaço de argila para cada um e pergunta se alguém sabe de onde vem a argila, os usuários dão palpites, falam que acham que é da terra, os palpites são muito próximos à explicação que ela dá. Segue a explicação de que a argila pode ajudar a colocar sentimentos que estão guardados para forma, sob forma de escultura, além disso, que o fato de amassarem a argila pode ajudar a descarregar o estresse e alguns sentimentos ruins que cada um pode ter. Cada um começa com seu processo de construção com a argila, e é interessante que a técnica os deixa bastante livres, mas os orienta, com algumas técnicas para que possam fazer o melhor, dentro das suas habilidades. Mesmo quando uma usuária está fazendo uma bolinha de argila, bem simples, ela diz: “molha a mão, porque a bolinha fica mais lisa... Já sabe o que vai fazer?” É uma profissional bastante adequada, muito comprometida com os usuários, se envolvendo emocionalmente com eles. (...) Um dos usuários constrói um barco, muito bonito, ele realmente parece gostar de trabalhar com a argila e se interessa pelas técnicas passadas pela profissional. Ela o estimula muito, diz que depois de seco dará banho de parafina na escultura e o explica como é o processo de finalização. (J3DC1)

O trabalho nas oficinas terapêuticas promove um vivência ético-estética e política diferente da vivência vertical entre são-louco, por meio da expressão artística, partindo da ideia de que a arte e a loucura conseguem se comunicar mais abertamente que as técnicas profissionais o fazem em relação à doença. A oficina,

neste caso, passa a funcionar como espaços de expressão terapêutica quando a profissional tem claro os objetivos e as possibilidades daquela atividade para a vida daquelas pessoas, e os estimula a participar daquele trabalho, da forma como cada um consegue, promovendo encontros criativos, lúdicos e, por que não, geradores de obras de qualidade técnica e estética. Sobre as possibilidades terapêuticas de oficinas, adequadamente ofertadas nos serviços substitutivos, Trajano e Silva (2015), refletem.

Produzindo pensamento e beleza os participantes desta experiência vivenciam outras possibilidades de trato do sofrimento, encontrando na música, na arte, na poesia a suspensão do martelo do martírio, a distração ou o intervalo preciso que dá lugar ao trabalho do pensamento, à subjetivação da dor vivida e à sua transmutação em música, em arte cênica ou plástica, enfim, em reinvenção de si. Um fecundo trabalho e um rigoroso testemunho da humanização, em sua dimensão primeira: a atribuição de sentido e a representação ao mundo habitado, ou seja, a invenção do mundo dos humanos, espaço construído pelo movimento das mãos e pelo trabalho dos sonhos e do pensamento (TRAJANO E SILVA, 2015, p.208).

Para Lima e Perbart (2007) as oficinas terapêuticas, a depender logicamente dos seus processos, permitem ressaltar a diferença entre as pessoas, entre suas diversas formas de expressão e de comunicação, ao mesmo tempo em que permite também construir formas de se relacionar diferentes das formas homogêneas da dita “normalidade” e de tamponamento, de coerção, de infantilização e vitimização, comuns às práticas profissionais em saúde. Assim, o trabalho nas oficinas, quando significado, tem a potencialidade de produzir reflexos diretos de mudança na vida dos sujeitos que antes não tinham possibilidade de relação com a arte, a cultura, a sociedade, com si mesmo e com o outro, e agora podem modificar sua interação com a vida e com a loucura. O trabalho realizado a partir de um PTS adequado à individualidade do sujeito, com oficinas voltadas à (re)socialização, são apontadas pelos familiares como produtoras de transformações na vida dos sujeitos que frequentam o CAPS.

Meu Deus, aqui ela melhorou muito e eu vejo como eles tratam as outras pessoas, , não só a minha filha, como as outras pessoas, (...) é muito bom, um lugar muito bom. Eles tem piscina para eles, escutam música, às vezes a minha filha diz que eles dançam, ela faz a unha, fazem cabelo, um dia ela chegou em casa toda, sabe, fizeram maquiagem nela, pintaram unha, às vezes cortavam o cabelo dela como ela queria. Tudo isso tem, então ela gosta muito de está aqui (J1F7)

Às vezes acompanho o pessoal na oficina de passeio. A gente costuma ir a supermercados, verificar a questão do desempenho ocupacional. Aqui no CAPS todos os profissionais acabam fazendo várias oficinas, mas o

terapeuta ocupacional, quando ele está na oficina ele tem mais esse foco do desempenho ocupacional, o indivíduo consegue e o que ele não consegue, então nessa oficina de passeio geralmente eu tento direcionar para essas atividades, atividades da vida prática (J2P3)

Fui convidada a participar da oficina de culinária. Entrei na cozinha haviam 6 usuárias e duas técnicas de enfermagem conduzindo a oficina. A proposta era fazer amendoim com açúcar, aqui no sul conhecido como amendoim carapinha. Todas nós vestimos tocas e luvas e foram distribuídos folhas com a receita a cada dupla. A cozinha é pequena e como só haviam 4 bocas no fogão ficaram revezando para mexer a panela. Foi um momento bem tranquilo, e alegre, tudo era feito num clima descontraído, e as duas técnicas bastante adequadas na interação com as participantes da oficina, explicavam o porque da ordem, como saber quando está pronto e inclusive estimulando-as à produzir em casa para vender, por ser bastante simples de fazer (J3DC1).

O leque de atividades descritas por familiares e profissionais e observada pelos pesquisadores nos três momentos em que o CAPS de Joinville foi avaliado, 2006, 2011 e 2014, permitem afirmar que o serviço tem se preocupado em diversificar a oferta terapêutica, não ficando restrito à atividades artísticas, mas também de retomada de atividades de vida diária, tais como: os cuidados com o corpo, as relações com o dinheiro, retomada do poder de compra e incentivo à produção de renda. A seguir o quadro apresenta todas as atividades terapêuticas previstas na organização do serviço, nos três anos em que o grupo de pesquisa esteve no CAPS de Joinville.

Ano	Dias da Semana			
2006	Faça Fácil Leitura Jardinagem	Cinema Sentimentos Sucata Apoio Filme Bijuteria Mosaico	Faça Fácil Grupo Terapêutico Passeio Leitura Jogos	Apoio Beleza Dança Criativa
2011	Faça fácil Apoio Musicoterapia	Sentimento Trabalhando a cuca Atendimento psicóloga Expressiva	Relaxamento Biju Força fácil	Leitura Cinema Passeio Dança
2014	Mosaico Jogos Falar e Ouvir Dança Mistura Cultural Grupo	Pintura Desenho e Palavras Culinária Faça Fácil Dança Customização Grupo de Sentimentos	Teatro Argila Mosaico Falar e Ouvir	Grupo de Alta Pintura Falar e Ouvir Reciclando Coral Saúde e Beleza Contação de Histórias

Quadro 9 - Atividades desenvolvidas pelo CAPS II de Joinville.

Organizar Projetos Terapêuticos Singulares baseados na retomada do sujeito como parte integrante da sociedade demonstra atitude ética de cuidado pautada no conceito da atenção psicossocial, cuja implicação maior é a desconstrução de práticas fundadas na objetivação da doença mental e na (re)construção de práticas que considerem as necessidades específicas de cada pessoa.

Buscar a reconstrução de histórias de vida, por meio de vínculos e condições materiais, sociais e emocionais para romper com a lógica da reprodução das relações de dependência, é um processo iniciado na década de 1970, com os primeiros passos da reforma, e que desde então tem produzido tensões e respostas no sentido de avançar na legislação e nas práticas. Como vem sendo pontuado ao longo deste capítulo, as produções de vida tem utilizado os projetos terapêuticos, pautados em necessidades individuais e estratégias específicas, que contemplem, o que Saraceno (2001) denomina de dimensões fundamentais da vida, que são as formas de morar, de trabalhar e de lazer. Estas são apontadas, em 2006, como entraves importantes nas construções dos PTS.

As entrevistas demonstram que o SRT ainda não havia sido construído na cidade, o SOIS (Serviços Organizados de Inclusão Social) ainda era uma das poucas alternativas de trabalho, e as ações de lazer ainda não eram tão comuns quanto os profissionais desejavam ou acreditavam necessário.

A moradia? Existe uma parceria com a habitação quando a gente percebe, através de uma visita, que o paciente realmente precisa de moradia, que tem dificuldade, é feito um relatório (...) E temos conseguido (casa) para alguns (...) E a questão do trabalho? O trabalho eu acho que é uma coisa que tem que prestar mais atenção, porque a maioria dos nossos usuários se acomodam com a questão do benefício, ficam com medo de voltar ao trabalho, sem o benefício, e de não dar conta e a gente acaba, muitas vezes, fornecendo o atestado, atestado, até quando a gente percebe que aquela pessoa poderia tentar. Isso me preocupa tanto, porque eu sou técnica de referência. Trabalhar um pouco com isso, com eles, a coragem de voltar, de se reinserir, de procurar alguma coisa diferente, mas é uma dificuldade muito grande trabalhar com eles. Ai eu vejo que tem mais dificuldade sabe, muito medo, tem a coisa da acomodação, e tem que trabalhar melhor lá fora. (J1P3)

Com o SOIS, de certa forma, a gente está buscando contemplar o trabalho. É claro que a gente tem muito para caminhar ainda, a gente tem intenção de buscar outras alternativas? Tanto de parcerias com outras empresas, ou até de recolocação de uma pessoa ou de outra no trabalho, então a gente está buscando isso ainda. O lazer eu acho que é uma coisa assim que está muito esquecida, muito esquecida mesmo, a gente tem que está buscando os espaços que existem na cidade, na comunidade, buscar esses espaços para gente estar fazendo com que esse usuário participe, esteja lá, no bairro, no local, não sei, mas a gente está levando essas pessoas, fazendo esse caminho para eles? Como eu te falei, está muito focado ali dentro. A

residência terapêutica, sem sombra de dúvida, já era para ter acontecido há muito tempo, isso é uma necessidade grande que a gente tem. Por motivos de falta de entendimento da gestora, ou até por falta dessas políticas públicas que a gente não tem fortalecidas, a gente não conseguiu trazer a residência ainda. Porque o CAPS não pode ficar só dentro do CAPS mesmo, o trabalho do lazer, da convivência, a gente vê que isso é muito importante mesmo. (J1P10)

Esse é um problema! Até agora não foi nenhum, pelo menos enquanto que estive ali não foi comentado sobre a inclusão. Só que eu acho que uma inclusão mais voltada para o trabalho, uma forma de reintegrar o trabalho, as pessoas que tem mostrado interesse, acho que de repente, uma forma, um incentivo de voltar a estudar, de poder procurar uma profissão, (...) eu pelo menos vejo mais a parte de enfermagem, acho interessante. Talvez tenhamos que pensar sobre isso. Então de repente, assim, uma informação que viesse “ah vamos pesquisar sobre isso, vamos procurar onde tem curso” eu gosto desse assunto, eu pretendo fazer uma faculdade de repente, mais de repente um magistério, ser professor. Então eu achava que um incentivo nessa área seria ótimo também. (J1U4)

As falas de usuários e profissionais trazem questões importantes com relação a inserção ainda parcial e repleta de restrições, inclusive legais, no mundo do trabalho; a ausência do Serviço Residencial Terapêutico no município e a inclusão marginal dos usuários em atividades de lazer na cidade.

Em estudo acerca da geração de trabalho e renda para as pessoas que são usuárias dos serviços de saúde mental no processo de reabilitação psicossocial, Aranha e Silva (2012) afirma que a política de saúde mental no Brasil encontrou uma forma de garantir renda, um dos direitos individuais básicos das pessoas que estão fora do hospital psiquiátrico ou nos serviços comunitários a partir dos mecanismos de proteção social e previdenciária, como auxílio-doença, auxílio-transporte, aposentadoria. Contudo, a autora aponta o mesmo observado na fala da usuária e de uma das trabalhadoras: neste cenário existem pessoas que querem trabalhar de verdade.

Alguns estudos (PEDROZA et al., 2012; BRASIL, 2005) tem apontado dificuldades semelhantes às apontadas pelos entrevistados para a efetivação da inserção dos usuários de saúde mental no mundo do trabalho, pois, em alguns casos, estes não cumprem com certos requisitos exigidos pelo mercado; existe ainda a resistência da família ao que é novo ou o medo de perder o benefício “auxílio-doença”, além dos diferentes estágios em que a doença se apresenta, e que por vezes o afastam do trabalho por alguns dias.

Contudo, há um movimento de articulação em curso entre as políticas de saúde mental e de economia solidária que tem buscado enfrentar o desafio da

criação e potencialização de lugares, contextos e relações que possibilitem a convivência com a diversidade, como experiência enriquecedora e vivificante. Por meio das cooperativas sociais tem sido possível novas formas de participação no mundo do trabalho e da economia, o fortalecimento das contraturalidades, e a ampliação de redes de pertencimento e de trocas, operando no campo conflitivo da inserção, e confrontando, constantemente, os processos de invalidação e exclusão (NICÁCIO; MANGIA; GHIRARDI, 2005). Nos anos de 2011 e 2014 a inserção dos usuários em cooperativas ou atividades de trabalho, e a legislação em relação ao trabalho seguem sendo considerados problemas, como pode-se observar pela fala de um dos familiares.

Eu acho que para o usuário isso é muito ruim, se a gente for pensar em termos de lei, a pessoa está aposentada por invalidez não tem condição de trabalhar eu acho que isso diz a lei , agora assim não sei se teria como mudar isso porque isso é uma questão maior, a questão da lei ! Eu acho que é importante para algumas pessoas, eles poderiam fazer alguma coisa (...) o problema realmente é esse o geração de renda. Eu acho que seria muito bom se pudesse ter uma cooperativa, alguma coisa, que eles pudessem está fazendo alguma coisa até para ganha dinheiro (...) eles querem mesmo é ganhar dinheiro no final do mês , então eu acho bem importante isso só que tudo muito amarrado (J2F13)

Atividade no território que a gente tenha conhecimento, não tem. Não existe, a legislação, não permite, para doente mental não tem. E mais a questão do foco no benefício, se trabalhar perde o benefício (J3DC1)

O familiar problematiza a questão da ausência de uma cooperativa no município para legalizar a situação de quem deseja se inserir no mercado de trabalho e ambas as falas reconhecem na legislação um entrave para os avanços. De acordo com o item V, do art. 203 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) um critério de seleção dos beneficiários, ao benefício de prestação continuada são portadores de deficiência e idosos que não puderem prover sua própria manutenção, ou seja: que não possam trabalhar, ou que não possam ser amparados pela família, impedindo, portanto, a inserção parcial do usuário em alguma atividade que gere renda pessoal, como a venda de artigos produzidos em oficinas, por exemplo.

Com relação à moradia, a necessidade da construção de um SRT foi discutida e efetivada, e em 2014, o serviço foi visitado pela pesquisa, e as observações demonstram que ainda há um caminho a percorrer em termos de construção de autonomia dos usuários da casa.

Em conversa com uma das técnicas que trabalha no SRT, este, no município, não é um lugar de passagem, mas sim uma casa onde os

usuários ficarão até voltarem às famílias ou falecerem. Segundo ela nenhum deles teria condições de se organizar fora do espaço do residencial, e também não são realizadas atividades que promovam a independência deles. São atualmente 5 moradores, 3 mulheres e 2 homens. (...) Diz que há uma equipe responsável pela limpeza da casa, cozinha, e outros cuidados domésticos. São todos cuidadores, exceto ela, que é técnica de enfermagem (...) Chegamos na casa, que é um sobrado em estilo alemão, muito bonitinho! Entramos mais na casa e dava para ver que era uma sala ampla que havia sido dividida em mais cômodos, com divisórias de PVC. (...) Todos os quartos tem as camas e armários, exceto o do sótão que tem uma televisão. A casa conta ainda com uma sala de estar com sofá e televisão, uma cozinha, com uma mesa pequena de refeições, fogão, microondas, armários, pia e duas geladeiras, uma para os usuários e outra para a casa. A técnica conta que toda a comida é preparada pelas funcionárias e as coisas que chegam para a casa ficam em uma geladeira separada da geladeira dos usuários, e que eles já sabem que não podem mexer. Se eles quiserem comparar algo diferente podem guardar na geladeira deles. Frutas, café, e algumas bolachas são comuns a todos. No lado de fora da casa, há um pátio muito grande com um galpão que é uma lavanderia, e que é utilizada pelos funcionários, uma horta abandonada, e árvores grandes. Ela conta que os usuários não participam das atividades da casa, (...) Pelo que a técnica relata eles não são preparados nem estimulados a saírem de lá, ao contrário não tem autonomia para quase nada. O único que anda mais pela cidade é o usuário X, que vai ao CAPS sozinho, pois os demais, ou ficam os dias em casa, ou são acompanhados ao CAPS e/ou SOIS. O dinheiro é retirado pelos usuários, nos casos em que não são tutelados, ou pelos responsáveis, no caso de serem, mas sempre é dado para ela, que administra o dinheiro deles. Ela conta que sempre está atenta às necessidades deles e que sempre os acompanha nas comparações de roupas e coisas de uso pessoal. Quando visitamos os quartos reparei que há uma boa quantidade de produtos de uso pessoal, como shampoo, cremes, perfumes, e filtro solar inclusive para os homens, além disso, as roupas são bem novas, embora em pouca quantidade. Penso que a organização do SRT ainda tão tutelado, pode estar ligado ao pouco tempo que está em atividade, e o pouco entendimento sobre o objetivo do SRT, que está presente não só na fala da técnica, mas tb nos trabalhadores do CAPS (J3DC1)

O avanço com relação à moradia dos usuários, que passaram por longos anos de internações e/ou que perderam seus vínculos familiares, em Joinville ainda é parcial quando a estrutura do residencial terapêutico tem características mais tuteladoras, estimulando pouco a autonomia dos moradores. O SRT tem sido apontado por estudos (ANTONACCI, 2011; KANTORSKI, 2011) não apenas como um serviço institucional de retorno a uma casa, mas como um espaço de moradia que busca a desinstitucionalização dos sujeitos, e que, por isso, deve estar pautado em processos de trabalho que possibilitem a conquista dos espaços territoriais e todas as possibilidades diante da descoberta ou redescoberta de novas trocas, de novas relações e de novos desejos a serem realizados, na reconstrução da vida.

Já com relação às ações de lazer nas três edições (2006, 2011 e 2014) em que foram realizadas coletas de dados no serviço as ações de lazer foram observadas de maneira ainda muito restrita ao CAPS, como afirmam as entrevistas

de 2006, e mesmo em se tratando de uma cidade com opções culturais interessantes como o festival internacional de dança, os usuários ainda tem pouca inserção em espaços extra serviço, sendo realizadas atividades no próprio serviço, especialmente em datas comemorativas.

Amarante (1997) defende que a inserção em atividade de cultura e lazer pode interferir na produção do imaginário social no que diz respeito à loucura, e as representações sociais que a vincula à irresponsabilidade e à irracionalidade. Para o autor, este tipo de interação é uma estratégia fundamental para a ruptura de estigmas e preconceitos. Assim, ao frequentar espaços públicos de lazer o usuário assume um novo papel social, diferente do que lhe foi imposto pela institucionalização, o qual possibilita abertura de espaços para novas formas de diálogo com a cidade, e de circulação nos espaços de consumo de arte e cultura, rompendo com antigos preceitos de incapacidade, inadequação e segregação da loucura em espaços “longe dos olhos” da sociedade.

Reorganizar e produzir novos modos de cuidado no cotidiano da saúde mental implica fazer dos dispositivos um espaço de encontros entre o sujeito em sofrimento e a cidade, produzindo autonomia, e a criação de uma nova forma de cidadania, e mesmo diante de limitações um exemplo parece emblemático quando se fala destes encontros, ainda tímidos, da loucura com a cidade.

O usuário X nos contou que trabalha no Habib's e que gosta muito, diz que já sabe todo o cardápio e que faz tudo com muito capricho. Conta que por vezes tem que fazer as bebidas alcoólicas para servir aos clientes, e que acha engraçado, pois ele não bebe e consegue fazer direitinho. Diz que não bebe pois a religião não permite, e que além disso, não pode por conta das medicações. Ele fala que está morando sozinho, pois a mãe está em Curitiba, com a irmã que teve bebê agora. Ele diz que está na hora da mãe dele aproveitar o netinho, e ele se cuida sozinho. Está morando em um kitnet, e que consegue cuidar bem da casa dele. Fala com muita naturalidade de estar morando sozinho, conta que agora sabe como é difícil cuidar de tudo, de lavar roupa, arrumar a casa, e limpar tudo, e disso, sente falta da mãe. Um típico adolescente que foi morar sozinho. Diz que agora, como a casa dele está muito bagunçada, vai chamar uma pessoa para limpar, mas que em geral ele dá conta. O usuário é formado em turismo e conta que lamenta ainda não trabalhar na área, mas acredita que um dia conseguirá. (J3DC1)

O relato do jovem usuário, que durante um passeio pela cidade aponta possibilidades que tem sido construídas no município na da questão do trabalho, em uma cadeia de *fast food*, que tem como premissa a agilidade no preparo e entrega da comida, o trecho aborda as outras dimensões de inserção quando aborda a dinâmica da nova casa de um adolescente que está pela primeira vez morando

sozinho e que precisa lidar com todos os imprevistos e cotidianos característicos de uma casa. Além disso, conta outros avanços, como por exemplo, a graduação na Faculdade de Turismo, sendo tudo isso facilitado pela equipe, que há anos o acompanha e tem construído, conjuntamente, projetos com base nas necessidades, na articulação de todos os atores envolvidos e na valorização da diversidade dos recursos ofertadas pelo território.

Em Joinville, a partir das observações e das falas dos sujeitos, a apropriação dos recursos do território, sejam eles sanitários ou não, ainda é parcial. Em 2006 um dos familiares apontou para a necessidade utilização de espaços extra CAPS para atividades terapêuticas dos usuários de reinserção na sociedade. Já na segunda edição da coleta de dados (2011) a profissional afirma que a rede funciona bem, mas se restringe a pontuar as ações legadas à rede básica do município. Quando problematizada esta questão da rede de Joinville no grupo de Reciclagem dos Dados (2014) o grupo afirma que ainda não há espaços possíveis para que os usuários possam realizar atividades fora do ambiente do CAPS.

Acho que uma coisa interessante seria a disponibilização de maiores possibilidades externas para pessoas, mais visitas a museus, visitas a cidadela cultural, visitas ao zoobotânico que minha mãe falou, muito feliz, que tinha ido , que gostou muito, então a interação com o meio, com toda a sociedade que de repente acontece menos pela falta de verba, falta de repente de condução, porque a condução tem que ser mandada de algum lugar, e isso demanda pessoal, demanda carro, demanda gasolina, então de repente falte dinheiro, mas não é uma coisa que alguém escolhe que vai ter pouco ou muito, no caso não está sendo usada. (J1F4)

A articulação com o hospital regional, SAMU, SOES, Atenção básica, acho que funciona bem. Hoje em dia, de três anos para cá, passou a funcionar melhor ainda. Antigamente a gente encaminhava o paciente para rede básica e ele acabava se perdendo e voltava para cá. Hoje em dia, a gente já tem , a rede já conhece mais o nosso serviço, (...) mas a rede também é fraca, a rede básica como a regional do carinho que atende a uma população ali de 200 mil habitantes quase, duas psicólogas, uma TO, não tem psiquiatra, aí a gente vai encaminhar o paciente para onde? (...) Porque elas não dão conta, e além de elas terem a rede, de atenderem ali, elas também tem que fazer o matriciamento. (J2P3)

Assim, a gente começa a sentir alguns furos na rede, , porque por exemplo, a gente não tem um centro de convivência, onde eles se sintam um pouquinho seguros, liberar um pouquinho aqui do CAPS, mas deixar para o centro de convivência. (J3T1)

A estrutura da rede ofertada delimita a lógica de interação entre seus componentes, afetando assim todo o processo político de atenção à saúde de um município. Ao avaliar a composição de redes, consideradas inovadoras no sul do Brasil, Antonacci et al. (2013) afirmam a importância de uma estrutura de serviços

organizados de forma a estabelecer fluxos de interação entre os diferentes nós que conectam uma rede. Apontam ainda que a comunicação entre os diferentes pontos, com suas características sociais, culturais, físicas e funcionais, é capaz de estabelecer arranjos e rearranjos a fim de suprir as necessidades sociais e de saúde dos usuários.

Portanto, é importante assinalar aqui a necessidade do município discutir e fortalecer novos arranjos de rede a fim de criar condições para o acesso ou desenvolvimento de novos vínculos para aumentar a oferta terapêutica para os usuários em seus projetos, através da possibilidade de trânsito por outras redes.

A construção de Projetos Terapêuticos Singulares implica, sobretudo, na produção de novas respostas de cuidado para com o outro, que rompam radicalmente com o modelo instituído e arraigado socialmente. Modelo este que tem colocado na família um peso de culpabilização e de responsabilização em relação à doença. Na atenção psicossocial, ao contrário, a família é vista como parte e parceira do tratamento, sendo incluída no PTS.

Contudo, o rompimento com o modelo médico hegemônico, não é tarefa simples. Instituído a partir das necessidades da sociedade burguesa do século XIII, ainda hoje persiste para atender a interesses econômicos e é problematizado por um dos profissionais, em 2006, que aponta para a necessidade de rompimento definitivo com a ideia de culpabilização e julgamento, que ainda aparece nas práticas de alguns profissionais.

Eu gosto muito de ouvir a família, ouvir as histórias. Eu acho que nós somos muito preconceituosos com a família. Nós somos injustos demais?! A gente olha com a nossa moral burguesa, com a nossa família nuclear, com a nossa estrutura de vida, e aí não respeita as outras composições familiares, o sofrimento, a demanda que aquela família tem. E aí tem casos assim, tem situações de famílias que a gente trás para mostrar para equipe, o sofrimento, a visão do sofrimento que tem ali. E aí você vê muitas coisas da moralidade, mas não é isso que interessa, o que interessa é o sofrimento social que vive aquela família. A equipe tem que estar atenta para estar sempre discutindo, sempre mostrando, ampliando as discussões, eu acho que é um trabalho legal, a questão da família. (J1P12)

No atual contexto da atenção em saúde mental, a família apresenta-se como espaço privilegiado de práticas, e precisa ser inserida de forma efetiva nas discussões do novo paradigma de assistência, vista como uma facilitadora no processo de reinserção social. Mais do que uma aliada na efetivação do modelo psicossocial, ela deve ser encarada como parte do foco da intervenção, para que

seus anseios sejam acolhidos e sua sobrecarga minimizada (BORBA, SCHWARTZ e KANTORSKI, 2008; BIELEMANN et al., 2009).

E embora haja um movimento de reflexão bastante presente por parte dos profissionais para romper com os velhos conceitos, como demonstra a fala do profissional e todas as observações realizadas pelos pesquisadores durante os processos de coleta, os familiares, nas entrevistas de 2011 ainda destacam um sentimento de culpabilização por parte da equipe, que até tenta incluir o familiar no processo, mas talvez ainda não de uma forma adequada, já que as atividades são pensadas para grupos e, em geral, são em horários em que os familiares estão trabalhando.

Existe muita crítica de profissionais que tem familiares e que não tão junto. Só que eles precisam ganhar para sustentar aquele paciente. Se eles não forem trabalhar e ficar todo o dia aqui em reunião, o que vai acontece? Vai ficar desempregado e ai ninguém come! Tem que ser botado na balança, tudo tem que ser avaliado, por que o familiar não vem? Por quê? O que está acontecendo que ele? É tão ausente! (J2F6)

Ainda na mesma direção, um ponto levantado pelos familiares é que muitas vezes o momento em que o usuário está no CAPS é o único momento que o familiar tem para fazer outra atividade que não ser cuidador, é um momento de cuidado ao cuidador.

Eu acho que como eu já tinha falado antes, eu acho que agente se ausenta por que agente vê no CAD, muitas vezes, um respiro, um descanso assim, você sabe que quando a pessoa está aqui ela vai ter pessoas cuidando bem, ela vai ter pessoas que tem um entendimento do que é aquilo e que aquilo que está acontecendo e como deve se lidar com aquilo, mas eu acho que agente em algum momento se exime muito de qualquer responsabilidade e isso não é correto, agente devia participar mais, devia está mais presente (J2F12)

Muitas vezes a convivência diária entre o sujeito em sofrimento psíquico e seus familiares pode gerar situações de estresse e esgotamento das relações. Nesse momento, é necessário que haja um suporte por parte dos profissionais e dos serviços de modo a partilhar novas formas enfrentamento das situações de conflito. Os familiares aprenderam com as práticas psiquiátricas, que o “seu doente” deveria ser internado, isolado, desconsiderado enquanto cidadão, contudo, diante da organização dos novos serviços de saúde mental, pode-se trabalhar para um movimento transformador do imaginário social, superando as formas anteriores de tratamento e assistência, e exercitando novas formas de cuidado e acolhimento,

centradas em escutas, em novas formas de convívio, em novas formas de ação terapêutica (AMARANTE, 1997).

Nesse sentido é importante que as famílias sejam ouvidas, tenham sua realidade compreendida e acolhida, porque se não estão presentes constantemente nos serviços, ou se querem algum tempo distante deles, não é por não se preocupam com seu familiar ou para fugirem da responsabilidade de atender as necessidades destes, mas sim, porque muitas vezes a convivência cotidiana com o sofrimento psíquico pode ser difícil e desgastante, o que reafirma a importância das famílias serem orientadas e apoiadas pelas equipes.

Para tanto, é necessário estar diariamente problematizando a inclusão e aceitação dos núcleos familiares, em suas diferentes conformações, com suas diferentes demandas, no processo de cuidado, pois a idealização de núcleos familiares tradicionais é produto de séculos de dominação, exercido pelas sociedades capitalistas através de aparelhos privados de hegemonia, que se constituem em ferramentas ideológicas de legitimação e produção de uma ideologia de dominação cultural, moral e intelectual (ANDERSON, 1986) que não aceita as individualidades, as formas diferentes de estar e interagir com o mundo. E é nesse sentido que a atenção psicossocial propõe práticas e tecnologias substitutivas que permitem valorizar o sujeito e colocando a doença entre parênteses, como propunha Basaglia. As estratégias utilizadas, desde 2006, pela equipe ainda são o 'grupo de familiares' e as visitas domiciliares das mini equipes.

Muito bom, porque ali a gente fica por dentro de como que eles tão reagindo, como eles tão progredindo, a gente sabe tudo, e também eles perguntam para gente quando eles tão em casa. Muito bom, uma reunião muito boa também. Era uma reunião que a gente vinha, era das 8 às 10, às vezes até ultrapassava um pouquinho, era uma reunião com todos os familiares daqueles que vêm para cá. Daí um dá palpite, outro dá um, a gente até conversava até com os familiar, dos outros que vêm aqui. Muito boa também a reunião. (J1F7)

Alguns autores (BORBA, SCHWARTZ e KANTORSKI, 2008; BIELEMANN et al., 2009; SCHEIN e BOECKEL, 2014) defendem a inserção das famílias em grupos de familiares nos serviços de saúde mental, para trocas acerca de comportamento, sintomatologia, tratamento, uso de psicofármacos, compartilhamento de vivências e apoio mútuo. Ainda apontam para a importância da realização de visitas domiciliares para conhecer a realidade da família e demonstrar apoio e confiabilidade na capacidade de suporte do serviço, permitindo melhor vinculação entre serviço e

família. Mesmo tendo desafios a superar é possível observar no serviço a importância dada à família durante todo o processo, desde o acolhimento, construção do PTS até a transferência de cuidados, sendo este vínculo, família-equipe, apontado como uma boa prática pelos profissionais na ocasião do Grupo de Reciclagem dos Dados.

Manter essa aproximação da família, porque a gente entende que o tratamento não é só do usuário, que ele também que estar ampliado para as famílias, então a gente procura envolver cada vez mais o familiar aqui no nosso serviço, chamando ele aqui periodicamente para que ele esteja conversando, repassando como é que está o usuário, sabendo como é que ele está em casa, para saber se tomou a medicação. Além disso a gente tem o grupo de família que acontece toda terça-feira que é feito pela assistente social. (J2P2)

Olha, eu acho que uma boa prática, que a gente tenta fazer, e que acho que a gente tem que melhorar muito, é a questão da inclusão da família, acho que tanto no atendimento, no tratamento aqui, e principalmente quando for fazer a alta. A gente percebe, assim, que quando tem uma família que fez parte do processo de tratamento aqui, frequentou o CAPS nas reuniões de família, então quando você vai fazer esse processo de alta, a família tem uma compreensão da doença, ela consegue perceber isso e isso facilita muito o cuidado dela em casa, vai cuidar da medicação, vai ter alguém que sempre vai estar como cuidador. Então, assim, a participação familiar é fundamental. (J3T1)

Neste sentido, torna-se primordial que os CAPS busquem novas formas de incluir o cuidado aos cuidadores, em suas singulares demandas, e que rompam definitivamente com práticas e relações hierárquicas de saber e poder que insistem em se manifestar no cotidiano dos serviços. Devem considerar as demandas e dificuldades dos cuidadores e os seus sentimentos com relação ao usuário, fornecendo informações acerca do transtorno mental, prognóstico, tratamento, mudanças comportamentais e emocionais, auxiliando no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

Um espaço que tem se mostrado potente para a aproximação e empoderamento dos familiares e usuários, e que deve estar inserido nos Projetos Terapêuticos Singulares são as Assembleias do CAPS e outros espaços que envolvam participação social. A partir das falas é possível perceber que este é um espaço de discussão e trocas que vem ocorrendo desde a primeira edição da coleta de dados em 2006 e se mantém ao longo dos anos. Apontada por familiares profissionais e usuários como um espaço de participação e exercício de cidadania no cotidiano do serviço, as assembleias do CAPS aparecem como terapêuticas no sentido da promoção da politização, da cidadania e da autonomia, conceitos essenciais ao campo da atenção psicossocial.

É importante essa assembleia , que eu vi aquele dia, eles falam tudo, meu Deus, (...) as vezes que eu fui valeu a pena (J1F5)

Dentro do serviço a gente oferece a assembleia, que a gente tem feito uma vez no mês, que seria um espaço tanto para os usuários quanto para os familiares falarem de como é que eles estão sentido o serviço, o que acham que poderia melhorar, também se atualiza dos grupos. Eles também podem estar usando como direitos e deveres de participação. Então a gente oferece este espaço das assembleias. Uma coisa que a gente tem que aprimorar é a questão da participação nos conselhos locais também nos bairros, essa questão de eles também estarem participando lá da sua comunidade ou o próprio familiar de estar se envolvendo mais nas questões da saúde como um todo, não só da saúde mental, mas a participação enquanto cidadão (J2P11)

A reunião que eles fazem é muito importante, porque veja bem, no meio de pessoas que tão se tratando para problemas psiquiátricos, é acolhida as informações e as reivindicações que são feitas ali dentro, eles anotam, vão analisar com carinho, e muitas coisas que são vistas ali são colocadas em prática, então ajudam o paciente, eles dão uma auto estima do paciente, vem o resultado, ah fui eu que fiz. O paciente ajuda muito ali. Funciona muito bem (J3U1)

Por se tratar de uma prática democrática por excelência, a assembleia se propõe a ser uma instância política de decisão caracterizada pela radical horizontalização do poder, ou seja, é necessário haver liberdade de participação e direito de fala igual aos presentes. No contexto da saúde mental a assembleia ganha centralidade no cenário da psiquiatria democrática italiana, pois, era considerada um espaço de deliberação, participação, e também uma instância de tratamento. Basaglia afirmava que era “um território de confronto e verificação recíproca” (2014, p.29), sendo esta a base do trabalho na comunidade: fazer com que nestes espaços fossem realizadas escolhas.

De acordo com as falas e as observações de campo, é possível perceber que a assembleia do CAPS de Joinville oportuniza o exercício de participação e escolha dos atores envolvidos no processo de decisão acerca das questões cotidianas do serviço. Os familiares e usuários o reconhecem como um espaço importante de reivindicações e empoderamento, contudo, a fala do profissional problematiza a questão da necessidade de estimular a participação em espaços extra CAPS, como os conselhos locais de saúde. Para Basaglia (2005) infelizmente ainda hoje o sujeito em sofrimento e seus familiares estão ligados a uma realidade social que os considera indivíduos sem direitos, nesse sentido, os espaços de participação social são ambientes de debate que necessitam ser ampliados na dimensão cotidiana.

Expor usuários e familiares a espaços não protegidos de discussão e participação é estimular o encontro entre diferenças, manter a conversa entre sãos e

loucos em andamento, com definições, soluções e aprofundamentos, para sustentar sentidos, que se encontram na experiência, na vivência da loucura e do cuidado. Concordo com Grigolo et al. (2015) e Pelbart (2009) quando afirmam que o processo terapêutico é movimento, e sendo projeto é sempre aberto, é a criação de um espaço de abertura, de indeterminação, um pleno de possíveis.

Ao longo do capítulo foram discutidas diversas ferramentas que permitem apontar o Projeto Terapêutico Singular construído no CAPS de Joinville, como uma boa prática em saúde mental, pois é capaz de dar resposta singularizada e individualizada às necessidades do sujeito, de modo a oportunizar como resultado uma pessoa capaz de andar na vida. Para tanto, é definido de forma compartilhada entre equipe, usuário e família, segundo os objetivos terapêuticos para cada sujeito, e utiliza o técnico de referência, as mini equipes, as oficinas terapêuticas, os grupos terapêuticos, as assembleias, enfim, ofertas e propostas que permitem ao sujeito retomar o envolvimento com os espaços da cidade, no caminho da produção de vida.

6.3 Transferência de Cuidados

De acordo com Thornicroft e Tansella (2010) um resultado é o passo final de uma sequência: entrada, processo e resultado, e como tal deve representar uma modificação na vida das pessoas. Entre os indicadores apontados pelos autores como medidas de resultados estão: índice de internação, anos de vida ajustados pela incapacidade, índice de emprego, índice de morbidade física, gravidade dos sintomas, impacto sobre os cuidadores, qualidade de vida, necessidades satisfeita, satisfação com o serviço, entre outras.

Como discutido anteriormente, os indicadores em saúde mental ainda não conseguem representar/medir a real mudança que o modo psicossocial representa na vida das pessoas. Sobre isso, Furtado et al. (2013) afirmam que isto está relacionado ao caráter ético e político da reforma psiquiátrica e a consequente dificuldade em estabelecer consensos em torno de alguns parâmetros e indicadores mínimos dentre atores sociais inseridos em polos distintos, e ao próprio objeto da saúde mental, constituído em boa parte pelas questões subjetivas, particulares e singulares. Tais fatores parecem complexificar as tentativas de objetivação e

sistematização requerida por um processo avaliativo, seja ele baseado em referencial qualitativo ou quantitativo.

Contudo, a literatura disponível sobre a situação dos manicômios, antes do movimento de reforma psiquiátrica, nos oferece uma boa noção da grandiosidade das transformações efetuadas após o início da mudança de paradigma, em comparação à assistência prestada ao sujeito em sofrimento psíquico nos hospitais psiquiátricos.

No Livro “Holocausto Brasileiro”, Daniela Arbex (2013) conta a história do Colônia, como é conhecido o maior hospício do Brasil, localizado na cidade mineira de Barbacena. Os escritos demonstram a complexidade de eleger indicadores que consigam mensurar os avanços que o modo psicossocial representa nas vidas daqueles que um dia viveram dentro de espaços, que eram facilmente ser comparados a campos de concentrações nazistas, como fez Basaglia, quando visitou o Colônia em 1979.

“Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do colônia. Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as suas roupas arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali (...) Homens, mulheres e crianças, às vezes comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre o capim, eram espancados e violentados (...) Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque” (ARBEX, 2013, p. 13).

Os fortes relatos das histórias do Colônia representam a realidade dos manicômios na época, que ainda hoje se reproduzem violências, às vezes mais sutis, mas não menos cruéis, nos espaços dos hospitais psiquiátricos no Brasil, que nada mais são do que os velhos manicômios com algumas maquiagens. Por isso, acredito que ainda há um necessário caminho a percorrer no processo de transformação na atenção em saúde mental para alcançarmos uma “sociedade sem manicômios”, ou seja, quando nenhum ser humano for isolado em instituições que praticam violências físicas e morais, tampouco, despersonalização, na tentativa de normalização.

Contudo, é inegável os avanços que já alcançamos, apesar das insuficiências ainda sentidas, obtivemos ganhos importantes que são frutos de uma luta nos campos ético, político, epistemológico, tecnológico e cultural, e como forma de representar algumas das mudanças, propiciadas pela Atenção Psicossocial na vida

dos sujeitos que agora são cuidados fora dos muros dos hospitais, elejo a transferência de cuidados para representar uma boa prática da fase de resultados do processo de cuidado.

A transferência de cuidados surge no contexto da saúde mental a partir da reforma psiquiátrica brasileira, quando foram organizados novos serviços, de portas abertas e base territorial, com o objetivo de proporcionar um curso diferente daquele atribuído anteriormente ao sujeito em sofrimento psíquico o qual era destinado a viver em um serviço de psiquiatria por toda a sua vida. A proposta de tratamento que possibilita a permanência do sujeito em seu contexto de vida e o estimula a caminhar na vida, dentro da sua experiência-sofrimento (ROTELLI et al., 2001) é eixo principal da Atenção Psicossocial.

O termo transferência de cuidados é discutido e assumido pelo próprio serviço em estudo, em substituição ao termo “alta”. Para os profissionais do CAPS de Joinville os participantes do processo de cuidado, equipe, usuários e familiares, entendiam alta como cura, e que não seria mais necessário nenhum tipo de cuidado, por isso, houve uma adequação do termo, que parece refletir de forma mais adequada a proposta da atenção psicossocial que tira do foco da perseguição pela cura e oferece uma nova possibilidade de experiência ao indivíduo em sofrimento psíquico (BEZERRA et al., 2014).

Guedes (2014) em seu estudo sobre o processo de alta dos usuários do CAPS de Joinville, afirma que o município destaca-se quanto aos avanços e iniciativas de promoção da alta dos usuários, quando rompe com o movimento de muitos CAPS existentes no Brasil que não possuem estratégias de potencialização da alta dos usuários, institucionalizando, assim, os usuários dentro do serviço substitutivo por longo período.

Rotelli et al. (2001) chama a atenção para esses serviços que acabam reproduzindo a lógica manicomial dentro de um “circuito” dinâmico de circulação entre diferentes serviços especializados, que prestam ações pontuais e fragmentadas de cuidado, acreditando que isto romperia com a estática segregadora da instituição total, mas o autor afirma que não é a simples existência de novos serviços e o fluxo entre eles, que reorienta o modelo de atenção. Para garantir que os sujeitos sejam de fato cuidados em uma nova lógica é necessário romper com o que alguns autores chamam de “desejos de manicômio” (ALVERGA, DIMENSTEIN,

2006; MACHADO, LAVRADOR, 2001) os quais constituem a força que mantém as instituições, e se fazem presentes cotidianamente nas práticas e concepções no campo da saúde mental.

Eles (*desejos de manicômio*) se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele (MACHADO, LAVRADOR, 2001, p.46).

Desse modo, destaco a transferência de cuidado como uma prática importante que possibilita romper com os “desejos do manicômio”, quando permite ao sujeito não só circular em uma rede de serviços, mas, mais importante que isso, buscar, com suporte dela, sua emancipação pessoal, social e cultural, e permite, dentre outras coisas, possibilidades de existir em diferentes esferas e espaços sociais.

Este processo permite a construção de vínculos que oferecem suporte nos momentos de necessidade do sujeito, como em episódios de crise, por exemplo, sem que o usuário permaneça ligado e frequentando o serviço substitutivo de forma sistemática, uma vez que a manutenção de usuários nos serviços pode levar a novas formas de institucionalização, cronificação ou até mesmo manicomialização.

Em 2006 as entrevistas revelam uma discussão sobre o risco de institucionalização dos CAPS, quando os profissionais discutiam até que ponto as práticas tinham sido modificadas nos serviços, e de que forma esses novos serviços estavam sendo utilizados. Os profissionais problematizam a necessidade de repensar a respeito do trabalho que vem sendo desenvolvido dentro de alguns CAPS, afirmando que se as práticas não mudarem, a existência do serviço pouco modifica a lógica manicomial. Para um dos profissionais o “revolving door” não é modificado pela simples existência de um CAPS III na cidade, sendo necessário uma profunda modificação nas práticas.

Tirou do hospital psiquiátrico, mas está lá no CAPS. Tirou do hospital psiquiátrico e colocou em outro, só com nome diferente, porque eu vi um CAPS em Santo André que fica três dias, recebe alta, reagudiza quando chega em casa, volta e acaba não só ficando os três dias, aí fica direto, o tempo inteiro. Então tu fica aí só para dizer que é um CAPS III, mas o paciente continua o tempo inteiro internado, dormindo, almoçando, comendo vinte e quatro horas, a qual é a diferença do CAPS III para o hospital psiquiátrico, funcionando dessa maneira? (J1P6)

CAPS é quando tem suporte que a gente tem para oferecer hoje, e se começar realmente a ser um depositário de pessoas que tão aqui só para ocupar o tempo, e não estarem sendo trabalhadas nem na parte medicamentosa, nem na parte terapêutica aí deixa mesmo de ser o que é proposta do CAPS, do modelo de CAPS. (J1P7)

Na ocasião da primeira edição do estudo, no ano de 2006, ainda não existia o CAPS III na cidade, e os profissionais estavam passando por um momento delicado com contratos profissionais precários, o que parece ter influenciado para a presença de alguns profissionais que não conheciam o trabalho no contexto da atenção psicossocial, e por isso, a discussão sobre a necessidade de modificação das práticas era bastante marcante nas entrevistas. E a partir das falas é possível perceber que os profissionais tem claro que as mudanças não estão asseguradas pelo deslocamento do lugar da assistência, e a consciência dessa posição é importante para que se possa produzir transformações internas efetivas nos serviços de saúde mental

A discussão acerca da necessidade de modificações das práticas dentro dos espaços das micropolíticas do processo de trabalho nos serviços que se propõe substitutivos ao manicômio, tem sido amplamente discutida por alguns autores que afirmam que as práticas da tutela, de hierarquização entre usuários e profissionais e de não articulação entre serviço e sociedade, não são capazes de desenvolver autonomia e desinstitucionalização (PANDE, AMARANTE, 2011; WETZEL et al., 2011; COSTA, et al., 2014). Essas só serão possíveis a partir da construção de práticas e saberes que produzam formas de relação com as necessidades dos sujeitos sociais e históricos, que durante anos não tiveram espaço para manifestar-se.

Na segunda edição, a questão dos crônicos e do risco de cronificação no CAPS emerge mais uma vez, mas dessa vez no sentido de necessidade de apoio/suporte de outras estruturas territoriais que acolham as necessidades de saúde do sujeito e permitam a antecipação ao processo de cronificação.

No caso dos crônicos eu percebo uma grande dificuldade familiar, que é uma construção de anos. Então são pessoas que tão com os vínculos familiares extremante fragilizados e eles acabam transferindo esse vínculo familiar para equipe Então a equipe é a família deles, a casa deles é o CAD, (...) Eu percebo que as pessoas que foram institucionalizadas, que passaram anos em hospitais, a gente tem muita estratégia para reinserção, o programa de volta para casa, por exemplo, a gente tem essas estratégias. Agora por que eu preciso deixar com que a pessoa seja institucionalizada para daí lançar mão de todas essas estratégias? E quando a pessoa está

no território e perde todos os vínculos, perde totalmente a sua capacidade de controle, cria uma certa dependência com a equipe? O ser humano é social, ele é dependente, ninguém cresce sozinho, se desenvolve sozinho, e eles acabam transferindo isso para o serviço, e eu percebo que o território hoje ainda não tem condições de ter abarcar isso (J2P4)

E aqui parece residir um grande nó na transformação das práticas, pois saímos dos manicômios, mas talvez devido aos nossas amarras internas, temos dificuldade de pensar em projetos a longo prazo, que contemplem não mais somente cessar a crise. Os serviços substitutivos precisam ir além da díade internação-medicação, é necessário ofertar novas possibilidades de inserção do louco na sociedade, entender que esse sujeito deve ter a possibilidade de caminhar sozinho, sem prescindir do serviço de saúde mental, que ele pode ser acompanhado pela unidade de saúde da sua região.

No Grupo de Reciclagem de Dados, os trabalhadores retomam a discussão e sustentam a necessidade de romper com a ideia de que o sujeito necessita estar vinculado a um serviço de saúde mental “para sempre”. Defendem a possibilidade de retorno às atividades cotidianas que foram interrompidas com a experiência do adoecimento psíquico, e o retorno ao contexto social, ao território e suas relações, mesmo dentro de possíveis modificações depois da experiência-sofrimento.

Ele está estável, mas ele não vai dar conta de voltar a trabalhar, ele não dá conta de outras atividades, mas nem por isso ele precisa ficar dentro do CAPS como era no hospital psiquiátrico! Porque eu vejo que as famílias ainda tem essa dificuldade, e muitos profissionais até, de que simplesmente substituiu o hospital psiquiátrico pelo CAPS. Ele saiu do hospital, mas ele tem que estar dentro do CAPS. (J3T1)

Há uma tendência, imposta pela própria cultura hegemônica criada desde os tempos da grande internação, descrita por Foucault (2009), de vincular a loucura à uma instituição como uma “terra natural”, ou seja, um local próprio para acolher o louco e sua forma de existir na vida. Os atos e fatos vividos no passado, constroem a sociedade em que vivemos hoje, mas também nos dão instrumentos para construir outros caminhos e não repetirmos insucessos, como por exemplo, o ato de libertação das correntes de Pinel, que confinou a loucura aos muros dos manicômios, não pode ser repetido com outra roupagem: a liberdade dos manicômios não pode aprisionar no CAPS, ou em qualquer outra instituição. Aqui deixo claro meu posicionamento, construído durante todo o meu processo de formação, em que aprendi que o pior CAPS sempre será melhor do que o melhor hospital psiquiátrico, por isso, penso ser importante refletir sobre o papel que

estamos construindo para um serviço, que se propõe a ser substitutivo, não só como local físico de tratamento, mas acima de tudo como local de práticas opostas às características dos manicômios.

No serviço de Joinville foi levantado um posicionamento tanto por parte da equipe quanto dos usuários, que participaram do grupo de reciclagem dos dados, que reflete em parte essa discussão, quando afirmam que o CAPS deve ser um lugar de passagem na vida do sujeito, e não um serviço de longa permanência, e por isso é importante atentar para que estratégias de promoção de autonomia e de investimento na articulação com os recursos familiares e do território.

Só que daí se for ficar para sempre já não é um CAPS ? Já se torna tipo um hospital, sei lá, porque tem gente que já está desde, que fica muito tempo aqui dentro. (J3U1)

Tem alguns usuários que a gente necessita ampliar um pouquinho a questão da inserção social, de autonomia mesmo, e às vezes no nosso cotidiano a gente trabalha isso, mas até um certo ponto, e às vezes ele precisava um pouco mais, mas como não estão em situação de crise, acaba ficando por ali (...) A gente tem que potencializar, dependendo de até onde ele foi a gente precisa que ele avance. (J3T1)

O grupo de usuários, reafirma o papel do CAPS, e o contrapõe ao do hospital afirmando que se o usuário permanece por muito tempo vinculado ao serviço é como se esse repetisse as velhas dinâmicas do hospital. Ao mesmo tempo a equipe reafirma a ideia de um projeto que está em constante construção, em que o sujeito avança e o projeto deve ser revisto de modo a estipular novos objetivos, que ultrapassem o controle de sintomas e invistam em estratégias de empoderamento e autonomia.

Sobre isso Sanduvette (2007) afirma que a qualidade na oferta de serviços supõe a evolução do sujeito na direção da promoção da sua saúde e da sua cidadania, quer dizer supõe resolutividade, que se entende como eficiência mais eficácia nas intervenções. Para a autora, não basta somente estar dentro do CAPS, é necessário projetos e planos de ação, com e para a equipe, com e para as pessoas que são o alvo da assistência, a fim de alcançar os reais objetivos previstos para o serviço na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas (BRASIL, 2004).

Desde 2006, o serviço de Joinville se preocupa com a construção de espaços de estímulo à autonomia para os usuários, pois estes permitem o preparo para a

transferência de cuidados, uma vez que esta não se restringe à passagem de um serviço para o outro, indo além, ao preparar o indivíduo para enfrentar situações de vida diária. Para tanto, são realizados espaços de decisões e discussões, estímulo à busca e resolução de problemas de saúde em outras instituições, atividades de reconhecimento dos espaços da cidade, transporte, cultura e lazer, entre outras estratégias de encarar e caminhar no território.

Na fala a seguir o profissional discute a respeito da necessidade de estimular o usuário a buscar por si o atendimento à saúde em outras estruturas, afirmando que se o usuário esperar sempre pela ação dos profissionais do CAPS, não será conhecido pela equipe da UBS e não conseguirá estabelecer o vínculo com a unidade.

Ele aparece uma vez no ano lá, ou nunca aparece, e de repente vai lá pegar uma medicação, não cria vínculo, tem uma outra relação. Mas se ele começa a ir no posto dele, perto da casa dele, com então eu vejo que a equipe tem feito isso instrumentalizar, ajudar o usuário, e marca para o médico (...) Agora tem que ter paciência. Se não der, daí sim: 'qual é a tua dificuldade lá? O que que aconteceu? Quando é que foi? Então vamos lá ligar para o posto'. (J1P6)

Neste ponto penso ser importante discutir a cerca do duplo que envolve o retorno à vida cotidiana, em que é necessário (re)assumir de forma autônoma as atividades que antes da experiência-sofrimento eram naturais à vida em sociedade, mas em um primeiro momento pode ser importante também um acompanhamento próximo para evitar a desassistência.

Acredito que o movimento de estimular o usuário a circular por outros espaços, formando outras redes, que podem ser importante no processo de retorno ao território, é fundamental no processo de reinserção social. A fala sinaliza, já em 2006, quando o processo de transferência de cuidados ainda era bastante inicial, um movimento de tentativa de aproximação do sujeito em sofrimento com os dispositivos de atenção do território quando o profissional afirma que o vínculo pode ser criado sem que aja a presença constante do CAPS. O usuário é estimulado a buscar por si, em alguns momentos a unidade próxima a sua residência para que sejam construídos vínculos que serão necessários no momento em que o usuário não necessitar mais estar vinculado de forma sistemática no CAPS. Este movimento tem o potencial de evitar uma “inserção marginal” do sujeito, como aponta Weyler (2006), quando afirma que deve-se atentar para a qualidade de inserção de modo que o sujeito em sofrimento possa assumir papéis de inserção na cidade, como

buscar atendimento para suas necessidades de saúde no serviço próximo a sua casa, com isso o trabalhador estimula o sujeito a criar de novas possibilidades características do circulação no território.

O resultado do processo emancipatório que o CAPS de Joinville busca desenvolver emerge novamente em 2011, quando os profissionais demonstram nas entrevistas e nas observações de campo que entendem que o trabalho de estímulo à autonomia deve ser baseado no poder contratual com o usuário, pois sem isso não é possível prepará-lo para o retorno as atividades de vida diária.

O usuário ele pode ter mais autonomia, ele consegue administrar seu horário, seu projeto terapêutico, a gente que não precisa estar fazendo isso por ele, a gente tem um grande poder contratual. J2P8

A ideia de empoderar o sujeito desde o início do tratamento, talvez seja uma das marcas mais significativas do CAPS de Joinville no processo de transferência de cuidados, sendo esta uma característica bastante evidente quando se observa o processo de trabalho nas três edições do estudo. As falas são sempre marcadas pela ideia de que o usuário deve ser ativo no processo e pelo estímulo à autonomia aos sujeitos que historicamente são destituídos pela sociedade de valores quando recebem o atributo de doente mental.

A ideia de que podem ser sujeitos autônomos está refletida na fala de um dos participantes do grupo de reciclagem dos dados (2014), quando o mesmo conta a sua percepção sobre a dimensão do sofrimento psíquico em sua vida, e afirma que é necessário romper com o movimento de introjetar o diagnóstico da doença dado pela psiquiatria clássica, ou seja, é preciso desautorizar o discurso psiquiátrico, com seus sintomas e limitações e começar a substituir os processos de exclusão social da loucura pela possibilidade criação de posturas e lugares novos de inserção a partir do entendimento do sujeito sobre o seu lugar no mundo. Para representar a sua posição em relação a como ele experiencia o psíquico, ele lança mão de uma história, conta ele:

Eu penso assim, tanto no tratamento da saúde mental ou em outros tipos de saúde, existe aquele quadro que a pessoa não tem condições mesmo, mas existe um quadro dentro que a pessoa fica estacionada também. Então ela tem que mudar a atitude mental dela no momento para progredir em outras coisas, ou fazer um serviço que n, o pode ir para firma e inventar outras (...) eu participo de bastante palestras de motivação. Então teve uma palestrante que contou essa história do sábio e uma vaquinha. O sábio e o ajudante dele viajaram e viajaram a pé e chegaram num casebre bem humilde e pobrezinho. Aí chegaram lá, pediram pouso e foram bem atendidos, e daí perguntaram para a família, de noite, na hora da janta: do

que que vocês sobrevivem? Ah nós só sobrevivemos da vaquinha, tomamos o leite, o pão, o queijo, e tudo só vem da vaquinha. E o sábio disse: Vocês não fazem mais nada? Eles responderam: Não! De manhã cedo ele levantou-se, pegou o ajudante e disse para o ajudante: vai lá, laça a vaquinha e leva junto conosco. Daí o rapaz disse: mas mestre, é o pão deles, eles vão morrer de fome! E o sábio manteve a ordem e eles foram embora. Depois de muito tempo eles retornaram àquela região e foram visitar a mesma família. Chegaram na portaria e já encontraram um capataz na porteira. Aí eles entraram e o dono da fazenda recebeu eles, e eles viram muitas mudanças na fazenda: tinha trator, tinha caminhão, tinha um monte de coisas, uma linda chácara para plantações. Aí o sábio perguntou: o que houve com vocês que mudaram de vida? Ai e o dono da fazenda disse: Naquela noite que vocês dormiram aqui e foram embora de manhã, nós não achamos a vaquinha e como a gente não tinha o que comer, nós começamos a plantar e aí viramos fazendeiros. E eu acho que isso serve para gente também! Se a gente ficar dizendo sou doente, sou doente, sou doente e não querer ser um cara saudável e não fizer alguma coisa, aí vai ficar estacionado também, vai ficar sempre naquela, ou vai ficar sempre bebendo, ou tomando remédio também. A gente próprio, psicologicamente, fica doente porque está doente, e vou ficar doente e pronto. Então eu acho que foi uma coisa que assim eu talvez me acordei com aquilo ali. (J3U1)

Ao afirmar “Se a gente ficar dizendo sou doente, sou doente, sou doente e não querer ser um cara saudável e não fizer alguma coisa, aí vai ficar estacionado também” o usuário se coloca em uma outra posição, em que se reconhece como parte importante no processo, mais do que isso assume a possibilidade de ter um papel ativo no tratamento. Esse movimento quebra com o que em geral acontece na saúde mental quando o usuário que recebe um diagnóstico e assume ele como um rótulo que o define enquanto pessoa. É o que Basaglia dizia em sua analogia da fábula do Homem e a Serpente¹¹ e o saber psiquiátrico, no qual este destrói e submete a individualidade do sujeito e o torna um diagnóstico, um padrão de comportamento, sinais e sintomas. É como se o sujeito a partir daquele momento do diagnóstico o vestisse uma roupa, uma roupa de doente que o define.

¹¹ A Fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o assim da liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então, dá-se conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade: No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente. Em vez de liberdade ele encontrara o vazio, porque junto com a serpente saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro, e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida (BASAGLIA, 2014, p150).

E esta fala parece representar de forma muito concreta o que se deseja na luta contra o saber psiquiátrico, ou seja, não se trata da negação romântica da realidade da loucura, mas sim das possibilidades que se abrem a partir reposicionamento do sujeito, quando ele afirma que não é um doente, mais do que isso, que não quer ser um doente. Ao se enxergar como autônomo e empoderado o sujeito ocupa outros ambientes, como as palestras de auto ajuda, neste caso, e com isso cria espaços para constituição de novos cenários de negociação entre a normalidade e a loucura, para a reflexão sobre o respeito à diferença, para a expansão das oportunidades de acesso enquanto indivíduo político e a acaba por construir novos espaços de sociabilidade e de inclusão. Essa é a ideia central de trabalhar com boas práticas em saúde mental, ofertar ao sujeito as melhores possibilidades de lidar com a experiência-sofrimento, ou seja, é cuidar levando em conta e estimulando: vontades, desejos, sonhos, e capacidades.

Assim, para que ocorram mudanças no paradigma das ações em saúde mental, através da transformação das representações partilhadas socialmente pela loucura (Amarante, 2000, 2007), é necessário que o cuidado seja pensado a partir de projetos terapêuticos alinhados com questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários, a fim de que no momento da transferência de cuidados o usuário tenha o melhor nível possível de autonomia, no exercício de suas funções sociais. Para tanto, o CAPS de Joinville, em todas as edições do estudo (2006) apresenta práticas que estimulam e acompanham os usuários no processo de inserção na cidade, como andar de ônibus, ir no banco, enfim, atividades de vida diária importantes para que o sujeito possa efetivar o seu projeto de vida no momento em que deixa de frequentar o serviço de forma sistemática. As falas a seguir, de 2006 e 2011, demonstram isso.

O familiar não condições de trazer ou se ele não tem condições de sair de casa, se eles não conseguem chegar nem no ponto de ônibus, aí a gente vai buscar em casa, e faz o treinamento. Muitos casos a gente já fez treinamento para eles irem sozinhos e voltarem sozinhos. Tem um grupo que a gente tenta socializar (...) a gente ensina eles o que é banco, a gente leva eles no banco, a lotérica, os museus, a gente leva em mercado, a gente leva eles no shopping, para eles terem aquela socialização, e muitas vezes para eles poderem lidar sozinhos, porque o familiar tem muito medo de mandar ele até numa panificadora, entendeu? Eles protegem demais. E não é por aí, então a gente faz esse trabalho para eles poderem se desligarem um pouquinho e ter uma vida, como é que a gente diz assim? Com mais autonomia! (J1P15)

Também as vezes acompanho o pessoal na oficina de passeio a gente costuma ir a supermercados, verificar a questão do desempenho

ocupacional. (...) Então nessa oficina de passeio geralmente eu tento direcionar para essas atividades da vida prática. (J2P3)

As falas demonstram que tanto em 2006 quanto em 2011 o trabalho dos profissionais se preocupa em estimular atividades que ocupam espaços na cidade, e isso tem repercussões direta na qualidade de inserção dos sujeitos, como conta o familiar, no ano de 2011.

Tratar o cara como saudável, como uma pessoa normal. (...) Ele (usuário) tem a aposentadoria dele, ele tem o dinheiro dele, ele vai ver o extrato dele, ele vai fazer compras, ele tem carteira de motorista, ele dirige (...) hoje eu confio nele e ele dirige sozinho. Vai na cidade faz compras, vai para casa de amigo. (J2F10)

A confiança do familiar no usuário, e as possibilidades que se criam no trânsito deste pela cidade, são resultados de uma transformação paradigmática no processo de cuidado em saúde mental, que é mediado pelos serviços substitutivos. Acioli Neto e Amarante (2013) defendem que os CAPS, são espaços privilegiados de implantação de um projeto de cuidado que implicado com a atuação dentro do cotidiano, dos espaços de convivência dos usuários, criando novos circuitos de socialização para que se construa uma rede que funcione com base na participação social em diversas áreas, em espaços de inserção. E acrescentam que são necessários *equipamentos* intersetoriais: centros de arte, bibliotecas, cinemas, museus, espaços com apresentações artísticas, assim como escolas de artes e ginásios de esporte, dentre outros, espaços em que diferentes setores possam contribuir para o cuidado e o desenvolvimento da autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico.

Um ator que pode atuar circulando nesses diferentes espaços, é o acompanhante terapêutico, promovendo a integração e a construção conjunta do usuário ao seu universo cotidiano e a novas redes culturais/interacionais (ACIOLI NETO, AMARANTE, 2013; PALOMBINI, 2006). Contudo, este não é um ator presente no CAPS de Joinville, o que exige dos profissionais certo grau de invenção para que possam atuar de modo a fazer atividades que promovam a integração do usuário na cidade. Em 2006, o profissional conta que os estagiários eram os responsáveis por acompanhar os usuários quando necessário, de modo a ensiná-los a se locomover na cidade, ir à consultas, mas ressalta que nunca houve um acompanhamento sistemático em todas as situações de vida.

Nós tivemos poucas experiências, geralmente quando nós tínhamos estagiários é que funcionava legal (...) De acompanhante em “todas” as

situações de vida da pessoa, não, mas o que a gente faz é tipo ensinar ir pra casa e voltar sozinho, ir ao tratamento, às vezes tinha um paciente com problema de vista e levava até lá, acompanhar nessas coisas. (J1P6)

Já na segunda edição (2011) o trabalhador reforça a importância do acompanhamento terapêutico, especialmente focando a independência do usuário, e afirma que salvo limitações físicas todos tem condições de se desenvolver como um sujeito autônomo e independente na relação com a cidade.

Sempre visando independência do usuário, então a hora que, aqui eu fiz na época em 2001, a gente já tinha a prática de quando tinha algum usuário que tinha dificuldade, não sabe, não consegue usar a locomoção então a gente fazia treinamento. O profissional ia até a casa, levava deixava lá e aí o usuário voltava com o profissional fazendo um meio de locomoção, tem alguns que realmente não tinha como por causa de limitação física, mas todos que entram lá o objetivo é fazer independência de todos. (J2P8)

Mas o trabalho de retomada dos espaços de circulação da cidade vai além de ensinar a pegar o ônibus, de ir ao banco, de dirigir ou ir no shopping. É necessário pensar em estratégias de enfrentamento para situações de crise, para que o PTS não retorne ao zero, ao início de tudo, assim, em alguns momentos é importante que o acompanhamento seja realizado para o enfrentamento de algumas situações estressantes, como no caso que acompanhei na ocasião da Reciclagem dos Dados (2014), em que um usuário começa a manifestar que se sente perseguido e afirma que não vai comer mais nada, pois sua comida está sendo envenenada. A Técnica de Referência conversa com ele e questiona se ele comeria alguma coisa se eles fossem comprar algo juntos, ele concorda, e o trecho do diário de campo conta este episódio:

A tarde a psicóloga me convida para fazer um acompanhamento terapêutico com o usuárioX que está desde sexta-feira sem comer, pois acredita que a comida está envenenada. A psicóloga chama ele para uma sala, me apresenta, sentamos e ele fica em pé, ela pergunta se ele não quer sentar, ele diz que não, (...) ela diz a ele que vamos na padaria e pergunta o que ele quer comprar, ele diz “pão e bala”. Antes de sairmos do CAPS a psicóloga pergunta se ele quer ir na padaria ‘São José’, ele fica agitado e diz que não vai para São José. (Nota de esclarecimento: São José é um município próximo a Florianópolis que tem um hospital psiquiátrico, o qual alguns dos usuários do CAPS já estiveram internados). Ele diz que não vai mais conosco, “pra São José eu não vou!” diz ele. Um outro usuário, que frequenta o CAPS e é morador do SRT, que em geral é muito quieto e introspectivo, diz “UsuárioX, não é o hospital, é a padaria! É aqui perto, queres que eu vá junto?” Ele diz que sim, e os dois caminham em direção à porta. Saímos em direção à padaria, estava muito calor, no caminho a psicóloga ia indicando a direção e atentando para os carros, quando íamos atravessar a rua. Fomos conversando, o usuárioX estava muito agitado e olhando para os lados toda hora, cuidava muito as ambulâncias que passavam. Chegando à padaria, fomos pegar o pão, pois aqui é o cliente quem se serve, ele pega um pão francês, e diz para o morador do SRT, que nos acompanhou, para pegar um para ele, o morador diz que quer, mas que

não tem dinheiro. O UsuárioX diz que tem dinheiro, e que paga para ele. O morador do SRT pega um pão e vamos ao caixa. Na fila, o atendente parece um pouco ansioso e sempre se reporta a mim e à psicóloga, e nós fazemos questão que eles respondam, façam o pagamento e recebam o troco. O usuárioX, pede o troco de balas, mas a psicóloga o pergunta, “tudo isso? Vai dar muita bala. Quem sabe pega só um real?” Ele aceita e pede um chocolate, pergunta se o dinheiro dá e o caixa diz que sim, mas parece bem nervoso com a situação. É engraçado observar o caixa, porque o usuárioX realmente está agitado, ansioso, trêmulo, mas é bastante adequado nas atitudes, mas mesmo assim parece mobilizar o caixa. Ao sair ele me pergunta “amanhã eu posso vir sozinho?!” Eu disse a ele que sim, que eu acompanharia ele se ele quisesse e ele disse “ não, eu consigo sozinho”. Voltamos por um caminho diferente da ida, o usuárioX diz “não viemos por aqui” explicamos que tem outro caminho e perguntamos se ele quer conhecer. Ele concorda e seguimos em frente. (J3DC1)

A cena descrita pelas notas do diário de campo me parecem bastante ricas, pois reúnem momentos em que ficam evidentes: estratégias de cuidado; relações de vínculo, solidariedade e trocas entre usuários do serviço; o encontro da loucura com a cidade; e o potencial de autonomia desenvolvido pelo usuário após uma ação de cuidado. Todos esses elementos refletem a complexidade da tarefa de cuidar para a vida. E parece que este é um ponto importante no processo de transferência de cuidados, em Joinville, acreditar que o usuário pode/deve organizar uma vida na cidade, com trocas sociais e financeiras, com enfrentamento de situações, e que não dependa exclusivamente do CAPS.

A estratégia é auxiliar no processo de enfrentar a vida, oferecer possibilidades de ferramentas para lidar com as situações que aparecem, com este pensamento os profissionais conseguem organizar um serviço em que todos usuários tem um Projeto Terapêutico Singular com o objetivo de um projeto de vida, ou de acordo com Ayres (2001) um projeto de felicidade. Para o autor, é difícil saber qual o papel do profissional, quais as possibilidades a serem ofertadas nesta construção de felicidades, “pode parecer demasiado ambiciosa a tarefa, excessivamente trabalhosa e ampla. É verdade” (AYRES, 2001, p. 66), mas, ter em mente que a atitude de cuidar é complexa e que não pode ser apenas uma tarefa parcial de práticas de saúde, pode ser o que tem permitido ao CAPS de Joinville se destacar com relação ao processo de transferência de cuidados quando comparado à outros serviços na região sul do Brasil (KANTORSKI et al., 2011).

As falas dos profissionais refletem o entendimento de que o CAPS precisa ser um local de passagem, e por isso o cuidado deve ser pensado também a longo prazo, em que a entrada no serviço já deve considerar o momento de transferência

de cuidados, ou seja, o processo é construído pensando na reinserção do usuários em seu território.

Ele (usuário) está bem, ele tem outras coisas pra fazer lá fora, ele vai voltar a trabalhar. Eu acho bem importante que ele também tenha essa autonomia e não nós segurarmos. Nós achamos que ele vai ficar bem melhor lá fora, então, isso mudou também no projeto. Acho assim, simplificando, o projeto dá um norte, mas não quer dizer que seja síntese, isso eu acho que a gente tem de bom. De estar revendo, de estar fazendo. (J1P14)

Na verdade a gente sempre teve muito claro que a questão dos CAPS são um lugar de transição. Ele (CAPS) seria um período que intermediário, a gente trabalharia nesse sentido de estar fazendo, promovendo a autonomia, independência, fazendo a pessoa se comprometer com o tratamento, ter noções de cidadania, essas questões bem assim pontuais. A gente não trabalha com pressa com esse usuário, mas procura ver o momento que ele está um pouco melhor mesmo, então como a gente tem esse contato com os regionais de saúde onde tem a equipe de saúde mental, então facilita porque como a gente tem esse matriciamento (...) Eles (regionais de saúde) fazem um acolhimento bem parecido com o da gente, eles fazem um grupo e aí eles direcionam essas pessoas para o atendimento psiquiátrico, em grupos, em oficinas. Isso que garante que a gente possa dar alta com mais frequência dos serviços. Claro que nem todos os casos ficam lá, mas se esses casos são acompanhados pelas regionais, são pontuados pra gente de volta, 'olha está acontecendo isso e isso, o que que vocês acham de uma readmissão?' Nesses casos a gente readmite de volta para o CAPS e começa todo trabalho de volta daquele processo até que a gente consiga de voltar, reencaminhar então para a regional da saúde. (J2P2)

Um ponto interessante da reunião foi quando uma das profissionais propôs a alta de uma usuária que estava há muitos anos estável, mas que mantinha o vínculo com o serviço por conta do grupo de teatro. As profissionais contam que ela é muito envolvida com o grupo e que a saída dela poderia prejudicar o grupo e ela mesma. A médica intervém e diz: "Gente, eles precisam sair daqui! É importante eles irem para a UBS para aprender a se organizar fora daqui. Eles estão acostumados aqui dentro, mas não podemos ficar com todo mundo." A equipe concorda, e combina que ela começará a fazer o acompanhamento na comunidade, inclusive pegando medicação lá, mas que seguirá frequentando o grupo de teatro, e que aos poucos vão pensando em outros espaços para que ela seja encaminhada. Pensam num centro cultural da cidade que tem uma série de atividades. (J3DC1)

As três falas, uma de cada edição do estudo (2006, 2011 e 2014) colocadas em sequência, demonstram a unicidade do pensamento da equipe do CAPS de Joinville, mesmo transcorridos 8 anos, o serviço mantém os mesmos ideais: o usuário deve retornar ao seu território tão logo possível. Mais do que isso, o usuário, pode "andar" na rede de acordo com a sua necessidade, pois há sempre a possibilidade de retornar ao serviço, sem ter que passar por filas de espera ou agendamento de acolhimento. Para que isso se efetive o CAPS de Joinville conta com uma rede que possibilita um certo fluxo ao usuário, o qual pode ser encaminhado para as Regionais de saúde, que são unidades de saúde maiores, e contam com equipe de saúde mental, para as Unidades, Básicas de Saúde, e/ou

instituições não sanitárias que deem suporte ao processo de transferência de cuidados, como no caso da observação do diário de campo (2014) o centro cultural da cidade.

A construção de projetos de inclusão na comunidade significa tratar a loucura como uma possibilidade concreta fazer parte do mundo superando o desafio ético-estético de construir um conjunto de saberes, práticas, articulações, serviços e pessoas, que enfrentem o desconhecido (PINHO, HERNANDÈZ e KANTORSKI, 2010), resultante das vivências individuais de cada sujeito. Aqui o território emerge como cenário do cuidado, que amplia possibilidades, e a equipe da atenção primária como parceira nesse processo. Essa parceria, adotada no âmbito dos CAPS, possui implicações práticas na forma como estes podem se articular em termos de promover a desinstitucionalização dos usuários e a sua concomitante inclusão em espaços diversificados da vida social.

A proposta de Equipe de Referência, discutida anteriormente se une à questão da continuidade do cuidado no território e a importância do diálogo entre as instituições. Nesse sentido, já em 2006 as questões ligadas ao Apoio Matricial são discutidas no CAPS de Joinville e as ações vão se fortalecendo ao longo dos anos. O diálogo estabelecido entre os serviços de saúde na rede assistencial visa enfrentar a tendência à fragmentação da atenção e desresponsabilização assistencial, resultando em transformações organizacionais importantes, dado o seu compromisso com a mudança nas relações de poder nas organizações, em busca da democracia organizacional e a valorização dos trabalhadores, de forma equilibrada com a eficácia clínica (CUNHA, CAMPOS, 2011).

O diálogo entre as equipes, e todos os movimentos que envolvem a passagem do usuário do CAPS para a Unidade de Saúde de seu território, como tem sido apresentado, não é tarefa simples, pois o rompimento com os desejos do manicômio (MACHADO e LAVRADOR, 2001), deve ser diário para equipes e usuários. Desde 2006 os profissionais relatam como é o processo, que inclui o preparo do sujeito para esta passagem de um serviço à outro, que ocorre com auxílio de um grupo denominado “Grupo de Alta Começar de Novo”, conduzido por uma das assistentes sociais, o qual sistematiza o preparo para a alta durante seis encontros com profissionais do CAPS, usuários em processo de alta e seus familiares.

Esse grupo terapêutico já é quando o usuário está em estado de alta. Ele tem seis encontros e através desses seis encontros é analisado realmente, tem uns que ficam, mas é raro, geralmente eles tão prontos. Aí a gente já faz todo encaminhamento e eles vão para o Posto de Saúde já encaminhados ao psicólogo, terapeuta, o que eles precisarem. Se for muita demora (a consulta na UBS), por mais de três meses, a gente já marca pra eles retornarem aqui por causa da medicação, e eles continuam com a gente uma vez por mês, eles pegam a medicação, e conversa como técnico (TR). Tem casos que a gente faz visita domiciliar para ver realmente o que está acontecendo. (J1P15)

O Grupo de Alta prepara os usuários e os familiares para que, após o processo terapêutico realizado no CAPS, o usuário não retorne à internação psiquiátrica. Além disso, de acordo com a Linha Guia do CAPS Joinville (JOINVILLE, 2014), o grupo esclarece usuário e familiares sobre o que é o transtorno mental, desmistificando a doença, vislumbrando as possibilidades de inserção social e familiar, propiciando a reflexão sobre cidadania; e ainda reflete, esclarece e orienta sobre a importância da continuidade do tratamento no território e o uso da medicação conforme prescrição médica (JOINVILLE, 2014).

Dentro da alta, a transferência que você está falando está bem colocada, porque quando eu fui preparado para a alta aqui dentro, e lá fora eu fiz acompanhamento no postinho e fazia uma ocupação de oficinas no postinho também, até um determinado tempo. Não foi assim tirar daqui e vai para casa e vai tomar o remédio sozinho. Havia um acompanhamento pelo postinho mais próximo da casa (J3U1).

De acordo com o relato do grupo de Reciclagem de Dados (2014), a preparação para a alta dá um suporte importante para usuário, quando oferece além do processo de preparo, a retaguarda de grupos e oficinas na comunidade. A inserção do usuário na comunidade começa já no Grupo de Alta, que é dividido em seis encontros, sendo cada um com um objetivo e atividade diferentes, organizados entre os diferentes profissionais do CAPS, a fim de ampliar ao máximo a visão do usuário em relação ao processo. Além das atividades previstas os serviços da rede que irão acolher o usuário, os profissionais inserem dias de trabalho com os familiares, para que estes possam ser parceiros também neste momento.

O Quadro a seguir mostra a divisão dos Grupos de Alta, e a descrição das temáticas e discussões trabalhadas em cada encontro:

Temática		Discussão
1º Encontro	Pactuações do Grupo	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento a respeito do grupo (propostas, objetivos, conteúdo). • Reflexão a respeito do processo terapêutico de cada participante (como chegou ao CAPS e como está no momento).

2º Encontro	Convívio na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Como ocorre a transferência de cuidados ao usuário pela equipe técnica à Unidade Básica de Saúde no momento de estabilização do quadro psiquiátrico. • Discorrer sobre os recursos disponíveis no território. • Refletir com o usuário sobre a importância da continuidade do tratamento medicamentoso. • Refletir juntamente com o usuário a importância da sua participação no cotidiano da comunidade onde mora — igreja, grupos de apoio, atividades oferecidas pelos Postos de Saúde, atividades voluntárias e outros.
	Convívio familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre as possibilidades de retorno ao trabalho, aos estudos, à rotina familiar. • Refletir com o usuário sobre o entendimento e aceitação da doença pela própria família. • Esclarecimento a respeito da forma de como administrar corretamente a medicação.
	Medicação	<ul style="list-style-type: none"> • Orientações sobre armazenamento adequado da medicação. • Conhecimento da medicação utilizada, efeitos colaterais e dúvidas em geral.
3º Encontro	Considerações sobre sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir a respeito da baixa na libido, tanto no homem quanto nas mulheres em função do uso da medicação psiquiátrica e da própria doença. • Formas de superar as dificuldades na relação afetiva. • Rever a importância da continuidade do uso correto da medicação para manutenção estável da doença e da relação afetiva. • Reflexão sobre o uso do álcool e outras drogas juntamente com a medicação psiquiátrica. Obs.: Esse grupo é conduzido pela farmacêutica, responsável técnica pela farmácia.
4º Encontro	Construindo a liberdade (Oficina de Argila)	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade de trabalhar de maneira concreta, através da argila, o significado do momento da “alta”, da estabilidade da doença, da volta para a comunidade, para casa, para a família, para a retomada da sua vida, do ponto em que deixou por conta da crise, do surto. • Representação real, concreta através da própria produção em argila, do que lhe for pertinente àquele momento, proporcionando o contato direto com o barro, elemento que possibilita a descarga de energias e os escapes das emoções. Obs.: Essa oficina ocorre às terças-feiras pela manhã, e será conduzida pela enfermeira, que já realiza a oficina com outros usuários do CAPS.
5º Encontro	Conhecendo o SOIS	<ul style="list-style-type: none"> • Conduzir os usuários até o SOIS, possibilitando que conheçam aquele serviço, os recursos que dispõe oficinas, grupos e projetos, que podem ser acessados após alta do CAPS.
6º Encontro		<ul style="list-style-type: none"> • Refletir com os familiares sobre as questões de aceitação, entendimento e manejo da doença. • Reflexão sobre o preconceito que envolve a doença

	Familiares	e suas consequências. <ul style="list-style-type: none"> • Reflexão a respeito da importância do suporte afetivo/familiar no processo terapêutico e na manutenção após transferência para a UBS e o retorno para casa.
--	------------	--

Quadro 10 - Apresentações de temáticas e discussão dos encontros do Grupo de Alta

Além da equipe realizar os encaminhamentos para a unidade, ela garante também que o usuário não fique sem atendimento caso a consulta na unidade básica seja agendada para o prazo maior do que três meses. Para o CAPS Joinville, a transferência vai além do simples encaminhamento para a UBS, ela deve representar a continuidade do cuidado e estar permeada de corresponsabilização entre as equipes do CAPS e da atenção básica no acompanhamento do usuário. A fala a seguir, de 2011, soma ainda à discussão a importância do estabelecimento do vínculo do usuário com a unidade do território, ou seja, não basta estar vinculado burocraticamente à unidade, o usuário deve sentir-se vinculado, deve pensar na Unidade Básica de Saúde como recurso em caso de necessidade.

Cada caso é um caso, Então acho que o principal com relação a alta é o vínculo nos territórios, porque isso é fundamental, e esse suporte que a gente trabalha também com o território, através das unidades básicas e da equipe de saúde mental que tem nas regionais, em cada regional. Então isso a gente tem trabalhado no sentido, que a gente sabe da questão do vínculo, porque muitas vezes eles só conhecem o hospital regional ou o CAD e se a gente não faz um trabalho para que ele se vincule a esse território, às pessoas que fazem parte da comunidade, ou da equipe de saúde que ele faz parte, de abrangência, e a própria equipe de saúde mental, se não essa alta acaba ficando mais difícil, de você desvincular o paciente do serviço. E a partir do momento em que ele tem esse vínculo a gente percebe que ele procura sempre, é uma rede, uma rede de cuidados. E aí a gente tem trabalhado bastante essa questão da inclusão deles no seu território de participar das atividades que tem na sua comunidade, na sua unidade de saúde para que facilite essa alta e ele possa viver de maneira melhor possível, com um bem estar, com uma qualidade de vida como qualquer cidadão. (J2P11)

Esse arranjo que responsabiliza a todos os envolvidos, inclusive o usuário, possibilita uma configuração organizacional baseada em espaços dialogados, sem hierarquias, com atenção compromissada baseada na ideia de que “o terapêutico é entendido como a construção de um rol de possibilidades a serem exploradas para que se criem vínculos, relações interpessoais e chances de vivenciar, criar, expressar, comunicar” (PITTA, 1994, p. 650), e que por isso, não se esgota com a passagem do usuário para outro serviço, ao contrário, intensifica-se. Durante a Reciclagem dos dados presenciei uma cena que talvez represente um pouco do que

foi dito pelos profissionais em 2006 e 2011, e está descrito no trecho do diário de campo.

Chegamos na unidade para a reunião de matriciamento, e logo que descemos da Kombi encontramos um homem que as profissionais reconheceram como um ex-usuário do CAPS. Elas contaram que quando o caso daquele homem chegou ao CAPS, a equipe foi fazer uma visita, pois ele estava impossibilitado de sair de casa devido a seu estado físico, pois não se alimentava direito, estava agitado e persecutório. O homem não caminhava, ficava deitado em um colchão em uma peça nos fundos da casa em que a família morava. A equipe do CAPS entrevistou: o usuário foi encaminhado para um médico que decidiu interná-lo no hospital geral para restabelecer seu quadro clínico, quando deu alta passou a frequentar o CAPS, fez o acompanhamento no serviço e logo que se estabilizou foi dado alta. Elas o avistaram e logo se entreolharam sorridentes, o cumprimentaram, ele correspondeu. Ambas ficaram sorrindo, felizes e orgulhosas em contar este caso para nós, o olhavam com admiração, e comentaram que às vezes estão tão envolvidas com a rotina do CAPS que não se dão conta do trabalho importante que fazem. (J3DC1)

O fato daquele sujeito estar ali, em frente à UBS de seu território, saudável, caminhando, vivendo o território, representa a passagem, bem sucedida, por todas as etapas do processo de cuidado: acolhimento na situação de fragilidade, PTS voltado às necessidades de saúde que ele apresentava no momento, transferência de cuidados com vinculação à UBS, já que estava ali aguardando atendimento. A reação das profissionais também é destacável uma vez que representa o comprometimento delas com relação ao trabalho que desenvolvem, e aqui talvez esteja um dos nós importantes na construção de boas práticas em saúde mental - o comprometimento dos profissionais com o processo. A forma como os trabalhadores se implicam no cuidado tem reflexo direto no resultado, pois o processo de rompimento de um paradigma hegemônico, como o asilar, exige muito mais do que mudanças legais, exige mudanças de cada um dos atores que compõem o sistema. Os desafios são diários, permeados de superações externas e internas e as conquistas muitas vezes são sutis, mas fundamentais para o processo de cuidado dos sujeitos, como afirma o profissional, em 2011.

Eu acho a gente foi construindo, todo dia a gente está construindo alguma coisa. Está mudando, não era fácil antigamente (...) a gente foi mudando, foi trabalhando com a porta aberta, que a gente chama, e foi conseguindo devagarzinho. (...) eles podem voltar a qualquer hora, precisando estão aqui novamente, tem ajuda. E uma coisa assim essencial foi as regionais estarem dando esse apoio maior, esse matriciamento que está acontecendo, a gente conseguiu trabalhar mais os familiares, então tudo isso contribui para que a gente conseguisse dar altas. Mas foi uma construção lenta, difícil, doloroso que no começo a gente se apegava muito a eles (usuários) você tem aquela preocupação, aquele medo, aquele zelo, mas foi tudo sendo construído ao longo desses anos, nosso aprendizado. (J2P10)

A fala do profissional representa a tentativa constante, por parte da equipe, em romper com a tradicional organização hierárquica dos sistemas de atenção à saúde, e investir em uma nova proposta integradora baseada em ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais. Este processo de construção compartilhada, entre as equipes de saúde mental e atenção primária tem sido implementado em diversos países, ao longo dos últimos anos. Athié, Fortes, Delgado (2013) apontam que a diversidade dos cenários em que ocorre a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde varia de acordo com a cultura, geografia e política local, mas duas experiências são consideradas referências mundiais, inclusive para o sistema brasileiro, são elas: a dos canadenses pelos Family Doctors (FD) e a dos britânicos através dos General Practitioners (GP).

No Brasil este movimento de articulação entre Saúde Mental e Atenção básica é denominado Matriciamento ou Apoio Matricial e tem origem em discussões sobre a organização do trabalho em saúde nos anos 1990, quando a construção da sua rede de serviços se inicia, depois da aprovação do SUS em 1988 (ATHIÉ, FORTES, DELGADO, 2013). Baseado nos trabalhos de Gastão Wagner Campos (1999), o Apoio Matricial tem estruturado no Brasil um tipo de cuidado colaborativo entre diferentes níveis de atenção.

De acordo com Chiaverini et al. (2011) o matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Um dos profissionais, em 2011, fala sobre o percurso de implementação desta ação no município de Joinville e a importância das reflexões iniciadas pela pesquisa CAPSUL (KANTORSKI et al., 2006), desde a primeira edição (2006) no processo de consolidação e avanço da proposta.

Então, eu acho assim que de 2006 pra cá, em relação até mesmo ao trabalho realizado na pesquisa, no CAPSUL, acho que foi importante a gente começar a avaliar algumas ações que a gente já tinha, e começamos a investir em uma maior aproximação com a rede básica. Apesar da gente ter contato com a rede básica de saúde, a questão da alta, e encaminhar para rede básica a gente tinha um pouco solta. A gente simplesmente era um modelo de referência e contra referência (...). Então eu acho que a partir desses últimos 3, 4 anos a gente começou a ter uma aproximação maior da rede básica, pensando mesmo numa ação de matriciamento, através de duas etapas de matriciamento. Nós temos um município dividido em 9

Regionais de saúde, cada Regional dessas tem um conjunto de 3, 4 postos de saúde. (...) Então a nossa ação inicialmente era somente na sede de Regional, com a equipe de saúde mental que trabalhava lá, e com essa mudança, com essa aproximação maior da rede a gente começou também a fazer uma, aproximação com o restante da rede, então, a gente vai até a sede Regional, mas também começou a ter contatos com as equipes, principalmente de PSF. (J2P7)

A questão do Apoio Matricial é tão fortalecida no município, e tão significativa no processo de transferência de cuidados, que durante a Reciclagem dos Dados (2014) o tema foi problematizado no grupo dos trabalhadores. Para eles o apoio matricial em Joinville inicia a partir da atenção primária, dentro das Regionais de Saúde, que são unidades maiores e contam com equipes de saúde mental, e vai se expandindo para o CAPS num movimento crescente. Mesmo abrangendo hoje todas as Unidades Básicas de Saúde os profissionais acreditam que ainda está não acabado, o grupo acredita que este fortalecimento exige ainda muito compartilhamento de experiência entre as equipes.

o matriciamento, ele começou muito mais forte nas regionais de saúde, (...) 2005 nós começamos a fazer matriciamento na Atenção básica. Então foi um trabalho muito árduo, primeiro no território, para depois chegar nesse momento que a gente está hoje, de troca dos CAPS para o território. Porque no início lá, o trabalho foi muito árduo, nesse sentido, até da população, a comunidade, e os próprios profissionais da rede básica, entenderem o que era isso, e aceitarem. E isso vem até hoje, por isso, que eu digo, que uma coisa em construção e está bem no início ainda. (...) é aquela coisa da construção de um local, onde a gente tem um treinamento mais específico, uma rotina estabelecida, então a gente tem uma prática, uma vivência, muitas experiências e a gente pode compartilhar com a atenção básica, que tem outras experiências, além da saúde mental, com várias outras patologias, e questões do território deles, do cotidiano deles, e a gente faz essa troca (...) e a gente aprende com eles, eles aprendem conosco (...) Não só questão de discussão de caso, mas um apoiar o outro, dar suporte, compartilhar as responsabilidades. Então eu acho que o matriciamento, ele faz essa ponte, não só com os usuários, mas com a equipe. Quando você percebe que um outro profissional está contigo, que vai te dar um suporte, que você pode contar com ele, o nosso processo de trabalho, ele melhora, a gente se sente apoiado, amparado. Então o matriciamento, eu vejo que são essas duas vias, a gente precisa do posto, porque nós precisamos fazer as transferências de cuidados, então a gente precisa que eles se comprometam conosco, e eles também precisam sentir que quando eles precisarem a gente também vai dar o apoio, a gente transforma todos os processos de trabalho, e conseqüentemente, toda atenção mais facilitada, melhor pra todo mundo trabalhar. (J3T1)

De acordo com a falas o matriciamento realizado no município de Joinville constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde-doença-cuidado, mas de toda a realidade das equipes e comunidades envolvidas. O Apoio Matricial (AM) visa oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referências da Atenção Básica (CAMPOS; DOMITT,

2007), mas conforme a discussão do Grupo de Reciclagem de Dados este é visto como uma via de mão dupla, pois a equipe da Atenção Básica também atua no sentido de retaguarda à equipe do CAPS sempre que necessário. Dessa forma, articulação do processo é baseada na corresponsabilização dos casos, que se realiza por meio de supervisões clínicas e de intervenções conjuntas, a partir de um trabalho integrado, que possibilita superar a lógica dos encaminhamentos entre serviços, e aumentar a capacidade resolutiva das equipes.

Para Chiaverini (2011) o Apoio Matricial tem se estabelecido como ferramenta importante de interlocução entre Saúde Mental e Atenção Básica, uma vez que modifica o funcionamento e a organização dos serviços de saúde, deslocando o foco do cuidado da especialidade para um espaço de comunicação ativa e compartilhamento de conhecimento entre profissionais com diferentes olhares, ou seja, sustenta as relações em procedimentos dialogados, buscando diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento.

Trabalhar com diferentes pessoas, de diferentes equipes, com uma temática que ainda é carregada de estigma como a loucura, não é tarefa fácil em lugar nenhum no mundo. Desejar uma sociedade que acolha a loucura sem fazer esforços, e sem enfrentar todas as dificuldades que certamente estarão presentes no caminho, é um desejo utópico. Assim como em outros processos de desinstitucionalização, Joinville enfrentou resistências para efetivar a aproximação da Atenção Básica à Saúde Mental, e para tanto teve que organizar um processo de formação continuada com as equipes, além de toda a logística de mapeamento da situação da saúde mental nos territórios, o profissional, em entrevista no ano de 2011 conta como foi o processo de sensibilização.

Com nosso pequeno conhecimento a gente foi tentando e aí saiu do papel, esse projeto. De primeira ordem a gente pensou em estar levando para os 120 agentes comunitários, o que era saúde mental no município, o que era o sofrimento psíquico, o serviço substitutivo, e até um pouco da reforma, o que aconteceu no país, nestes 25 anos. E depois a gente pegou os demais profissionais, então todos tiveram uma pincelada nesses temas. Foi bem interessante.(...) A gente percebeu reunindo os agentes comunitários, que eles tinham muita dificuldade nas relações entre eles, e que daí atrapalhava bastante o andamento do trabalho no território. E aí, a gente fez um trabalho com eles também. Então uma vez por mês, dividimos essa equipe e nós ficávamos só com os agentes comunitários, escutando, trabalhando, algumas coisas ligadas as relações e a própria subjetividade deles, foi bem intenso, porque tinham alguns bastante adoecidos, estressados. Conjuntamente a gente foi fazendo um trabalho de coleta de campo, com

objetivo de fazer um trabalho estatístico para verificar nesta região quantas pessoas, estão em tratamento ou já fizeram ou não estão por algum motivo em tratamento, então hoje a gente tem cadastrado 1500 pessoas mais ou menos. (J2P9)

Esse trabalho que inclui a todos os níveis de formação reflete uma ideia que é central no Apoio Matricial, “o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde” (CHIAVERINI, 2011, p 16). Esse modo de produzir saúde propicia reconstrução constante das pessoas e dos processos devido à interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si. Essa capacidade se desenvolve no matriciamento pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes (CHIAVERINI, 2011, p 16).

Mesmo hoje, passados 10 anos do início do Matriciamento no município ocorrem espaços de Roda de conversa que visam discutir questões mais teóricas com relação às práticas, num movimento de reflexão do que está sendo construído e do rumo que está tomando o município em termos de inserção do louco no território

Durante a reunião entre a equipe do CAPS e da UBS sobre matriciamento, falam sobre o espaço “roda de conversa” que a regional tem, em que participam todos os profissionais para discussão teórica do processo de trabalho, por exemplo, combinam uma roda para a equipe do CAPS falar sobre o serviço. De acordo com elas este espaço é muito rico, pois a discussão inclui os profissionais da recepção, os ACS, os profissionais de nível superior, exceto a totalidade dos médicos, que em geral não participam. (J3DC1)

O resultado deste trabalho que articula o CAPS às estruturas da Atenção Básica e, conseqüentemente, ao território de vida das pessoas, é contado por profissionais, familiares e usuários que na ocasião da Reciclagem dos Dados (2014) discutiram em grupos sobre a transferência de cuidados e o acompanhamento realizado no território a partir do Matriciamento.

Depois que o meu filho deu alta, muita correria, muito vai e vem, a gente encontrou o CAD, e o CAD me ajudou muito. O meu filho permaneceu oito anos no CAD. Nunca pensou em fugir. Nunca falou pra mim, ‘hoje eu não quero ir, minha mãe’. Ele sempre aceitou, (...) e depois de oito anos ele deu alta. Hoje o meu filho está de alta, eu estou muito emocionada sabe. Eu não podia nem falar. Hoje eu vim pra ouvir. Mas eu só quero fazer esse agradecimento para os médicos e para esse povo maravilhoso que eu encontrei aqui. Gente, muito obrigado do fundo do meu coração, o meu filho já está há um bom tempo em casa, e não precisou mais de internação. Hoje o que a gente faz? Hoje o meu filho tem terapia lá no postinho do Floresta. (J3F1)

Quando eu percebi que eu estava próximo de obter alta, eu conversei com a terapeuta ocupacional e ela me preparou para essa alta (...) No hospital psiquiátrico é fácil entrar, mas o difícil é sair. (...) Lá fora eu fiz acompanhamento no postinho (...) havia um acompanhamento pelo postinho mais próximo da casa. (J3U1)

Quando você vê que no matriciamento, muitos casos acabam sendo resolvidos lá, que não tem necessidade do CAPS aqui, e você vê que aquilo ali pra gente vai facilitar, é um facilitador, porque se resolve lá, não precisa nem o paciente vir aqui. E antes, se não tivesse esse matriciamento, provavelmente, muitos desses casos viriam pra cá. Então, assim, fica até mais tranquilo, da gente falar o quanto é importante o matriciamento, todo mundo tem que sair. (J3P1)

As falas me parecem representar o pensamento basagliano que afirma que a liberdade não é resultado e sim base da prática terapêutica, pois a partir da ocupação do território é possível que se estabeleça o (re)começo novas relações entre a sociedade e a loucura, relações que permitem maior protagonismo daqueles sujeitos tradicionalmente limitados ao papel de “doentes mentais”, objetualizados pelo saber médico (Basaglia, 2005). Os sujeitos em sofrimento psíquico não tem mais que estarem vinculado à uma instituição pelo resto de sua vida, em atividades que muitas vezes o impedem de trabalhar, fazer compras, passear pela cidade, viajar. A passagem para o território representa que ele agora pode ser acompanhado, assim como as demais pessoas da sua família, pela unidade de saúde de sua região. Esta mudança representa muito mais do que a passagem de um serviço a outro, esta mudança representa a abertura de possibilidades que a liberdade de instituições proporcionará ao sujeito.

Este reposicionamento do sujeito na sociedade não é tarefa simples, pois são anos vinculado ao status de periculosidade a ser controlada pelos muros de uma instituição que afastava a diferença dos olhos de todos, com a justificativa de tratar, mas que ao contrário disso só produz iatrogenia. As falas dos usuários, sujeitos que vivenciam a experiência sofrimento, demonstram que mesmo hoje, em que é possível ocupar alguns espaços na cidade, a convivência entre loucos e são ainda é permeada por estigmas e preconceitos.

Eu no começo fui um líder desse grupo de jovens, e hoje eu não consigo mais porque eles me veem como louco. Eles não me consideram mais. Os amigos? Eu perdi tudo. Perdi os amigos. Para teres uma ideia desde oito anos até agora a primeira vez que eu saí para comer um rodízio de pizza, depois disso foi sábado agora, antes eu fica em casa direto, direto (...) A sociedade te olha como louco e antigamente a pessoa ficava, em um surto desses ia para o manicômio, ficava lá e sumia, Então o que acontece? A sociedade não está entendendo que hoje a pessoa não precisa ir pra lá, a pessoa tem ido no CAPS com psiquiatra, com terapeuta ocupacional, não tinha nem terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro. E hoje volta para

casa, então o que acontece para eles toda a vida tu vais ficar louco para o resto da vida, tu não tens mais recurso. (J2U8)

Eu estava esperando o ônibus e uma senhora estava comigo no ponto (...) daí ela puxou conversa comigo e eu perguntei se eu estava indo trabalhar, e ela disse: sim, estou indo! E eu não gosto de, eu fico sem graça de dizer que eu faço tratamento mental, da saúde mental. Daí eu pensei, poxa essa mulher vai me pergunta onde eu trabalho também. Daí foi bem eu pensar e ela perguntou: e tu, estás indo trabalhar? E eu pensei o que que eu vou falar? Eu tive que dizer que ia. Até quando eu namorava eu ficava sem graça de dizer do tratamento que eu faço.(...) E eu não contei. Eu não tive coragem de contar de mim para ela, então é uma coisa complicada. E também assim, não dá para ficar trancado aqui no mundinho da saúde mental. (...) Eu gosto de ler, e eu compro livro direto, estou sempre lendo. E eu comecei a comprar livros assim, de teologia, porque eu frequento a igreja, comecei a comprar livro de teologia que uma professora da faculdade de teologia de Joinville, que tem uma lojinha aqui perto. (...) Eu compro lá no centro, e eu já vou na biblioteca pública também. (J3F1)

Penso ser importante trazer à discussão esta questão do estigma que ainda cerca a relação da loucura com a sociedade, pois se me proponho a falar sobre boas práticas e faço um percurso que inclui práticas dentro do CAPS que estão alinhadas com a ética da Atenção Psicossocial, elas só tem sentido se, em última instância, essas boas práticas tiverem repercussão na sociedade. Pouco adiantaria uma transferência de cuidados que permite ao sujeito ser acompanhado no seu território, mas que não permite que ele transite livremente pela sociedade. A meu ver, a passagem de um sujeito de um serviço para uma sociedade que não o acolha é o mesmo que deixa-lo em um limbo, ou seja, deixa-lo sem fazer parte de nada. Para que a transferência de cuidados se efetive é necessário investir na construção de uma nova relação com a cidade, que permita o sujeito usufruir de uma maneira nova o seu entorno: a pizzeria, o supermercado, o ônibus, o shopping, a praça, as ruas da cidade, sem se sentir intimidado pelos olhares da cidade ou ter que omitir que está indo para o tratamento na saúde mental, com medo da reação da senhora ao seu lado.

Esses sujeitos, usuários e familiares, que participaram do estudo, tem uma vivência dentro dos manicômios, que os marcaram, e que os fazem defender o cuidado fora daquele lugar. Durante a leitura das entrevistas e o trabalho de Reciclagem dos Dados muitas falas chamam a atenção pela densidade das histórias vivenciadas, a maioria das vezes marcadas pela violência característica do modelo asilar. Em vários momentos eles traçam paralelos, entre o que viveram no manicômio e o que vivem hoje nos serviços substitutivos, e é inegável os avanços que tivemos após o movimento de reforma, temos hoje a possibilidade de uma

produção de cuidado completamente oposta a de 40 anos atrás, e isso busquei valorizar durante todo o trabalho, mas penso que é importante também dar voz aos sujeitos e seus familiares, para que não esqueçamos, do porque investir na produção de boas práticas em saúde mental alinhadas à atenção psicossocial.

Eu desde que começou essa minha doença, sabe, com quantos anos que eu tenho essa doença? começou com 17 anos. Começou com 17 anos essa doença em mim, que eu fiquei assim. Mas o pai quando era vivo, o meu pai já é morto, já é falecido, o velhinho. Daí o pai quando era vivo ele só me internava em grandes hospitais psiquiátricos. A minha família nunca deixou de ir fazer uma visita pra mim, longe, pode ser aonde for, onde eu estava, o velhinho, quando era vivo e a minha família me internava em grande hospital psiquiátrico, mas a minha família não me desprezava dentro do hospital aonde eu estava, sempre ia fazer visita, a minha irmã, ela ia direto em grande hospital psiquiátrico para me ver. Trazer fruta para mim, deixava dinheiro para mim, deixava tudo, roupa limpa, tudo. (...) a família é importante também, não é só pegar e internar no hospital e desprezar o seu sangue. (...) E isso aqui, esse lugar aqui aonde nós estamos e aonde eu estou é um Paraíso, a gente não fica trancado em grande hospital psiquiátrico. Antigamente tratavam como um hospício, tratavam a gente que nem um cachorro. Agora não, agora é tratado como gente e como ser humano. E por gente que tem estudo, e cultura e educação, e moral. (J3U1)

Eu queria fazer uma comparação do que é o manicômio e do que é um serviço aberto. Eu tenho outro irmão tá, que ele ficou doente com 56 anos por causa de uma crise de depressão por conta de um assalto que teve na casa dele, ele ficou com trinta quilos. (...) ele veio direto para o CAPS. Já o Manicômio que o meu outro irmão viveu, tem choque, tem tudo, acabou com a vida dele! Hoje está lá meu irmão, que ficou aqui três meses, vive a vida com vigor, toma medicação sozinho. Se tu olhar pra ele não parece, ele vive normal. Se esse também tivesse ido lá para uma colônia do Santana como o outro, se ele tivesse seguido a carreira do manicômio isso seria diferente (...) É isso que eu quero dizer para vocês, a diferença do serviço aberto e o manicômio, como deixou um irmão e como deixou outro, entende? Que as vezes as pessoas não conseguem enxergar. Eu acho que se o serviço aberto fosse antigamente não existiria tantas outras pessoas, como é que eu vou dizer? Cronificada, e não conseguindo sair, viver a vida, como eu gostaria que meu irmão vivesse. Nos chagávamos para visitar ele na colônia Santana ele estava todo duro, eu saía de lá quebrada. (...) eu não tinha vida, eu trabalhava durante a semana, final de semana era Florianópolis ou Curitiba. (J3F1)

Basaglia (2014), afirmava que gostaria que, quando alguém contasse a história da experiência que coordenou em Trieste não fizesse uma história de datas, de grandes feitos e fatos, mas sim uma história de vidas transformadas a partir de daquele trabalho, de vidas reconstruídas, de projetos de vida criados. A história das famílias de Joinville representam as transformações iniciadas no município e que precisam ser conhecidas para que a sociedade possa entender a dimensão do que significa superar o manicômio. Para essas pessoas significa chance de viver seus projetos de vida.

Assim, diante do exposto, o processo de Transferência de Cuidados que neste trabalho representa o passo final da sequência: entrada, processo e resultado, emerge em substituição ao termo “alta”, pois representar, de forma mais adequada, a proposta da atenção psicossocial. De forma concreta para que a Transferência de Cuidados atinja seus objetivos é necessário que ela possibilite ao sujeito não só circular em uma rede de serviços, mas, acima de tudo, buscar, com suporte dela, sua emancipação pessoal, social e cultural, e permite, dentre outras coisas, possibilidades de existir em diferentes esferas e espaços sociais.

Para tanto, o CAPS de Joinville investe em práticas que estimulem a autonomia dos sujeitos, por meio de instrumentos como o Acompanhamento Terapêutico, Grupo de Apoio à Alta, espaços de decisões e discussões, estímulo à busca e resolução de problemas de saúde em outras instituições, atividades de reconhecimento dos espaços da cidade, transporte, cultura e lazer, entre outras estratégias de encarar e caminhar no território. Além disso, investe nas ações com a Atenção Básica, a partir do Apoio Matricial com processos de formação continuada com as equipes, e mapeamento da situação da saúde mental nos territórios.

7 Considerações Finais

Ao encaminhar para o final as discussões realizada ao longo do trabalho, reafirmo que o redirecionamento, ou a reinvenção de práticas alinhadas ao modelo de atenção psicossocial, são centrais para o avanço da atual política de saúde mental brasileira. Especialmente no cenário atual que se desenha, em que temos observado retrocessos com relação às conquistas que já haviam sido alcançadas, como, por exemplo, as propostas de aumento de leitos em instituições psiquiátricas, o aumento no número de internações compulsórias, cortes no repasse de verbas para a saúde mental em alguns estados, entre outras lutas que temos que travar todos os dias para consolidar o modelo contrahegemônico.

Neste sentido, este trabalho buscou valorizar as boas práticas que tem sido desenvolvidas no contexto dos serviços substitutivos de modo a demonstrar que é possível estabelecer um cuidado em saúde mental sem prescindir do manicômio e suas práticas de violência. Para tanto, este consistiu em um estudo avaliativo de boas práticas em saúde mental na atenção psicossocial, no contexto do município de Joinville, o qual é um município que tem demonstrado adequação a critérios preconizados em documentos oficiais do Ministério da Saúde (KANTORSKI et al., 2006; 2011) e, por isso, foi escolhido como campo e estudo de boas práticas em saúde mental.

A sustentação teórica para o desenvolvimento da tese foi o conceito de boas práticas estudado por Thornicroft e Tansella (2010), o qual define como toda prática direcionada para satisfazer as necessidades do sujeito que experiencia o sofrimento psíquico, ou seja, práticas capazes de promover a construção de projetos de vida individuais e subjetivos, vivido no território das pessoas. De acordo com os autores, as características definidoras das boas práticas devem estar fundamentadas a partir das melhores informações disponíveis em três eixos: **ética**, as **evidências científicas** em saúde mental e as **experiências** dos atores. Ao longo do desenvolvimento deste estudo busquei articular os três eixos, contudo devido à minha inclinação teórica os eixos da ética e da experiência deram maior sustentação à tese. Além disso, a produção de evidências científica na área da saúde mental ainda tem lacunas importantes, o que dificultou de certa forma, a valorização deste eixo.

Ainda de acordo com os autores, Thornicroft e Tansella (2010) como forma de organizar o entendimento de como se articulam a política de saúde mental de um país, as boas práticas desenvolvidas nos serviços locais, e as mudanças que estas produzem na vida dos sujeitos que participaram do estudo, os autores sugerem a utilização da ferramenta Modelo de Matriz, a qual foi utilizada neste trabalho como auxiliar na análise das práticas consideradas mais emblemáticas no município estudado. Assim, no que se refere a dimensão temporal (entrada, processo e resultado), as boas práticas aqui analisadas foram: **Acolhimento; Projeto Terapêutico Singular e Transferência de cuidados**. A dimensão temporal da matriz se articula aos níveis da dimensão lugar (nacional, local e individual), que durante este trabalho atravessaram as práticas estudadas a medida que a política nacional que normatiza as questões da Saúde Mental no Brasil se materializa no nível local dos processos de trabalho, com repercussões diretas na vida no nível individual, por isso elas aparecem no texto de análise de forma transversal.

Dessa forma, a prática do Acolhimento representa a entrada no processo de cuidado e torna-se concreto nas ações da Porta Aberta, que a partir da criação do CAPS III 24 horas, emerge como marca central no CAPS de Joinville. O Acolhimento Porta Aberta significa escuta qualificada no momento em que a necessidade emerge, além de representar a oferta de atenção de qualidade baseada no processo relacional que fortalece o estabelecimento de vínculos e a construção de projetos de vida. Por esse motivo, o acolhimento pode ser apontado como boa prática, pois, alinhado com a postura ética da atenção psicossocial, mostrou-se, a partir da evidência dos trabalhos produzidos sobre o tema e da experiência vivenciada por atores envolvidos com a saúde mental, capaz de promover o vínculo entre profissionais e usuários, possibilitando o estímulo ao autocuidado, melhor compreensão da doença e responsabilização na terapêutica proposta, auxiliando ainda na universalização do acesso, fortalecimento do trabalho multiprofissional e intersetorial, qualificação e humanização da assistência à saúde.

Quanto ao Projeto Terapêutico Singular construído no CAPS de Joinville, apresenta-se como uma boa prática em saúde mental, a medida que é capaz de dar resposta singularizada e individualizada às necessidades do sujeito, de modo a oportunizar como resultado uma pessoa capaz de andar na vida. Para tanto, é definido de forma compartilhada entre equipe, usuário e família, segundo os

objetivos terapêuticos para cada sujeito, e utiliza o técnico de referência, as mini equipes, as oficinas terapêuticas, os grupos terapêuticos, as assembleias, enfim, ofertas e propostas que permitem ao sujeito retomar o envolvimento com os espaços da cidade, no caminho da produção de vida.

Por fim, o processo de Transferência de Cuidados foi discutido neste trabalho como uma boa prática em saúde mental, possibilita ao sujeito que vive o processo não só circular em uma rede de serviços, mas, acima de tudo, buscar, com suporte dela, sua emancipação pessoal, social e cultural, e permite, dentre outras coisas, possibilidades de existir em diferentes esferas e espaços sociais. Para tanto, o CAPS de Joinville utiliza o termo em substituição ao termo “alta”, por representar, de forma mais adequada, a proposta da atenção psicossocial. Além disso, investe em práticas que estimulem a autonomia dos sujeitos, por meio de instrumentos como o Acompanhamento Terapêutico, Grupo de Apoio à Alta, espaços de decisões e discussões, estímulo à busca e resolução de problemas de saúde em outras instituições, atividades de reconhecimento dos espaços da cidade, transporte, cultura e lazer, entre outras estratégias de encarar e caminhar no território. Além disso, investe nas ações com a Atenção Básica, a partir do Apoio Matricial com processos de formação continuada com as equipes, e mapeamento da situação da saúde mental nos territórios.

A análise foi centrada nestas três boas práticas, pois não seria possível trabalhar com todas as boas práticas produzidas no município de forma aprofundada e responsável, como a temática exige. Assim, os **objetivos desta tese foram alcançados** a medida que a foram avaliadas boas práticas em saúde mental na atenção psicossocial em Joinville. Práticas essas orientadas pela ética da Atenção Psicossocial e baseadas na experiência de atores envolvidos com a construção da saúde mental no Brasil, bem como alinhadas às melhores evidências científicas sobre boas práticas em saúde mental comunitária, no contexto nacional e internacional. Destaco ainda, que avaliação de quarta geração, de Guba e Lincoln (2011), demonstrou ser uma como uma importante ferramenta de metodologia avaliativa pois permitiu acessar dimensões ainda não captadas por indicadores e medições das avaliações tradicionais.

Além disso, **a tese foi confirmada** uma vez que o modelo de atenção psicossocial demonstrou potencialidade de produzir boas práticas na atenção à

saúde mental. As Boas Práticas desenvolvidas dentro do contexto psicossocial tem transformado a vida dos sujeitos em sofrimento psíquico, como foi demonstrado ao longo da análise, bem como tem auxiliado no processo de reconquista de espaços sociais.

A articulação entre as opções teóricas e metodológicas desta tese, foi fundamental no processo de mobilizar dos atores envolvidos neste sistema e estimular a capacidade de análise dos mesmos no processo avaliativo ao longo do desenvolvimento do passo 12: Reciclagem dos Dados, pois foi possível retomar os resultados das pesquisas anteriores (2006 e 2011) num processo de reflexão sobre alguns pontos eleitos como potenciais produtores de boas práticas. Esse processo de construção conjunta empodera os sujeitos tornando-os protagonistas nos processos de mudanças e de consolidação de boas práticas, que tem potencialidade de replicação em outros municípios.

Nesse sentido, este estudo contribui com o campo da Atenção Psicossocial a medida que avança nas discussões acerca da avaliação em saúde mental, já que é construída junto com trabalhadores, usuários e familiares, supera as avaliações tradicionalmente centradas em indicadores numéricos que não conseguem expressar a complexidade envolvida no processo de cuidado na atenção psicossocial, tais como o número de internações, número de altas hospitalares, e número de serviços, por exemplo. Na construção conjunta entre os atores o cuidado é significado a partir de práticas concretas, mas que conseguem expressar a singularidade da atenção.

O trabalho com todo o material de 20 entrevistas de usuários, 23 de familiares e 29 de trabalhadores; dos 6 diários de campo com respectivamente 282 horas, 200 horas que contemplam as observações do serviço nos anos de 2006 e 2011, e ainda o material de reabertura do caso de 80 horas de observação e 3 Grupos de Reciclagem dos Dados (GRD), sendo os sujeitos participantes deste estudo de **Reciclagem dos Dados** 17 trabalhadores, 14 familiares e cinco usuários, foi importante a medida que permitiu acompanhar a evolução das práticas desenvolvidas no serviço ao longo destes oito anos, e o amadurecimento do serviço em termos de produção de cuidado qualificado em liberdade.

Além disso, o contato com estes atores me fez entender que construir uma sociedade sem manicômios só é possível a partir da responsabilização individual de

cada ator envolvido na saúde mental, ou seja, enquanto as pessoas não suportarem conviver com a diferença do outro e manterem a dinâmica de internação como forma de afastamento dessa diferença, o louco continuará sendo trancado, violentado, discriminado, estigmatizado. Como afirma Basaglia (1979) estamos demonstrando que é possível cuidar em liberdade, as experiências exitosas tem sido divulgadas na comunidade científica e devem servir de exemplo e seres replicadas em outras realidade.

Temos ainda muito o que avançar em termos de qualificação de cuidado nos serviços substitutivos, isto é inegável. Temos problemas de financiamento, de número de serviços, de comprometimento com a proposta, de resistência da sociedade, mas precisamos investir em divulgar caminhos que orientem a superação de alguns desses desafios. Por esse motivo este trabalho fez a opção de apresentar boas práticas, práticas que tem dado resultado na produção de cuidado à pessoas em sofrimento psíquico. Aqui penso que é importante destacar minha experiência durante o Programa de Doutorado Sanduiche no Exterior, pois pude trabalhar em um município rico em experiências de atenção ao sujeito em sofrimento psíquico fora dos espaços do manicômio, que foram de extrema influencia para o meu olhar com relação aos dados empíricos utilizados por mim do processo de análise. Assim, como aqui, lá o fechamento dos manicômios não foi um processo tranquilo, houveram resistências políticas e sociais, houveram problemas no inicio, e até hoje há resistências, mas novamente as pessoas que se comprometeram com a proposta, e acreditam nesta contra ideologia fizeram a diferença, e conseguiram fechar os manicômios naquele país.

Ao final deste trabalho que se preocupou em mostrar o que tem dado certo em termos de cuidado psicossocial, e demonstrar caminhos para fazê-lo, reafirmo a importância de outros estudo que invistam na avaliação de boas práticas em saúde mental, uma vez que estas tem o potencial de desempenhar um papel importante nas decisões que estruturam o sistema de saúde, indicando os fluxos, os entraves e os avanços em termos de organização da atenção em saúde mental, a fim de alcançar os melhores resultados na atenção ao sujeito em sofrimento psíquico.

Referências

ACIOLI NETO, de L. M.; AMARANTE, P. D. de C. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicol. ciênc. prof.**, v. 33, n. 4, p. 964-975, 2013.

ALMEIDA, P.F. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental**: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Corrêa/RJ. 2002. 130. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

ALVERGA, A. R. de; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface (Botucatu)**, vol.10, n.20, pp. 299-316, 2006.

ALVES, T. C.; OLIVEIRA, W. F. de; VASCONCELOS, E. M. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. **Physis**, vol.23, n.1, pp. 51-71, 2013.

AMARANTE, P. D. de C. Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 43-46, 1994.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995. 136p.

_____. Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade. 3ªed: Editora Fiocruz. 2012. 314p.

_____. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.120p.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. 142p.

ANDERSON, P. "As antinomias de Antonio Gramsci". In: ANDERSON, P. et al. **Crítica marxista**: a estratégia revolucionária na atualidade. São Paulo: Jorúês, 1986, p. 7-74

ANTONACCI, M. H. **Saúde Mental na Atenção Básica**: Expectativas e anseios de uma comunidade. 2009. 84f. Monografia (Bacharelado em enfermagem) – Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

ANTONACCI, M. H. **Trabalhadores do Serviço Residencial Terapêutico: atores na reconstrução da vida fora dos muros do manicômio**. Pelotas, 2011. 145p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

ANTONACCI, M. H.; PINHO, L. B de. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) mar, v.32, n.1, p.136-42, 2011.

ANTONACCI, M. H. et al. Estrutura e fluxo da rede enquanto possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. . **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 4, p. 891-8, 2013.

ARANHA E SILVA, A. L. **A construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas: saúde mental e economia solidária.** São Paulo, 2012. 175p.

ARBEX, D. **O holocausto brasileiro.** 1ªed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P. G. G. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 26, p. 64-74, 2013.

AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BALINT, M. **O médico: seu paciente e a doença.** Atheneu, 1988.

BARROS, J. O. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental:** apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado. São Paulo, 2009. [Dissertação]. Faculdade de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP, Universidade de São Paulo.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, p.815-9, 2007.

BASAGLIA, F. La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale. 1967 disponível em <http://www.triestesalutementale.it/letteratura/testi/33cospsi.htm>

_____. **Psiquiatria alternativa:** contra o pessimismo da razão o otimismo da prática (tradução Sonia Sonaiesi e Maria Celeste Marcondes). São Paulo: Editora Brasil Debates, 1979. 313p.

_____. **L'utopia della realtà.** 1ª Ed. Torino: Editora Einaudi. 2005. 327p.

_____. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Garamond, 2010. 332p.

_____. **L'istituzione negata:** rapporto da un ospedale psichiatrico. 4ª ed. Milano: Baldini&castoldi s.r.l. 2014. 380p.

BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G. W. S. **Reforma Sanitária:** Itália e Brasil. Editora Hucitec, 1988. 209p.

BEZERRA JR, B. **O cuidado nos CAPS: os novos desafios** [texto na Internet]. Rio

de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2004. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/cuida-do_nos_caps.pdf

BEZERRA, I. C. et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface** (Botucatu), v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014.

BIELEMANN, V. L. M. et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Jan-Mar; v.18, n.1, p. 131-9. 2009.

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr, 2011.

BORBA L. O.; SCHWARTZ E.; KANTORSKI L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul Enferm.** 21(4):588-94. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 1.132, de 22 de Dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, - 24/12/1903 - Seção 1, p. 5853.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conselho Nacional de Saúde. Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 466/12 – CNS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nº 12, - 13/06/2013 – Seção 1 - p.59.

_____. Ministério da Saúde. Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v.139, Nº 69, – 9/4/2001 – Seção 1 - p.2.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. 56p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Resultados Avaliar CAPS 2008 para colegiado. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Nº 251, – 30/12/2011 – Seção 1 - p.59.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** - 10, ano VII, no 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: A degradação do trabalho no século XX. 3ªed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. 1987. 379p.

BOSI, M. L. M. et al. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p. 643-651, 2012.

BUENO, F. S. **Grande Dicionário Etimológico-Prosódico da Língua Portuguesa**. São Paulo: Editora Brasília Limitada; 1974.

BULHÕES, A. B de C.; VASCONCELOS, M. de F. F.; ESCÓSSIA, L. da. Processos de Desinstitucionalização em CAPS ad como Estratégia de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p.

CAMELO, S. H. H.; et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.8, n.4, p. 30- 37, 2000.

CAMPOS, F. C. B. O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. 2000. 177p. Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva) – UNICAMP, Campinas, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.4, n.2, p. 393-403, 1999.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Sociedade e Cultura*, v. 3, n. 1 e 2, jan/dez. 2000, p. 51-74.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde*

Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G.W. S.; ONOCKO-CAMPOS, R.T.; DEL BARRIO, L.R. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, out, 2013.

CARVALHO, A. da L.; AMARANTE, P. D. de C. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. **Saúde em Debate**, v. 52, p. 74-82, 1996.

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.901-911, 2012.

CARVALHO, M. A. P. et al. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.10, p. 2028-2038, out, 2013.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1978.

CAVICCHI, I. **La sanità** . Bari: Dédalo, 2005.

CERQUEIRA, L. **Problemas Brasileiros de Saúde Mental**. Rio de Janeiro – São Paulo: Livraria Atheneu, 1984. 306p.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ed. Ática , 2000. 567p.

CHIAVERINI, D. H. et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. **Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva**, 2011.

COIMBRA, V. C. C. et al. Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.5, p.1150-6, 2011.

COMUNE DI GUBBIO. **Site da comune di Gubbio**. Disponível: <http://www.comune.gubbio.pg.it> . Acesso em 20 de agosto de 2015.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n.3, p. 705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p.29-48.

COSTA, J. F. Éticas da Psiquiatria. In: FIGUEIREDO, A. C.; SILVA, J. F. (Org.) **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

COSTA, M. da G. S. G. et al. O fenômeno da cronificação nos centros de atenção

psicossocial: um estudo de caso. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 839-851, 2014.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo asilar. In AMARANTE, P. D. C. (Org.), **Ensaio de loucura e civilização**: 1 (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz. 2000.

_____. **A instituição de saúde mental como dispositivo de produção de subjetividade**. Assis, SP: UNESP. (Trabalho não publicado). 2006.

_____. **Operadores fundamentais da atenção psicossocial: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. Tese de livre-docência, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, São Paulo. 2011.

_____. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma em saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (org). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13-41.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DELFINI, P. S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, Supl. 1, p.1483-1492, 2009.

DELLACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau. 2004. p. 161-194.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 167p.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de La atención. **Salud Públi. Méx.**, v. 35, n. 1, p. 94-7, 1993.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.205-215, 2009.

FLAMINI S., POLCRI, C. **Atti del seminario di avvio collettivo del progetto di ricerca sulla storia delle politiche psichiatriche in Umbria** / Perugia, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute. 16 aprile 2004.

_____. **Dal manicomio al territorio.** Una ricerca sulle politiche psichiatriche in Umbria dal 1960 al 1980: Il seminario di apertura. Parte II "Percorsi Umbri. Informazione antropologica della Provincia di Perugia", giugno 2005, pp. 71-74.

_____. **La ricerca sul movimento umbro di auto riforma, testo consegnato in occasione del convegno "La legge 180: le conquiste di ieri e le sfide di oggi e domani", promosso da Regione Umbria - Provincia di Perugia - Provincia di Terni - Anci - Fondazione Angelo Celli, Perugia, 25 marzo 2009, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia, documento interno.**

FLAMINI S., POLCRI, C., SEPPILLI, T. **Ricerca sui processi di autoriforma e superamento dell'istituzione manicomiale nella Provincia di Perugia (1960-1980)**, "AM. Rivista della Società italiana di Antropologia medica", n. 15-16, ottobre 2003, pp. 557-559.

_____. **Umbria:** un percorso fuori dal manicomio, in AA.VV., Oltre questo muro. Fotografie nell'ex manicomio di Foligno, "I quaderni de L'Officina della memoria", Nuova Eliografica Spoleto, maggio. 2008a, pp. 9-14.

_____. **Le Fortezze espugnate.** Idee e pratiche del rifiuto dell'Umbria alle logiche manicomiali, "Micropolis. Mensile umbro di politica, economia e cultura", anno XIII, n. 6, giugno 2008b, p. 8.

FLAMINI S.; GIACANELLI F.; POLCRI C.; SEPPILLI T. **I processi di autoriforma e superamento dell'istituzione manicomiale nella Provincia di Perugia (1960-1980).** Stato della ricerca, documento redatto in occasione dell'Incontro seminario, Ricostruzione e preservazione della memoria delle lotte per una alternativa all'istituzione manicomiale, svolto a Perugia il 16 aprile 2005.

FILIPPON, J.G. **Democracia e Conquista:** Saúde mental como Política Pública. 2009. 120p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FONSECA, T. M. G., JAEGER, R. L. **A Psiquiatrização da Vida:** Arranjos da Loucura, Hoje. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 23-40

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. Petrópolis, Vozes, 2007. 288p.

FOUCAULT, M. **A História da loucura na idade clássica.** São Paulo: Perspectiva, 2009. 551p.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.15, n2, p.345-353, abr-jun, 1999.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. Projeto Terapêutico nos Serviços Extra- Hospitalares de Saúde Mental: uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos nos serviços. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.3, p.587-598, 2012.

FURTADO, J. P. **A avaliação como dispositivo**. 2001. 282p. Tese (Doutorado). Departamento de Medicina Preventiva e Social, UNICAMP, Campinas.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.785-95, 2006.

FURTADO, J. P. et al. Participatory development of indicators for assessing mental health. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.1, p.102-110, 2013.

FURTADO, J. P.; MIRANDA, L. O dispositivo "técnicos de referência" nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, ano IX, n. 3, p. 508-524, set. 2006.

GALVANESE, A. T. C.; NASCIMENTO, A. DE F.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Arte, cultura e cuidado nos centros de atenção psicossocial. **Rev Saúde Pública**, v.47, n.2, p.360-7, 2013.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**. V.12, n.3, p.549-56. 2004.

GARUZI M et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. v.35, n2, p.144–9. 2014

GIACANELLI, F. **Nascita del movimento antimanicomiale umbro**. Perugia: Editrice Pliniana, 2014. 238p.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2010. 200p.

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO P. G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 51-8, 2012;

GRIGOLO, T. M. et al. O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.7, n.15, p.53-73, 2015.

GRUPPO RICERCA E RECOVERY. **La carta della recovery: I servizi di salute mentale e la guarigione**. Trieste, 2014. 27p.

GUBA, E; LINCOLN, Y. **Avaliação de quarta geração**. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2011. 318p.

GUEDES, A. C. **Avaliação do processo de alta dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial**. 2014. 138 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

HARTZ, Z. M. A. (org) **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>> Acesso em: 15 fev. 2013.

HICKLING, F. W.; ROBERTSON-HICKLING, H.; PAISLEY, V. Deinstitutionalization and attitudes toward mental illness in Jamaica: a qualitative study. **Rev Panam Salud Publica**, v.29, n.3, 2011.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 07 mar. 2015.

JARDIM, V. M. R., et al. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de centros de atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; v.18, n.2, p. 241-8. 2009

JOINVILLE. Site da Prefeitura Municipal de Joinville. Joinville em dados. Disponível em <https://ippuj.joinville.sc.gov.br/arquivo/lista/codigo/442-Joinville%2BCidade%2Bem%2BDados%2B2014.html>. Acesso em: 07 mar. 2015.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.16, n.7, p. 3051-3060. 2011.

KANTORSKI, L.P. (coord.). **CAPSUL** – Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: Relatório / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Ministério da Saúde. Pelotas, 2007. 437p.

KANTORSKI, L.P, et al. Fourth-generation evaluation – methodological contributions for evaluating mental health services. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 31, p. 343-55, 2009.

KANTORSKI, L.P. (coord.). **Redes que reabilitam** - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial: relatório final / Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Pelotas, 2011. 418p.

KANTORSKI, L.P. (coord.). **CAPSUL II**– Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil II: Relatório / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Ministério da Saúde. Pelotas, 2012.

KINOSHITA, R. T. **Projeto terapêutico singular**. 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1834> . Acesso em 20 mar 2015.

LACERDA, R.A. Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e reflexão na área da prevenção em saúde humana. **Rev Esc Enferm USP**; v.46, n.5, p.1237-1247, 2012.

LEÃO, A.; BARROS, S. Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.3, p.572-586, 2012.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Loucura e subjetividade. **Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 45-58, 2001.

MACHADO, R. **Danação da norma**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MANCE, E. A. **A revolução das redes**: A colaboração solidária como alternativa pós-capitalista à globalização atual. Petrópolis: Vozes, 2000. 220p.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Modelo de Matriz: ferramenta para a construção de boas práticas em saúde mental comunitária. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 118-125, 2009.

MARTINS, A. K. L. et al. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório. **J. res.: fundam. care**. jan./mar. v.7, n.1p.1905-1914, 2015.

MARX, K. **O Capital**. 5ªed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S.A. 1980. 940p.

MATUMOTO, S. et al. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.17, n.6, p. 1001-1008. 2009

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. Hucitec, São Paulo, 1996. 300p.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: OLIVEIRA, L. C de. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1994. p.117-60.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.

_____. Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.2, p.267-279, 2012.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIRANDA L.; ONOCKO CAMPOS, R. T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p.1153-1162, 2010.

MINELLI, M. **Santi, demoni, giocatori**. Una etnografia delle pratiche di salute mentale. Editora Argo, 2011.

MORORÓ, M. E. M. L. **Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial**. [Dissertação]. São Paulo, 2010. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

MURRAY, C.J.; LOPEZ, A.D. **Global health statistics**. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, (Global Burden of Disease and Injury Series, vol. II), 1996

NICÁCIO, M.F. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. 213 p. Tese (doutorado em Medicina Preventiva e Social). Universidade de Campinas. São Paulo.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. de S. Afirmação e produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.18, n. 3, p. 143-151, set./dez. 2007.

NICÁCIO, F. N.; MÂNGIA, E. F.; GHIRARDI, M. I. G. Projetos de inclusão no trabalho e emancipação de pessoas em situação de desvantagem: uma discussão de perspectivas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 16, n. 2, p. 62-66, maio./ago., 2005.

OLIVEIRA G. N. O projeto terapêutico Singular. In: Campos GWS, Guerreiro AVP (Orgs). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec; 2008, 132-53.

_____. **O projeto Terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) Previdência Social Brasileira**. Rio de Janeiro: ABRASCO/Vozes. 1986. 360p.

ONOCKO CAMPOS, R. T. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **SaúdeemDebate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 123-130, maio/ago. 2003.

ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.10, p. 2889-2898, 2013.

ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4643-4652, 2011.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p.1053-62, 2006.

PAIM, J., et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. serie saúde no Brasil. 2011.

PALOMBINI, A. de L. Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, v. 12, n. 20, p. 273-275, 2006.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D de C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.

PAOLI, N.J. **Ideologia e Hegemonia**: as condições de produção da educação. São Paulo: Editora: Cortez, 1981. 103p.

PATTON, M. Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1987. 176 p.

_____. **Utilization-focused evaluation: the new century text**. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997. 431 p.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, Ago. 2004.

PEDROZA, A. P. et al. Articulação saúde mental e economia solidária: relato de projeto de inclusão social. **Rev Rene**. v.13, n.2, p.454-62. 2012.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. **SaúdeLoucura**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **Vida Capital**. São Paulo: Iluminuras, 2009.

PEREIRA, E. C.; COSTA-ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da praxis. **Saúde Soc**. São Paulo, v.21, n.4, p.1035-1043, 2012.

PINHO, L. B. de; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P.. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 28-35, 2010.

PINHO, L. B de et al. Ideologia e saúde mental: análise do discurso do trabalhador no campo psicossocial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis. Jan-Mar; 23(1): 65-73. 2014.

PITTA, A. M. F. et al. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – Estudo da satisfação com os resultados das atividades

desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, n. 9, p. 441-52, 1995.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. Hucitec, 1994.

_____. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-89, 2011.

PÔRTO, K., F. **Elementos para uma política de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária**: contribuições de uma pesquisa qualitativa avaliativa. 2012. 257p. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade estadual de Campinas, Campinas.

PRINCE, M. et al. **No health without mental health**. **Lancet**, v. 370, p.859–77, 2007.

ROMME, M. e ESCHER, S. **Na Companhia das Vozes**. Para uma análise da experiência de ouvir vozes. Editorial Estampa, 1997.

ROSSI, F.R.; LIMA, M. A. D. L. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro **Rev Bras Enferm**. maio-jun; 58(3):305-10. 2005.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 253-271, 2014.

RIBEIRO, J. M.; INGLEZ-DIAS A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4623-4633, 2011.

ROTELLI, F. **Opening address to the WAPR Congress**. In: WORLD CONGRESS WAPR: Psychosocial rehabilitation. Paris, 2000. 5 p disponível em http://www.triestesalutementale.it/english/doc/rotelli_2001_social-enterprise.pdf

SALBEGO, M.H.; MISOCZKY, M.C. Luta antimanicomial e política de saúde mental em Alegrete (RS). **Revista HCPA**. v.25, n.1/2, p.108-16. 2005.

SANDUVETTE, V. Sobre como e por que construir,(re) construir e avaliar projetos terapêuticos nos centros de atenção psicossocial (CAPS). **Psicologia USP**, v. 18, n. 1, p. 83-100, 2007.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 19ed. Rio de Janeiro: Record, 2010.

SARACENO, B. **Discorso globale, sofferenze locali**. Analisi critica del Movimento di salute mentale globale. 1ªEd. Editora Il saggiatore, 2014. 220 p.

SARACENO, B. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v.370, p.1164–74, 2007.

SCHEIN, S.; BOECKEL, M. F. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.3, n.2, p.32-42, 2012

SEPPILLI, T. **Per un breve profilo del movimento anti-manicomiale italiano anni '60-'70**, in Paolo Lupattelli (curatore), I Basagliati, Crace (Centro ricerche ambiente cultura economia), Perugia, 2009, pp. 91-95

SILVA FILHO, J. F. et al. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no Município de Niterói – RJ – A satisfação dos usuários como critério avaliador. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 45, n. 7, p. 393-402, 1996.

_____. Avaliação de qualidade da “porta de entrada” do sistema assistencial em Saúde Mental de Niterói – RJ. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 47, n.2, p. 73-80, 1998.

SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36, n.1, p 4-9, 2002.

SINGER, P. **Vida nova para as cooperativas de trabalho**. Folha de São Paulo. 2012.

SOARES, S. R. R.; SAEKI, T. O centro de atenção psicossocial sob a ótica dos usuários. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.6, 2006.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **einstein**. V.8, n.1, p.102-6, 2010.

STACCONE, G. **Gramsci: 100 anos revolução e política**. 2ed. Petrópolis: Vozes, 1990. 115p.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v. 7, p. 113-8. 2000.

TEIXEIRA, S. M. F. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 204p.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. IN: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A de. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp.89-111.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

THORNICROFT, G; TANSELLA, M. **Boas práticas em saúde mental comunitária**. Barueri, SP: Manole, 2010.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M.; LAW, A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. **World Psychiatry**, v.7, p.2, 2008.

TRAJANO, A. R.; SILVA, R. **Humanização e Reforma Psiquiátrica**: A Radicalidade de Ética em Defesa da Vida. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2015 p. 197-214.

TOMASI, E. et al. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.807-815, abr, 2010.

YASUI, S. . A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 01, p. 1-9, 2009.

_____. Entre o cárcere e a liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. **Revista Polis e Psique**, v. 2, p. 5-15, 2013.

_____. **Entre o Cárcere e a Liberdade**: Apostas na Produção Cotidiana de Modos Diferentes de Cuidar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2015 p. 13-22.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 32, p. 27-37, 2008.

WILLRICH, J. Q. et al . Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 657-663, Jun 2013.

WETZEL C. **Avaliação de serviço em saúde mental**: a construção de um processo participativo. 2005. 290p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n. 4. p. 593-8, 2004.

WETZEL, C. et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Cien Saude Colet [Internet]**, v. 16, n. 4, p. 2133-43, 2011.

WEYLER, A. R. O hospício e a cidade: novas possibilidades de circulação do louco. **Imaginário - USP**, v. 12, no 13, 381-395, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health:** New Understanding, New Hope. World Health Report. Geneva: World Health Organization, 2001.

Anexos

ANEXO A - Termo de consentimento Livre e esclarecido – CAPSUL I

<p align="center"> Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Departamento de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Campus Cascavel) Curso de Enfermagem </p>
--	---

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA
PESQUISA (Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL", autorizando a observação, a entrevista, e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar Centros de Atenção Psicossocial (I, II, III) da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:
 Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas
 Profa. Luciane Parado Kantorski. Av Duque de Caxias 250. Bairro Fragata. Pelotas.
 RS. CEP: 96030-002. Telefone/Fax: 53-32713031. E mail: capsul@ufpel.edu.br
 HomePage: <http://ufpel.edu.br/feo/capsul>

ANEXO B – Termo de consentimento Livre e esclarecido – CAPSUL II **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA**

Estamos convidando ao Sr. (a) a participar da pesquisa intitulada "AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL - CAPSUL II", e apresentando o presente termo de consentimento livre e esclarecido caso queira e concorde autorizando o a observação e a aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo avaliar os Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná).

O presente projeto tem como objetivo avaliar a estrutura (física, recursos materiais e humanos), processo (como ocorre o trabalho e o cuidado no CAPS) e os resultados (satisfação sobrecarga). Garantimos que o nome dos sujeitos em estudo não será divulgado, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo.

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo respondendo aos questionários.

Fui igualmente informado (a) da garantia de solicitar respostas a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo. Declaro que fui informado sobre os benefícios indiretos do estudo no qual haverá contribuição na qualidade dos serviços de saúde mental. Declaro que li e compreendi o presente termo, assinando duas vias, sendo uma cópia entregue a mim e a outra com o pesquisador do estudo.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética – CAPSUL I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

OF. 074/05

Pelotas, 11 de Novembro de 2005.

Ilmo. Sr.
LUCIANE KANTORSKI

Prezada Pesquisadora;

Vimos através deste informá-lo que seu projeto de pesquisa intitulado "Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil" foi aprovado por este comitê.

Prof. José Augusto A. Crespo Ribeiro
Coordenador do CEP/FM/UFPEL

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética – CAPSULII

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER N° 176/2011

Profª Dra. Luciane Prado Kantorski e Prof. Dra. Vanda Maria da Rosa Jardim

PARECER PROJETO DE PESQUISA

Senhoras Pesquisadoras:

De acordo com a reunião deste Comitê em 21/03/2011, Ata nº 001/2011 informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: **“Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil – CAPSUL II”**.

Protocolo interno N° 017/2011

Recebeu o seguinte parecer: **APROVADO**

Pelotas, 21 de março de 2011.

Prof.ª Dr.ª Marilu Correa Soares
Coordenadora CEP-FEN-UFPel
COREN-RS 21885

ANEXO E – Carta de Aprovação do Comitê de Ética da Etapa de Reciclagem dos Dados

**FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A CONSTITUIÇÃO DE PRÁTICAS SOCIAIS DESINSTITUCIONALIZANTES NO CONTEXTO DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS BRASILEIRA E ITALIANA

Pesquisador: Luciane Prado Kantorski

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32922114.8.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 750.144

Data da Relatoria: 31/07/2014

Apresentação do Projeto:

A política de saúde mental brasileira teve muita influência da psiquiatria democrática Basagliana, a partir das experiências italianas. Neste sentido, a experiência da Itália, de 38 anos de processo de implantação de uma política de desinstitucionalização, que materializou-se na extinção dos manicômios e na constituição de uma rede de dispositivos sanitários e sociais substitutiva em muito tem contribuído para pensar a realidade brasileira. O presente projeto de pesquisa a ser desenvolvido no pós-doutorado/estágio sênior contribuirá para que a pesquisadora desenvolva um estudo sobre os processos de desinstitucionalização na realidade italiana e brasileira, experienciando o campo empírico na realidade da Itália, e consolidando a formação da pesquisadora no campo das investigações qualitativas, especialmente com relação as etapas de trabalho de campo e de análise de dados, a partir do método comparativo constante.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer os construtos teóricos que orientam a constituição das práticas sociais desinstitucionalizantes em saúde mental no Brasil e na Itália e analisar as práticas sociais desinstitucionalizantes em saúde mental no contexto de ambas as reformas.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Prof Araújo, 485 sala 301		CEP: 96.020-360
Bairro: Centro		
UF: RS	Município: PELOTAS	
Telefone: (53)3284-4980	Fax: (53)3221-3554	E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS

Continuação do Parecer: 750.144

- Identificar as boas práticas em saúde mental, orientadas pela ética da Atenção Psicossocial, presentes nas realidades estudadas.
- Analisar as melhores evidências científicas sobre boas práticas em saúde mental comunitária, no contexto nacional e internacional.
- Avaliar as experiências em termos de boas práticas em saúde mental nas realidades estudadas.
- Analisar a compreensão dos trabalhadores sobre a reunião de equipe enquanto espaço para a organização do processo de trabalho.
- Compreender como os profissionais participam da reunião de equipe, considerando aspectos relacionais, de compartilhamento dos saberes, e responsabilização conjunta.
- Identificar na percepção dos profissionais o objetivo da reunião de equipe que a consolide enquanto um espaço potencial para a gestão da micropolítica do serviço de saúde.
- Avaliar os fatores que determinam a alta dos usuários.
- Identificar os serviços da rede de saúde que dão continuidade para o acompanhamento dos usuários do CAPS na realidade de Joinville.
- Identificar as dificuldades e as facilidades no processo de alta dos usuários do CAPS na realidade de Joinville.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa envolve riscos mínimos para o sujeito.

Benefícios:

Se manifestado constrangimento do sujeito, reação emocional como choro, ansiedade ou outras mediante a coleta de dados, o sujeito será tranquilizado pela pesquisadora e se necessário poderá receber apoio psicológico no serviço de saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo estudo de caso que terá como foco de análise a realidade brasileira a partir da experiência de um município do Brasil – Joinville, e da análise da experiência italiana a partir do município de Turim – Itália. Como instrumentos de coleta de dados a pesquisa se utilizará de documentos e da observação participante, conforme o Roteiro de Orientação da Observação de Campo (APÊNDICE A). A análise

documental das regulamentações jurídicas da reforma psiquiátrica italiana e brasileira contribuirá para explicitar as influências do processo italiano na reforma brasileira, bem como seus distanciamentos, sendo útil ainda para contextualização dos locais de estudo. A observação participante compreenderá um trabalho de campo na realidade brasileira e na realidade italiana. Em

Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301
 Bairro: Centro CEP: 96.020-360
 UF: RS Município: PELOTAS
 Telefone: (51)3284-4060 Fax: (51)3221-3554 E-mail: cap.famed@gmail.com

**FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS**

Continuação do Parecer: 750.144

uma escolha intencional, foi selecionado o município de Joinville em Santa Catarina no Brasil e cidade de Turim na região de Piemonte na Itália, locais a partir dos quais se realizará a presente pesquisa. O percurso no estágio sênior além da análise dos dados da realidade brasileira a partir da inserção no grupo de pesquisa do orientador no exterior envolverá uma observação de campo ano de 2015 em Turim - Itália na pesquisa do orientador no exterior visando identificar processos de deslocamento e ruptura com a lógica manicomial em direção a desinstitucionalização. Os sujeitos deste estudo serão usuários, familiares e trabalhadores dos serviços nos quais ocorrerão a pesquisa. Serão observados 30 sujeitos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 13 de Agosto de 2014

Assinado por:
Patrícia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof Araújo, 485 sala 301	CEP: 96.020-360
Bairro: Centro	
UF: RS	Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4260	Fax: (53)3221-3554 E-mail: csp.famed@gmail.com

Apêndice

Apêndice A – Carta de autorização do coordenador da pesquisa para utilização dos dados

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Pelotas, 14 de junho de 2014

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Milena Hohmann Antonacci**, pós graduanda do curso de Pós Graduação em Enfermagem psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, está autorizada a utilizar parte dos dados coletados na pesquisa intitulada “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil - CAPSUL” primeira e segunda edição, para elaborar sua tese de doutorado intitulada “**Avaliação de Boas Práticas em saúde mental na atenção psicossocial**”. Ressalto que esta tese faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com o coordenador do projeto.

Luciane Parado Kantorski

Coordenadora do Projeto