

Paula Ferreira Moura

**O GT DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
DE SANTA CATARINA**

Florianópolis
2015

Paula Ferreira Moura

**O GT DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
DE SANTA CATARINA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial/Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Walter Ferreira de Oliveira.

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Moura, Paula Ferreira

O GT de desinstitucionalização em saúde mental de Santa
Catarina / Paula Ferreira Moura ; orientador, Walter
Ferreira de Oliveira - Florianópolis, SC, 2015.

122 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial.

Inclui referências

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2.
Desinstitucionalização. 3. Reforma Psiquiátrica. 4. Rede de
Atenção Psicossocial. I. Oliveira, Walter Ferreira de. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

**O GT DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE
MENTAL DE SANTA CATARINA**

PAULA FERREIRA MOURA

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM
SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO E REABILITAÇÃO
PSICOSSOCIAL

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira (Presidente)

Prof.^a Dr.^a Daniela Ribeiro Schneider (Membro)

Prof. Dr. Jeferson Rodrigues (Membro)

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Pereira Lopes (Membro)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a meus pais, Paulo Sérgio de Moura e Maria Lúcia M. F. Moura, por terem me dado a vida, amor, acreditado em mim e me proporcionado todas as condições para me tornar quem sou hoje. Amo vocês!

Agradeço ao Henrique Pigozzi, meu amor e companheiro, pela paciência, compreensão, carinho e dedicação nos momentos mais tensos para concluir esse trabalho. Inclusive, trabalhando e contribuindo para sua conclusão.

Agradeço às minhas amigas que ainda estão próximas a mim, mesmo eu estando tão distante. Obrigada pela compreensão.

Agradeço à minha psicóloga por me incentivar e não me deixar desistir dessa construção. Obrigada, Anne!

Agradeço ao meu orientador por me confortar nos momentos de desespero e me guiar da melhor forma.

Agradeço a todos os professores do Mestrado!

Agradeço à minha turma de mestrado, por toda construção conjunta que fizemos. Vocês contribuíram para meu crescimento e transformação.

Agradeço em especial a Girlane Peres, pelo seu carinho, atenção, dedicação e pelo grande presente que me deu no último ano. Obrigada!

Agradeço em especial aos integrantes do GT de Desinstitucionalização, por me possibilitarem essa experiência!

Desinstitucionalizar não tem fim, não tem modelo ideal, precisa ser inventado incessantemente. Trata-se de um exercício cotidiano de reflexão e crítica sobre valores estabelecidos como naturais ou verdadeiros (...) Trata-se de um outro modo de estar na vida e, como tal, de produzir práticas em saúde. Este é o desafio que enfrentamos: resistir a tudo aquilo que mutila a vida, que nos tornam subjetividades anestesiadas, sem liberdade de criação, destituídas de singularidades.

(Alex R. Alverga; Magda D. B. Dimenstein).

RESUMO

Este Relatório Técnico refere-se a um processo de intervenção, resultado da experiência de participação da autora no GT de Desinstitucionalização de Santa Catarina (SC) durante o ano de 2014 e inclui propostas para outras ações para a continuidade desse processo no âmbito do GT. Criado no ano de 2007, o GT tinha como objetivo propor e acompanhar um programa de desinstitucionalização de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos públicos do Estado. Com composição interinstitucional e intersetorial, realizou uma pesquisa para verificar as possibilidades de inserção de moradores do Centro de Convivência Santana, parte do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (antigo Hospital Colônia Santana) em um programa de desinstitucionalização. Ao final deste trabalho o GT elaborou um relatório, apontando princípios norteadores e ações prioritárias para o processo de desinstitucionalização, o qual foi entregue ao Conselho Estadual de Saúde (CES). Diante do não retorno do CES o GT se rearticulou em agosto de 2014 visando resgatar o trabalho feito e tensionar para efetivar a desinstitucionalização. O atual trabalho de conclusão de Mestrado, embora não se caracterize como de pesquisa, mas de intervenção, orientou-se por princípios de pesquisa qualitativa. Trata-se de um relato de experiência, o qual descreve o trabalho do GT, utilizando-se de Observação Participante. A autora frequentou as reuniões do GT durante um período determinado (agosto a dezembro de 2014). A inserção da autora se deu no momento de rearticulação do GT, onde assumiu o papel de participante e assistente da coordenação, que lhe proporcionou um espaço privilegiado de observação. Entre suas funções, estavam as de auxiliar sua reorganização, articular atores envolvidos, além da participação direta em ações como elaboração das atas, convites e contatos com os participantes, o que facilitou a coleta de informações necessárias para o trabalho. Este relato incorpora uma revisão teórico-conceitual, discussões sobre o desenvolvimento do processo de desinstitucionalização e a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em SC e proposições para ações futuras. A análise do processo de participação nas reuniões e na Coordenação do GT gerou em dois temas de discussão: A Rearticulação do GT e A Nova Identidade do GT. A discussão destes temas teve como pano de fundo o conceito de desinstitucionalização e as estratégias de desinstitucionalização. O GT se rearticulou e outros atores sociais passaram a integrar o grupo. Com a representatividade ampliada outras importantes pautas foram trazidas para o debate, e novas frentes de ação

foram consideradas. Com essas alterações, a identidade do GT está em processo de transformação e redefinição, assim como suas funções. As propostas apresentadas pretendem contribuir para o GT de Desinstitucionalização e, conseqüentemente, para o avanço da política de desinstitucionalização no Estado. O relato da experiência vivida pode contribuir para uma reflexão sobre a dinâmica interna do GT e para o aperfeiçoamento de seu funcionamento, não só no âmbito interno, mas também para a formulação de estratégias de articulação.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Rede de Atenção Psicossocial. Reforma Psiquiátrica.

Abstract

This technical report shows the process of intervention that resulted of the author's participation in the Deinstitutionalization Working Group of the State of Santa Catarina, along 2014 including several actions toward to accomplish the purpose and maintain the process in the working group's scope. The working group was created in 2007 and had as a purpose to give and follow the implementation of the deinstitutionalization program for inpatient people in public psychiatric hospitals in the State. With interinstitutional and intersectoral composition, it conducted a survey to verify the possibilities of participation of residents of Santana Living Center, part of the Psychiatric Institute of Santa Catarina (former Colonia Santana Hospital) in a deinstitutionalization program. In the end of this process the group produced a report, which contains the guiding principles and priority actions for the deinstitutionalization process, which was delivered to the State Board of Health. The strategies had to be changed and the working group was rearticulated in August 2014, because of the non return of the State Board of Health and, it was necessary in order to redeem the goals done and make pressure for deinstitutionalization's accomplishment. This Masters degree report, although not characterized as a strict research project, but as an intervention, is guided by principles of qualitative research, in the modality of Experience report using the Participant Observation to describe the working process. In this context, the author attended the meetings of the Working Group (WG) from August to December 2014. The author's insertion came at a time of the re-articulation of the WG and in purpose of better act as observer, the author assumed the role of participant and member of the group as a coordinating assistant, with helper functions such as articulating involved actors, besides direct participation as an observer and practical actions, such as preparation of the abstracts, invitations and contacts with the participants of the WG, which allowed privileged and direct access to information of the work done. This report also incorporates an theoretical and conceptual review, discussions regarding the development of deinstitutionalization process and the implementation of the the Network of Psychosocial Attention in this State and proposals for future actions. The results of participation in the meetings and leading the Working Group were divided into two categories of analysis: The rearticulation of the Working Group and New Identity of the Working Group. The categories' discussion had the background of the concept of institutionalization and deinstitutionalization strategies.

The new Working Group brought new participants and new social actors have joined the group and attended the meetings. New propositions and important topics were brought to the debate due the expansion of participants' representation. Besides this, new areas of action were discussed in the group and, with these changes, the identity of the group has been in transformation and definition process as well as its functions. The proposals elaborated in the extended group, have the intention to bring some contributions to the Deinstitutionalization Working Group and thus to advance the deinstitutionalization policy in Santa Catarina State. This report of lived experience may contribute to a reflection on the internal dynamics of the group and the improvement of its functioning not only at the internally level but also especially as for the formulation of joint strategies.

Keywords: Deinstitutionalization. Network of Psychosocial Attention. Psychiatric Reform.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 INTRODUÇÃO	17
3 DESENVOLVIMENTO	19
3.1 MARCO TEÓRICO	19
3.1.1 Institucionalização e Desinstitucionalização	19
3.1.1.1 Instituições Totais e de Violência: Institucionalização e suas Consequências.....	19
3.1.1.2 Desinstitucionalização.....	23
3.1.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil e suas dimensões	26
3.1.2.1 Dimensões da Reforma Psiquiátrica.....	27
3.1.2.3 Desafios Atuais da Reforma Psiquiátrica	32
3.1.3 A Política de Saúde Mental	37
3.1.3.1 As Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	37
3.1.3.2 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	38
3.1.4 O Plano Operativo da RAPS-SC e Planos de Ação Regionais	48
3.1.4.1 A Implantação da Rede em Santa Catarina	49
3.1.4.2 Desinstitucionalização e Serviços Residenciais Terapêuticos...52	
3.1.4.3 Os Serviços Residenciais Terapêuticos a serem implantados ...58	
3.2 EXECUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	59
3.2.1 Objetivo	59
3.2.2 Método	59
3.2.2.1 Natureza do Trabalho	59
3.2.2.2 O Trabalho de Campo	60
3.3 RELATO DA EXPERIENCIA	62
3.3.1 O GT Desinstitucionalização	62
3.3.2 A Experiência	65
3.3.3 O Relato das Reuniões	67
3.4 DISCUSSÃO.....	77
3.4.1 Tema 1: a Rearticulação do GT	77
3.4.1.1 Discussão: Desinstitucionalização e Articulação de Atores Sociais	78
<i>3.4.1.1.1 Os Atores da Desinstitucionalização</i>	<i>79</i>
3.4.1.1.1.1 Controle social - Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina	80
3.4.1.1.1.2 Grupo de condução estadual da RAPS	85
3.4.1.1.1.3 Assembleia Legislativa de Santa Catarina – ALESC	95
3.4.1.1.1.4 Ministério Público Federal, Estadual e Judiciário	97
3.4.2 Tema 2: Identidade do GT	98

3.4.2.1 O GT e as políticas sociais	98
3.4.2.2 Rumos do GT	101
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS.....	109

1 APRESENTAÇÃO

A Portaria Normativa nº 7, de 22 de junho de 2009, dispõe sobre o Mestrado Profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. O Mestrado Profissional (MP) enfatiza a habilitação de profissionais para desenvolver atividades e trabalhos técnico-científicos em temas de interesse público, a fim de atender demandas sociais, organizacionais ou técnicas e do mercado de trabalho. Prioriza pesquisas com aplicações práticas e disseminação e transferência de conhecimento para a sociedade, com vistas a atender demandas específicas, bem como o desenvolvimento e a promoção de articulação entre formação profissional e diversas instituições (BRASIL, 2009).

Também é previsto que a produção do trabalho final poderá ocorrer em diferentes formatos, diferentemente do mestrado acadêmico, no qual se aceita apenas uma forma, a dissertação. No caso do MP, são previstos, além da dissertação, revisão sistemática e aprofundada da literatura, artigo, patente, registros de propriedade intelectual, projetos técnicos, publicações tecnológicas; desenvolvimento de aplicativos, de materiais didáticos e instrucionais e de produtos, processos e técnicas; produção de programas de mídia, editoria, composições, concertos, relatórios finais de pesquisa, softwares, estudos de caso, relatório técnico com regras de sigilo, manual de operação técnica, protocolo experimental ou de aplicação em serviços, proposta de intervenção em procedimentos clínicos ou de serviço pertinente, projeto de aplicação ou adequação tecnológica, protótipos para desenvolvimento ou produção de instrumentos, equipamentos e kits, projetos de inovação tecnológica e produção artística (BRASIL, 2009).

Apresentado como trabalho de conclusão do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, este Relatório, de caráter propositivo, refere-se a um processo de intervenção baseado na participação da autora no Grupo de Trabalho (GT) de Desinstitucionalização de Santa Catarina. Para melhor entendimento desse processo, será inicialmente contextualizado o caminho desenvolvido e a relação que estabeleci com este GT.

Desde a seleção para o mestrado, tinha como objetivo estudar o processo de desinstitucionalização, especificamente o dos moradores do Centro de Convivência Santana (CCS), ligado ao Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq-SC), instituição a qual ainda mantém características asilares, com cerca de 200 pessoas ali residentes. Dessa forma, tanto o anteprojeto para o processo de seleção do Mestrado,

como o projeto aprovado pela banca de qualificação e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) tinham como objetivo de estudo a desinstitucionalização dos moradores do CCS, a partir da ótica dos profissionais que atuam naquela instituição.

Neste estudo, em particular, alguns problemas ocorridos no decorrer da pesquisa também contribuíram para a alteração de seus objetivos. Um deles foi a greve dos servidores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) o que interferiu nos trabalhos do CEPSH dessa Universidade. A terceira versão do projeto, em atendimento às demandas do CEPHS-UFSC, ocorreu em fevereiro de 2014, mas a aprovação foi dada apenas em julho, o que atrasou consideravelmente o trabalho. Contudo, naquele período, uma aproximação com o campo foi iniciada. Embora não se conduzissem as entrevistas previstas no projeto inicial, foram realizadas visitas à instituição (IPq) e contatos com um profissional do serviço de psicologia, o qual concordou em apresentar a instituição e repassar algumas informações. Essa aproximação propiciou questionamentos sobre o objeto de estudo.

Nesse percurso, verificou-se que entre 2007 e 2010 um Grupo de Trabalho, o GT de Desinstitucionalização de SC, já havia realizado uma ampla pesquisa, visando à desinstitucionalização dos moradores do CCS/IPq e do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP), tendo sido produzido um documento contendo diretrizes para a desinstitucionalização, o qual foi entregue para o Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina (CES). O grupo jamais recebeu retorno do CES, e a desinstitucionalização, passados quase quatro anos, não avançou.

O interesse de estudo foi então modificado. Passei a questionar os motivos pelos quais o processo de desinstitucionalização não avançou em Santa Catarina, apesar dos esforços de um grupo qualificado de profissionais em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde e com o CES. Por que o trabalho produzido por este grupo foi ignorado e esquecido?

Simultaneamente, algumas pessoas que integravam o antigo GT, entre eles o orientador deste estudo, demonstraram interesse em rearticulá-lo. Nesse contexto, e a partir dessas circunstâncias, foi sendo delineado este estudo. O objetivo passou a ligar-se ao acompanhamento do processo de rearticulação do GT, aproveitando a oportunidade de uma visão interna, de uma participação direta, compreendendo o GT como um espaço potencial para contribuir com o processo de

desinstitucionalização, um dos pilares conceituais e uma práxis essencial para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica em Santa Catarina.

2 INTRODUÇÃO

O Colegiado Estadual de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, órgão consultivo, criado no ano de 2005, com função de assessorar a Coordenação Estadual de Saúde Mental, propiciou a instauração do GT de Desinstitucionalização de Santa Catarina, por meio da Portaria Estadual 398/SES, de 31/07/2007. Esse GT, inicialmente, tinha como objetivo propor e acompanhar a implementação de programa de desinstitucionalização de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos públicos do Estado, com constituição interinstitucional e intersetorial, incluindo representantes de várias entidades ligadas diretamente à atenção à saúde mental ou a organizações para as quais se estende o trabalho de atenção psicossocial. Contou com uma ampla composição de instituições e organizações da sociedade civil, além de órgãos do governo. O GT realizou uma pesquisa para verificar as possibilidades de participação de moradores do CCS em um programa de desinstitucionalização. A partir disso, elaborou um relatório, o qual reflete o trabalho de todos os envolvidos no GT, desde sua criação, absorvendo os dados fornecidos pelo projeto de avaliação e mirando uma participação ampla de diversos atores sociais necessários ao processo de desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental no Estado de Santa Catarina. No referido documento, consta o que o Grupo propõe, os princípios norteadores e ações prioritárias para o processo de desinstitucionalização, os quais estão em conformidade com o que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O relatório do GT foi encaminhado e apresentado para o Plenário do Conselho Estadual de Saúde, que comprometeu-se a dar um retorno para o GT após apreciação do trabalho pela comissão de saúde mental do colegiado. Contudo, o GT não teve um retorno dessa ação.

Diante disso, o GT se rearticulou em 2014, a fim de buscar sua reativação formal, como importante espaço de discussão e formulação de propostas referentes à desinstitucionalização de pessoas que ainda se encontram nos hospitais especializados do Estado, bem como o que foi feito no que se refere às propostas elaboradas, as quais se encontram no relatório final do GT.

Somado a isso, a Política de Saúde Mental no Brasil está vivendo um momento de transformação, no qual a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em todos os estados da federação, é uma realidade. Em Santa Catarina foi elaborado um plano para implantação

da RAPS, no qual, além de outras ações, constam aquelas necessárias para que a desinstitucionalização aconteça.

O objetivo desse trabalho foi prático, ou seja, ao final do período de quatro meses (agosto a dezembro de 2014) foi elaborado um relatório técnico, o qual pretende subsidiar ações futuras do GT. Para isso, pretende-se compreender o papel do GT de desinstitucionalização no processo de desinstitucionalização em SC, verificar os limites, dificuldades e potencialidades, internos e externos, para a concretização do processo de Desinstitucionalização e subsidiar a superação do modelo asilar, por meio do levantamento de dados que possam servir para uma discussão pública sobre a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos.

A minha inserção nesse processo se deu no momento da rearticulação do GT, assumindo a função de auxiliar sua reorganização, articular os atores envolvidos, além de participar diretamente como observadora e em ações práticas, como elaboração das atas, convite e contatos com os participantes do GT, o que possibilitou acesso privilegiado e direto às informações do trabalho realizado.

A apresentação de um relatório técnico é dividida em três partes: introdução, desenvolvimento e considerações finais (ABNT, 2009). Neste trabalho, o desenvolvimento foi subdividido em quatro partes. A primeira apresenta o marco teórico do trabalho que utiliza os conceitos de institucionalização e desinstitucionalização, a construção da atual política nacional de saúde mental do Ministério da Saúde, principalmente no que se refere à redução de leitos psiquiátricos e quais medidas foram, são e serão adotadas tanto em nível nacional como estadual, e a Rede de Atenção Psicossocial, focando no plano operativo de implantação dessa no Estado de Santa Catarina, no que se refere aos dispositivos de desinstitucionalização.

A segunda parte apresenta a intervenção. Na terceira parte consta o relato da experiência e das reuniões. A quarta apresenta resultados obtidos a partir da participação no GT de Desinstitucionalização e a discussão dos resultados. Por fim, são feitas as considerações finais, nas quais há propostas de ações.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 MARCO TEÓRICO

3.1.1 Institucionalização e Desinstitucionalização

3.1.1.1 Instituições Totais e de Violência: Institucionalização e suas Consequências

Goffman (2001) define uma instituição total como um local de residência e trabalho, em que um grande número de indivíduos em situação equivalente, afastados da sociedade por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada. Assim, o aspecto central dessas instituições pode ser descrito como a ruptura das barreiras que separam três esferas da vida de um indivíduo: estar num mesmo local e sob autoridade única; atividades diárias realizadas com um grupo relativamente grande de pessoas (tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto); e todas as atividades diárias são duramente estabelecidas.

Franca Basaglia (1985), baseando-se no trabalho de Goffman, afirma que uma instituição total é um lugar onde um grupo de pessoas é condicionado por outras, sem possibilidade de escolhas e de estilos de vida. Nesse sentido, estar em uma instituição total significa estar à mercê do controle, julgamento e dos planos de outras pessoas, sem qualquer possibilidade de intervir e interferir no funcionamento da instituição.

Franco Basaglia (2005) afirma que o doente¹, ao ingressar no hospital, entra em uma nova dimensão de vazio emocional (institucionalização). Apesar desse local ter sido construído para tratamento, o que realmente se encontra é um espaço que extermina a singularidade, um lugar de objetivação. Se a doença mental, em sua própria origem, é a perda da individualidade e da liberdade, no manicômio o doente não encontra outra coisa senão o espaço onde se verá definitivamente perdido, transformado em objeto pela doença e pelo ritmo do internamento. A vida em um asilo é articulada por um

¹ Foram mantidos, nesse trabalho, os termos doente, doença e doença mental utilizados por Franco Basaglia. Faz-se necessário contextualizar que a utilização desses termos pelo autor se dá em um determinado período histórico de construção e mudança de paradigma de compreensão do fenômeno do sofrimento psíquico. Tais termos não são utilizados no momento atual.

esquema institucionalizante. O doente mental, ao ser institucionalizado no asilo, é objetivado nas próprias regras que o determinam, em um processo de diminuição e de restrição de si, que nem sempre é reversível (AMARANTE, 1996).

Contudo, isso não ocorre apenas nas instituições manicomiais. As instituições na sociedade estão baseadas em uma divisão de papéis, ou seja, na divisão do trabalho, sendo caracterizadas pela divisão dos que têm poder e os que não têm; essa subdivisão dos papéis representa a relação de abuso e violência entre poder e não-poder. Dessa forma, a violência e a exclusão estão na base de todas as relações em nossa sociedade (AMARANTE, 1996).

O hospício, como uma instituição de violência e poder, produz a objetivação das pessoas, tornando-as todas iguais, sendo irrelevantes suas histórias, culturas e sofrimentos. Tal objetivação é vista posteriormente pela psiquiatria como sendo o curso natural da doença, não considerando como possíveis consequências da institucionalização (AMARANTE, 1996).

A psiquiatria positivista, ao objetivar o homem em síndromes, originou consequências por vezes irreversíveis para o doente mental ao admitir como um grupo para além do humano, por meio de uma ciência que precisava separar, afastar, recusar e excluir aquilo que não consegue compreender (AMARANTE, 1996).

Essa ação da psiquiatria está em consonância com a sociedade moderna, que se estrutura em torno das diferenças culturais, de classe, econômica e em sistemas competitivos, criando incoerências internas, portanto, inventando a necessidade de negar e afirmar a objetualização da subjetividade (BASAGLIA, 2005).

A sociedade, ao excluir e rejeitar alguém em função de raça, cor, doença, só pode explicar isso pelo anseio do homem de eliminar parte de si mesmo de que receia. Perante seus medos e as responsabilidades que deve assumir, há uma tendência do ser humano em objetar no outro parte de si que não sabe conter e suportar. Nesse sentido, a negação do outro pode ser compreendida como uma forma de negar a si mesmo (BASAGLIA, 2005).

Uma diminuição de processos de exclusão pode ser observada, em parte, em função da conscientização dos excluídos do papel que cumprem diante da organização social. Porém, com relação ao doente mental, isso não é possível, tendo em vista a dificuldade da tomada de consciência desse papel, pois não é possível que faça a diferenciação do tanto que seu estado se deve à doença ou à exclusão. O conhecimento que tem de si e de sua doença é o que lhe foi conferido pela sociedade e

pela psiquiatria. Nesse sentido, contestações e renúncias de sua parte serão conferidas ao caráter doente. A exclusão é consequência da incompreensão do doente mental, do caráter de objeto de estudos dado a ele, da periculosidade representada por ele (BASAGLIA, 2005).

Assim, é impossível para o doente mental realizar oposição a quem o exclui, em função da avaliação que qualquer ato seu é restrito e definido pela doença. Contudo, é imprescindível a tomada de consciência de sua rejeição, renúncia e exclusão para que possa sair do seu estado de institucionalização. E é a psiquiatria, no seu duplo papel médico e social, que tem condições de revelar ao doente o que é a sua doença e o que a sociedade lhe fez ao excluí-lo (BASAGLIA, 2005).

A sociedade, ao impor ao doente a exclusão e isolamento, acaba por determinar o completo extermínio deste. Dentro das instituições psiquiátricas, a psiquiatria clássica resolveu negativamente o problema do doente mental, pois ao excluí-lo do contexto social, excluiu sua própria humanidade (BASAGLIA, 2005).

As instituições psiquiátricas que surgiram para tratar e proteger o doente produzem o que Franco Basaglia denominou de regressão institucional, uma vez que a exclusão e o isolamento da loucura serviram para proteger o sãos dos excessos e da periculosidade do louco, para que não invadissem os espaços sociais, objetivo ainda hoje válido (BASAGLIA, 2005).

Ao ingressar em um espaço institucional, os doentes e excluídos são forçados a renunciar o que ainda possuem de vida e subjetividade, para garantir o bom funcionamento da instituição. Esse processo é o que Goffman (2001) denominou de carreira moral do institucionalizado. Cumprindo algumas etapas iniciadas pela gradativa perda de interesses, restrição de si, perda de vínculos com o mundo exterior e com sua história de vida, é movido pelas regras institucionais, humilhado, mortificado, inferiorizado, assim, perde sua individualidade (GOFFMAN, 2001; BASAGLIA, 2005).

A imposição coercitiva e autoritária da institucionalização produz uma superposição de uma doença à doença original, por vezes confundindo-as. Apatia, desinteresse, letargia, submissão, domesticação são consequências de uma gradativa e artificial adaptação do paciente a um poder exercido dentro da instituição (BASAGLIA, 2005).

Denominada institucionalização total por Goffman, neurose institucional por Burton, social *break-down syndrome* pelos americanos, tais conceitos significam uma forma de regressão que se sobrepõe à doença original em indivíduos frágeis ou doentes, exterminando sua individualidade pela vida na instituição, constituindo-se em um conjunto

de síndromes que por vezes pode ser confundido com os sintomas da própria doença (BASAGLIA, 2005).

Franco Basaglia (2005) afirma sobre a necessidade de colocar entre parênteses a doença e sua classificação, a fim de procurar a essência do fenômeno e enfrentar cientificamente o problema do doente mental. Não negando a doença mental como um problema social, busca refletir sobre as dificuldades da sociedade de não conseguir lidar com seu problema, a qual encontrou na exclusão a resolução daquilo que lhe é incompreensível e perigoso, focando na garantia de sua proteção e manutenção da ordem.

À psiquiatria foi conferido um mandato social, uma dupla função, a de defender a sociedade do incômodo que o doente representa e tratar o doente. Os locais de tratamento isolaram os doentes e ao psiquiatra dada a função de tutela, protegendo e defendendo a sociedade (BASAGLIA, 2005).

A habituação do doente à instituição acarreta a aceitação de um corpo que não é seu, comportamentos, pensamentos e gestos que não são seus. É agora um corpo institucionalizado, um corpo enfermo, dominado, contido e encarcerado em um rótulo, que por uma razão psicopatológica haverá sempre uma explicação científica para seus atos. Assim, a liberdade perdida em função da doença, a coisificação, fruto da ação da psiquiatria, acaba sendo agravada por esse corpo adquirido da instituição, que nega desejos, ações, autonomia, passando a ser um corpo habituado na instituição e parte integrante das estruturas físicas desse (BASAGLIA, 2005).

Com a introdução dos fármacos, apesar de institucionalizantes, foi possível distinguir danos causados pela doença daquelas consequentes da institucionalização, demonstrando aos psiquiatras que estavam diante de um homem doente e não de uma doença, o que tornou impossível manter a exclusão para proteger uma sociedade que teme esse ser humano. Destarte, passou a ser necessário alterar a relação entre médico, equipe e doente, haja vista a impossibilidade de sua ação continuar sendo baseada na tutela, força, coerção e objetivação (BASAGLIA, 2005).

Franco Basaglia considera necessárias algumas atitudes. A primeira, refere-se a estimular no excluído/institucionalizado um sentimento de oposição ao poder que até então o determinou e institucionalizou. A tomada de consciência de sua posição de excluído o levará à conquista de sua liberdade. A segunda, apesar de muito difícil, relaciona-se à desmontagem das regras, instituições e preconceitos que há séculos determinam a vida da sociedade. É necessária uma radical

transformação nas estruturas sociais que criaram e mantêm a distância entre o são e o doente (BASAGLIA, 2005).

A desmontagem não se refere à negação da doença, mas sim, desmontar as estruturas que os sintomas estavam ligados, tornando possível observar como muitos dos sintomas desaparecem, ou seja, como esses eram produtos da institucionalização, e assim, é possível considerar o núcleo da doença original (BASAGLIA, 2005).

3.1.1.2 Desinstitucionalização

As contradições observadas por Franco Basaglia das experiências de reformas psiquiátricas mundiais, principalmente nas comunidades terapêuticas e na psicoterapia institucional, possibilitaram início de reflexões acerca da real possibilidade das reformas iminentemente asilares. Também, a desinstitucionalização que imprime as bases teórico-metodológicas do projeto de transformação proposto por ele na Itália, nortearam as transformações no Brasil (AMARANTE, 1996).

Baseando-se nas propostas da fenomenologia de Hegel, nos trabalhos de Foucault e Goffman, os quais são referências marcantes para uma proposta de um projeto de desconstrução do saber e das instituições psiquiátricas, Franco Basaglia propõe a negação da psiquiatria como ideologia, o que supera a rejeição político-ideológica da aceitação do construto da doença mental (AMARANTE, 1996).

Basaglia (1968 apud AMARANTE, 1996, p. 72-73) afirma ser necessária a negação da instituição manicomial; da psiquiatria enquanto ciência; do doente mental como resultado de uma doença incompreensível, do papel de poder puro da psiquiatria em relação ao doente; do seu mandato social, exclusivamente de custódia; do papel regressivo do doente, colocado junto à cultura da doença; a negação da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição.

Para Basaglia, os primeiros passos para a desinstitucionalização consistem na desconstrução do paradigma problema-solução, no envolvimento e mobilização do tecido social envolvido nesse processo. A mudança da psiquiatria significa a mudança da instituição e sua prática, só assim será possível a mudança do saber psiquiátrico. Nesse sentido, a proposta de Franco Basaglia não se restringe ao hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1996).

O princípio proposto por ele, de colocar a doença mental entre parênteses, diz respeito à inversão da lógica posta pelo saber

psiquiátrico. Essa operação epistemológica concerne uma inversão dialética; a psiquiatria isolou o doente e o colocou entre parênteses, para ocupar-se das definições abstratas de uma doença, sintomas, colocar a doença (o fenômeno) entre parênteses para ocupar-se da existência do sujeito e de seu sofrimento. Tal inversão/negação consiste em uma redução fenomenológica, que se baseia na ideia de que o fenômeno não existe em si, sendo construído pelo observador e um construto da ciência, existindo apenas na inter-relação com o observador. Dessa forma, colocar a doença entre parênteses significa denúncia e ruptura epistemológica do duplo da doença mental, ou seja, do que não é próprio de estar doente, mas de estar e ser institucionalizado, abrindo campo de possibilidades de um outro tipo de conhecimento sobre o estar doente (AMARANTE, 1996).

Franco Basaglia, de acordo com Amarante (1996), entende por duplo da doença as construções realizadas em torno do internado em termos institucionais. É a expressão institucional da doença mental, em função da negação da subjetividade e identidade do doente, ocorrida em função da objetivação das pessoas em objeto de saber. As maneiras construídas de tratar estão relacionadas ao objeto e não à pessoa, possibilitando a construção de noções como periculosidade, irrecuperabilidade, incompreensibilidade. Para desconstruir o conceito de doença mental é necessário identificar e romper esse duplo para então ser possível encontrar o sujeito que foi escondido.

A ideia de desinstitucionalização, proposta por Franco Basaglia, baseia-se nas noções de institucionalização e poder institucionalizante, alertando para o caráter danoso, e não terapêutico da institucionalização, passando essa a ser um novo problema (AMARANTE, 1996).

Para Basaglia (1982 apud AMARANTE, 1996, p. 84), institucionalização significa:

O complexo de “danos” derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia no princípio de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem às regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e restrição do Eu, o induz a um vazio emocional.

Por poder institucionalizante entende o conjunto de forças e aparatos institucionais que ocorrem quando:

O doente, fechado no espaço agosto de sua individualidade perdida, oprimido pelos limites impostos pela doença, é forçado, pelo poder institucionalizante da reclusão, a objetar-se nas regras próprias que o determinam, em um processo de redução e de restrição de si que, originalmente sobreposto à doença, não é sempre reversível (BASAGLIA, 1982 apud AMARANTE, 1996, p. 85).

É a partir dessa compreensão que será construída a trajetória da transformação proposta por Franco Basaglia, ou seja, a luta contra a institucionalização do ambiente externo, que está relacionada à transformação na forma com que a sociedade lida com a loucura; e a luta contra a institucionalização completa do corpo hospitalar, que propõe reflexão acerca do papel do técnico, da ciência e das instituições (AMARANTE, 1996).

Nesse sentido, a desinstitucionalização não se refere apenas ao hospital psiquiátrico, pois ele não é a única instituição psiquiátrica. É um processo que se refere ao conjunto de saberes e práticas da psiquiatria, e deve ocorrer em dois níveis, no teórico e político, os quais se referem à problemática da psicopatologia (dialética e não ideológica) e a problemática da exclusão, estigmatização social, que está relacionada à ação teórico-prática. Assim, é definido o norte do trabalho na Itália, o qual irá propor a invenção de novas formas e estruturas de assistência e terapêuticas (AMARANTE, 1996).

Seguindo a lógica dos psiquiatras italianos, que trabalham com a hipótese que o mal obscuro da psiquiatria foi ter separado um objeto fictício, ou seja, a doença, da existência global, complexa e concreta dos pacientes e do corpo social, construído a partir dessa separação, um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos (instituição), desinstitucionalizar significa desmontagem desse conjunto, sendo o manicômio apenas um deles, para então ser possível retomar o contato com a existência do paciente (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) analisam a desinstitucionalização ocorrida na Itália, diferenciando-a das reformas ocorridas nos EUA e em outros países da Europa, pois ao tentarem

realizar a desinstitucionalização, apenas atingiram desospitalização. Para alcançar a desinstitucionalização, o primeiro passo, conforme já explicitado, deve ser a desmontagem da relação problema-solução, colocada pela psiquiatria como ciência racionalista. É a partir da renúncia dessa solução que será possível uma mudança profunda e duradoura, a qual atingirá o conjunto das ações e interações institucionais.

A direção adotada é de uma intervenção prática que remonte à cadeia das determinações normativas, das definições científicas e das estruturas institucionais, por meio das quais o problema/doença mental assumiu aquelas formas de existência e expressão. Portanto, a transformação institucional reorienta de forma global, complexa e concreta a terapêutica (solução). Nesse sentido, desinstitucionalização é a transformação que, começando pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar e remontar o problema (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

A mudança do objeto, de doença para existência de sofrimento das pessoas e sua relação com o corpo social, a desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição. O paradigma fundante das instituições deve ser rompido pela ruptura do rigor mecanicista, característica do processo de doença, acarretando na reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase desloca-se do processo de cura para o projeto de invenção de saúde e reprodução social do paciente, produção de vida, de sentido, de sociabilidade de utilização dos espaços coletivos e convivência (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

A desinstitucionalização na Itália, evidenciada pelo trabalho realizado em Trieste, é reconhecida com uma experiência de reforma psiquiátrica eficiente. Inovadora, por ir além da crítica, buscou construir soluções para o cuidado com a loucura, para além da exclusão, que não constituem um fim em si mesmo, mas sim, um processo de inovação e invenção (AMARANTE, 1996).

3.1.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil e suas dimensões

Baseada nos pressupostos da desinstitucionalização italiana observa-se vários dos seus aspectos na Reforma Psiquiátrica Brasileira. A Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo, que se caracteriza pela ruptura dos alicerces epistemológicos do saber psiquiátrico, produção de saberes e práticas que se solidificam na formulação e concepção de instituições e formas de cuidado e atenção a

pessoa com sofrimento psíquico, objetivando a construção de um novo lugar social para a loucura. Dessa forma, não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias; torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Assim, constitui-se um processo ético-estético de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. (AMARANTE, 2009; YASUI, 2010).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica se constitui um campo heterogêneo, composto por diversos atores sociais, marcado por conflitos e tensões. Para sua compreensão, inúmeros trabalhos contemplam seu percurso na história, que tem início na década de 70. O presente trabalho não pretende realizar esse percurso histórico, pois o objetivo é contextualizar as conquistas nesses 30 anos e os desafios existentes na atualidade, relacionados ao objeto deste estudo, a desinstitucionalização (YASUI, 2010).

Caracterizada como um processo social complexo, a Reforma Psiquiátrica abrange quatro dimensões que se interrelacionam, são elas: dimensão teórico-conceitual (epistemológica), jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural (AMARANTE, 2009; YASUI, 2010).

Não se pode negar que, no momento atual, a Política Pública de Saúde Mental no país está implantada e em processo de consolidação. Contudo, seria ilusório pensar que tal processo está acabado. Nesse sentido, muito ainda há que se caminhar e a reforma impõe grandes desafios. Partindo das dimensões propostas por Amarante, pode-se refletir acerca do que consistem hoje objetivos, desafios e lutas para o avanço da Reforma Psiquiátrica.

3.1.2.1 Dimensões da Reforma Psiquiátrica

Iniciamos a discussão pela dimensão teórica-conceitual ou epistemológica, por considerarmos que essa é a dimensão que norteia e embasa toda a construção e transformação de uma lógica manicomial para uma lógica psicossocial, haja vista que a Reforma Psiquiátrica pressupõe uma ruptura do modelo baseado na lógica manicomial, não apenas de tratamento da loucura, mas de visão de mundo, ciência, sociedade.

A dimensão referente ao campo epistemológico está relacionada à produção de conhecimentos que fundamentam e autorizam o saber/fazer médico-psiquiátrico. Assim, remete a repensar, desconstruir e reconstruir vários conceitos, como o conceito da alienação mental

(posteriormente denominada doença mental e, atualmente, transtorno mental) e o conceito de cura (relacionado ao princípio de normalidade), suscitando a reconstrução/invenção de um novo marco teórico e novos operadores conceituais (AMARANTE, 2003; 2008).

Não se trata apenas de uma mudança de olhar para o mesmo objeto, mas sim de uma ruptura epistemológica e de produção de conhecimento sobre as relações a serem feitas e construídas; produção de novos conceitos para novos problemas e objetos. A Reforma Psiquiátrica, em um contexto de crítica ao paradigma científico e de sua racionalidade, expõe uma ruptura como o modo psiquiátrico de olhar e compreender a experiência humana, chamada de loucura (AMARANTE, 2009; YASUI, 2010).

A psiquiatria nasceu em um contexto epistemológico em que a ciência perseguia uma verdade, por meio da produção de um saber positivo, neutro e autônomo e em uma realidade que era um dado natural, possível de ser apreendido, mensurado, descrito e revelado. Nesse sentido, o saber psiquiátrico contribuiu significativamente para a construção do aspecto conceitual do fenômeno loucura, das práticas de tratamento e consolidação de um imaginário social dela (AMARANTE, 2009).

A psiquiatria, confrontada com uma realidade a partir da superação dualista cartesiana, coloca que o homem se revela como objeto em um mundo objetual, mas simultaneamente sujeito de todas as possibilidades. Essa premissa pode explicar a crise de uma ciência que, em vez de se ocupar do doente mental na sociedade em que vive, construiu gradativamente uma imagem ideal do homem, de modo a garantir a validade científica de entidades mórbidas, na qual havia encenado os respectivos diagnósticos (BASAGLIA, 2005).

A construção do conhecimento psiquiátrico, a partir do paradigma fundante dicotômico do racionalismo científico moderno, levou ao estabelecimento de dicotomias, saúde/doença, normal/patológico, havendo uma supremacia do biológico em detrimento à complexidade do ser humano (existir, social, espiritual, entre outros). A Reforma Psiquiátrica rompe com essa dicotomia e propõe colocar o ser humano no centro, rompendo com a visão biologicista reducionista (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

A Reforma Psiquiátrica propõe uma ruptura com a racionalidade psiquiátrica, uma vez que não considera o sofrimento humano como objeto simples da doença mental. Nesse sentido, vai ao encontro com o paradigma da complexidade, por não considerar verdades absolutas, lidando com incertezas e desafios, dialogando com vários

conhecimentos que possam contribuir para o cuidado do sofrimento, buscando criar maneiras diferentes e alternativas de olhar, escutar e cuidar (YASUI, 2010).

A mudança paradigmática está calcada pela crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria. E é sob esse prisma que o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira se inspira. No final da década de 1970, as ideias de Franco Basaglia chegam ao Brasil, sobretudo em função da repercussão internacional do processo italiano que englobou a desativação do hospital de Gorizia, a experiência de Trieste, a criação da psiquiatria democrática e de redes alternativas à psiquiatria e, posteriormente, a promulgação da Lei 180, na Itália, conhecida como Lei Basaglia. O movimento pela reforma psiquiátrica busca transformações qualitativas no modelo de saúde e não apenas pressupõe uma reorganização administrativa (AMARANTE, 1995; YASUI, 2010).

Já discutido anteriormente, Franco Basaglia impunha críticas à forma como a psiquiatria tradicional propunha o estudo das doenças mentais, colocando o homem entre parênteses, ressaltando a necessidade de superar tais conceitos. Portanto, invertendo essa lógica, sua proposta é que a doença seja colocada entre parênteses, para então se ater aos sujeitos que experenciam o sofrimento, objetivando, assim, não reduzir o sujeito à doença. Ao fazer isso, Basaglia propôs uma inversão da lógica da racionalidade positivista da psiquiatria, definindo uma importante demarcação epistemológica do saber psiquiátrico construído em torno de definições abstratas da doença, que reduziram o sujeito a um conjunto de sinais e sintomas, passíveis de categorização, acarretando questões éticas e políticas. Dessa forma, o isolamento e tratamento moral não fazem sentido, uma vez que o olhar é para o sujeito em sua totalidade. Franco Basaglia indica a desconstrução do Manicômio, compreendida como desmontagem da lógica teórico-conceitual e institucional de saberes e práticas desse (AMARANTE, 1995, 2008).

A partir dessa perspectiva, a Desinstitucionalização, cunhada no contexto da experiência Italiana, tem intensa influência na Reforma Psiquiátrica no Brasil, constituindo-se marco teórico-conceitual dessa. Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) pontuam que a questão não são os manicômios, mas sim a loucura. Destacam o equívoco de a crítica institucional estar toda voltada para os manicômios, reduzindo o problema à humanização desses, a eliminação de uma violência adicional e supérflua.

Nesse sentido, a instituição a ser negada refere-se a esse conjunto de aparatos que devem ser desmontados (desinstitucionalizados). Dessa forma, os autores referem que a desinstitucionalização que se quer é a mudança do objeto da psiquiatria, deixando de ser a doença e a periculosidade, passando a ser a existência-sofrimento das pessoas e sua relação com a sociedade. A constituição de instituições pela psiquiatria ocorreu por essa separar um objeto fictício - a doença - da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade. O desmonte e a negação de tais instituições se fazem necessários para retomar o contato com a existência das pessoas enquanto existência. Assim, o objeto do projeto de desinstitucionalização é a ruptura do paradigma que fundou tais instituições, o paradigma clínico, e a ruptura também da relação mecânica causa-efeito, criada pela ciência positivista, na análise da constituição da loucura, tornando-se a reconstrução da complexidade do objeto (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2001).

As propostas da Reforma Psiquiátrica superam a reorganização de serviços e a substituição do Hospital Psiquiátrico. Ela pressupõe a renúncia do paradigma psiquiátrico (dominante) e de sua racionalidade, implicando a negação da instituição manicomial, ruptura com a primazia da razão, questionamento dos especialismos, em detrimento ao paciente, e nega o mandato social de custódia e exclusão (AMARANTE, 1997).

Amarante (1997) pontua que, se fosse possível afirmar qual seria o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, seria a possibilidade de transformação das relações que a sociedade, sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, a fim de superar o estigma, a segregação, a desqualificação desses sujeitos e estabelecer uma relação de coexistência, troca, solidariedade e cuidado com a loucura.

Yasui (2010) considera preciso pensar a Reforma Psiquiátrica como uma ação revolucionária da forma como vem sendo descrita. A radical ruptura com o modelo asilar é necessária, mas não suficiente. É necessário construir um novo paradigma científico, ético e político, não bastando a mudança de lugar e tecnologias de cuidado, bem como de gestão dos serviços de saúde mental.

Ao encontro dessa perspectiva, Costa-Rosa (2001) traz o conceito de modo psicossocial, como um componente fundamental de práticas promovidas pela Reforma Psiquiátrica, em detrimento ao modo asilar. Esse autor considera que o conjunto de ações que se configuram nesse momento histórico consiste em um paradigma dialeticamente alternativo, expondo outra forma possível de hegemonia no campo da atenção ao sofrimento psíquico. A lógica paradigmática do modo

psicossocial é expressa por concepções teóricas, técnicas ideológicas e éticas; seus ideais, e os interesses que se contrapõem aos do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (YASUI, 2010; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001).

Incorporando várias concepções e sendo influenciados por outros campos de saber, tais como, o materialismo histórico, a psicanálise, a psicologia social, entre outros, o modo psicossocial considera os fatores psíquicos e socioculturais como essenciais, tanto na configuração dos problemas quanto na confecção dos meios de sua resolução, sem excluir possíveis aspectos orgânicos e a utilização da medicação, contanto que subordinada a sua lógica paradigmática (YASUI, 2010; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001).

A partir da dimensão epistemológica se configuram as outras dimensões propostas por Amarante.

A dimensão jurídico-política, embasada na temática dos direitos humanos e da defesa da dignidade da pessoa com transtorno mental, sempre fez parte da contestação do modelo manicomial. A psiquiatria tradicional institui noções que relacionam a loucura à periculosidade, à incapacidade e à irresponsabilidade. Dessa forma, a importância desse campo está em inserir na discussão questões relacionadas aos direitos sociais e civis, a fim de ultrapassar os limites da argumentação médica, inserindo-se no debate político, na cidadania e da transformação social (BEZERRA, 2007; AMARANTE, 2008).

A dimensão técnico-assistencial está relacionada à organização e aos princípios do cuidado, ou seja, ao modelo assistencial de tratamento. O modelo manicomial tem por teoria a loucura como incapacidade. Nesse sentido, a assistência deve ser a tutela, a custódia, a disciplina e a vigilância, o que legitima a institucionalização. A alienação, na qualidade de ausência de Razão, pressupõe impossibilidade de a pessoa, nessa condição, exercer sua cidadania, sendo o tratamento moral (isolamento como reeducação moral) a única possibilidade de conduzir ao estado de consciência, para então ser possível o exercício da cidadania. A desconstrução de tal paradigma reflete na mudança de organização dos serviços, que serão voltados para o cuidado, acolhimento, produção de subjetividades, de vida e não mais de controle e vigilância (BEZERRA, 2007; AMARANTE, 2008).

A dimensão sociocultural pressupõe a transformação do lugar social da loucura, objetivando transformar a concepção da loucura no imaginário social, ou seja, é necessário que o debate sobre a loucura e o sofrimento psíquico vá além do discurso técnico e do conhecimento

psiquiátrico, levando-o para ser tratado no âmbito dos segmentos sociais (BEZERRA, 2007; AMARANTE, 2008; 2009).

Considerando as dimensões descritas, a Política de Saúde Mental no Brasil é construída. Pitta (2011) pontua que a Reforma Psiquiátrica tenta dar ao problema uma resposta não asilo-confinante, reduzindo danos e desvantagens sociais que trazem o confinamento. Para isso, foram criados serviços capazes de ser uma referência institucional permanente de cuidados (os CAPS), serviços residenciais terapêuticos e outros serviços ambulatoriais de referência. Igualmente foram incorporados ao campo da saúde cuidados e procedimentos tais como renda (Programa de volta para Casa), trabalho protegido (Programa geração de renda e trabalho), lazer assistido (Centros de Convivência e Cultura) e outras formas de intervenção intersetorial ampliada. Dessa forma, é composta uma rede de atenção psicossocial embasada na desinstitucionalização, que se refere à existência do sujeito assistido.

Pitta (2011) ainda afirma ser esse processo uma desinstitucionalização responsável, por tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e morte social para tornar-se criação de possibilidades concretas de subjetivação e interação social na comunidade.

3.1.2.3 Desafios Atuais da Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica enquanto um campo heterogêneo, composta por diferentes dimensões originou-se como movimento social, a partir da articulação de atores da sociedade civil que apresentaram suas demandas ao estado. Surgiu em um determinado momento histórico de luta pela redemocratização do país. Em um contexto mais amplo, encontra-se o Movimento da Reforma Sanitária, surgida na segunda metade da década de 1970, o qual se caracterizava como um processo político, que pretendia repensar a relação entre estado e sociedade civil, com crítica ao regime ditatorial e buscava discutir a saúde como resultante da complexidade de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos, em detrimento a um campo eminentemente biológico, vigente até então (YASUI, 2001).

A saúde mental percorreu os mesmos caminhos da Reforma Sanitária. A partir da mobilização dos trabalhadores da saúde mental, buscou politizar a questão da saúde mental, em especial na luta contra as instituições psiquiátricas. Assim, em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Mais tarde, articulado com

outros movimentos sociais, esse processo extrapolou a questão específica da saúde mental e transformação da assistência, surgindo, então, o Movimento da Luta Antimanicomial, agregando outros atores que não só os profissionais, como associações de usuários e familiares, estudantes, intelectuais, entre outros. Dessa forma, e tal como a reforma sanitária, a Reforma Psiquiátrica se configurou como um processo político de transformação social (TENÓRIO, 2002; YASUI, 2001).

No fim dos anos de 1980, com a Constituinte e Estado Democrático, a Reforma Sanitária apresentou um conjunto de princípios e proposições na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Assim, nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS) que em 1988 tem sua lei aprovada, Lei 8.080. Nesse mesmo caminho, em 1989 o deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei 3.657/89, que viria a ser conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto de lei tramitou por mais de 10 anos no Congresso e em 2001 foi aprovado, Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 (TENÓRIO, 2002; YASUI, 2001).

Dessa forma, Reforma Psiquiátrica legal completará 14 anos em abril de 2015. Pode-se dizer que a Reforma está sendo implantada, uma vez que é um processo e hoje é uma Política Pública de Atenção à Saúde Mental. Assim, desde a aprovação da Lei 10.216 muitas das bandeiras levantadas pela Reforma Psiquiátrica tornaram-se realidade por meio da implantação de vários dispositivos substitutivos às internações psiquiátricas, solidificando o modelo de atenção à saúde mental, baseado na comunidade e não mais centrada no Hospital Psiquiátrico (PITTA, 2011).

Inúmeros desafios no campo da saúde mental se apresentam na atual conjuntura, relacionados as quatro dimensões pontuadas anteriormente. Vasconcelos (2010) aponta alguns deles a serem enfrentados pela reforma: o corporativismo médico, a flexibilização das políticas trabalhistas, a consolidação da atenção à crise, a emergência de grupos associados ao uso abusivo de drogas, e a fragmentação do movimento social; ineficiência do modelo repressor ainda vigente no país, a precarização dos vínculos dos trabalhadores da saúde, a não estabilidade das equipes, o baixo financiamento e a insuficiência de serviços como leitos em hospital geral, Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas, ambulatórios, Estratégia de Saúde da Família, redutores de danos, consultórios de rua, casas de passagem, entre outros, além da pouca participação popular junto aos meios de controle e mobilização social, provocada principalmente, pela política proibicionista em relação às drogas.

O mesmo autor divide a reforma em três grandes fases:

1ª: 1978 - 1992: denúncia, primeiras tentativas de controle e humanização da rede hospitalar, I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e emergência do movimento antimanicomial (1987);

2ª: 1992 – 2001: II Conferência Nacional (1992), mobilização e conquista da hegemonia política do modelo da desinstitucionalização de inspiração italiana e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos;

3ª: 2001 - 2010: III Conferência Nacional (2001), aprovação da Lei 10.216 (2001), expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial, início da expansão da agenda política para novos problemas a serem enfrentados (crianças e adolescentes, abuso de drogas etc).

O período mais recente, segundo o autor, denota fortalecimento da Reforma Psiquiátrica como política pública, por meio das leis e normatizações, conquistando reconhecimento, o qual se transformou em poder técnico-administrativo. Contudo, vislumbram-se problemas, ou seja, a excessiva institucionalização e burocratização dos novos serviços na rede de saúde mental, com forte precarização dos vínculos de trabalho e entrada massiva de uma nova geração de gestores e trabalhadores, muitos dos quais sem contato com a história e a experiência política e profissional. O enfraquecimento da Reforma como movimento social, tensionamentos e antagonismos políticos de segmentos sociais com condutores da gestão mostram uma luta pela autoridade, domínio do saber e do poder (YASUI, 2010; VASCONCELOS, 2010).

Yasui (2010) pontua que a institucionalização da Reforma transformou o Ministério da Saúde em seu principal ator e indutor chefe, não havendo mais espaço para experiências que não sigam os parâmetros estabelecidos nas portarias, apontando a necessidade de desinstitucionalizar alguns aspectos da reforma para torná-la um conceito forte.

Vasconcelos (2010) alerta para a emergência de desafios, os quais compõem um quadro com sérios riscos políticos de regressão. Adverte ainda que esse quadro pode levar a rumos imprevisíveis na política de saúde mental no país, mas pode também constituir um estímulo para a renovação e o aprofundamento da Reforma Psiquiátrica, se esses riscos forem devidamente avaliados e se for possível realizar os ajustes necessários, que possam viabilizar politicamente o prosseguimento do processo de Reforma.

Atenção especial às situações de crise, que o autor considera um grande desafio e está relacionado à atenção aos egressos dos hospitais

psiquiátricos. Vasconcelos (2010) afirma que os estados de crise mental aguda exigem uma rede de atenção integral, com disponibilidade de assistência contínua e intensiva, constituído pelo acolhimento noturno, no formato de leitos representa o maior desafio. O modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica é que esses devem ser oferecidos no território e de forma articulada com a atenção básica, sendo a unidade mais adequada para esses leitos o CAPS III, devendo funcionar 24 horas, nos sete dias da semana. Outra possibilidade consiste em leitos psiquiátricos em unidades de emergência ou em hospitais gerais, mas é imprescindível diferenciá-los de alas psiquiátricas. Contudo, devem representar dispositivos regulados, supervisionados, e que não tenham a intenção de centralizar a rede de cuidados, pois a centralização deve ser referenciada no âmbito dos serviços territoriais abertos.

Ao avaliar a oferta atual de leitos de atenção integral, nos dispositivos que são considerados mais adequados para atendimento, ou seja, os CAPS III, avalia que esses não existem em número suficiente. Os CAPS II estão com demanda excessiva, têm dificuldades de atender situações de crises e estão fechados à noite e nos finais de semana; tem ocorrido uma redução dos leitos em hospitais especializados de curta permanência e poucos leitos psiquiátricos de atenção integral em hospitais gerais estão sendo oferecidos. (VASCONCELOS, 2010).

Oliveira (2012), corroborando com os dados supracitados, analisa que a atenção à crise e às internações breves constitui um nó no sistema de atenção psicossocial. Nesse sentido, aponta ser crucial o aperfeiçoamento da comunicação entre os principais serviços capacitados ao atendimento das crises psiquiátricas graves (CAPS III, emergências psiquiátricas em hospital geral), as instituições da sociedade civil que usualmente atendem crises (SAMU, bombeiros, polícia) e elementos chave das famílias e comunidades.

Na mesma lógica, Nicácio (2003) aponta que a implementação dos serviços de atenção psicossocial tem sido mais expressiva que a dos denominados serviços residenciais terapêuticos ou, ainda, dos projetos de transformação de hospitais psiquiátricos e dos programas e ações de saúde mental na atenção básica. A produção de tais serviços é uma significativa expressão da Reforma, embora seja insuficiente do ponto de vista das necessidades da demanda. Nesse contexto, a criação de serviços de atenção psicossocial 24 horas é ainda menos expressiva no cenário nacional.

A mesma autora ainda refere que os “novos” serviços não necessariamente encontram-se inseridos em políticas de saúde mental pautadas nas diretrizes da Reforma, sendo frequente sua presença e ação

ao lado e em paralelo aos hospitais psiquiátricos. Observa-se, em diversas experiências municipais, a tendência para configurar os serviços de atenção psicossocial, como a base das novas redes de atenção em saúde mental que, dessa forma, podem ocupar um lugar estratégico na Reforma Psiquiátrica (NICÁCIO, 2003).

Oliveira (2012), referenciando trabalhos de outros autores que avaliaram as dimensões internas à Reforma Psiquiátrica, considera que no nível técnico-assistencial tem ocorrido um avanço, em parte atribuído à instauração de dispositivos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e medicocêntrico. No entanto, o investimento tem se voltado principalmente para o dispositivo CAPS e menos do que o necessário para outros dispositivos igualmente importantes, tais como serviços residenciais terapêuticos, alas ou leitos psiquiátricos em hospitais gerais e emergências desses hospitais, cooperativas de trabalho e geração de renda, bem como programas de articulação intersetorial. Nesse sentido, assinala que esses dispositivos, quando e onde existentes, têm deixado dúvidas quanto à forma de cumprimento de seus objetivos.

Conforme apontado na introdução deste estudo, a realidade da região metropolitana de Florianópolis, onde se encontra o hospital que será estudado, corrobora com os pontos críticos apresentados pelos autores, uma vez que é identificada a inexistência de CAPS III, bem como de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais e ausência de dispositivos de desinstitucionalização. Assim, podemos levantar como hipótese que muitas pessoas que necessitam de um acolhimento em situação de crise acabam por utilizar a internação no Hospital Psiquiátrico, por não haver outro dispositivo disponível.

No tocante à desinstitucionalização dos pacientes remanescentes do manicômio, é possível inferir que eles permanecem em uma condição manicomial, haja vista que na região não há dispositivos necessários para a efetivação da desinstitucionalização e reinserção social deles.

Outro obstáculo à Reforma Psiquiátrica no contexto de desinstitucionalização é apontado por Amarante (1996) e está relacionado à assistência psiquiátrica privada, ou como ficou conhecida, a indústria da loucura, por seu caráter predominantemente manicomial e por resistir às mudanças que ferem seus interesses, o lucro.

Amarante (1996) também refere ser um obstáculo à indústria de medicamentos, que tem investido pesadamente na produção de fármacos. O poder econômico da indústria farmacêutica contribui negativamente para a política de saúde, chegando a ser um problema de saúde pública, pois fomenta a política de consumo. Contribui para esse aumento, a conjuntura social e cultural pós-moderna, na qual o

imediatismo, superficialidade e a busca pela felicidade contribuem para a medicalização da vida.

Muitos desafios são colocados pelos autores, assim como muitos caminhos para a superação deles, o que nos mostra que a Reforma Psiquiátrica Brasileira continua em construção e precisa cada vez mais da participação social.

A partir dessa discussão, podemos considerar que apesar de toda a política de saúde mental estar fundamentada em uma mudança paradigmática (epistemológica), vivemos com paradigmas contrários coexistindo, sendo que a permanência do Hospital Psiquiátrico na rede de atenção psicossocial é um exemplo claro disso.

3.1.3 A Política de Saúde Mental

Nesse momento, será realizada a contextualização de como está organizada a Política de Saúde Mental, de acordo com normatizações do Ministério da Saúde. Para tanto, primeiramente considerou-se as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e posteriormente a Rede de Atenção Psicossocial.

3.1.3.1 As Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Os avanços alcançados pelo SUS são inegáveis, contudo, avaliações sobre as dificuldades e desafios existentes fazem com que transformações ocorram. A necessidade de superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde, qualificar a gestão do cuidado no contexto atual, descentralizar o modelo de atenção (ações centradas no cuidado médico) e estruturar com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, entre outras, são imprescindíveis para atender a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país (BRASIL, 2010).

As RAS vêm no sentido de inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Experiências têm demonstrado que a organização da RAS se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica etc.), quanto em sua capacidade de fazer, face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010).

Definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, são integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado. As RAS têm por objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Elas têm a Atenção Primária em Saúde (APS) como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Contudo, todos os pontos de atenção (os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros) são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular (BRASIL, 2010).

3.1.3.2 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

O modelo de atenção à saúde mental proposto a partir da promulgação da Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001 é um modelo aberto e de base comunitária, o qual oferece cuidados alicerçados nos recursos que a comunidade proporciona, focando a inserção social do cidadão.

O desenvolvimento e a consolidação da RAPS, proposto pelo Ministério da Saúde, estão em consonância com o Pacto pela Saúde e a proposta de reorganização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (Lei 8.080/90, Decreto 7508/11, Portaria das RAS 4279/10). Também decorrem dos avanços da Política Nacional de Saúde Mental, que considerou a necessidade de oferecer uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva, composta por diferentes componentes de atenção, para ofertar ações às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas. Assim, a RAPS é constituída pela articulação de diversos componentes e seus pontos de atenção no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a).

As diretrizes previstas na Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, são: respeito aos direitos humanos,

garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de redução de danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. Deve considerar as especificidades loco-regionais, com ênfase nos serviços de base comunitária e há a necessidade de atuação no território, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações (BRASIL, 2011a).

Objetivos da Rede

Os objetivos gerais, também definidos na Portaria 3.088/11 no artigo 3º, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a, p. 3) são:

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

Os objetivos específicos definidos no artigo 4º da mesma portaria (BRASIL, 2011a, p. 3) são:

I - promover cuidados em saúde, especialmente grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos, em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas e prevenção, além de cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial;

IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Componentes da Rede

Atenção Básica em Saúde e seus pontos

➤ Atenção Básica em Saúde

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e

autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011b).

Com o mais alto grau de descentralização, a atenção básica deve ser a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral. A principal estratégia é a Saúde da Família formada por equipes multiprofissionais, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2010a; 2011b).

➤ **Componentes da Atenção Básica**

A Portaria 3088/2011 (BRASIL, 2011a) define quatro pontos de atenção da atenção básica:

- **Unidades Básicas de Saúde:** como ponto de atenção da RAPS, tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011a; 2011b).

- **Equipes de Atenção Básica para Populações e Situações Específicas.**

- Equipes de Consultórios na Rua: constituídas por trabalhadores que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde. Têm como responsabilidade ofertar cuidados em saúde mental para pessoas em situação de rua em geral; pessoas com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-socorros, entre outros (BRASIL, 2011a, 2011b, 2011c).

- Equipes de Apoio aos Serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório: formada por equipe multiprofissional oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção; coordena o cuidado e presta serviços de atenção à saúde em articulação com os outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2011a).

- **Centros de Convivência:** articuladas às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, são unidades públicas onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. São serviços estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e as que fazem uso de álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade (BRASIL, 2011a).

- **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF:** são dispositivos que pretendem garantir a articulação entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de Saúde Mental dos municípios, objetivando melhor acesso e cuidado das pessoas com transtornos mentais e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Ao integrar a rede, os NASF organizam suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família, contribuindo para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização dos recursos comunitários, na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania. Essas ações são orientadas para a prevenção e promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos (BRASIL, 2011d).

Atenção Psicossocial - Estratégica

A política de estruturação e fortalecimento da RAPS enfatiza a reabilitação e reinserção social de pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, centrada na assistência comunitária por meio de dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, articulada à rede assistencial em saúde mental e as outras redes de saúde (BRASIL, 2011a).

➤ **Ponto de atenção da Atenção psicossocial especializada/estratégica:**

- **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):** uma das principais estratégias do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, os CAPS realizam o acolhimento e atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de forma articulada com os outros pontos de atenção e demais Redes. Essa estratégia de atenção objetiva estimular a integração social e familiar de seus usuários, a busca de autonomia,

sendo o atendimento realizado por equipe multiprofissional sob a ótica interdisciplinar em espaços coletivos (BRASIL, 2004a; 2004b).

Os CAPS assumem papel importante na articulação da Rede de Atenção Psicossocial, cumprem suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde mental, em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde e na promoção da vida comunitária, na autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes (BRASIL, 2004b).

Estratégicos no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, os CAPS foram implantados em vários municípios do país e vão consolidando-se como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. A Portaria 336/2002 reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, estabelecendo tipos de CAPS por cobertura populacional, tipo de problema e faixas etárias.

Atenção a Urgência e Emergência

O modelo de atenção asilar, expresso nos hospitais psiquiátricos representou a principal e, muitas vezes, a única resposta às situações de urgência e emergência no campo da saúde mental.

Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Precisam estar articulados com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental devendo, nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado. Constituem pontos de atenção à Urgência e Emergência SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros (BRASIL, 2011a).

Atenção Residencial de Caráter Transitório

A Atenção Residencial de Caráter Transitório objetiva oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar, que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. O serviço deverá garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social, com tempo de permanência de

cada usuário previsto no Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2011a).

• **Pontos de atenção do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório**

○ **Unidade de Acolhimento (UA):** oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, cujo tempo de permanência é de até seis meses. O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência, responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde (BRASIL, 2011a).

As Unidades de Acolhimento estão organizadas em duas modalidades: unidade de Acolhimento Adulto (maiores de 18 anos) e unidade de Acolhimento Infante-Juvenil destinada a adolescentes e jovens (de 12 até 18 anos completos).

○ **Serviços de Atenção em Regime Residencial:** são serviços que pretendem ofertar cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório, por um período de até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool e outras drogas, entre os quais estão as Comunidades Terapêuticas. Assim como os outros pontos da rede, devem estar articulados com a Atenção Básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus pacientes e com o CAPS, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante esse período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado. Ainda é imperativa a articulação intersetorial, a fim de promover a reinserção do usuário na comunidade (BRASIL, 2011a).

Atenção Hospitalar

A Atenção Hospitalar objetiva auxiliar na intensificação, ampliação e diversificação das ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, preservação da vida, tratamento, redução dos riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas, bem como, ampliação do acesso ao tratamento hospitalar às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de acordo com a Portaria 148/2012 (BRASIL, 2011a; 2012a).

Os pontos de atenção hospitalar são: enfermaria especializada em Hospital Geral e serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011a).

Estratégias de Desinstitucionalização

As Estratégias de Desinstitucionalização constituem-se por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos, com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social (BRASIL, 2011a).

No Relatório de Gestão (2007-2010) - Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica, consta como uma das principais diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando uma redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos. Essa reestruturação acontece pela priorização da redução de leitos em hospitais especializados, com baixo desempenho na avaliação de qualidade assistencial (por meio do PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares) e hospitais de grande porte (PRH – Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, iniciado em 2004) (BRASIL, 2011d).

No período de 2003 a 2012 essa reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica aconteceu em um processo coordenado e pactuado. Permitiu que a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos fosse associada com a construção e expansão progressiva de uma rede de atenção aberta, diversificada e inserida na comunidade; com base estratégica nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), ações de saúde mental na atenção básica, o Programa De Volta para Casa e programas de inclusão social pelo trabalho. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que leitos foram gradualmente fechados, um processo de desinstitucionalização de pacientes há longo tempo internados teve início, com a implantação de Residências Terapêuticas e a inclusão de beneficiários no Programa de Volta para Casa, criado em 2003 (BRASIL, 2011d).

Assim, procura-se conduzir o processo de mudança do modelo assistencial, na qual a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção simultânea de alternativas de atenção com foco no modelo comunitário. Para tanto, são definidos no

PRH os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). A redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a mudança do perfil dos hospitais, que hoje são majoritariamente de pequeno porte, são consequências diretas da aplicação desses dois programas instituídos em 2002 (PNASH/Psiquiatria) e 2004 (PRH) (BRASIL, 2011d).

O processo de desinstitucionalização vem ocorrendo em todos os locais onde há hospitais psiquiátricos, apesar de dificuldades que precisam ser superadas, como o ritmo menor que o desejável de incorporação de egressos ao Programa De Volta para Casa e implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

• **Serviços Residências Terapêuticos (SRT)**

Os SRTs são moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2000).

Constituem uma modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual n.º de leitos naquele hospital, realocando o recurso da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município, que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2000)

Os SRTs têm como objetivos garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia; atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; promover a reinserção desta clientela à vida comunitária. (BRASIL, 2000).

Consta no Relatório de Gestão 2007-2010 (2011d) avaliação que a expansão e consolidação dos SRT constitui-se uma das principais preocupações do processo de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência nos últimos anos. A cobertura dos residenciais, no período atual, ainda é muito baixa no país, e entre as dificuldades apontadas para a expansão desses serviços estão questões políticas e

técnicas de desinstitucionalização, as questões socioculturais emergentes na resistência das comunidades ao processo de reintegração de pacientes de longa permanência e a baixa articulação entre o programa e a política habitacional dos estados.

• Programa de Volta para Casa

O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização. É instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que fornece auxílio financeiro para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência (BRASIL, 2011a).

O Programa vem se afirmando como uma importante experiência do SUS. O depósito nas contas bancárias dos próprios beneficiários tem um papel estratégico na (re)conquista dos direitos civis da população internada, a longo tempo, em hospitais psiquiátricos e nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (BRASIL, 2011d).

Mesmo diante dos avanços obtidos nos últimos anos, o número de pessoas beneficiadas pelo Programa ainda é muito baixo no momento atual. Além da complexidade dos processos de desinstitucionalização, os quais têm ritmo próprio e enfrentam inúmeros desafios, como problemas de documentação de pacientes, ritmo lento e número insuficiente de residências terapêuticas, dificuldades para redução pactuada e planejada de leitos psiquiátricos e ações judiciais, entre outros, também há dificuldade para a desinstitucionalização da população de perfil crônico dos Hospitais Psiquiátricos. Fatores como idade, longo tempo de internação e comorbidades demandam serviços de Residências Terapêuticas, adaptados e adequados às necessidades dessa população e maior número de cuidadores, o que eleva seus custos (BRASIL, 2011d).

Reabilitação Psicossocial

O componente Reabilitação Psicossocial da RAPS é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais (BRASIL, 2011a).

As ações de caráter intersetorial são destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais. A articulação de tais iniciativas deve ocorrer sistematicamente

com as redes de saúde e de economia solidária, com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares (BRASIL, 2011a).

São exemplos de estratégias de reabilitação psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda, cooperativas sociais, empreendimentos solidários, centros de convivência e cultura, grupos de teatro, pontos de cultura, moradias solidárias, entre outras iniciativas desenvolvidas nos diversos pontos de atenção da RAPS (CAPS, Atenção Básica, Centros de Convivência e Cultura, Residências Terapêuticas, Hospital Geral, entre outros serviços), na rede intersetorial e em associações de usuários e familiares (BRASIL, 2011a).

3.1.4 O Plano Operativo da RAPS-SC e Planos de Ação Regionais

A Portaria nº 3.088, do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, estabelecendo suas diretrizes, seus objetivos, seus componentes e seus pontos de atenção, e também institui o grupo condutor estadual da Rede de Atenção Psicossocial. O grupo condutor em Santa Catarina é constituído por técnicos indicados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), recebendo apoio institucional do Ministério da Saúde (MS) e tem como atribuições (SANTA CATARINA, 2014, p.11):

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação e à implementação da rede;
3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;
4. monitorar e avaliar o processo de implantação e de implementação da rede.

Igualmente é previsto pela portaria 3.088 a criação de câmaras técnicas (ou grupo condutor) em cada município ou em cada região de saúde, com representantes dos municípios e técnicos das gerências regionais de saúde, além do apoio institucional da Secretaria de Estado da Saúde. Em Santa Catarina, foram constituídos grupos regionais.

Subsidiaram o Plano Operativo da RAPS-SC as diretrizes previstas na Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, além dos objetivos gerais e específicos que constam na referida portaria.

Esses objetivos, em termos estaduais, regionais e municipais, coadunam-se com a busca da (SANTA CATARINA, 2014, p. 18): “*a) racionalidade dos gastos; b) otimização dos recursos; c) eficiência na atenção à saúde; d) redução das desigualdades locais e regionais*”.

Para tanto, o conjunto do sistema precisará trabalhar no sentido de alcançar (SANTA CATARINA, 2014, p. 18):

- a) atenção primária resolutive: porta de entrada do sistema, coordenadora do cuidado de saúde e ordenadora da rede;
- b) qualidade da atenção: excelência do cuidado (segurança, efetividade, centralidade na pessoa, tempo-resposta adequado e equidade);
- c) acessibilidade: garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade, de diferentes níveis de densidade tecnológica;
- d) economia de escala: maior produtividade, eficiência e qualidade alcançados com melhor e maior aproveitamento dos recursos e equipamentos;
- e) organização das redes de atenção à saúde: interação dos gestores para resolver os problemas de saúde por meio de ações conjuntas, racionalização dos recursos e ordenamento da demanda;
- f) dinamização da passagem das atuais Regiões de Saúde, hoje ainda conformadas como sistemas fragmentados ou como redes incipientes, para um alto nível de integração e de qualidade.

3.1.4.1 A Implantação da Rede em Santa Catarina

Constam no Plano Operativo toda contextualização sociogeográfica do Estado e de suas regiões de saúde; mapa político de Santa Catarina na criação das Regiões de Saúde; Mapa da Saúde Mental de Santa Catarina; Bases financeiras para o desenho da Rede; Plano de

Ação Estadual idealizado para Santa Catarina, bem como se dará sua consolidação; e os Planos das Regiões de Saúde do Estado.

Sem desconsiderar a importância do Plano como um todo e da avaliação e acompanhamento de sua implantação, um recorte foi feito do que se considera necessário para discussão neste trabalho. Dessa forma, primeiramente será apontado a cronologia do processo de constituição e construção do Plano, e posteriormente será apresentado o que é tratado sobre os dispositivos de desinstitucionalização no Estado.

A implantação da RAPS faz-se em cinco fases: diagnóstico e adesão, desenho da rede, contratualização, qualificação e certificação. Algumas dessas fases se misturam ou se dão simultaneamente (SANTA CATARINA, 2014). A cronologia deu-se da seguinte forma:

1ª) Instituição do Grupo Condutor Estadual, Diagnóstico e Adesão. Instituído em meados de 2012, o Grupo Condutor incluiu técnicos da Secretaria Estadual de Saúde (SES), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e recebeu apoio institucional do Ministério da Saúde (SANTA CATARINA, 2014).

O Grupo Condutor contactou as CIR (Comissões Intergestores Regional), em cada região de saúde, combinando a montagem de câmaras técnicas regionais e municipais e promovendo a análise da situação de saúde na área psicossocial. As CIR combinaram sua adesão à rede e se disponibilizaram a aprofundar o debate (SANTA CATARINA, 2014).

2ª) Desenho da rede. Foram esboçados os desenhos da rede em cada região de saúde, ao mesmo tempo em que era discutido um projeto de plano operativo estadual. Depois de construídos os anteprojetos dos Planos de Ação Regionais, consta no plano que ocorreu consulta a vários setores da sociedade, como representantes do Poder Legislativo, Judiciário e Ministério Público; de associações de usuários de serviços de saúde, conselhos profissionais, funcionários públicos, Universidades, hospitais filantrópicos, organizações não governamentais mantenedoras de comunidades terapêuticas. Igualmente, foram ouvidos o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde. Assim, foi possível integrar conhecimentos técnicos com de controle social (SANTA CATARINA, 2014).

Nos debates com as CIR foram pautados o tipo e a programação da atenção a ser prestada à população no âmbito de cada município, no âmbito microrregional e no âmbito da região de saúde. Também foram definidas as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários das 3 esferas de governo (União, Estado e Municípios). Desse contexto surgiu um anteprojeto de lei definindo a política estadual

de financiamento, o qual está em discussão. Aos municípios fora solicitada a construção de seus Planos de Ação Municipais, detalhando aspectos locais, decorrentes do Plano de Ação Regional (SANTA CATARINA, 2014).

Concluídos os projetos de Planos de Ação Regionais da rede, esses foram encaminhados às CIR e aprovados. Com eles foram aprovadas as matrizes diagnósticas referentes a cada uma das regiões de saúde. Por fim, foi redigido o Plano Operativo Estadual (SANTA CATARINA, 2014).

3ª) Contratualização dos pontos de atenção. Os Planos de Ação Regionais tiveram sua primeira negociação no momento de sua aprovação pelas CIR, visando à contratualização no nível intermunicipal e regional. Assim, foram definidos os serviços que serão microrregionais (para atender a mais de um município) ou que serão regionais (pontos de referência para toda a região de saúde) (SANTA CATARINA, 2014).

Montado o desenho da Rede de Atenção Psicossocial em todo o Estado, foi realizada a contratualização pela União, pelo estado, e pelos municípios, observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede. Essa contratualização ocorrerá após a homologação dos Planos pela CIB, envolvendo o Ministério da Saúde. Na prática, vários serviços constantes nos Planos de Ação Regionais já estão sendo alvo de contratualização com o Ministério (SANTA CATARINA, 2014).

4ª) Qualificação dos componentes. A qualificação implicará ações em curto e longo prazo, implementando os serviços planejados, segundo normas de qualidade. Adicionalmente envolverá a montagem e a aplicação de métodos de regulação, a aplicação de planos de educação continuada, a criação de protocolos assistenciais, a disponibilização de ferramentas de monitoramento e de avaliação, o incentivo ao diálogo intersetorial e o investimento no aprimoramento da gestão do trabalho em saúde mental. A qualificação deve se voltar à realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da rede (SANTA CATARINA, 2014, p. 15):

I) na atenção básica em saúde (unidades básicas e equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas [equipe de consultório na rua, equipe de apoio aos serviços de atenção residencial de caráter transitório, centro de

- convivência, núcleo de apoio à saúde da família – NASF]);
- II) na atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS);
- III) na atenção de urgência e emergência (SAMU, salas de estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência e prontos-socorros, unidades básicas);
- IV) na atenção residencial de caráter transitório (unidades de acolhimento para adultos e infanto-juvenis, serviços de atenção em regime residencial [comunidades terapêuticas vinculadas ao sistema]);
- V) na atenção hospitalar (enfermarias especializadas em psiquiatria, serviços hospitalares de referência);
- VI) nas estratégias de desinstitucionalização (serviços residenciais terapêuticos – SRT, hospitais psiquiátricos e Programa de Volta para Casa);
- VII) no componente Reabilitação Psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e renda, bem como empreendimentos solidários ou cooperativas sociais).

5.) Certificação. A certificação da rede estadual constitui-se a fase final, após encaminhamento ao Ministério da Saúde, que, em parceria com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) emitirá parecer (SANTA CATARINA, 2014).

3.1.4.2 Desinstitucionalização e Serviços Residenciais Terapêuticos

Consta no Plano Operativo estadual que, atualmente, o número de residenciais terapêuticos em Santa Catarina é cinco. Três deles estão no município de São José, sob gestão estadual, e têm vínculos intensos com a equipe de funcionários do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, que os supervisiona (SANTA CATARINA, 2014).

Apenas um serviço residencial terapêutico catarinense, o do município de Joinville, tem administração municipal. O mais novo deles foi criado no final de 2013 e está localizado no município de Monte Castelo, na Região de Saúde do Planalto Norte. Segundo consta no relatório, este SRT está em consonância à Portaria nº 3.090, de 23 de

dezembro de 2011, do Ministério da Saúde (SANTA CATARINA, 2014).

Tabela 1: Quantitativo de serviços residenciais terapêuticos tipo I (SRT I) existente ao final de 2013 e do planejamento feito para as regiões de saúde, em Santa Catarina, para o biênio 2014-2015.

Região de Saúde	SRT tipo I	
	Atuais	Novos (a implantar)
Alto Uruguai		1
Alto Vale do Itajaí		1
Alto Vale Rio do peixe		2
Carbonífera		2
Extremo Oeste		1
Extremo Sul		2
Foz do Itajaí		2
Grande Florianópolis*	3	7
Laguna		2
Médio Vale do Itajaí		2
Meio Oeste		1
Nordeste	1	1
Oeste		1
Planalto Norte		1
Serra		1
Xanxerê		1
Santa Catarina (TOTAL)	4	28

* Os três SRT da Grande Florianópolis estão sob gestão estadual, por serem mais antigos, constituindo-se em excepcionalidade, pois os SRT devem ser de gestão municipal.

Fonte: SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Superintendência de Regulação e Serviços Especiais. **Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina e Planos de Ação Regionais: 2013 – 2015** / Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial. - Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2014, p. 74.

A Portaria 3.090, de 23 de dezembro de 2011, estabelece que os residenciais de tipo I têm no máximo oito moradores e os de tipo II, dez. São casas de moradia para pacientes crônicos, que viveram, por anos, institucionalizados em macro hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011e).

Segundo dados presentes no Plano Operativo Estadual, existem 43 pessoas vinculadas ao Centro de Convivência Santana (CCS), sob os cuidados da equipe técnica do Hospital Santa Teresa, em São Pedro de Alcântara, e são candidatas a integrar residenciais terapêuticos, especialmente as 24 delas que têm menos de 60 anos de idade (SANTA CATARINA, 2014).

Igualmente há outras pessoas vinculadas ao CCS, sob cuidados de equipes do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, porém, muitas das quais idosas, demenciadas e dependentes para atividades da vida diária. Dessa forma, debates foram feitos sobre a viabilidade e a relevância da remoção dos demenciados a outros municípios e a ambientes muito diversos daquele em que atualmente estão sendo atendidos, em regime de instituição estatal de longa permanência (SANTA CATARINA, 2014).

Segundo a Portaria 3.090/2011, as pessoas que demandam cuidados mais intensos, como ajuda de terceiros para as atividades da vida diária (para se alimentar, se vestir, deambular, fazer higiene pessoal, trocar fraldas etc.), precisam ser atendidas em serviços residenciais terapêuticos tipo II, sendo que não há no Estado residencial desse tipo (BRASIL, 2011e).

Tabela 2. Quantitativo de serviços residenciais terapêuticos tipo II (SRT II) existente ao final de 2013 e do planejamento feito para as regiões de saúde, em Santa Catarina, para o biênio 2014-2015.

Região de Saúde	SRT Tipo II (A implantar)
Alto Uruguai	
Alto Vale do Itajaí	
Alto Vale Rio do Peixe	
Carbonífera	1
Extremo Oeste	
Extremo Sul	
Foz do Itajaí	
Grande Florianópolis	2
Laguna	
Médio Vale do Itajaí	
Meio Oeste	
Nordeste	2
Oeste	
Planalto Norte	
Serra	
Xanxerê	
Santa Catarina (TOTAL)	5

Fonte: SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Superintendência de Regulação e Serviços Especiais. **Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina e Planos de Ação Regionais: 2013 – 2015** / Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial. - Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2014, p. 75.

Outra instituição no Estado, que conta com pessoas a serem desinstitucionalizadas, é o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), localizado no Florianópolis. Nessa instituição, encontram-se cerca de 60 pacientes candidatos à integração em residenciais, dos quais apenas dois estão com 60 anos ou mais. Isso significa que, pelo critério da idade, no HCTP há poucos idosos, ou seja, poucos indivíduos com limitações derivadas de doenças degenerativas cerebrais típicas da idade (SANTA CATARINA, 2014).

Está previsto no Plano a construção de residências terapêuticas nas regiões de saúde, a fim de efetivar a desinstitucionalização dos internos com maior capacidade de integração social, do HCTP e do CCS. Ainda há 24 moradores no Hospital Rio Maina, em Criciúma, a

serem desinstitucionalizados, principalmente na Região Carbonífera, na de Laguna e na do Extremo Sul Catarinense (SANTA CATARINA, 2014).

O planejamento da rede em Santa Catarina implica que todas as regiões de saúde devam oferecer pelo menos um serviço residencial terapêutico para incluir seus cidadãos institucionalizados. Os debates técnicos realizados durante a confecção dos Planos de Ação Regionais, apontaram a importância da criação dos novos serviços residenciais terapêuticos, gerando ao menos 192 vagas para acolher pessoas hoje institucionalizadas (SANTA CATARINA, 2014).

Programa de Volta Para Casa

A desinstitucionalização de pacientes de internações psiquiátricas de longa permanência também tem como estratégia o Programa de Volta para Casa, regulamentado pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003 e pela Portaria no. 2077/GM, de 31 de outubro de 2003. Trata-se de um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais e egressas de longas internações, que implica um incentivo financeiro federal, a inclusão social e a reabilitação (SANTA CATARINA, 2014).

Assim, a Lei 10.708 institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência (dois anos ou mais), cuja situação clínica e social não justifique a permanência em ambiente hospitalar e indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social, com necessidade de auxílio financeiro. Precisarão haver consentimento do paciente, ou de seu representante legal, para se submeter às regras do programa (BRASIL, 2003a).

A referida lei define que o benefício consiste no pagamento mensal de auxílio-pecuniário ao beneficiário ou seu representante legal, com duração de um ano. Poderá ser renovado, a partir da avaliação de equipe municipal e de parecer da Comissão de Acompanhamento do Programa de Volta Para Casa, e tem como objetivo apoiar e acompanhar o beneficiário no seu processo de reabilitação psicossocial. Entre os requisitos para obtenção do benefício, a pessoa deve ser egresso de internação psiquiátrica com duração igual ou superior a dois anos, e que seja garantida a atenção continuada na rede de saúde local (BRASIL, 2003a).

A Portaria 2077/GM, de 31 de outubro de 2003, do Ministério da Saúde, regulamenta a Lei 10.708 e define, em seu artigo 8º, que o leito ocupado por esses pacientes crônicos é extinto quando ele deixar o

hospital, ou seja, com a saída da pessoa da instituição hospitalar é realizada a exclusão do leito no cadastro SIH/SUS, sendo feita a transferência dos recursos correspondentes para ações extra-hospitalares (BRASIL, 2003b).

Desde a criação do Programa de Volta Para Casa, foram atendidas, em Santa Catarina, 51 pessoas. A grande maioria dessas desinstitucionalizações ocorreu entre 2003 e 2009, fase em que o Programa era novo e abrangeu as pessoas mais abertas a fazer uso dele (SANTA CATARINA, 2014).

Tabela 3: Número de Pessoas Inseridas no Programa De Volta Para Casa, Santa Catarina, 2003 a 2012.

Município	2003/2009	2010	2011	2012	Total
Abelardo Luz	1				1
Blumenau	5				5
Camboriú	1				1
Dionísio Cerqueira			1		1
Florianópolis	5	2			7
Jacinto Machado		1			1
Joinville	6		1	1	8
Lages	1				1
São José	26				26
Santa Catarina (TOTAL)	45	3	2	1	51

Fonte: SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Superintendência de Regulação e Serviços Especiais. **Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina e Planos de Ação Regionais: 2013 – 2015** / Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial. - Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2014, p. 78.

Além desses municípios já foram habilitados, com portaria emitida pelo Ministério da Saúde, para participar do Programa de Volta Para Casa: Campos Novos, Canoinhas, Jaraguá do Sul, Içara, Palhoça, Caçador e Xanxerê (SANTA CATARINA, 2014).

Desses municípios procedem alguns moradores do Centro de Convivência Santana, em fase de preparação para assumirem suas vidas fora da instituição.

3.1.4.3 Os Serviços Residenciais Terapêuticos a serem implantados

Os residenciais necessitam estar vinculados a programas de integração social e de reabilitação. O componente Estratégias de Desinstitucionalização, do Plano Operativo Estadual, constitui-se de iniciativas que visam a garantir às pessoas em situação de internação de longa permanência o cuidado integral, por meio de estratégias substitutivas, garantindo autonomia, cidadania e inclusão social (SANTA CATARINA, 2014).

Dados constantes no relatório apontam para avaliação sobre a rede no estado de Santa Catarina. Atualmente, há uma cobertura média de 72,5% pelas equipes de saúde da família (atenção primária) dos municípios. O estado conta ainda com uma rede de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) disponíveis e leitos psiquiátricos em hospitais especializados e em hospitais gerais, nas diversas regiões do estado. Contudo, falta o componente da atenção residencial comunitária prolongada, que, no âmbito das políticas públicas do Ministério da Saúde, são representados pelos Residenciais Terapêuticos (SANTA CATARINA, 2014).

O processo de desinstitucionalização dos indivíduos com internações psiquiátricas prolongadas envolve basicamente três componentes (SANTA CATARINA, 2014, p. 101):

- a) Prevenção de internação em hospitais psiquiátricos por meio da oferta de serviços comunitários;
- b) Remanejamento de pacientes internados em longo prazo;
- c) Implementação e manutenção de sistemas de apoio comunitário para pacientes não-institucionalizados.

Quanto ao critério econômico, consta no relatório a avaliação que o custo de um paciente interno em hospital psiquiátrico seja maior do que custo de um interno de um residencial terapêutico, onde a infraestrutura física e de recursos humanos é bem menor. Quando comparada aos gastos por interno de Hospitais de Custódia, a diferença

pode ser ainda maior, pois no custeio de um interno, além da equipe técnica de saúde, estão incluídos os gastos com segurança e agentes prisionais (SANTA CATARINA, 2014).

Ainda sobre o critério econômico, há estimativa no Plano Operativo que no SRT, o custo por morador tende a ficar em torno de R\$1.400,00 a R\$ 2.000,00, dependendo da cidade e do tipo de acomodação (SANTA CATARINA, 2014, p. 102). Mesmo que haja pouca diferença entre os custos das intervenções hospitalar e comunitária, as avaliações econômicas mais aprofundadas sugerem que a atenção comunitária é melhor em termos de custo-benefício do que a internação psiquiátrica de longa permanência, pois há maior eficácia na atenção residencial comunitária. Estudos sugerem que os pacientes remanejados para esses serviços apresentam ganhos importantes na qualidade de vida, com uma taxa de apenas 10% de reinternações (SANTA CATARINA, 2014).

3.2 EXECUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

3.2.1 Objetivo

O objetivo deste trabalho foi relatar uma experiência de participação no GT durante o ano de 2014 e propor outras ações para a continuidade desse processo no âmbito do GT, contribuindo para o processo de desinstitucionalização neste Estado.

3.2.2 Método

3.2.2.1 Natureza do Trabalho

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência o qual descreve o trabalho do GT de Desinstitucionalização de Santa Catarina durante o ano de 2014. O relato de experiência é uma ferramenta descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica.

A portaria nº 7 de 22 de junho de 2009, dispõe sobre o Mestrado Profissional, criado com objetivo de atender necessidades de formação de mestres profissionais habilitados para desenvolver atividades e trabalhos técnico-científicos em temas de interesse público, permite

estudo diferente do mestrado acadêmico, assim como seu produto final (BRASIL, 2009).

Para tanto, frequentei as reuniões do GT durante o período de seu funcionamento no ano de 2014 (de agosto a dezembro), um total de sete reuniões. O relato incorporou uma revisão teórico-conceitual, discussões sobre o desenvolvimento do processo de desinstitucionalização neste Estado e proposições para ações futuras. Além da participação no GT, a autora utilizou como suporte a análise de documentos referentes ao trabalho deste GT e ao processo de desinstitucionalização. O estudo se complementou com visitas institucionais e diálogos com membros ligados ao GT.

Embora não se caracterize como um projeto estrito de pesquisa, mas como uma intervenção, uma vez que houve ações de participação direta da autora no grupo, acarretando em repercussões sobre o andamento e deliberações adotadas por este, no que se refere aos estudos utilizados para seu suporte, orientei-me por princípios de pesquisa qualitativa. Tais princípios favorecem o desvelar de processos sociais referentes a grupos específicos, propiciando construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias.

3.2.2.2 O Trabalho de Campo

Nos estudos qualitativos, o trabalho de campo assume grande importância. O campo corresponde a um recorte teórico que satisfaz ao objetivo da investigação. Durante o trabalho de campo, a interação do pesquisador com os sujeitos da investigação é essencial. Nessa fase se estabelecem relações de intersubjetividade, das quais resulta o confronto com a realidade concreta com os pressupostos teóricos da pesquisa (NETO, 1994).

O campo nesse estudo consiste no próprio grupo de trabalho, o qual se constituiu por diferentes integrantes, representando diferentes instituições, com objetivos, crenças, subjetividades diversas, porém, com um objetivo em comum. Nesse trabalho, a descrição e aproximação do campo coincidem com o método de Observação Participante.

A observação participante, como técnica de coleta de dados em um estudo qualitativo, apresenta como uma de suas vantagens a possibilidade de um contato pessoal do pesquisador com o objeto de investigação. Consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele. Dessa forma, facilita a análise da realidade social, permitindo captar os conflitos e tensões existentes nos

grupos, e busca identificar motivação para mudanças necessárias (HAGUETTE, 1992; MINAYO, 2008).

Haguette considera a concepção de observação participante de Schwartz e Schwartz (1969 apud HAGUETTE, 1992, p. 69) como a mais completa, por entenderem como elementos positivos tanto a presença do observador no contexto observado como a interação face a face como pré-requisito da observação. Segundo esses autores, a observação participante não se constitui apenas como um instrumento de coleta de dados, mas também como um instrumento de modificação/intervenção do meio pesquisado. Nesse sentido, propicia uma mudança social.

Nesse mesmo sentido, Minayo (2008) define observação participante como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica, na qual o observador está em relação face a face com os observados. Ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados e se torna parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por esse.

Minayo (2008) define que, como processo, a observação participante segue algumas etapas, sendo elas:

- aproximação com o grupo social, que nesse estudo constitui-se em campo e objeto de estudo;
- esforço do observador possuir uma visão de conjunto da comunidade objeto de estudo, o que pode ser operacionalizada com auxílio de alguns elementos, como o estudo de documentos oficiais, reconstituição do histórico do grupo, identificação dos sujeitos e instituições, realização contatos/conversas informais, entre outros;
- sistematização e organização dos dados.

Neste estudo, as observações foram efetuadas nas reuniões ordinárias do GT de Desinstitucionalização de SC, as quais foram gravadas e transcritas integralmente e/ou parcialmente, e no decorrer de várias ações relacionadas a ele, como elaboração, apreciação e aprovação de atas, confecção de documentos relativos a ações do GT, articulação de comunicações e reuniões extraordinárias, entre outras. Para fins de melhor atuar como observadora, assumi a função de membro participante e assistente da coordenação do grupo. Nessa função, exercia atividades estratégicas, como marcação de reuniões, gerenciamento de comunicações, elaboração e distribuição de documentos, comunicações diretas com os membros do GT e discussões com a Coordenação para tomadas de decisões. Isso permitiu a presença em todas as reuniões e uma legítima interação, onde podia observar, mas

também envolver-se, manifestar-se e votar nas deliberações do Grupo. Nesse sentido, houve ao mesmo tempo coleta de dados por observação e intervenção, por meio da participação ativa como membro.

3.3 RELATO DA EXPERIENCIA

3.3.1 O GT Desinstitucionalização

No ano de 2005 foi criado o Colegiado Estadual de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, pela Portaria Estadual nº 1184 de 2005, com funções de assessorar a Coordenação Estadual de Saúde Mental, discutir diretrizes técnicas e políticas da área, incentivar e acompanhar as iniciativas e os serviços em todo o estado e subsidiar a criação de associações de usuários e familiares e cooperativas de trabalho em saúde mental. Esse Colegiado instituiu o Grupo de Trabalho de Desinstitucionalização, por meio da Portaria Estadual 398/SES de 31/07/2007, nascido anteriormente por uma iniciativa de profissionais sem nenhum grau de institucionalização, sendo legitimado e reconhecido pela portaria, porém sem constar no organograma institucional da Secretaria. Esse GT, com características de movimento social, tinha como objetivo propor e acompanhar a implementação de programa de desinstitucionalização de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos públicos do estado e tinha constituição interinstitucional e intersetorial, incluindo representantes de várias entidades ligadas diretamente à saúde mental ou a organizações para as quais se estende o trabalho de atenção psicossocial (OLIVEIRA et al, 2010).

Para sua composição, o GT convidou uma ampla gama de instituições e organizações da sociedade civil, fazendo-se representar, além da Coordenação Estadual de Saúde Mental e da Prefeitura Municipal de Florianópolis, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por meio do Departamento de Saúde Pública, o Ministério Público Estadual, a Secretaria Estadual de Assistência Social, Trabalho e Habitação, as direções do IPq-SC e do HCTP e membros do próprio Colegiado de Políticas de Atenção Psicossocial. Em 19 de novembro de 2008, o GT passou a ser coordenado por Walter Ferreira de Oliveira, representante do Departamento de Saúde Pública da UFSC. A Portaria Estadual nº 08/SES, de 06/01/2010, aponta seus novos membros, e o GT incorpora, em seu corpo de representantes atuais, novos atores (OLIVEIRA et al, 2010).

Inicialmente, o GT focou em uma pesquisa para verificar as possibilidades de participação de moradores do CCS em um programa de desinstitucionalização. A partir disso, elaborou um relatório o qual reflete o trabalho de todos os envolvidos no GT, desde sua criação, absorvendo os dados fornecidos pelo projeto de avaliação e mirando uma participação ampla de diversos atores sociais necessários ao processo de desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental no estado de Santa Catarina. No referido relatório, consta o que o GT propõe como os princípios norteadores e ações prioritárias para o processo de desinstitucionalização, os quais estão em conformidade com o que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde, pelo Sistema Único de Saúde e pelos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Após a confecção do relatório, este foi encaminhado e apresentado, no ano de 2011, para o Conselho Estadual de Saúde (CES). À época, o CES definiu que o relatório seria apreciado pela Comissão de Saúde Mental do CES e, posteriormente, seria dado retorno ao GT. Dessa forma, o GT paralisou suas atividades, aguardando o posicionamento do CES.

As diretrizes indicadas no relatório elaborado pelo GT foram (Oliveira et al 2010, p. 14 - 16):

- I - Ampliação e consolidação de uma rede de serviços em saúde mental, de caráter psicossocial, a ser constituída a partir de ações inter/transdisciplinares e intersetoriais de forma articulada;
- II - Superação do modelo asilar, com a redução progressiva e planejada, visando à extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos, conforme Portaria GM nº 52 de 20/01/2004, que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS;
- III - Consolidação da horizontalidade entre os diversos atores e agentes da saúde mental, garantindo serviços inter/transdisciplinares e intersetoriais;
- IV - Construção de estratégias que garantam o protagonismo dos usuários dos serviços de saúde mental.
- V - Formação de recursos humanos, de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

As ações prioritárias indicadas pelo Grupo de Trabalho foram (Oliveira et al 2010, p. 14 - 16):

- I. Viabilização da desinstitucionalização imediata dos moradores do Centro de Convivência Santana, conforme avaliação realizada pelo Instituto de Psiquiatria, por meio da sensibilização e engajamento dos municípios, com disponibilização de recursos financeiros e outras ações pelas demais esferas do governo;
- II. Viabilização da desinstitucionalização imediata dos internos do HCTP, conforme avaliação da equipe técnica da Instituição, por meio da sensibilização e engajamento dos municípios, com disponibilidade de recursos financeiros e outras ações pelas demais esferas do governo;
- III. Ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais;
- IV. Implantação de dispositivos de emergência em saúde mental de caráter interdisciplinar;
- V. Implantação, ampliação e consolidação dos CAPS III, de acordo com o porte populacional do município;
- VI. Supervisão clínico-institucional em serviços estratégicos em saúde mental (CAPS, Centros de Saúde, NASFs, Policlínicas, SRTs), implementando e ampliando a atuação de supervisores clínico-institucionais, no estado de Santa Catarina, conforme previsto pelo Ministério da Saúde;
- VII. Realização de oficinas dirigidas aos profissionais, abordando princípios e estratégias da desinstitucionalização previstos neste documento;
- VIII. Realização de eventos, tais como encontros e seminários sobre o processo de desinstitucionalização, atingindo todas as camadas sociais;
- IX. Promoção da educação permanente sobre a desinstitucionalização em todas as camadas sociais;
- X. Divulgação permanente dos princípios da reforma psiquiátrica;

- XI. Sensibilização dos municípios aos princípios do processo de desinstitucionalização e ampliação da adesão desses ao Programa de Volta para Casa;
- XII. Fomento à pesquisa por meio de editais específicos da FAPESC, para a temática da saúde mental;
- XIII. Fomento à formação e apoio aos Conselhos Gestores Locais nas Unidades de Saúde, em conformidade com a Lei 8142/1990.
- XIV. Análise e discussão das matrizes educacionais e das estruturas didático-pedagógicas ligadas à saúde mental e atenção psicossocial;
- XV. Fomento e apoio ao desenvolvimento de comunicação entre setores, instituições, profissionais e comunidade que viabilizem o fluxo de comunicação, bem como o acesso à informação.

3.3.2 A Experiência

Em julho de 2014, alguns dos integrantes da primeira formação do GT, descontentes com a situação vivida no estado de Santa Catarina, no que se refere à desinstitucionalização das pessoas nas instituições asilares do Estado, decidiram por rearticular o GT de desinstitucionalização. As propostas constantes no relatório elaborado e entregue ao Conselho Estadual de Saúde (CES) não foram atendidas, tendo sido verificado que o relatório (produto final do trabalho realizado pelo GT) não se encontrava no Conselho Estadual de Saúde. À época, a decisão em apresentar e entregar o referido documento ao CES foi política, tendo em vista a função que esse colegiado possui.

Diante disso, no ano de 2014 o Departamento de Saúde Pública da UFSC, por meio do seu representante, convidou os atores que compunham o GT na sua primeira formação, além de outros importantes atores sociais. Dessa forma, o GT iniciou sua rearticulação, com objetivo de que ocorra a sua reativação formal, como importante espaço de discussão e formulação de propostas referentes à desinstitucionalização de pessoas que ainda se encontram nos hospitais psiquiátricos, bem como o que foi feito no que se refere às propostas elaboradas, as quais se encontram no relatório final do GT.

Minha aproximação com o grupo iniciou-se antes mesmo da rearticulação do GT, ao dialogar com algumas pessoas que integraram o grupo na sua primeira formação. A autorização e o convite para participar do grupo foram concedidos pelo coordenador do GT, na primeira formação, que foi mantida no momento da rearticulação. Na primeira reunião do grupo, nesta nova etapa, fui apresentada como observadora e também participante e colaboradora, além de ser informado que dessa participação resultaria um trabalho de conclusão de mestrado sobre o GT.

É preciso pontuar uma característica do grupo estudado. Ele é aberto, havendo uma rotatividade de representações e não é obrigatória a participação em todas as reuniões. Nesse sentido, nem todas as instituições e representações estiveram presentes em todas as reuniões em que ocorreu a observação. Dessa forma, em algumas reuniões subsequentes foi reiterado o estudo em andamento, bem como a função que assumi no grupo.

Com relação à segunda etapa do processo da observação participante, realizei estudo do relatório elaborado pelo GT, resultado da pesquisa efetuada anteriormente pelo GT, o qual retrata bem todo o trabalho realizado e os esforços das instituições que o compuseram em sua primeira formação. Além disso, era uma prática as reuniões do GT serem iniciadas com uma apresentação e resgate de sua história, a fim de contextualizar para novos participantes o motivo de sua rearticulação. Também visitei o Centro de Convivência Santana e ao Hospital Santa Tereza, instituições nas quais se encontram pessoas a serem desinstitucionalizadas. Algumas conversas informais foram realizadas, contribuindo para a compreensão dos interesses individuais e sociais da participação de algumas pessoas/instituições no grupo. Algumas instituições representadas no GT têm história na luta antimanicomial e pela reforma psiquiátrica, assim várias informações estão publicizadas e foram consideradas na parte da discussão dos resultados.

Para a concretização da terceira e última etapa da observação participante, a qual refere-se a sistematização e organização dos dados, foram utilizados os dados coletados nas reuniões através das gravações/transcrições e dos registros para a confecção das atas. Nas atas das reuniões encontram-se as informações tratadas nesses encontros, de uma forma mais concisa, as quais serão descritas nesse estudo. Na discussão de dados algumas falas integrais foram utilizadas, de acordo com as categorias definidas, o que será melhor exposto na apresentação dos resultados e discussão.

3.3.3 O Relato das Reuniões

Primeira Reunião – 14/08/2014

Na primeira reunião do GT, participaram, além do Departamento de Saúde Pública, um representante da ABRASME, que também é funcionário do Centro de Convivência Santana e o diretor do Hospital Santa Tereza. Outras três instituições (Coordenação Estadual de Saúde Mental, Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina e HCTP) não puderam participar, porém, sinalizaram o desejo e o engajamento para rearticular o GT. O principal ponto de discussão nessa reunião foi a retomada do GT de Desinstitucionalização de Santa Catarina, diante da situação do Estado com relação à desinstitucionalização de moradores em instituições asilares. É pontuado que a rearticulação do GT nesse momento se dá de uma forma diferente da proposta inicial e resgatado o trabalho anteriormente realizado pelo GT, que acarretou na confecção de um documento apontando como denominador comum a criação de alternativas para a continuidade da assistência extra-hospitalar, ou seja, os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs. Contudo, não foi dada continuidade e os SRTs não foram criados. Destacou-se que Santa Catarina conta hoje com quatro SRTs, sendo três deles ligados ao Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina - IPq (não estando em consonância com o que é preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental) e um está localizado em Joinville. Um dos participantes na reunião acredita que Santa Catarina seja um dos Estados da união com menos SRTs.

Outra questão destacada pelos participantes nessa primeira reunião refere-se à representatividade de atores sociais no GT. Dessa forma, deliberou-se por convidar outros atores sociais, tais como: Conselho Regional de Psicologia, Grupo Condutor da RAPS, Subcomissão da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa de Santa Catarina, instalada para acompanhar a implantação da RAPS no estado.

Outro encaminhamento nesse primeiro momento foi resgatar o relatório final do GT: **DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E AÇÕES PARA SANTA CATARINA**, para envio aos que venham a participar do GT. Esse Relatório foi enviado ao Conselho Estadual de Saúde, em 2011, quando o GT vislumbrava que, a partir desse, solicitado pelo próprio CES, houvesse ações conjuntas em uma segunda fase de seu trabalho. Entretanto, o CES não deu retorno após a apresentação, feita em reunião ordinária daquele colegiado, e entregue para providências à Comissão de Saúde Mental do Conselho.

Segunda Reunião – 28/08/2014

Na segunda reunião do GT, outros atores se juntaram às instituições representadas na primeira reunião, como o Conselho Regional de Psicologia de Santa Catarina, Hospital de Custódia (HCTP) e o Grupo Pira. Contou ainda com a participação dos mestrandos da terceira turma do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, composto por profissionais de diversas instituições da rede de atenção.

Com a ampliação de participantes, nessa reunião deu-se continuidade aos pontos levantados na primeira reunião e houve uma retificação de um dado, pela representante do HCTP, sobre a constituição de mais um SRT no Estado, localizado no município de Monte Castelo.

Surge nesse momento a discussão da identidade do GT, haja vista que ele foi instituído em um dado momento, a partir de uma demanda específica, a qual foi respondida com a confecção do Relatório pelo GT e nenhum encaminhamento foi dado pelos órgãos competentes. Nesse momento, o GT não está sendo chamado pelo Colegiado de Políticas Públicas. Assim, em nome de quem o GT falará? Qual é seu vínculo institucional? Foi proposto por um dos participantes que o GT assuma caráter de fórum. Houve discussão acerca dessa proposta e alguns manifestaram ser interessante a ideia de Fórum, porém, com esse caráter, fica com identidade frágil. O caráter de GT institucionalizado é mais eficaz, pois tem mais poder, contudo há necessidade de incluir outros atores para que o grupo se fortaleça. Igualmente há fragilidades em permanecer como GT, pois fica sob controle da instituição criadora. Em sua origem, foi criado pelo Colegiado de Políticas Públicas e sua existência extinta, com a conclusão e envio do relatório, mas pode ser criado por outra instituição, como CRP, ALESC etc. Assim, o grupo decidiu, nesse momento, não ser interessante abrir mão do caráter de GT.

Com relação ao trabalho anterior do GT, um dos participantes da reunião retomou a produção do relatório, o qual foi bem elaborado e consistente, sendo engavetado pelo CES. O referido relatório apontou a necessidade de preencher uma lacuna no estado no que se refere aos SRTs, havendo uma gama de pessoas ainda sendo assistidas em hospitais especializados, sem autonomia, sem cidadania. Assim, apesar de algumas informações no relatório estarem desatualizadas, ele ainda é muito atual no que se refere a esse ponto, pois essa ainda é a realidade no Estado. Pontua que o estado de Santa Catarina é o Estado da região

Sul e Sudeste que menos tem Residenciais Terapêuticos, sendo esse um dispositivo básico e essencial na Rede de Atenção.

A associação do Conselho Regional de Psicologia - CRP ao GT traz para o grupo informações de sua participação em diversas instâncias de controle social, os entraves e dificuldades em alguns desses espaços, como no Conselho Estadual de Saúde. Assim, contextualizou o cenário político do CES no ano de 2013, quando o CRP foi efetivo no CES e destacou como muito marcante a desarticulação em que esse se encontrava, não assumindo as ações de instância de controle social. Sobre o relatório do GT, há informação que o CRP coordenou a Comissão de Saúde Mental do CES (2013) e não foi encontrado o relatório elaborado pelo GT.

Discutiu-se ainda a ampliação de articulação com outros atores, como ALESC, Ministério Público, Coordenação da RAPS, entre outros. Destaca-se que a ALESC apareceu como um importante ator, uma vez que há a Subcomissão de Atenção Psicossocial, ligada à Comissão de Saúde coordenada pelo deputado Volnei Morastoni e que conta com a participação de importantes instituições, como Ministério Público Estadual e Federal, Associação Catarinense de Psiquiatria, Coordenação Estadual de Saúde mental, Conselho Estadual de Saúde, entre outras. Assim, foi proposto como encaminhamento que o GT participe desse espaço, o qual consiste em um espaço político importante e forte dentro da ALESC, a fim de levar a discussão da desinstitucionalização.

Foi também debatido o Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Santa Catarina, elaborado pelo Grupo Condutor, e destacou-se a importância de uma aproximação do GT com o coordenador do referido grupo, o qual deverá ser convidado para participar das reuniões do GT. Destaque que para essa reunião foi enviado convite para a coordenação do grupo condutor da RAPS, que não se manifestou.

Assim, dessa reunião foram deliberados alguns encaminhamentos, entre eles: enviar correspondência para CES solicitando inclusão de ponto de pauta para a próxima reunião do Conselho, que será realizada no dia 03/09/14, a discussão da reativação do GT e resposta sobre posicionamento da não localização do relatório enviado pelo GT; o CRP, como coordenador da Subcomissão de Atenção Psicossocial da ALESC, solicitará convocação de reunião da subcomissão e colocará como pauta o GT.

Terceira Reunião – 25/09/2014

Em função de contratempos de alguns participantes, houve um espaçamento de quase um mês para a realização da terceira reunião.

A terceira reunião do GT contou com a participação das seguintes instituições: HCTP, Hospital Santa Tereza, CRP-12, Coordenação Estadual de Saúde Mental, Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – UFSC, Coletivo Pira, Professora do Mestrado profissional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial e Departamento de Saúde Pública – CCS/UFSC. Foi feito um resgate dos encaminhamentos da segunda reunião e dado alguns retornos.

Com relação ao Conselho Estadual de Saúde (CES), foram repassados informes do retorno do Conselho Estadual de Saúde sobre correspondência enviada pelo GT solicitando pauta na reunião do CES de setembro. O retorno do CES foi que não seria possível pautar o GT nessa reunião, devido à demanda represada e por não ter ocorrido à reunião de agosto. Encaminharam que entrariam em contato com o GT, o que não ocorreu até a data da reunião. Um dos integrantes do GT contactou um conselheiro do CES que repassou informações sobre a desarticulação do Conselho e que tem sido uma prática não pautar as demandas apresentadas pela sociedade civil. Os participantes da reunião discutiram quais encaminhamentos seriam adotados diante do não retorno do CES ao GT. Houve proposta de denúncia ao Ministério Público, o que não foi aceita por todos integrantes. Foi deliberado que seria enviada nova correspondência ao CES, cobrando um posicionamento sobre a demanda apresentada pelo GT anteriormente, com prazo até dia 08 de outubro para retorno. Além desse, outro encaminhamento definido refere-se a convidar um conselheiro do CES para participar da reunião da Subcomissão de Atenção Psicossocial da ALESC para relatar como está a organização do CES.

Sobre a articulação com a Subcomissão de Atenção Psicossocial da ALESC, foi agendada uma reunião da subcomissão para o dia 09 de outubro, às 9h. O GT de Desinstitucionalização participará da reunião, tendo sido discutida a pauta que o GT levará para a reunião da ALESC e organizada a apresentação e o objetivo da rearticulação do GT, ou seja, desengavetar o Relatório final do seu trabalho. Ainda foi pontuada a importância da articulação com a RAPS, para isso, foi proposto diálogo com a coordenação do Grupo Condutor da RAPS para articular o trabalho feito pelo GT, com a proposta de implantação da RAPS. O entendimento do GT é que seu trabalho, que culminou com o relatório, é progresso à RAPS e não foi aproveitado por essa. Assim, o objetivo é aliar, acrescentar o trabalho do GT à RAPS.

No que se refere à discussão sobre a identidade do GT, foi reiterado como esse foi criado e sua ligação com o Colegiado Estadual de Políticas Públicas de Atenção Psicossocial. O GT estava legitimado

por uma portaria, que não foi revogada. Em consenso, o GT entende que a tarefa a ser cumprida, que originou a sua criação, ainda não findou, haja vista não ter tido retorno sobre seu trabalho. Dessa forma, o encaminhamento nesse momento é que seja mantida a identidade de GT. Posteriormente poderá se tornar um fórum. Para isso, será necessário que as entidades nomeiem seus representantes para atualizar a portaria. A Coordenação Estadual de Saúde Mental se responsabilizou em renovar a portaria.

Um novo assunto foi pautado e se refere ao Relatório Avaliação do Plano Operativo da RAPS, feito pelo Ministério da Saúde. Em 17 de setembro ocorreu reunião da RAPS, chamada pela Secretaria Estadual de Saúde. No relatório há importantes indicativos, destacando a necessidade de implantação e fortalecimento da RAPS. Um dos integrantes do GT, o qual participou da referida reunião, pontua preocupação com o posicionamento de algumas pessoas participantes da reunião, que apontavam para a hospitalização. Os participantes discutem como são preocupantes questões relacionadas às Comunidades Terapêuticas e a presença dos hospitais especializados na RAPS. Outra questão pontuada é a compreensão necessária que a RAPS já acontece e que tem que ser vista como um processo. Foi feito um esclarecimento como ocorreu a organização do grupo condutor da RAPS em Santa Catarina, que estranhamente não está na Coordenação Estadual de Saúde Mental. Para dirimir esse distanciamento, a Coordenação de Saúde Mental e do Grupo Condutor têm mantido contatos frequentes.

Quarta Reunião – 30/10/2014

Novamente houve um espaçamento grande entre a terceira e quarta reunião em função de incompatibilidade de agenda dos integrantes do GT. Deliberado na última reunião que o próximo encontro do GT seria em conjunto com a da Subcomissão de Atenção Psicossocial da ALESC, agendada para o dia 09/10/2014, na qual o GT participaria para pautar suas demandas, mas foi cancelada dois dias antes de sua data. O motivo do cancelamento foi a não reeleição do Deputado Volnei Morastoni nas eleições (05/10/2014) e, consequentemente, a descontinuidade do trabalho, uma vez que a comissão de saúde será reconduzida para outro deputado eleito. O entendimento do GT no momento em que foi informado sobre o cancelamento da reunião foi que essa precisaria acontecer, uma vez que há uma demanda a cuidar porém, seria necessária uma reorganização e reconfiguração da reunião. Dessa forma, a reunião foi agendada para o dia 30/10/2014 e teve uma ampla divulgação feita tanto pelo GT como pelo CRP, que coordenaram a reunião em conjunto e teve como pauta:

Avaliação do funcionamento do Conselho Estadual de Saúde; GT Desinstitucionalização; Subcomissão de Atenção Psicossocial da Comissão de Saúde da ALESC; Parecer do Ministério da Saúde em relação ao Plano da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina;

Projeto de Lei 15.909/2014, de autoria do Vereador Deglaber Goulart, de Florianópolis.

A reunião contou com uma representatividade significativa de instituições e atores sociais. Entre eles: CAPS-São José, CAPSi Florianópolis, Gerência de CAPS da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Coordenação Estadual de Saúde Mental, Departamento de Antropologia UFSC, Departamento de Psicologia - UFSC, Departamento de Saúde Coletiva -UFSC, Mestrado Profissional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (MPSM) - UFSC, IPq-SC, SINDSAUDE-SC, representantes do Conselho Estadual de Saúde, TRANSES/PPGAS/UFSC, Coletivo PIRA, Hospital Santa Tereza, COREN, Tribunal de Justiça, DEAP, Assessoria do Vereador Afrânio Boppré, entre outros. Em função da extensa pauta, privilegiou-se pela discussão de dois assuntos: o Projeto de Lei (PL) 15090/2014 e o CES.

Para discutir o PL foi convidada pelo CRP a assessora do vereador do município de Florianópolis Afrânio Boppré, que contextualizou o referido projeto. O Projeto de Lei 15090/2014 pretende instituir a política municipal de internação involuntária e compulsória. O vereador Ricardo entrou com um requerimento pedindo uma audiência pública para discutir esse PL. Nesse requerimento solicitando audiência pública, há uma moção de repúdio e vários abaixo-assinados, e seria votado nos próximos dias. O PL está tramitando na Câmara, atualmente na Comissão de Constituição e Justiça - CCJ. O vereador relator desse projeto solicitou explicações para a Secretaria de Assistência Social do município de Florianópolis, há um ou dois meses, e não obteve resposta. Também foi solicitado parecer da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que a representante da gerência de CAPS, presente na reunião, informou que essa, junto com os CAPS ad e os outros CAPS, discutiram o PL, sendo dado um parecer negativo. O Secretário de Saúde do Município de Florianópolis foi subsidiado para dar andamento, e os dois CAPS ad escreveram a moção de repúdio ao PL. Pontua a importância de tensionar para que seja aprovado o requerimento que solicita audiência. O posicionamento dos integrantes da reunião foi unânime em apoiar a realização da audiência, e os encaminhamentos foram definidos para articulações e busca de parcerias.

Outro ponto discutido foi sobre o Conselho Estadual de Saúde, tendo sido convidado um representante do Conselho que repassou

informações sobre o este, suas percepções dos problemas e dificuldades enfrentados nesse espaço. Como principais problemas pontuou a falta de quórum nas reuniões do conselho, que são mensais e pré-definidas e devem acontecer sempre na primeira quarta-feira do mês. Três reuniões não ocorreram desde julho, e importantes pautas não foram discutidas e deliberadas.

Outra questão pontuada refere-se aos relatórios de gestão, que devem ser aprovados por quadrimestre pelo colegiado, após serem apreciados pela comissão de orçamento e finanças que os têm rejeitado. Muitos conselheiros têm medo de não aprovar os relatórios de gestão e trancar a verba que vem do governo federal para o Estado, assim, impedindo o funcionamento do SUS no Estado, o que mostra um desconhecimento dos conselheiros. Em função disso, foi ponto de pauta de setembro uma capacitação para os conselheiros, principalmente nesse quesito de orçamento e finanças, pois há grande dificuldade de interpretar e avaliar os relatórios de gestão. Porém, essa capacitação não foi discutida, pois a reunião não ocorreu. A representante do CRP na reunião, que já foi conselheira do CES no ano de 2013, pontua que essa desarticulação observada no CES não é à toa, ela faz parte de um plano de privatização da saúde pública, inclusive de serviços essenciais. Os planos de gestão que não têm sido aprovados, não o são por causa dessa questão. Existe um plano de saúde aprovado em prol da saúde cem por cento SUS e uma série de ações de privatização da saúde têm sido realizadas, e o relatório de gestão não é aprovado, pois não atende ao plano de saúde. As entidades que compõem o CES, mesmo que de controle social, veem-se de mãos atadas por liberação de recursos públicos, pois muitas delas dependem disso. Afirmou ainda que a pauta solicitada pelo GT não entrou como pauta, e nem vai entrar, porque ela vem na contramão do que o Estado está querendo. Essa desarticulação foi vivida no ano passado também. Essa troca de conselheiros foi uma pressão (para que fossem substituídos), e quando foi formado um grupo maior, que não votasse com o governo, teve a troca de efetivos. Reiterou a seriedade da situação no CES e avalia que é passível de denúncia, uma vez que o CES não pode estar funcionando dessa forma. Afirmou que quando coordenou a Comissão de Saúde Mental do CES no ano passado, solicitou as atas e os documentos dos anos anteriores, mas no material entregue não estava contemplado o Relatório do GT Desinstitucionalização ou outro encaminhamento relativo ao tema. O relatório do GT de Desinstitucionalização não foi encontrado. O trabalho realizado pelo GT, de anos, que fez um levantamento das pessoas institucionalizadas no IPq, no Santa Tereza e no Hospital de

Custódia, que não podem mais estar institucionalizados, simplesmente sumiu.

Também foi abordada a reorganização do GT, em decorrência do não retorno do CES sobre o trabalho realizado. Na época da apresentação do relatório ao CES, o encaminhamento foi que o relatório iria ser apreciado pela Comissão de Saúde Mental e voltaria ao plenário. Por algum motivo não voltou ao CES, como foi anunciado na reunião de apresentação do trabalho. A rearticulação do GT se deu por esse motivo. Também foi esclarecido o trabalho do GT, de 2007 a 2010, fazendo um grande levantamento no estado dos hospitais psiquiátricos e sobre a situação da desinstitucionalização, foi criada uma portaria na Secretaria de Estado da Saúde que o instituiu. Em 2011 foi apresentado ao CES esse relatório que contém diretrizes para a desinstitucionalização no Estado de Santa Catarina e eles se comprometeram a dar encaminhamento a esse relatório, só que jamais responderam. Então, nesse ano de 2014, o GT foi resgatado e a primeira pauta foi a solicitação de um retorno do CES sobre esse relatório. Foi enviada uma solicitação ao conselho no final de agosto e como resposta foi dito que não seria possível pautar na reunião de setembro, pois havia demanda represada da reunião de agosto. Novamente foi enviada em setembro, com data de retorno para meados de outubro, mas não foi dada resposta. Foi deliberado na última reunião do GT que, caso não seja dado retorno pelo CES, será acionado o Ministério Público para que o Conselho seja obrigado a responder. A conselheira do CES esclarece que o convite enviado à secretaria do CES pelo CRP-12 foi encaminhado para os conselheiros somente ontem, pedindo para os conselheiros que pudessem participar da reunião, assim todos os conselheiros foram convidados, mas não necessariamente em tempo hábil. Como encaminhamentos, foram discutidos alguns pontos. Primeiramente, a necessidade de pressão, podendo ser utilizado o Ministério Público e Ministério da Saúde, para que as pautas da sociedade civil sejam contempladas no CES. A denúncia ao Ministério Público deve ser a não resposta ao encaminhamento do GT sobre o trabalho realizado. Outras denúncias, como a inoperância do CES, podem ser feitas, mas o objeto do GT é obter o retorno do relatório.

Outro ponto abordado refere-se à subcomissão de Atenção Psicossocial da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa, que em função da não reeleição do deputado Volnei Morastoni, Coordenador da Comissão de Saúde da ALESC, a qual a subcomissão estava diretamente ligada, nesse momento, deixa de funcionar. Foi discutida a importância de articulação política para apontar o novo Coordenador da Comissão de

Saúde, sendo sugerido tirar uma comissão do GT para articular com os deputados.

Quinta reunião – 13/11/2014

A quinta reunião teve como pauta discutir e organizar os encaminhamentos da última reunião. Sobre o PL 15090/2014, a audiência pública foi aprovada em sessão da Câmara dos Vereadores de Florianópolis, no dia 03/11/14. Um dos participantes da reunião, que participou da sessão da Câmara onde se tomou essa decisão, repassou informações sobre a sessão.

Os participantes da reunião do GT discutiram a importância de representatividade significativa na galeria da Câmara, durante a audiência pública, para pedir a palavra e garantir manifestações contrárias à aprovação do PL. Faz-se necessária urgência nas articulações, pois a audiência pode acontecer em breve. Como encaminhamentos, definiu-se por realizar uma grande mobilização de instituições para participar da audiência. Será confeccionado um documento pontuando a importância de participarem da audiência e enviado para as instituições levantadas como parceiras, além de uma articulação com vereadores parceiros contrários ao PL.

Sobre a Comissão de Saúde ALESC, foi novamente discutida a importância de articular com deputados um possível coordenador da Comissão de Saúde da ALESC, tendo em vista a possibilidade de pessoas contrárias à política de saúde mental assumir a comissão. Foram cogitados dois possíveis deputados para articulação e definido articular inicialmente com um deles. Como encaminhamento decidiu-se por agendar audiência com a referida deputada para uma primeira conversa.

Ainda foi debatida a possibilidade de iniciar articulação, a partir desses contatos com deputados, sobre proposta feita na última reunião, de tensionamento para que saia uma Lei Estadual de Política de Saúde Mental, a fim de impedir que surjam PLs “esdrúxulos”, como o que está sendo proposto. Foi pontuado que no relatório do GT constam 15 itens para uma Política de Saúde Mental, os quais podem ser aproveitados para um Projeto de Lei. Outras articulações foram pensadas para a concretização da Desinstitucionalização no Estado e levantados alguns nomes de representantes do Ministério Público Federal, Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão, entre outros.

Sexta Reunião – 04/12/2014

Nessa reunião a pauta principal foi a organização da Audiência Pública PL 15.909/2014. Como encaminhamento da última reunião do GT foi enviado documento para algumas instituições (movimentos sociais, judiciário, executivo e legislativo), a fim de solicitar

mobilização para a audiência. Foi pontuada a importância de mobilização dos usuários como o Movimento dos Moradores de Rua. Foi esclarecido o funcionamento e a organização de uma audiência pública, também foram listadas outras instituições e pessoas para tomarem a palavra no dia da audiência, sendo necessário verificar a possibilidade de essas comparecerem na tal audiência. Também foram definidas diretrizes para as manifestações no dia desse encontro.

Sétima Reunião – 18/12/2014

Essa reunião teve como pauta principal a avaliação da audiência pública ocorrida alguns dias antes e contou com a participação do movimento dos moradores de rua, entre outros participantes.

Foi feita uma avaliação bastante positiva por todos, tanto do resultado, que foi pelo arquivamento do PL, como da representatividade de vários segmentos, que incluiu Universidade, técnicos, servidores, instituições de classe e movimentos sociais. Igualmente, foi avaliada de forma positiva a articulação que o GT fez, assim como outras instâncias, para a mobilização de vários atores sociais contrários ao PL. De forma negativa, foi avaliada a não participação do autor do PL, que não compareceu à audiência. Como resultado de toda essa mobilização, um programa televisivo foi realizado, contando tanto com instituições favoráveis como contrárias ao Projeto de Lei de internação involuntária e compulsória.

Outros pontos foram discutidos na reunião, como a recente nomeação do Secretário Estadual de Saúde, feita por indicação do Governador reeleito, que não é da área da Saúde. A discussão girou em torno do papel do GT de controle social e de articulador político, e encaminhamentos de construção de canais de diálogo foram feitos para que haja uma aproximação com o Secretário de Saúde, a fim de acompanhar as ações.

Também foram discutidas propostas de ações para o ano seguinte, como realizar uma oficina de planejamento, na qual cada um trará sugestões para a discussão de plano de ação. Um dos integrantes retoma o objeto inicial da articulação do GT, o qual se refere à desinstitucionalização de pessoas em condições asilares no Centro de Convivência Santana. Seu questionamento é o que fazer com os 190 moradores que estão no CCS. Resgata também a ideia inicial do GT de contato com Ministério Público Federal, dada pelo Coordenador Nacional de Saúde Mental, Tykanori, como ocorreu em São Paulo. Relata o que ocorreu em Sorocaba/SP, ou seja, foi congelado o repasse de verbas da saúde e foram dados os encaminhamentos necessários para a desinstitucionalização. Como encaminhamento foi definido contato

com Tykanori, que ficou de verificar quem são as pessoas em Santa Catarina, para buscar diálogo e mais informações sobre como aconteceu em São Paulo.

Tarefas pendentes foram redefinidas e prazos foram colocados.

3.4 DISCUSSÃO

Como resultado da participação nas reuniões e nas ações da Coordenação do GT, foram levantados vários pontos, os quais foram divididos em dois temas predominantes: A Rearticulação do GT e A Nova Identidade do GT. Para chegar a esses temas foram considerados os objetivos desse estudo. Cabe destacar que tais temas se interligam e se sobrepõem, e esse recorte ocorreu para fins de uma melhor discussão.

Assim, o primeiro tema, Rearticulação do GT, está relacionado a dois objetivos, que são: compreender o papel do GT de Desinstitucionalização para o processo de desinstitucionalização no estado de Santa Catarina e levantar dados que possam servir para uma discussão pública sobre a redução de leitos em hospitais psiquiátricos. Para discussão foi feita uma subdivisão, tendo como pano de fundo as ações e estratégias de Desinstitucionalização, os atores sociais identificados como importantes para que a desinstitucionalização ocorra e análise do que há no estado no que se refere aos dispositivos de desinstitucionalização, especificamente os SRTs.

O segundo tema, Identidade do GT, pretende dar conta do objetivo de verificar os entraves, dificuldade e potencialidades internas e externas para a concretização do processo de desinstitucionalização, no que diz respeito a parceria dos atores sociais e sua relação.

Primeiramente é apresentado o primeiro Tema (e sua relação com o segundo tema) e a discussão de como ocorreu essa articulação, bem como o que se entende como necessário para que um processo de desinstitucionalização ocorra. Posteriormente, é feita a discussão do segundo tema, a Identidade do GT.

3.4.1 Tema 1: a Rearticulação do GT

O principal resultado foi a rearticulação do GT. Assim, houve a rearticulação tal como anteriormente, e novos atores sociais juntaram-se ao grupo, conseqüentemente, os focos de discussão se ampliaram. Observou-se que o principal foco de discussão, o Relatório e retorno do

Conselho Estadual de Saúde sobre esse, que culminou com a reativação do GT, esteve presente na maioria das reuniões, contudo, abriu campo de possibilidades para que outras pautas aparecessem. Assim, com a representatividade ampliada, outras importantes pautas foram trazidas para discussão, tais como, o PL 15909 (pretendia instituir política municipal de internação involuntária e compulsória), a articulação da Comissão de Saúde da ALESC, a política municipal de saúde de Florianópolis, por meio da criação do CAPS ad III e outras.

Com relação ao segundo tema, a observação efetuada refere-se à função de articulador político que o GT passou a ter a partir de sua rearticulação, ou seja, passou a mapear o agenciamento da política de saúde mental e a assumir um papel de articulador nesse agenciamento. Por exemplo, discutindo alianças entre deputados para a escolha de presidência da Comissão de Saúde da ALESC, e discussão sobre a indicação do Secretário Estadual de Saúde. Também questionamentos podem ser feitos a partir dessa função assumida.

3.4.1.1 Discussão: Desinstitucionalização e Articulação de Atores Sociais

Em um primeiro momento, observou-se que a discussão do grupo ocorreu em como o processo de desinstitucionalização deve ocorrer. A desinstitucionalização é um processo que pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e de movimentos sociais envolvidos na temática. Essa proposta direciona-se à desconstrução do modelo hospitalar de assistência psiquiátrica e de construção de outras estruturas de atenção comunitária e territorial à saúde mental. No entanto, a saída das pessoas das instituições é algo complexo, requerendo um trabalho de reconstrução e ressocialização em espaços sociais possíveis e mais saudáveis, com vistas a novas adaptações e construções diárias de novas possibilidades de viver (DUTRA; ROCHA, 2011).

Para uma efetiva concretização da Reforma Psiquiátrica sob o paradigma da desinstitucionalização, o processo de transformações deve extrapolar o campo dos serviços de saúde mental e alcançar a sociedade, o que não ocorre apenas por meio de leis e propostas. Esse resultado se dará a partir da movimentação dos diversos atores envolvidos, das modificações mínimas e cotidianas, do contínuo questionamento do trabalho realizado, da compreensão do movimento contraditório da vida em sociedade. Nessa perspectiva, um processo de desinstitucionalização

se dará na medida em que forem desenvolvidas ações integradas e intersetoriais nos mais diversos campos, como Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, entre outros (AMARANTE, 2007).

Dessa forma, a intersetorialidade necessária para que a desinstitucionalização se concretize é contemplada no GT, na sua primeira formação e, desde a primeira reunião de sua retomada, é questão fundamentalmente levantada, ou seja, é imperativo identificar e articular com outros atores sociais, ampliando a representatividade do Grupo.

3.4.1.1.1 Os Atores da Desinstitucionalização

Nas reuniões ocorridas e analisadas vários atores participaram, porém, nem sempre com frequência regular. Alguns tiveram participação pontual em função de uma pauta específica como ocorreu em uma reunião que contou com uma diversidade de instituições representadas. Em alguns momentos pôde-se observar desconforto entre integrantes do grupo, em discussões de pautas específicas, como por exemplo, quando foi debatida a criação da UPA, CAPS Ad III e unidades de acolhimento no município de Florianópolis. Ainda, foi possível identificar entraves e conflitos entre representantes da sociedade civil e de serviços com representantes da gestão.

Desde a primeira reunião, focou-se em ampliar os protagonistas do grupo, listando quais parcerias seriam interessantes para que o objetivo do GT fosse atingido, assim, convites foram feitos a algumas instituições, houve quem os aceitasse e outros não.

As instituições que mantiveram uma frequência regular, coincidentemente foram as que participaram da primeira formação do GT, o que podemos considerar que são as mais interessadas na rearticulação e concretização dos direcionamentos dados no relatório final. Podendo ser citado: Universidade Federal de Santa Catarina (Departamento de Saúde Coletiva e Antropologia), IPq-SC, Hospital Santa Tereza, Coordenação Estadual de Saúde Mental, Hospital de Custódia e Conselho Regional de Psicologia (CRP).

O CRP, que não integrava formalmente o GT na sua primeira formação, foi identificado como um importante ator nesse processo, ao se unir ao GT, a partir da segunda reunião, contribuindo sobremaneira para uma ampliação do foco e atuação do GT.

A seguir estão listados alguns dos atores identificados pelo GT como importantes parceiros, bem como a discussão de seu papel e

relevância no processo. Também será discutida a relação de alguns desses atores com o que se avalia ser necessário para que a desinstitucionalização ocorra, pontuando certas questões que apareceram nas reuniões do grupo.

3.4.1.1.1.1 Controle social - Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina

A expressão controle social destaca a relação entre Estado e sociedade civil no período da ditadura e da redemocratização do Estado a partir da década de 1990. Tem sido utilizada, no Brasil, como sinônimo de controle da sociedade civil sobre as ações do Estado, especificamente no campo das políticas sociais, desde o período da redemocratização dos anos de 1980. O sentido dessa expressão surgiu pela conjuntura de lutas políticas e sociais pela democratização do país frente ao Estado autoritário (ditadura militar) da época (BRAVO; CORREIA, 2012).

Para Correia (2009), controle social significa a sociedade civil organizada, atuando na gestão das políticas públicas, a fim de controlá-las para que atendam às demandas sociais e aos interesses das classes subalternas. A mesma autora pontua que o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses de classe, tendo em vista a construção de sua hegemonia.

No campo da saúde, surgiu como reivindicação do Movimento da Reforma Sanitária que postulava a necessidade da participação social. As lutas da saúde articuladas à redemocratização do país foram tema da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como marca o lema Democracia é Saúde, sendo aberta à participação de trabalhadores e da população, pela primeira vez na história das conferências de saúde. O controle social é apontado como um dos princípios sustentadores da reformulação do sistema nacional de saúde e como caminho imprescindível para a sua democratização (BRAVO; CORREIA, 2012).

Conduzido pelo Movimento da Reforma Sanitária, o processo de lutas sociais pelo direito à saúde culminou com a garantia da participação social e a descentralização, tornando-se diretrizes do Sistema de Saúde da Constituição Federal, que foi regulamentada com a Lei nº 8.142/90. Nesse sentido, a participação social no SUS foi engendrada na perspectiva do controle social, propondo que os setores organizados na sociedade civil participassem das políticas de saúde

(formulações, acompanhamento de suas execuções e definindo destino de recursos), a fim de que os interesses da coletividade fossem atendidos. (BRAVO; CORREIA, 2012).

A institucionalização da participação popular a partir da Lei 8.142/90 ocorreu por meio das conferências, que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo, bem como pelos conselhos – instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, que possuem uma composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, setores organizados, na sociedade civil e nos demais segmentos (gestores públicos, filantrópicos e privados e trabalhadores da saúde) e que objetivam o controle social. (BRAVO; CORREIA, 2012).

O Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina (CES)

Definido pela Constituição Federal e pelo Sistema Único de Saúde, o Conselho Estadual de Saúde (CES) é órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo no Estado, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política estadual de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, conforme prevê a Lei 8.142/90. São competências específicas e regimentais do Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina: Atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, de acordo com o Sistema Único de Saúde; Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração de Planos de Saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e a Política Estadual de Saúde; Elaborar o cronograma de transferência de recursos financeiros aos municípios, consignados pelo SUS; Propor critérios para definição de padrões e parâmetros assistenciais; Acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde, credenciado mediante contrato ou convênio; Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área da saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do Estado; Articular-se com a Secretaria de Estado da Educação, Cultura e Desporto e com o Conselho Estadual de Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área da saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais do Estado; Propor critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial; Avaliar as demonstrações de resultados do Fundo Estadual de Saúde; Aprovar os relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde, em nível

estadual; Acompanhar e controlar a compra de ações de saúde dos serviços regionais de promoção, proteção e recuperação da saúde; e Convocar, em caráter extraordinário, a Conferência Estadual de Saúde, nos termos da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. O Conselho Estadual de Saúde/SC foi criado por meio da Lei 9.120, de 18 de junho de 1993, com um total de 20 conselheiros e Secretário-Adjunto. A Lei garante que o Vice-Presidente seja um conselheiro do plenário titular. Em 15 de dezembro de 1998, o Conselho passou por algumas alterações por conta da Lei 10.982, entre elas, o aumento da representação de 20 para 32 conselheiros titulares. O Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina é presidido pelo Secretário de Estado da Saúde (SANTA CATARINA, S. D.).

A representante do CRP trouxe importantes informações do CES no ano de 2013, quando assumiu cadeira no referido colegiado representando o CRP-12 e assumiu a coordenação da Comissão de Saúde Mental do CES. Destacando a desarticulação das comissões naquele momento, informou que foi realizado um levantamento de documentos e ações da comissão de saúde mental e não foi localizado documento nenhum, inclusive o relatório elaborado pelo GT. Contextualizou o cenário político do CES, destacando como muito marcante a desarticulação em que esse se encontrava no ano de 2013, não assumindo as ações de instancia de controle social. Com muitas demandas pautadas pelo próprio governo por conta de liberação de recursos, que para ocorrer, obrigatoriamente precisam passar pela apreciação e deliberação do CES, aquelas comissões que não precisam aprovar verbas, acabaram sendo desativadas. Dessa forma, parte das instituições, que representam a sociedade civil no CES, acabaram reféns por depender de verba pública, não cumprindo o seu papel de controle social (ATA DA REUNIÃO DE 28/08/14).

Necessário reiterar a relação ocorrida entre o GT e o CES. Concluído o trabalho do GT e confeccionado o relatório, esse foi apresentado para o CES no ano de 2011. O encaminhamento dado pelo colegiado foi que o relatório seria encaminhado para a comissão de saúde mental do CES e, após sua apreciação, retornaria para o plenário.

Diante da informação apresentada pela representante do CRP-12, supracitada, da não localização do relatório na comissão de saúde mental, os presentes na reunião deliberaram por ser enviada uma correspondência ao CES, a fim de solicitar ao colegiado inclusão de ponto de pauta para a reunião de setembro a rearticulação do GT, bem como posicionamento sobre o relatório elaborado e enviado pelo GT. Dessa forma, foi confeccionada uma correspondência e enviado ao CES.

Em resposta a esse documento, o CES informou não ser possível a inclusão da pauta na reunião de setembro, tendo em vista que essa estava muito extensa em função da reunião de agosto não ter sido realizada por falta de quórum.

Em reunião subsequente, novamente pautou-se o CES, haja vista o não retorno da demanda apresentada. Assim, foi deliberado que nova correspondência seria enviada ao CES, solicitando posicionamento com relação ao relatório e colocando prazo para resposta. Ainda, deliberou-se que, caso o CES não respondesse a demanda, seria feita denúncia ao Ministério Público Estadual. Nesse sentido, foi enviado e-mail para o CES no final de setembro, com data limite para retorno, ou seja, 15 de outubro de 2014. Mais uma vez, sem retorno.

Em reunião ampliada do GT, ocorrida em 30 de outubro de 2014, um dos pontos de pauta foi o CES e, para isso, foi convidada uma conselheira para explanar sobre a situação do colegiado. Além dessa, outros dois conselheiros participaram da reunião, contribuindo e corroborando com informações sobre a difícil situação atual do Conselho de Saúde.

A conselheira do CES convidada para reunião afirmou que um problema atual que estão enfrentando é a falta de quórum nas reuniões do conselho, o que tem interferido significativamente no seu funcionamento. Assim, três reuniões no segundo semestre de 2014 não foram realizadas por falta de quórum, o que constitui um grave problema no funcionamento do Controle Social no Estado (ATA DA REUNIÃO DE 30/10/2014).

Reflexões podem ser feitas a partir dessas questões. Conforme já mencionado, a participação da sociedade no gerenciamento dos serviços por meio do controle social é uma importante forma para que ocorra a efetivação das políticas de saúde. São importantes espaços de articulação e controle social por parte da sociedade civil organizada, além de terem o poder para realizar tensionamentos e cobranças de ações ao poder público. Contudo, se desorganizados e desarticulados, não cumprem seu papel e função.

A sociedade civil não é homogênea e nela estão presentes interesses das classes antagônicas. Além disso, os mecanismos de controle social — conferências e conselhos — foram institucionalizados no âmbito do Estado e estão situados no Poder Executivo. Com a institucionalização desses espaços, muitas vezes, constituem também espaços de disputa de poder e interesses próprios, fugindo da função essencial do controle social. Nesse sentido, podem se constituir mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos

movimentos sociais, que em vez de controlar passam a ser controlados (BRAVO; CORREIA, 2012).

Bravo e Correia (2012) ainda destacam algumas posições no debate atual sobre os mecanismos de controle social. Um deles refere-se à consideração que esses espaços devem ser abandonados pelos movimentos sociais, por estarem totalmente capturados pelo Estado; a que defende os conselhos como únicos espaços de luta para a conquista de mais poder dentro do Estado. A outra posição julga que tais espaços devem ser tensionados e ainda ocupados pelos movimentos sociais, apesar de reconhecer os seus limites em uma conjuntura de retrocesso e cooptação de muitos desses.

Nessa perspectiva, os conselhos e conferências perdem o sentido original de seu papel de ser um espaço de controle de setores organizados na sociedade civil sobre as ações do Estado, para que esse incorpore as demandas da maioria da população (classes subalternas). (BRAVO; CORREIA, 2012).

Diante das informações obtidas sobre o que vem ocorrendo no Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina, questionamentos foram feitos no GT, sobre o que está acontecendo com CES, o qual não vem cumprindo o seu papel. Quem controla o controle social? Como cobrar para que exerçam sua função? A posição assumida pelo GT é de tensionamentos para que haja uma posição e que assuma o seu papel. Exemplo disso foi o encaminhamento de denunciar ao Ministério Público e outros órgãos competentes (Ministério da Saúde, por exemplo) tanto no que se refere a não localização do relatório elaborado pelo GT e não retorno dos encaminhamentos sugeridos no relatório relacionados a desinstitucionalização no Estado, como sobre a inoperância do CES, solicitando que providências e intervenções sejam tomadas.

Partindo do pressuposto que o controle social tem limites no espaço dos conselhos, por não serem espaços neutros e homogêneos em função do embate e confronto de propostas divergentes, os direcionamentos que foram apontados no GT vêm ao encontro de se constituir como um controle social do controle social institucionalizado. O GT tem buscado articular outras forças e outros segmentos, como por exemplo, Ministério Público, e órgãos do Legislativo, a fim de ampliar o poder de intervenção, servindo como um mecanismo de controle democrático, no sentido de exercer pressão social, fora do espaço institucional do Estado.

3.4.1.1.1.2 Grupo de condução estadual da RAPS

A posição tirada desde as primeiras reuniões do GT foi a de buscar articulação com o Grupo de Condução Estadual da RAPS no Estado de Santa Catarina, na figura de seu coordenador, que foi convidado para algumas reuniões. Contudo, sua participação não ocorreu, tendo justificada em uma ocasião, a impossibilidade em participar.

Outra questão levantada relaciona-se ao entendimento do GT, é que seu trabalho, que culminou com o relatório, é progresso à RAPS e não foi aproveitado por essa. Assim, o objetivo é aliar, acrescentar o trabalho feito pelo GT com a proposta de implantação da RAPS.

Desde a primeira reunião do GT foi possível verificar o desconforto com relação à forma como o processo de desinstitucionalização vem sendo tratado no Estado.

Já contextualizada a criação do Grupo Condutor e como está sendo pensada a implantação da RAPS no Estado, na fundamentação teórica, tendo sido privilegiado o que consta no Plano Operativo da RAPS de SC e Planos de Ação Regionais 2013-2015, no que se refere à desinstitucionalização, o que há no Estado e o que está sendo previsto e analisado, nesse momento, faremos discussão sobre o que apareceu no GT sobre essa questão.

Estratégias de desinstitucionalização da RAPS – Os SRTs.

Há divergência entre alguns integrantes do GT com relação a alguns pontos da RAPS. O desenho da RAPS apresenta a implantação dos SRTs por regiões, ou seja, parecem ter pautado a criação desses baseados na origem das pessoas institucionalizadas. Assim, entende-se que estas pessoas retornarão para suas regiões.

Um dos integrantes do GT destaca duas questões acerca disso. A primeira delas, que também se relaciona à municipalização do serviço, preconizada pela política. Em sua opinião é equivocada o debate em torno dos municípios que essas pessoas pertencem. A política prevê que as pessoas residentes nos hospitais psiquiátricos devem voltar para suas regiões. Acredita que todos são residentes e domiciliados em São José, no caso do Centro de Convivência Santana. Avalia que fizeram uma migração para tratamento de saúde, não estando mais em uma internação hospitalar. Ainda pontuou que não vê sentido uma pessoa que saiu de seu município há muitos anos, como é o caso de muitos residentes no Centro de Convivência Santana (alguns residem há mais

de 30 anos), retornar para seu município, haja vista as mudanças do local e perdas de vínculos (ATA DA REUNIÃO DE 28/08/14).

Segundo Campos (2007), os macro-hospitais não fecham porque não foi resolvido o que fazer com os internos-moradores que estão neles.

As pessoas que residem nos hospitais são oriundas de diversas regiões do país e até mesmo de outros países. O ideal seria o retorno dessas pessoas aos seus locais de origem, onde é possível terem uma história. Contudo, é possível, aos poucos refazer as histórias de vida destas pessoas que estão, muitas vezes, há 30 anos interrompidas, em outros lugares. Em um lugar que possa acolhê-las, como em um município que tenha CAPS, que tenha política de Saúde Mental acontecendo, seja em que estado da federação for. Se temos mil CAPS e pensarmos que cada um pode fazer pelo menos uma moradia, de pelo menos 8 pessoas, já resolveríamos a vida de 8 mil internos-moradores. Se, enfim, cada CAPS montasse 2 residências terapêuticas acabaríamos, de uma vez por todas, com esta vergonha de pessoas estarem em prisão perpétua, no confinamento hospitalar, sem terem cometido crime (CAMPOS, 2007, p. 117).

Outra questão pontuada por um dos integrantes do GT refere-se ao seu descrédito que os SRTs previstos no Plano Estadual da RAPS são para receber as pessoas que estão, por exemplo, no CCS. A lógica usada por ele é que os municípios não assumirão o que está no “colo do Estado” (os residentes do CCS). A projeção dos SRTs, em sua opinião, tem o intuito de dar conta de uma demanda própria dos municípios. Refere-se a outra forma de institucionalização, que não a das pessoas que estão dentro da instituição o tempo todo e a muito tempo. Assim, refere-se às reiteradas internações que ocorrem para que a pessoa saia de uma crise, mesmo que um curto período de duração, elas podem acarretar em institucionalização. Nesse sentido, os municípios tem uma demanda para os SRTs que não são das pessoas que estão, por exemplo, no CCS (ATA DA REUNIÃO DE 28/08/14).

Tal posição aponta não só para realidade no estado, mas para realidade da saúde mental brasileira, que assinala uma série de impasses que dificultam a concretização desse projeto de desinstitucionalização.

Amorim e Dimenstein (2009) pontuam que a redução da reforma a um processo de desospitalização sem a real desmontagem do hospital psiquiátrico é um desses impasses. Outro impasse apontado pelas autoras é o deslocamento completo da atenção em saúde mental para serviços substitutivos territoriais integrados à rede de saúde mais ampla. Tal dificuldade gera uma questão problemática, que se refere ao fato de que os serviços que precisariam ser substitutivos ao hospital psiquiátrico não atendem à demanda em saúde mental da população, contribuindo para o aparecimento de discursos os quais apontam que a reforma psiquiátrica tem promovido desassistência, justificando, assim, a manutenção da estrutura psiquiátrica tradicional. Temos, então, que a desinstitucionalização, como processo efetivo de desconstrução de saberes e práticas manicomial, ainda se coloca como um projeto cujas bases precisam ser mais bem desenvolvidas.

Fundamento das políticas de saúde mental no Brasil, a desinstitucionalização é entendida como desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricos. Caracterizada pela crítica epistemológica ao saber médico psiquiátrico, na qual o sentido de cidadania ultrapassa o do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental, determina limites aos direitos dos cidadãos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Retomando a discussão sobre a criação dos SRTs no estado, e corroborando com a posição mencionada acima, há a criação do SRT Tipo I de Monte Castelo, que não aparece na tabela no Plano Operacional da RAPS, porém, é citada no corpo do texto. Criado no fim de 2013 há informação que está com suas vagas preenchidas, mas nenhum morador do CCS ou do HCTP saiu dessas instituições (ATA DA REUNIÃO DE 28/08/2014).

A realidade de Santa Catarina no que se refere aos SRTs difere bastante de outras regiões do Brasil. Um dos integrantes do GT cita, por exemplo, São Paulo:

(...) vocês sabem que nosso estado, acho que é o estado da união que menos conta com SRT. Se colocar no Google numero de SRTs, por exemplo, numero de SRT no estado de São Paulo em umas 350 acho mais umas 100 SRTs em fase de

aplicação e acho que nós temos só 3 (EXTRATO ATA 14/08/2014)².

Santa Catarina conta com cinco SRTs. Um deles, já referido anteriormente, localizado em Monte Castelo, um no município de Joinville e três no município de São José. Esses últimos são questionados por alguns integrantes do grupo, haja vista não estarem, também, nos moldes da política.

(...) pois é, elas não estão no modelo. Quando elas foram estabelecidas, na verdade, foram ideias pré reforma, foram ideias mais ou menos pioneiras lá no IPQ(...) foi uma ideia legal porque tinha estabelecimentos próximos do hospital, não tava em consonância porque, lógico, tem q ser fora do hospital, mas de certa forma um avanço para ocasião, pois dá uma certa autonomia para os pacientes. Mesmo que assistidos próximo ao hospital. O que de fato é uma SRT mesmo me parece que é a de Joinville (EXTRATO ATA 14/08/2014)³.

A respeito dos SRT mencionados nas falas citadas, esses se relacionam a algumas iniciativas pontuais antecedentes à Lei 10.216 e portarias subsequentes. No início da década de noventa, localizam-se experiências pioneiras que influenciaram diretamente e auxiliaram a construir Serviços Residenciais Terapêuticos.

Para pensar a desinstitucionalização, é necessário refletir sobre cuidado em saúde mental. Alves e Guljor (2004 apud FRICHERMBRUDER; SOUZA, 2011, p. 71) consideram duas premissas ao tratar o cuidado: em primeiro lugar, a liberdade e depois a readequação ao convívio social. Nesse sentido, o cuidado passa “pela capacidade do sujeito operar suas próprias escolhas, seu potencial de estabelecer suas próprias normatizações pautadas em sua história e de forma singularizada”. Igualmente reforçam ser necessário contrapor o isolamento destinado à loucura, por meio de intervenções que incentivem a reintegração dessas pessoas ao convívio social.

² Informação constante na Ata da Reunião GT de Desinstitucionalização de Santa Catarina, ocorrida em 14 de agosto de 2014.

³ Ibid, 14 de agosto de 2014.

Pedro Gabriel Delgado, no I Encontro Nacional de Residenciais Terapêuticos, realizado 2004, considera duas experiências importantes que deram início à ideia da Residência Terapêutica. A experiência desenvolvida no Juqueri, no Hospital Franco da Rocha, que contou com a criação, nos anos 80, dos chamados “Lares Abrigados”. E a experiência de Barbacena, com a construção de casas no espaço asilar. Essas, mesmo localizadas no interior da instituição, objetivavam a autonomia dos usuários e a melhoria da qualidade de vida deles. Importante observar que, naquele momento, o desafio de humanização e democratização dos hospitais não possuía uma construção teórica que fundamentava a atenção às pessoas quando saíssem dos hospitais (FRICHERMBRUDER; SOUZA, 2011).

A discussão sobre construção de espaços para desinstitucionalizar as pessoas confinadas nos manicômios apareceu nas deliberações da I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, em 1987. Essa Conferência propôs a realização de um censo para a revisão da população de internos em hospitais psiquiátricos e a implantação de um programa de reabilitação, objetivando a criação de espaços de habitação co-geridos e integrados aos espaços extra-hospitalares de atenção (FRICHERMBRUDER; SOUZA, 2011)

Foi nesse contexto político da década de noventa que iniciaram as primeiras experiências que buscavam o rompimento com os muros dos hospitais psiquiátricos, por meio da criação de pensões protegidas e lares abrigados inseridos na comunidade. Foi então que as pensões protegidas e os lares abrigados passaram a ser os locais para receber as pessoas oriundas dos hospitais psiquiátricos, em conjunto à ideia da criação de centros de convivências, considerados espaços de encontro com a cidade (FRICHERMBRUDER; SOUZA, 2011).

Alguns municípios (Porto Alegre, Ribeirão Preto e Campinas) desenvolveram iniciativas de inclusão de portadores de transtorno mental grave, moradores de asilos psiquiátricos, em espaços residenciais com a expressa intenção de superar o isolamento deles. (FURTADO; BRAGA-CAMPOS, 2011).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001, propôs a regulamentação imediata da Lei 10.216/01, com o objetivo de garantir a assistência as pessoas com transtornos mentais em serviços abertos, prescindindo. Dessa forma, da internação nos hospitais psiquiátricos e definindo as unidades tipo CAPS como referência local, microrregional e regional, local para assistência em Saúde Mental. Nessa Conferência, deliberou-se, ainda, sobre o destino dos egressos do sistema asilar, que passaram a ter como referência, não

mais os chamados Lares Abrigados e Pensões Protegidas, mas os denominados SRTs. (FURTADO; BRAGA-CAMPOS, 2011).

A Portaria MS 106/2000, no Artigo 1º, dispõe sobre os SRTs:

(...) como moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares que viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2000, p. 1).

Nesse sentido, os três residências terapêuticos anteriormente citados, que também constam no Plano da RAPS de Santa Catarina, foram experiências realizadas nesse período e sua nomenclatura era pensão protegida. Com o advento da Portaria 106/2000, do Ministério da Saúde, oficializa tal iniciativa, bem como estabelece sua estrutura básica, modo de operar e de financiar, as pensões protegidas, lares abrigados, vilas terapêuticas, moradias extra-hospitalares e núcleo de convívio (nomenclaturas utilizadas para denominar as diversas experiências de casas destinadas aos egressos de longa internação) passaram a ser chamadas de ‘Serviços Residenciais Terapêuticos’ (BRASIL, 2000). Contudo, mesmo após essa transformação, os três SRTs não se adequaram à Política, permanecendo na mesma lógica de quando criados.

Outra questão, ponto de controvérsia, entre integrantes do grupo, refere-se a quem pode ser desinstitucionalizado, ou seja, quem pode ir para os SRTs. No Plano Operativo da RAPS aparecem alguns critérios para avaliar as pessoas para ocuparem as vagas dos Residenciais. Um desses é a idade.

Na opinião de um dos integrantes do GT, todas as pessoas institucionalizadas podem e devem sair dos hospitais. Ele utiliza o termo protecionismo do Estado, ao se referir a essa questão. Há um ponto de discórdia e esse aparece dentro do próprio GT. Quem são as pessoas que podem ser desinstitucionalizadas?

Na literatura igualmente aparece essa discussão. A ideia de que o hospital psiquiátrico é o lugar mais adequado para o tratamento e cura do doente mental ou simplesmente para sua permanência cria e propaga uma resistência inercial, dificultando a reintegração dos pacientes desses hospitais (LOUGON, 1993).

Ainda para Lougon (1993), para implementar o processo de desinstitucionalização, deve-se procurar antes de tudo saber quais são os indivíduos que devem e podem ser de fato desinstitucionalizados. Todos os internos em asilos, ou apenas aqueles que, por características demográficas ou diagnósticas necessitam receber tratamento na comunidade, ou ainda aqueles que foram inadequadamente hospitalizados.

Nesse sentido, o plano estadual de implantação da RAPS faz um estudo dos moradores das instituições asilares que podem ser desinstitucionalizados. Os critérios utilizados relacionam-se à idade e às necessidades deles.

O integrante do GT que fala do protecionismo do estado justifica sua posição baseado no direito da pessoa, o que está em consonância com a política e o que constitui o paradigma da desinstitucionalização. Parece obvio que a desinstitucionalização implica investimentos de outros recursos e modelos de assistência, pois o simples fechamento das portas das instituições asilares não garante a oferta de alternativas para aqueles que necessitam de tratamento de longa duração ou mesmo custódia. A ideia de manter o paciente vinculado à sociedade deve vir acompanhada de recursos alternativos que garanta a mediação do processo de reinserção social dele, visando ao seu tratamento sem interná-lo. Assim, é necessário a criação de uma infra-estrutura complexa na comunidade, para atender a todos os indivíduos, pois, sem ela, ocorrerá mera desospitalização, onde as pessoas ficarão fora do hospital, possivelmente nas ruas, sem que se tenha lhes assegurado uma existência digna (VENÂNCIO, 1993; LOUGON, 1993, SADIGURSKY; TAVARES 1998).

Mas o que significa mantê-los nas instituições asilares? A justificativa apresentada com relação à idade, comprometimento físico, entre outros, é o suficiente para manter essas pessoas em condições de confinamento? Os SRTs II não foram pensados para atender essa demanda? Ou seja, voltado para internos de hospital psiquiátrico que requerem maior suporte para deixar o asilo. Parece que a preocupação realmente está mais na proteção do que reinserção dessas pessoas.

Brito e Dimenstein (2008), ao tratarem dos conceitos de desinstitucionalização, citam Basaglia (1979), referindo-se à tentativa de transformar a pessoa responsável pela própria vida, de morto no manicômio em pessoa viva. Ainda trazem a reflexão do direito de um ser vivo de ter vida e não apenas uma (sub) existência; também citam Goffman (1961), que aborda os obstáculos que constituem a dificuldade de superar a instituições totais: a barreira dos técnicos e a barreira da

cidade, uma força de dentro e uma de fora, resistindo contra a reforma psiquiátrica.

Somado a isso, Brito e Dimenstein (2008, p. 201) pontuam ainda outra barreira que consideram mais alienante, que é aquela que parte do próprio sujeito estigmatizado. Muitos deles estão “curados da loucura, mas doentes da instituição”.

A lógica dos SRTs visa aos processos de autonomia, de construção de direitos, de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos, garantindo o acesso, o acolhimento, a responsabilização e a produção de novas formas de cuidado do sofrimento (BRASIL, 2004c). Amorim e Dimenstein (2009, p. 196) pontuam que os SRTs podem ser analisados como um serviço que busca a desconstrução da loucura como símbolo de aprisionamento, periculosidade e isolamento, uma vez que considera a convivência social dos “loucos” como cidadãos, por meio da efetiva concretização da substituição dos manicômios e a liberdade de ex-internos de circular pela cidade.

A Política de Saúde Mental no Brasil, inspirada na experiência italiana, orientou seu modelo na reversão dos hospitais psiquiátricos por dispositivos inseridos e articulados socialmente, com o intuito de alcançar a reinserção sócio-econômica-cultural das pessoas em sofrimento mental e de reestruturar as práticas de cuidados despendidas a essas.

Silveira, Santos Junior e Macedo (2011) afirmam que um dos maiores méritos da Lei brasileira é a demarcação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, com vistas a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. Ainda, garante o direito de ser tratada em ambiente terapêutico, pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde. Assim, dois movimentos simultâneos e paralelos estão acontecendo: a criação e a implantação de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva e a monitorização e a redução progressiva e programada de leitos psiquiátricos existentes.

Objetivando a inversão do modelo de atenção à saúde mental, ou seja, a transformação da lógica até então norteadora da atenção psiquiátrica hospitalocêntrica, a política de saúde mental vem se dedicando a garantir a efetiva desinstitucionalização e a reinserção das pessoas com transtorno mental na sociedade. Para tanto, a implantação dos serviços substitutivos, em especial, as Residências Terapêuticas, espaços de morar e viver na comunidade, para egressos de internações manicomialmente de longos períodos, são imprescindíveis (SILVEIRA, JUNIOR E MACEDO, 2011).

Denominadas Residências Terapêuticas ou moradias, esses serviços têm a função de reduzir leitos dos hospitais psiquiátricos e superar a condição crônica decorrente de longos períodos de internação, constituindo-se em alternativas de moradias para os egressos das instituições psiquiátricas, uma vez que oferece o suporte requerido para garantir sua permanência na comunidade e também pela dificuldade de reinserção familiar (Silveira, Junior e Macedo, 2011).

A regulamentação dos SRTs representa uma importante conquista, uma vez que viabilizou a expansão de uma iniciativa até então muito restrita em termos de número e de estados da federação nos quais se fazia presente. Furtado e Braga-Campos (2011) discutem o que se encontra nesses espaços, vai muito além dos egressos dos hospitais. Há coexistência entre as normatizações, procedente das três esferas de governo responsáveis pelo SUS e dos conselhos profissionais, entre outros, e um projeto de “casa”, de espaço privativo, portanto, avesso a regramentos provenientes do Estado e outras instâncias. Coabitam ali diretrizes gerais, estabelecidas nacionalmente, e as nuances regionais, somadas ao fomento não necessariamente inviabilizam esses serviços e nem são totalmente superáveis, constituindo mesmo a própria essência desses equipamentos.

Verifica-se que há uma ampla discussão acerca dos SRTs em nível nacional, como o citado acima, uma vez que em vários estados do Brasil a existência desses é uma realidade concreta e em expansão. Verifica-se que em Santa Catarina há um significativo atraso no que concerne à implantação desses dispositivos. Decorridos 20 anos das primeiras experiências, 13 anos da Lei 10.216, 14 anos da Portaria que cria os SRTs, o estado ainda discute o acesso a esse dispositivo, e com muita resistência em sua concretização.

Avaliação do Ministério da Saúde a respeito do plano de ação da RAPS-SC

Importante ressaltar indicativos apontados pelo Ministério da Saúde que têm estreita relação com o que vem sendo discutido, ou seja, a lógica hospitalocêntrica e ausência de planos de desinstitucionalização dos moradores em hospitais psiquiátricos. O Ministério da Saúde confeccionou o PARECER TÉCNICO Nº 08/2014, documento que apresenta o relatório de avaliação técnica a respeito do Plano de Ação (PAR) da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado de Santa Catarina.

Consta no referido parecer que ocorreu reunião com Grupo Condutor da RAPS do Estado, no dia 31 de julho de 2014. Nesse encontro foram acordadas algumas alterações no Plano de Ação, alterações essas necessárias para adequar o Plano aos parâmetros das Portarias Ministeriais que instituem os equipamentos da RAPS, como também as necessidades locais e das regiões de saúde (BRASIL, 2014).

O primeiro ponto refere-se à lógica hospitalocêntrica do Plano Operativo da RAPS:

A maior complexidade na avaliação e pactuação de implantação de serviço girou em torno dos leitos de saúde mental em hospitais gerais. Há necessidade de reorientação do modelo de atenção psicossocial, no sentido da primazia de oferta de cuidado com base na comunidade, próximo de onde vivem os usuários. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), as Unidades de Acolhimento (UA), as Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e os Projetos de Fortalecimento do Protagonismo dos Usuários vêm responder a essa demanda. Assim, redimensionou-se a projeção de implantação de leitos de saúde mental, adequando-se quantitativo ao limite estipulado por portaria. E espera-se que com a implantação dos serviços comunitários previstos no PAR, o cuidado em saúde mental dispense implantação de leitos excedentes no Estado (BRASIL, 2014, s/p).

Outro ponto destacado no relatório do Ministério da Saúde, importante de ser mencionado, refere-se a um plano de desinstitucionalização, conforme trecho a seguir:

Destacamos a necessidade da elaboração e formalização de um plano de desinstitucionalização para cada região. No último relatório do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) o Estado de Santa Catarina possuía 630 leitos em hospitais psiquiátricos e um total de 272 moradores distribuídos em quatro instituições. A Casa de Saúde Rio Maina, o Instituto de Psiquiatria IPQ, Centro de Convivência Santana e o Instituto São José. Este número elevado de leitos e moradores requer o

empenho dos gestores para a substituição e fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos para a redução dos processos de cronificação dos usuários. No PAR há a indicação de implantação de 28 Serviços Residenciais Terapêuticos tipo I (SRT I) e de 5 SRT II sendo ao menos 1 SRT por Região de Saúde, é de grande importância que sejam detalhadas informações em relação a origem e o número de moradores dos SRTs e estratégias de desinstitucionalização a serem implementadas em cada plano regional (BRASIL, 2014, s/p).

3.4.1.1.1.3 Assembleia Legislativa de Santa Catarina – ALESC

A ALESC apareceu na discussão como um novo e importante ator social nesse momento. O CRP 12 contextualizou seu surgimento. Havia um projeto de lei em nível estadual para internações compulsórias e a sociedade civil se organizou para que esse projeto não fosse adiante, o que resultou no seu arquivamento e no compromisso dessas entidades em propor alternativas para assistência das pessoas com dependência química. A partir disso, foi feita uma conversa com deputado, presidente da Comissão de Saúde da ALESC e verificado que a agenda dessa comissão tem sido engolida por demandas de hospitais, o que dificultava abraçar a causa da Atenção Psicossocial. Assim, convidou o CRP para encabeçar essa luta, sendo, então, criada a subcomissão de atenção psicossocial. Foram realizadas duas reuniões da subcomissão que tem uma interessante composição, contando com Ministério Público Estadual e Federal, Associação Catarinense de Psiquiatria, Coordenação Estadual de Saúde mental, Conselho Estadual de Saúde, entre outras. Em função de alguns problemas de saúde de pessoas que integram a subcomissão e o pleito eleitoral, não foram feitas novas reuniões. Diante disso, foi proposto como encaminhamento que o GT participasse desse espaço, o qual consistia em um espaço político importante e forte dentro da ALESC, a fim de levar a discussão da desinstitucionalização (EXTRATO ATA 28/08/2014).

Notícias sobre essa articulação circularam na internet. A reunião ampliada, ocorrida no dia 23 de abril, convocada pela Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa, presidida pelo então deputado e coordenador da Comissão de Saúde, contou com o coordenador do Grupo de Condução da Rede de Atenção Psicossocial em Santa Catarina e representantes da Secretaria de Estado da Saúde, entidades de classe e

de instituições afins, para a apresentação das necessidades envolvendo a implantação da Rede de Atenção Psicossocial no estado. Foi então sugerido e aceito por todos a criação de uma Subcomissão dentro da Comissão de Saúde, com objetivo de tratar especificamente de questões relacionadas dentro da Comissão de Saúde, sendo formada por entidades afins, como os Conselhos de Psicologia, de Assistência Social, Associações de Medicina, Psiquiatria, Secretaria da Saúde, Ministério Público e Federal e outras entidades. Dentre as pautas elencadas a serem abordadas pela subcomissão, foram estabelecidas: a realização de uma audiência pública; o diálogo com a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), com o objetivo de tencionar o Governo do Estado para dispor de mais verbas; e a avaliação permanente dos serviços psicossociais e psiquiátricos no estado (FURLANETO, 2014, s/p).

Ainda, a criação da comissão vem ao encontro de privilegiar a discussão de uma forma mais ampla o atendimento psicossocial no estado, fazendo um diagnóstico dos serviços e do Plano Operativo, que possui muitas propostas e projetos, mas precisa sair do papel, além de acompanhar e fiscalizar sua implantação (FURLANETO, 2014, s/p).

A articulação com a ALESC constitui-se em uma importante estratégia. Assim, a presidente do CRP, entidade que coordena a subcomissão de atenção psicossocial, encaminhou solicitação de agendamento de uma reunião da Subcomissão para a Comissão de Saúde da ALESC para o dia 08 de outubro de 2014. Dois dias antes da data da reunião, o CRP foi comunicado pelos assessores do deputado presidente da Comissão de Saúde que a reunião fora cancelada. A justificativa foi que o deputado não fora reeleito nas últimas eleições (5 de outubro de 2014) e, assim, ocorrerá descontinuidade do trabalho, uma vez que a Comissão será reconduzida para outro Deputado Eleito.

Diante do entendimento que há uma demanda a ser cuidada, o encaminhamento, sugerido pelo CRP, foi de reorganizar a agenda para que a reunião ocorra, talvez com uma outra identidade. Sendo assim, a reunião foi agendada para dia 30 de outubro de 2014.

Nessa reunião, coordenada pelo GT de Desinstitucionalização e CRP-12, houve uma representatividade significativa de instituições. Entre outros encaminhamentos, o relativo à subcomissão, apontou a necessidade de articular com um dos deputados eleitos e identificados como parceiros na política de saúde mental, assumir a comissão de saúde, com a criação de uma comissão do grupo representado. Tal encaminhamento vem ao encontro de disputas no campo da saúde, em especial da saúde mental, que o grupo considera um retrocesso na política de atenção à saúde mental. Um exemplo disso foi a discussão

nessa mesma reunião sobre um projeto de lei que estava em tramitação na câmara de vereadores do município de Florianópolis, que trata da instituição da política municipal de internação involuntária e compulsória. Projeto similar, já mencionado, tramitou na ALESC no início do ano de 2014 e a articulação de vários segmentos garantiu seu arquivamento (ATA DA REUNIÃO DE 30/10/14).

Dessa forma, foi definido que seria solicitada uma audiência com uma deputada eleita, identificada como uma possível parceira na luta pela saúde coletiva, em função de sua posição política, para articular a coordenação da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa. Outra questão levantada no GT foi de também articular para que seja construído um projeto de lei que defina parâmetros para atenção à saúde mental, ao álcool e outras drogas, com intuito de inviabilizar projetos de leis, como os que ocorreram nesse ano relacionados às internações compulsórias novamente surjam (ATA DA REUNIÃO DE 30/10/14).

3.4.1.1.1.4 Ministério Público Federal, Estadual e Judiciário.

Na mesma linha de raciocínio, a articulação com órgãos como Ministério Público e Judiciário configuram formas de fortalecer o GT em busca da concretização da desinstitucionalização, objetivando a fiscalização da implantação das políticas.

Trechos das atas de 14 e de 28 de agosto de 2014, os quais se referem à mesa de abertura do II Seminário de Atenção Psicossocial realizado pelo Conselho Regional de Psicologia, mais especificamente a fala do Dr. Roberto Tykanori (Ministério da Saúde), apontam o desejo do GT para esse caminho.

Na fala do Dr. TYKANORI, destaca no relato a semelhança da situação de São Paulo com nosso Estado. Em São Paulo, houve uma intervenção do Ministério Público Federal, acarretando bloqueio de repasse de verbas do SUS para o Estado (EXTRATO ATA 14/08/14)⁴.

DR. TYKANORI aponta o Ministério Público Estadual e Federal como outros importantes atores (EXTRATO ATA 28/08/14)⁵.

⁴ Informação constante na Ata da Reunião GT de Desinstitucionalização de Santa Catarina, ocorrida em 14 de agosto de 2014.

⁵ Ibid, 28 de agosto de 2014.

Essa possível ação trazida por um dos integrantes do GT não foi concretizada, apesar de ele ter reiterado em reuniões posteriores. Na última reunião de 2014, novamente foi colocada como encaminhamento e foi definido que seria realizado contato com Dr. Tykanori, a fim de obter indicações para possíveis articulações, bem como seria feito um estudo sobre o processo ocorrido em um município do interior do Estado de São Paulo, citado para que se tenha clareza sobre como esse processo ocorreu (ATA DA REUNIÃO DE 18/12/14).

Ainda nessa lógica, encaminhamentos relacionados à inoperância do Conselho Estadual de Saúde e do não retorno por parte desse do relatório e diretrizes constantes no relatório, igualmente foram no sentido de acionar o Ministério Público para que interfira nesse processo, por meio de uma ação judicial, para que cumpra com suas competências.

3.4.2 Tema 2: Identidade do GT

A retomada do GT de desinstitucionalização no atual momento se deu com um objetivo específico: o de exercer tensionamento para que haja posicionamento ao relatório elaborado e apresentado há três anos para o Conselho Estadual de Saúde, o qual fornecia diretrizes e ações específicas para que as pessoas institucionalizadas nos hospitais do Estado fossem desinstitucionalizadas imediatamente.

No decorrer desse processo puderam ser observados os vários entraves e dificuldades existentes não apenas para que a política de saúde mental seja implementada como deve, mas também das forças e disputas contrárias para que isso aconteça. A desarticulação do Conselho Estadual de Saúde e o PL 15090/2014 são exemplos das dificuldades enfrentadas que permearam as discussões no GT que, apesar de estarem dentro do contexto da desinstitucionalização, ampliam leque de atuação e articulação desse espaço.

A fim de melhor refletir sobre o rumo do GT, será discutida a relação entre estado, governo, políticas públicas e sociedade. Especificamente as políticas de saúde mental e a reforma psiquiátrica nesse contexto.

3.4.2.1 O GT e as políticas sociais

Para compreender e avaliar as políticas públicas e sociais, implementadas por um governo, é fundamental a compreensão de

Estado e de Política Social que sustentam tais ações e programas. Nesse contexto, torna-se importante diferenciar Estado de Governo.

Estado é entendido como o conjunto de instituições permanentes, como órgãos legislativos, tribunais e outras que não formam um bloco consistente necessariamente, que possibilitam a ação do governo. Já como Governo, entende-se o conjunto de programas e projetos que parte da sociedade (políticos, técnicos, organismos da sociedade civil e outros) propõe para todos os cidadãos, configurando-se a orientação política de um determinado governo que assume e desempenha as funções de Estado por um determinado período (HÖFLING, 2001; SILVA, 2007).

Hofling (2001) compreende políticas públicas como o “Estado em ação” (Gobert, Muller, 1987 apud HOFLING, 2001, p. 32); é o Estado implantando um projeto de governo, por meio de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade. Políticas governamentais podem não ser políticas públicas se efetivamente elas não são democráticas, não oferecem a possibilidade de uma construção por meio do debate público de todos os interessados.

Estado não pode ser reduzido à burocracia pública, aos organismos estatais que conceberiam e implementariam as políticas públicas. As políticas públicas são aqui compreendidas como as de responsabilidade do Estado, quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolvem órgãos públicos, diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada. Nesse sentido, políticas públicas não podem ser reduzidas a políticas estatais (HÖFLING, 2001).

A política se destina a um conjunto de cidadãos que têm necessidades a serem satisfeitas, mas com a condição de sujeitos. Como um sujeito coletivo, mas também com a presença de sujeitos singulares, compondo esse coletivo. Pensar uma política antimanicomial, uma política de Reforma Psiquiátrica antimanicomial, é lidar com uma dimensão antropológica da constituição da sociedade que é complexa, com uma profunda dimensão cultural e exige o envolvimento de toda a sociedade. Será que é possível fazer política pública sem considerar que ela tem um campo complexo, marcado por uma dimensão antropológica tão sofisticada como é a questão da relação da sociedade com a loucura? (SILVA, 2007).

O movimento da reforma psiquiátrica que culminou com a atual política pública de saúde mental tem uma história própria, marcada por lutas e embates. Suas origens apontam confrontos nas relações sujeito/Estado, sociedade/Estado, indivíduo/Estado, acabou sendo

diluída por parte do próprio movimento, por seus ganhos e conquistas. Assim, o enfraquecimento da reforma como movimento social, a despolitização dessa e sua institucionalização transformou o Ministério da Saúde em um de seus principais protagonistas, havendo pouco espaço para experiências que não sigam os parâmetros estabelecidos nas portarias.

Kinoshita (2007) problematiza a questão de que muitos que eram atores da reforma hoje são agentes de Estado, afirmando que ocupar esse lugar pode ser uma estratégia, haja vista que ser agente do Estado, particularmente no Brasil, em que o aparelho de Estado está em disputa desde o princípio, sendo o Estado brasileiro uma construção muito recente e ainda em disputa contínua.

Nesse mesmo sentido, ou seja, o enfraquecimento da Reforma como movimento social, tensionamentos e antagonismos políticos de segmentos sociais com condutores da gestão, é abordado por Yasui (2011), o qual pontua que a institucionalização da Reforma transformou o Ministério da Saúde em seu principal ator e indutor chefe, apontando a necessidade de desinstitucionalizar alguns aspectos da reforma para torná-la um conceito forte.

Assim, um processo tão complexo, que é a implantação da política de saúde mental sob paradigma da desinstitucionalização, faz-se necessário organização, coligação e conexão de forças políticas. Para os que estão na gestão constitui-se um grande desafio, pois há a tendência de atuar apenas como simples agentes de Estado, não havendo articulações. Não se deve cumprir apenas esse papel, haja vista que o funcionário do Estado cumpre regras, trabalhos, responsabilidades e, infelizmente, muitas vezes age como funcionário do consenso, isto é, produz a ideologia em que a norma imposta por uns é apresentada como natural-racional para aqueles a quem foi imposta (KINOSHITA, 2007).

Ainda, Kinoshita (2007), adverte que os gestores devem tensionar as contradições que se apresentam no cotidiano, de modo que as delegações de custódia e controle que a sociedade deposita no aparelho de Estado, possam ser cumpridas, porém, não da maneira costumeira, mas atuando de modo criativo e transformando as clássicas relações de força em relações de conversações, de cooperação, de convencimento.

Nas reuniões do GT pôde ser observado o que é descrito acima, ou seja, as ambiguidades e contradições das políticas públicas, onde o próprio governo constrói tais políticas e não as concretiza. Dessa forma, a atuação da sociedade civil torna-se imprescindível. É necessário manter a crítica ao aparelho de Estado, conscientes de que é um espaço

de disputa contínuo neste país. Kinoshita (2007) pontua que, ainda que cientes, da dependência da máquina estatal para a organização da esfera civil e do próprio movimento, não se deve confundir a presença de alguns militantes da reforma na máquina estatal com a conquista total do aparelho de Estado e dos instrumentos de poder.

Nessa mesma lógica, Silva (2007) faz reflexão sobre a Reforma Psiquiátrica que está em curso no Brasil, pontuando a existência de um projeto que valoriza sobremaneira o protagonismo governamental, apostando como recurso político no ator constituído pelo colegiado governamental de coordenadores de Saúde Mental, como o grande instrumento de construção da Reforma Psiquiátrica, evitando conflitos com os coordenadores municipais e estaduais que, muitas vezes, freiam a Reforma em seus estados e limitam a ação do movimento social. Ainda usam a força do Estado para imposição de agendas, inviabilizam as organizações, criam impedimentos à participação da sociedade nos processos de debates dessa política pública. Assim, há a necessidade de resgatar uma agenda própria do movimento da Reforma Psiquiátrica e fazer a crítica da agenda governamental e, quando interessante, estabelecer as alianças críticas com a agenda governamental.

3.4.2.2 Rumos do GT

O GT de Desinstitucionalização pode ter um papel essencial como um agente/articulador e aglutinador de forças e atores a serem envolvidos para que as políticas de saúde mental se concretizem. Isso se torna possível justamente pelo seu formato, por ser um grupo aberto e que pretende cada vez mais se expandir, disposto a dialogar com os mais diversos atores, desde aqueles que estão na gestão, como coordenadores e secretários de Estado, como com os movimentos sociais.

Apesar de ter sido instituído pelo Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, vinculado assim a Secretaria Estadual de Saúde, a forma como vem atuando no momento de sua rearticulação tem pretendido o controle social, em um formato diferente do controle social institucionalizado como o CES. Esse formato, tem pretendido funcionar como tensionamento e fiscalização da implantação das políticas de saúde e também do Conselho Estadual de Saúde.

Essa configuração aproxima-se mais de um Fórum. Essa discussão sobre o caráter do GT permeou os debates nas reuniões desde sua retomada. O caráter de fórum foi, a princípio, descartado, uma vez que a identidade de Grupo de Trabalho fornece um maior respaldo ao que o GT vinha objetivando, inclusive havendo encaminhamento de

nova portaria ser feita pela Secretária Estadual de Saúde, para respaldar as ações do GT. Contudo, isso não ocorreu, e com a ampliação da participação e pautas discutidas pelo grupo, uma nova configuração precisará ser discutida.

Espaços como o GT são importantes e devem ser fortalecidos. Porém, o GT se rearticulou com um objetivo, um foco, mas desviou-se do objetivo central. O GT se rearticulou, a fim de tensionar para que seja dado um posicionamento acerca de uma ação anterior: Desinstitucionalizar as pessoas que ainda se encontram nos “asilos”! E essas, ainda continuam nos asilos.

Porém, para a concretização dessa ação, ou seja, a desinstitucionalização, pressupõe a RAPS. A política de desinstitucionalização é tênue no Estado de Santa Catarina, em função do número de serviços de residências terapêuticas que temos no Estado, o que não aponta para um caminho de desinstitucionalização. O GT tem aí um papel fundamental, podendo contribuir para a garantia do direito dessas pessoas de saírem dos hospitais psiquiátricos com amparo e assistência provida pelo Estado.

Um dos integrantes do GT costumava utilizar o termo “almas viventes”. Um ex-diretor do IPq costumava dizer que a principal alta existente na instituição era a “alta celestial”. Termos que assustam e indignam. E a realidade parece corroborar essas expressões. A saída das pessoas das instituições, a redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos públicos do estado têm ocorrido, sobretudo, em função da morte dessas pessoas. De uma forma sentimental, podemos afirmar o quanto é triste e dura essa realidade. Pessoas esperam a morte para então saírem do asilo. De uma forma racional, podemos falar em direitos negados, em uma política que não atende às necessidades dos cidadãos.

Nesse sentido, a ampliação do leque de pautas e ações que ocorreu no GT, embora de extrema relevância e apresentando experiências de sucesso, parecem ter desviado o Grupo de seu foco principal. Dessa forma, acredito ser necessário desenvolver estratégias para que a ampliação do campo de atuação do GT não interfira no seu objetivo principal.

Da mesma forma, a nova função assumida pelo GT, o de articulador político no campo da saúde mental, poderá interferir, aumentando sua coesão, mas podendo também contribuir para sua fragmentação. Ao assumir esses novos papéis, é necessário detectar os elementos que podem leva-lo para um ou outro lado, como por exemplo, o teor de sua composição, que pode ser influenciado pelos tipos e quantidades de pautas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, tentamos trazer algumas contribuições para o GT de desinstitucionalização e, conseqüentemente, para o avanço da política de desinstitucionalização em Santa Catarina. O relato da experiência vivida pode, a nosso ver, contribuir para uma reflexão sobre a dinâmica interna do GT e para o aperfeiçoamento de seu funcionamento, não só no âmbito interno quanto para a formulação de estratégias de articulação. A experiência vivida permitiu também emitir opiniões que podem enriquecer as discussões sobre a identidade e os rumos desse dispositivo. O marco teórico construído a partir da pesquisa efetuada sobre a história do Grupo e sua contextualização no processo de desinstitucionalização e de consolidação da política de saúde mental pode, ainda, servir aos membros do Grupo, a estudiosos do assunto e a outros interessados, para a incrementação de seus conhecimentos sobre o tema central e outros correlatos.

Uma contribuição particularmente importante, em nossa visão, refere-se às propostas para a continuidade das ações do GT. Algumas dessas propostas apareceram nas reuniões e algumas foram já discutidas nesse trabalho, outras surgem como consequência dessas discussões. Essas propostas serão, a seguir, de forma sintética, reiteradas ou apresentadas. Também serão referenciadas nesta seção as diretrizes propostas no Relatório produzido pelo GT em 2010, as quais não foram devidamente avaliadas e utilizadas pelos gestores públicos do Estado e dos municípios catarinenses, para pensar a concretização da desinstitucionalização no Estado.

Um ponto fundamental nessa análise é sobre a mudança de foco do GT. O foco inicial, e que motivou sua atual rearticulação, consistiu na desinstitucionalização dos moradores do CCS/IPq. Partindo desse foco, o Relatório de 2010 concluiu que desinstitucionalizar os moradores implicava ações bem mais amplas que incidiriam sobre um processo maior de consolidação da atenção psicossocial que, por sua vez, confunde-se com o de formulação e execução das políticas de saúde mental como um todo. Esse entendimento gerou as diretrizes expostas no Relatório de 2010, que se referem, inclusive, à ampliação e consolidação da rede de serviços de saúde mental, de caráter psicossocial, e reafirmou a necessidade inequívoca da superação do modelo asilar, por meio da redução progressiva e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos. Invocava-se, nesse sentido, conformidade com a Portaria GM nº 52 de 20/01/2004, que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, e

preconiza a implantação e ampliação de dispositivos como CAPS III, SRTs e leitos em hospitais gerais, entre outros.

Assim, entendendo que o GT passa de um foco mais restrito para assumir este mais amplo, sugerimos uma especial atenção para com a definição e formalização da identidade do grupo. Há dois indicativos, a partir das discussões conduzidas durante o período estudado. O primeiro é de continuidade do caráter de GT, formalizado pela Secretaria de Estado da Saúde - SES. Nesse caso, o GT reveste-se, por sua história, de características de movimento social que mantém, por outro lado, caráter administrativo formal. A outra possibilidade até agora apresentada é sua transformação em um Fórum não institucionalizado e descentralizado, o que lhe traz características predominantes de movimento social. As discussões até aqui conduzidas não chegaram a ser finalizadas, mas foi deliberado, em acordo com a Coordenação de Saúde Mental da SES, que enquanto essa decisão não fosse definitiva, a SES emitiria uma Portaria formalizando o atual GT, o que até o momento desta redação não ocorreu. No momento o Grupo opera de maneira que se assemelha a um Fórum.

A definição de um plano estratégico de ações é também, de nosso ponto de vista, uma necessidade imediata. Com essa finalidade foi deliberada a realização de uma oficina no início de 2015. No contexto destas discussões, foi levantada a necessidade de descentralizar as atividades do GT, que estão, hoje, muito vinculadas às reuniões. A ideia é que os membros sejam encorajados à participação em atividades que não se restrinjam aos horários de reunião, que possam envolver-se mais na proposição e planejamento de ações, aproveitando outros horários disponíveis para este fim.

Uma das ações mais importantes deliberadas no período acompanhado foi a retomada da discussão e da intenção de execução das diretrizes do Relatório apresentado ao CES em 2010. Após sua rearticulação, o GT cobrou resposta do CES àquele Relatório, mas a resposta do CES não foi considerada satisfatória: primeiro o CES declarou não ter conhecimento do Relatório e depois justificou não poder pautar o tema em suas reuniões, devido à ausência dessas reuniões por três meses consecutivos. O GT resolveu reivindicar essa resposta por meio do Ministério Público, mas até o momento em que foi redigido este Relatório não concretizou essa deliberação. Sugere-se que essa é uma ação necessária, pois resgata o foco inicial do GT e devolve à sociedade o produto de seus primeiros quatro anos de trabalho.

Assumindo-se que o GT mantenha sua intenção de assumir um papel significativo no processo de desinstitucionalização e na produção

e implementação de políticas de saúde, apresenta-se a necessidade de sua aproximação, pautando reuniões com o grupo condutor e os grupos regionais de implantação da RAPS. Assim, o GT pode efetivamente acompanhar e participar da implantação da Rede e em especial a dos dispositivos de desinstitucionalização, como os SRTs. A formulação de estratégias, nesse sentido, é de máxima importância para a continuidade efetiva do trabalho do GT.

Ainda nesta linha de raciocínio, o GT pode funcionar como protagonista, mas também como uma espécie de fiscalizador frente à implantação da RAPS. Consta no plano operativo da Rede um prazo para que ela seja implantada no estado. Percebe-se, dessa forma, a necessidade de entendimento do GT da variedade e da amplitude de papéis que pode exercer, mas também a necessidade de estabelecer normas de funcionamento as quais evitem que se perca em meio a tantas possibilidades. O GT, nesse sentido, estende-se por um terreno de multiprofissionalismo, interdisciplinaridade e intersetorialidade.

E o GT pode contribuir para o avanço da intersetorialidade, tradicionalmente um nó em processos políticos, técnicos e administrativos. A saúde como setor, particularmente a saúde mental como campo conceitual e de práticas, tem demonstrado, de forma concreta, a compreensão da importância de articulações com outros campos e setores, entre eles educação, cultura, economia, habitação, assistência social, esporte e lazer. Estratégias para efetivação dessas articulações têm sido desenvolvidas, propiciando ações governamentais e não governamentais, inclusive com engajamento de movimentos sociais.

As aproximações com alguns campos e setores têm acontecido com maior ou menor grau de sucesso e a relação com o campo da Justiça tem sido uma das mais promissoras. No estado de Santa Catarina, esse potencial pode ser aprofundado pelo GT, construindo elos como, por exemplo, os Ministérios Públicos Estadual e Federal, Procuradorias, Varas de infância e adolescência e outras áreas do sistema judiciário. O estabelecimento de parcerias com essas instituições pode apontar maiores possibilidades para que ocorra a desinstitucionalização, inclusive no que se refere a ações incidindo sobre os sistemas de atenção relacionados com Custódia e Tratamento Psiquiátrico, álcool e drogas, e medidas de proteção e socioeducativas para criança e adolescentes. O GT, por sua própria natureza multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional e apartidária, pode catalisar diálogos necessários para o avanço do trabalho intersetorial.

Os processos de desinstitucionalização dependem também de canais de diálogo com os municípios. Uma variedade de ações depende diretamente do desenvolvimento desses diálogos, como a responsabilização por assistência a pessoas desospitalizadas e a responsabilidade pela implantação e pela gestão dos dispositivos psicossociais como os CAPS, os SRTs e outros. Articulações entre instituições hospitalares, dispositivos assistenciais, grupos condutores regionais da RAPS e coordenações de saúde mental nem sempre são harmônicas. O GT pode, em alguns casos, facilitar relações desse tipo, aproveitando o fato de que tem atraído atores sociais diversos e protagonistas de várias instâncias do processo de desinstitucionalização, desde representantes de coordenações municipais e estadual de saúde mental, trabalhadores dos serviços de atenção psicossocial, diretores e funcionários de hospitais psiquiátricos, membros do Ministério Público e de Procuradorias de Justiça, professores e estudantes universitários e representantes do poder legislativo e de movimentos sociais, entre outros.

Ainda no que se refere às relações que dão suporte ao desenvolvimento da atenção psicossocial, o diálogo do campo da saúde mental com a sociedade como um todo tem sido apontado como essencial para a construção de um novo olhar e um novo lugar social para a “loucura”, para as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais em geral e para a “drogadição”. Uma proposta central da Reforma Psiquiátrica brasileira, nesse sentido, é buscar a transformação do imaginário social e das relações estabelecidas entre as instituições e a sociedade em geral, com essas pessoas e com estes conceitos. Essa é a dimensão social e cultural da Reforma. O GT enfatiza, em seus documentos de referência, a necessidade de atuar nessa dimensão. Após sua rearticulação em 2014, propiciou a participação de membros que o representaram em pelo menos uma audiência pública, em entrevistas para veículos de comunicação e em programas de televisão.

A expansão da participação do GT na dimensão social e cultural é prevista nas diretrizes apresentadas no Relatório de 2010. O grupo atual indicou ainda como possibilidades a produção de documentos de cunho esclarecedor sobre os temas ligados à saúde mental, direcionados ao público em geral, aproximação com usuários, familiares e estudantes para articular ações culturais e artísticas e produção de materiais educativos em várias formas, como vídeos e meios digitais, com utilização de linguagem apropriada para os diversos públicos.

Nesse sentido, sugerimos que o GT pode, ainda, estabelecer comunicações com vários públicos, participando, por exemplo, em

eventos técnico-científicos como o Encontro Catarinense de Saúde Mental, que acontece a cada dois anos. Esse é um evento que reúne estudantes, profissionais, professores universitários, gestores, usuários e seus familiares, constituindo um importante espaço para discussão, articulação de atores sociais e deliberação de novas ações.

Finalmente, entendemos que o GT de Desinstitucionalização de Santa Catarina pode contribuir de forma importante para com ações políticas voltadas para o avanço do campo da saúde mental. Sua entrada no campo como um ator social, como protagonista e como colaborador para o desenvolvimento da política de saúde mental, caracteriza as alianças políticas necessárias para a efetivação de uma Política de Saúde Mental condizente com os propósitos de desinstitucionalização e com a consolidação de um Sistema de Saúde universal, equitativo, integral, descentralizado e pleno de justiça social.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.D.C. Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 132 p.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 4ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 142 p.

_____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury, S. (org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-185.

_____. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Amarante, P. (Coord.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120 p.

_____. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: Giovanella, L. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, vol. 1, nº1, jan-abril 2009 (CD-ROM).

AMORIM, A. K.M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Fev. 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 out. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10719**: apresentação de relatórios. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/design/minicursonormalizacao.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

BASAGLIA, F. O. Transformação institucional e objetivos comuns. In: Basaglia, F. (Coord.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Trad.: Heloisa Jahn. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 273-283.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. AMARANTE, P. (org). Trad. Joana Angélica D'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 336 p.

BEZERRA, B. Jr. **Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2013.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 4ª Reimpressão. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2010. 41-72 p.

BRAGA-CAMPOS, F.C. No labirinto da Reforma Psiquiátrica. In: **Cadernos de Saúde Mental**: A reforma psiquiátrica que queremos. Por uma clínica antimanicomial. LABOSQUE, A.M. (org). Encontro de Saúde Mental, Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte: ESP-MG. 2007. V.1 p. 115-118. Disponível em: www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/.../caderno-saude-mental.pdf. Acesso em: 12 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos**. Portaria nº 106, de 11 de Fevereiro de 2000. Brasília, DF, 2000. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. **Lei nº10.216**, 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 União, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.708**, de 31 de Julho de 2003. Institui o auxílio-

reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 24 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. Brasília, 2003b. **Portaria nº 2.077**, de 31 de Outubro de 2003. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_2077_d_e_31_10_2003.pdf. Acesso em: 24 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Atualiza normas constantes da Portaria MS/SAS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992 e estabelece os centros de atenção psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. **Portaria n.º 336**, de 19 de fevereiro de 2002. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação em saúde mental: 1990-2004, 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a, p. 125-136.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. **Série F. Comunicação e Educação em Saúde**. Brasília, ISBN 85-334-0775-0, 2004b, 86 p. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acesso em: 15 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. **Série F. Comunicação e Educação em Saúde Brasília**: Ministério da Saúde, ISBN 85-334-0822-6 16 p. 2004c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso em: 11 out. 2014.

_____. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. **Portaria Normativa nº 7**, de 22 de junho de 2009. Diário da União – seção 1, nº 117. ISSN 1677-7042. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Brasília, 2010. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. 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. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011a. Seção 1, p. 230-2. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2011b. Seção 1, p. 48-55. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Portaria nº 122**, de 25 de janeiro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011c. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília. jan. 2011d, 106 p. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências.

Portaria nº 3.090, de 23 de Dezembro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011e. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente hospitalar da rede de atenção psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Portaria nº 148**, de 31 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. **Portaria nº 131**, de 26 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Avaliação técnica a respeito do Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado de Santa Catarina. **PARECER TÉCNICO Nº 08/2014**. Responsável: Coordenador Geral Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas: Roberto Tykanori Kinoshita Brasília, DF, 2014. <http://portalses.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 30 out. 2014.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 109, jan./mar. 2012, p. 126-150. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n109/a08n109.pdf>. Acesso em: 16 out. 2014.

BRITO, M. A. M.; DIMENSTEIN, M. **Contornando as grades do manicômio**: histórias de resistências esculpidas na instituição total. Canos. Aletheia: n° 28, jul/dez. 2008, p. 188-203. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 out. 2014.

CORREIA, M.V.C. **Controle Social**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>. Acesso em: 16 out. 2014.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, V. 25, n° 59, Maio/Ago de 2001, p. 12-25. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf. Acesso em: 20 maio 2013.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa**: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre. Artmed, 2007. 296 p.

DUTRA, V. F. D.; ROCHA, R. M. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, 19(3), jul/set 2011, p.386-391. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a08.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2014.

FRICHERM BRUDER, S. C.; SOUZA, N. G. A Utopia da Constituição do “Mapa” da Reforma Brasileira. Campina Grande: EDUEPB, 2011 In: SILVEIRA, M.F.A. e SANTOS JUNIOR, H.P.O. (orgs). **Residências terapêuticas**: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011, p. 67-96. ISBN 978- 85-7879-063-9. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 01 out. 2014.

FURLANETO, R. Comissão de Saúde discute sobre Saúde Mental em reunião ampliada. **AGENCIAALALESC** [on-line], Florianópolis, 27 maio de 2014. Disponível em: http://agenciaal.alesc.sc.gov.br/index.php/gabinetes_single/comissaoe-

[de-saude-discute-sobre-saude-mental-em-reuniao-ampliada](#). Acesso em: 19 jul. 2014.

FURLANETO, R. Comissão de Saúde discute sobre Rede de Atenção Psicossocial no estado. **AGENCIAALALESC** [on-line], Florianópolis, 24 abril 2014. Disponível em:

http://agenciaal.alesc.sc.gov.br/index.php/gabinetes_single/comissao-de-saude-discute-sobre-rede-de-atencao-psicossocial-no-estado.

Acesso em: 19 jun. 2014.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latino-americana de Psicopatologia**. Fund., VIII, v.1, mar/2005. p. 109-122. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017514011>. Acesso em: 09 nov. 2014.

FURTADO, J. P.; BRAGA-CAMPOS, F. C. Problemas de uma casa chamada serviço: buscando novas perspectivas de morada para portadores de transtorno mental grave. In: SILVEIRA, M.F.A. e SANTOS JUNIOR, H.P.O. (orgs). **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização** [on-line]. Campina Grande: EDUEPB, 2011, p. 53-65. ISBN 978- 85-7879-063-9.

Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 01 out. 2014.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7ª Ed. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2001. 320 p.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 4ªed. Ed. Petrópolis: Vozes, 1992, 224p.

HOFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cad. CEDES**. Campinas, v. 21, n. 55, Nov. 2001. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622001000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 nov. 2014.

KINOSHITA, R. T. Estado e sociedade na produção da reforma psiquiátrica: algumas notas. In: LABOSQUE, A. M. Cadernos de Saúde Mental. Encontro nacional de Saúde Mental, Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte: ESP-MG, v. 1, 2007, p. 125-127. Disponível em:

www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/.../caderno-saude-mental.pdf . Acesso em: 12 nov. 2014.

LOUGON, M. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: uma perspectiva crítica. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.3, n. 2, 1993, p.137-164. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v3n2/06.pdf>. Acesso em: 15 set. 2014.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80p.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª Ed. São Paulo, Hucitec, 2008. 407 p.

NETO, O. C. O Trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994, p. 51–66.

NICACIO, M. D. de S. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. 2003. 205 f.. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003. Disponível em: <http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000311545>. Acesso em: 10 ab. 2013.

OLIVEIRA, W. F. et al. Desinstitucionalização: princípios, diretrizes e ações para Santa Catarina. **Relatório do Grupo de Trabalho de Desinstitucionalização**. Florianópolis, 2010. 21p.

OLIVEIRA, W. F. Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial: contextualização sócio-histórica, desafios e perspectivas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, 2012, p. 52-71. Disponível em: www.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/2125/2918. Acesso em: 13 jun. 2103.

PITTA, A. M. F.. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.16, n.12, janeiro-dez de 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320110013&nrm=iso&lng=pt. Acesso em: 06 jun. 2013.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa

Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F (org.). **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001, p. 17-59.

ROTELLI, F. A instituição inventada. **Revista Per la salute mentale/ For mental health**" 1/88 – “Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia. Disponível em: http://www.exclusion.net/images/pdf/47_bicoi_istituz.invent_po.pdf. Acesso em: 05 jun. 2013.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **O que é o Conselho Estadual de Saúde?** Disponível em: http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=65. Acesso em: 10 set. 2014.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Superintendência de Regulação e Serviços Especiais. **Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina e Planos de Ação Regionais: 2013 – 2015 / Grupo Conductor da Rede de Atenção Psicossocial**. - Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2014. Disponível em: <http://portales.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 05 mar. 2014.

SADIGURSKY, D.; TAVARES, J.L. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, abril 1998, p. 23-27. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000200005&lng=pt. Acesso em: 01 nov. 2014.

SILVA, M. V. O. A onipresença da política no campo da Reforma Psiquiátrica. In: LABOSQUE, A. M. **Cadernos de Saúde Mental: A reforma psiquiátrica que queremos**. Por uma clinica antimanicomial. Encontro nacional de Saúde Mental, Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte: ESP-MG, v. 1, 2007, p. 118-124. Disponível em: www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/.../caderno-saude-mental.pdf. Acesso em: 12 nov. 2014.

SILVEIRA, M.F.A.; SANTOS JUNIOR, H.P.O. (orgs). **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização** [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 320 p. ISBN 978- 85-7879-063-9. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 01 out. 2014.

SILVEIRA, M.F.A.; SANTOS JUNIOR, H.P.O.; MACEDO, J.Q. A Casa é o habitat humano. Campina Grande: EDUEPB, 2011 p. 19-50. In: SILVEIRA, M.F.A. e SANTOS JUNIOR, H.P.O. (orgs.).

Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização [online], Campina Grande: EDUEPB, 2011, 320 p. ISBN 978- 85-7879-063-9. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 01 out. 2014.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde Manguinhos:** Rio de Janeiro, vol. 9, jan.-abr. 2002, p. 25-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

VASCONCELOS, E. M. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. **Revista Vivência:** Natal, n. 32, 2007, p.173-206. Disponível em:

<http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET%20CAP%202012%20EDUARDO%20MOURAO%20VASCONCELOS.pdf>. Acesso em: 25 out. 2014.

VASCONCELOS, E. M. **Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura:** uma contribuição ao debate da IV Conferencia nacional. Rio de Janeiro, março de 2010. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/textosIVconferencia.php>. Acesso em 29 jul. 2013.

VENÂNCIO, A.T.A. A construção social da pessoa e a psiquiatria- do alienismo à "Nova Psiquiatria". Physis. **Revista Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.3, n.2, 1993, p. 117-135. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v3n2/05.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 192 p.
