

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental: Narrativa da implantação no processo de desinstitucionalização do Município de Sorocaba (SP) – Brasil

Multiprofessional Residency Program in Mental Health: narrative of the implantation in the process of deinstitutionalization of the Municipality of Sorocaba (SP) – Brazil

Programa de Residencia Multiprofesional en Salud Mental: narrativa de la implantación en el proceso de desinstitucionalización del Municipio de Sorocaba (SP) – Brasil

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus¹

Armando Martinho Bardou Raggio²

Soraya Diniz Rosa³

RESUMO: O presente artigo narra a experiência de implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, em um município de médio porte, no interior do estado de São Paulo, durante o desenvolvimento do mais amplo e intenso processo de desinstitucionalização brasileiro. A experiência é compartilhada em diálogo com o referencial teórico-prático da desinstitucionalização italiana, apresentando as dificuldades e potências para a transformação de concepções e práticas em saúde mental.

Palavras-chave: desinstitucionalização; capacitação de recursos humanos em saúde; saúde mental.

ABSTRACT: This article describes the experience of implementing the Multiprofessional Residency Program in Mental Health in a medium-sized municipality in the interior of the state of São Paulo, during the period of development of the largest deinstitutionalization process in

1 Universidade Federal de São Paulo. Campus Baixada Santista. Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva. E-mail: lucianasurjus@gmail.com

2 Notório Saber em Políticas Públicas da Saúde - Escola Fiocruz de Governo. Instituto de Medicina Legal do Paraná.

3 Doutora em Educação. Universidade de Sorocaba.

Brazil. The experience is shared in dialogue with the theoretical-practical reference of the Italian deinstitutionalization, presenting the difficulties and powers for the transformation of conceptions and practices in mental health.

Keywords: desinstitutionalization; health human resource training; mental health.

RESUMEN: Este artículo cuenta la experiencia de implementación del Programa de Residencia Multidisciplinaria en la salud mental en un municipio de tamaño medio en el estado de Sao Paulo, durante el período de desarrollo del proceso de desinstitutionalización más grande de Brasil. La experiencia es compartida en el diálogo con el marco teórico y práctico de la desinstitutionalización italiano, que presenta las dificultades y los poderes para la transformación de los conceptos y prácticas en salud mental.

Palabras clave: desinstitutionalización; capacitación de recursos humanos em salud; salud mental.

INTRODUÇÃO

A residência multiprofissional em saúde foi estabelecida pela Lei nº11.129, de 2005, regulamentada pela Portaria Interministerial nº 45, de 2007, que previu a parceria entre gestores de saúde e instituições de ensino, com a finalidade de investir na capacitação de pessoal para o Sistema Único de Saúde (SUS). De algum modo, contribuiu com outras iniciativas ao reparar a defasagem de uma política de formação, que deveria ser simultânea à institucionalização do próprio SUS.

Enquanto um sistema de caráter universal, integral, equitativo ou equânime (modelo dawsoniano)⁴ⁱ, forjado nas iniciativas municipalistas e na resistência à ditadura, definido no capítulo dos direitos sociais da Constituição Federal de 1988, o SUS foi instalado após a experiência do Sistema Único Descentralizado de Saúde, “o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para todos”, que manteve, por inércia, o paradigma técnico-especialista (modelo flexneriano)ⁱ, empregador de especialistas e subespecialistas.

Ao debater o tema “*O SUS que temos e o SUS que queremos*”, da 12ª Conferência Nacional de Saúde, a quarta conferência depois da histórica Oitava Conferência, Sérgio Arouca enfatizou que, apesar de termos feito a reforma sanitária que criou o SUS, manteve-se um núcleo desumanizado, medicalizado, equivocado. Apontou que o fundamento primeiro para a mudança ainda necessária seria mudar o foco para a promoção da saúde e não para a doença. Como se o SUS tivesse que perguntar o que está acontecendo no cotidiano e na vida das pessoas e como podemos interferir para torná-la mais saudável.

Desse modo, adotou-se, da autarquia nacional de assistência médica previdenciária, o estabelecimento anual de portarias executivas. A primeira norma operacional consignou a possibilidade de contratar serviços dos estabelecimentos públicos estatais. As sucessivas

4 ⁱ Modelo dawsoniano e modelo flexneriano, de Dawson e de Flexner, que descreveram e preconizaram o modelo de saúde inglês (1920) e o modelo de saúde estadunidense (1910).

mudanças organizacionais se deram por normas operacionais, tais quais as baixadas pelos institutos de previdência social até o INAMPS de 1975, como parte integrante do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS).

Então, não só permaneceram, mas se fortaleceram estabelecimentos instituídos desde décadas com subsídios do estado ou da previdência social, por prestação de serviços mediante convênios remunerados por produção. Assim, também se deu com os manicômios, ainda mais porque se exauriam por ineficiência ao não curar, embora fossem eficientes em excluir, as unidades instituídas desde os idos de 1950, inspiradas no Plano Hospitalar Psiquiátrico de 1941¹.

Em lugar da organização de serviços orientados para o cuidado da pessoa em sofrimento, fosse ele físico ou psíquico, ou psicossocial, buscou-se suprir as faltas de oferta, como se a atenção à saúde resultasse satisfatória pelo acesso ao consumo de bens e serviços.

Cada pessoa, enquanto sujeito de sua existência, por mais pauperizada que se encontre, fala, e fala porque sente e sofre; sofre porque deseja e não resgata o passado, não realiza o futuro e tampouco desfruta o presente. Assim é com todos e com cada um, com cada pessoa, seja ela quem for, esteja na posição em que estiver na relação de atenção à saúde: profissional ou usuário, cliente ou até mesmo gestor².

É importante destacar que, durante a implantação do SUS não se levou a efeito uma política de recursos humanos que correspondesse às suas diretrizes, sabidamente necessária e indispensável, tendo-se como consequência, além das condições objetivas de trabalho cada vez mais precárias, relações de trabalho remanescentes como o sistema original, estatutários dos serviços próprios do executivo federal e dos executivos estaduais e municipais, inclusive, o Distrito Federal. Isso resultou em descrédito até dos próprios trabalhadores, em relação ao projeto SUS³.

Assim, o sistema e os serviços de saúde são constantemente criticados por grande parte de seus trabalhadores, também refletindo a insatisfação dos usuários, dos pacientes, dos familiares e das comunidades, além de serem objetos de críticas da mídia e de estudantes de graduação, residentes, mestrandos e doutorandos; de seus docentes e orientadores, nos estabelecimentos educacionais, entre outros.

É imperioso considerar que “o trabalho em saúde possui uma especificidade referente à subjetividade e ao papel protagonista do trabalhador” (Rosa, 2014. p. 27)⁴ e, neste sentido, torna-se evidente a carência de estratégias para responder à urgência histórica de resistir à lógica de mercantilização da saúde e “transformar em realidade uma política tão generosa e racional” (Campos, 2007. p. 302)⁵.

Como, todavia, o exercício micropolítico de superação da dicotomia dos modelos de saúde não depende exclusivamente da implantação de propostas inovadoras para a qualificação profissional, a implantação do projeto político das residências multiprofissionais não garante, por si só, a resolução

das feridas devastadoras da saúde com relação às equipes de trabalhadores. É preciso analisar como os poderes políticos, econômicos e institucionais influenciam nas respostas aos problemas de gestão de recursos humanos. Então, vale questionar os interesses que estão em jogo: para que e para quem se quer formar trabalhadores da saúde?

Os programas implantados nos diversos municípios do País podem estar atrelados a uma rede de saúde precarizada, com a simplificação de recursos municipais, como, por exemplo: “oferecer assistência a uma demanda reprimida [...] aproveitando o trabalho do residente para divulgar uma imagem ilusória de ampliação da oferta profissional especializada” (Rosa; Lopes, 2016. p. 645)⁶, ao invés de ampliar o próprio quadro de funcionários. Nesses casos, é vantajoso ter um programa de residência para garantir a ampliação da oferta de serviços por meio de trabalhadores adicionais, somando residentes, servidores/preceptores, tutores/docentes em atividade nas unidades de saúde, prestando serviços à população.

Outro ponto importante a destacar é a formação profissional: que formação? De que tipo de profissional o SUS necessita?

Assim, a tentativa de legitimar uma política de gestão de pessoas, aproximando a academia do serviço e tornando a rede pública de saúde um campo de ensino-aprendizagem, encontra diversos entraves. Entre eles, destacam-se a fragmentação excessiva do conhecimento e a dificuldade na compreensão da realidade, que podem sustentar uma intervenção prática não resolutiva/ineficiente.

Entretanto, a academia deve ser capaz de atender ao seu compromisso social⁷ de capacitar profissionais não reduzidos a técnicos, mas sujeitos coletivos, conscientes e ativos, com sensibilidade para provocar e produzir práticas de saúde na dimensão do cuidado. Mas, principalmente, deve garantir campos de força para facilitar as múltiplas transgressões entre alunos, professores, usuários, pacientes, comunidades e territórios. Ou seja, a universidade deve ter conhecimento e poder para criar/inventar formas de resistência às verdades instituídas, permitindo o exercício da reflexão sobre as estratégias de dominação do saber e os processos de anulação da identidade.

Dessa forma, compreende-se a importância de colocar em debate os desafios e potencialidades da implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, especialmente no tocante ao objetivo prioritário da desinstitucionalização, que é o de transformar as relações de poder entre a instituição e os sujeitos⁸.

DESENVOLVIMENTO

1. Desinstitucionalização como norte ético, percurso e componente da rede de atenção psicossocial

O conceito de desinstitucionalização foi tomado em diferentes momentos históricos dos movimentos de reforma psiquiátrica no mundo, agregando um conjunto de perspectivas nem

sempre convergentes, o que produziu, por consequência, uma gama diversificada de expectativas e de práticas. A desinstitucionalização italiana pode ser compreendida como “*um processo social complexo, que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, [...] a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, [...] a produzir estruturas de saúde mental que substituam integralmente a internação em hospitais psiquiátricos e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados*” (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2001, p. 18)⁹⁸.

No Brasil, a perspectiva teórico-prática da desinstitucionalização italiana parametrizou as críticas à lógica e às instituições manicomial, alimentando as práticas de vanguarda da Reforma Psiquiátrica, marcando, consequentemente, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

Amparada na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001¹⁰¹⁰, que percorreu 11 anos de debate na Câmara Federal, dispondo, finalmente, sobre a proteção e a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental no País, a Política Nacional de Saúde Mental brasileira é reconhecida internacionalmente pela sua consolidação como política de estado, perpassando vários e distintos governos.

Essencialmente, a referida legislação coloca no centro do cuidado em saúde mental a defesa e a promoção dos direitos humanos, expressando a vitória dos movimentos sociais de trabalhadores, familiares e usuários, que denunciaram inúmeras violações e maus-tratos sofridos em instituições de caráter asilar, predominantemente privadas, no Brasil.

É no bojo dos movimentos de redemocratização do País que se inicia a transformação do modelo de cuidado, visando a mudanças nos lugares sociais das pessoas em sofrimento psíquico. De base comunitária, o modelo construído propõe a disponibilização de recursos em territórios e situações reais de vida, tendo como direcionalidade a desinstitucionalização do paradigma da psiquiatria, abarcando a desmontagem do manicômio como condição para a construção de práticas territoriais de cuidado em liberdade.

Para Nicácio e Campos¹¹¹, a centralidade da afirmação da liberdade para a superação do modelo asilar coloca em cena a necessidade de encontrar caminhos para aproximar-se das *peessoas com a experiência de sofrimento psíquico*, partindo da compreensão de uma diversidade de modalidades de existência, resgatando a proposição basagliana de *colocar a doença entre parênteses*, para efetivamente se encontrar com a experiência vivida pelo outro.

O manicômio tomado como *lugar zero de troca*, que se organiza por meio de esquemas institucionalizantes de autoritarismo e coerção, promove a anulação da individualidade, com total objetivação do homem, impossibilitando a projeção de futuro e a emergência de subjetividades próprias, devendo ser integralmente superado¹²¹¹. Como em Saraceno¹³¹², a Política Nacional de Saúde Mental afirma não existir política territorial sem haver, simultaneamente, a política de

superação do manicômio.

Para corresponder a tal direcionalidade, houve esforços diversos e respectivas normativas de reversão do recurso outrora destinado majoritariamente aos hospitais psiquiátricos, para a conformação de redes territoriais e comunitárias; estímulo à redução do porte dos hospitais vinculado ao aumento de diária¹⁴¹³; implantação de Programa Nacional de Avaliação da Atenção Hospitalar em psiquiatria e possível descredenciamento do SUS¹⁵¹⁴; e a ampliação dos recursos para serviços territoriais.

Tais ações desencadearam processos de fechamento e substituição dos serviços em algumas experiências mais organizadas, como em Santos (SP), Campinas (SP) e São Paulo (SP)¹⁶¹⁵, e em outras, por intervenções pontuais frente a denúncias ou à simples desistência dos proprietários, face à redução dos lucros obtidos em momentos anteriores. Estes últimos efetivaram desospitalizações, que geraram, como em outros países, abandono e transinstitucionalizações para outros manicômios, ou instituições de longa permanência de outro caráter, ou, como referem Rotelli, Leonardis e Mauri¹⁷⁸, *formas mais obscuras de internação*.

A mais recente normativa que regulamenta a então Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹⁶ exclui explicitamente os hospitais psiquiátricos como espaços de tratamento, considerando-os tão somente a partir das ações de desinstitucionalização, e apresenta uma variedade de serviços para o cuidado em rede das pessoas com transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de drogas.

A RAPS explicita os princípios e componentes a serem organizados para corresponder às necessidades dinâmicas e diversificadas do processo de cuidado em liberdade, entre os quais, destacam-se as estratégias de desinstitucionalização, constituídas por iniciativas voltadas à progressiva inclusão social das pessoas em situação de internação de longa permanência¹⁸¹⁶.

Contudo, para Nicácio e Campos¹⁹¹¹, a descoberta da liberdade do louco, porque óbvia, é a mais difícil tarefa nas novas relações a serem estabelecidas pelas equipes, mantendo o desafio de desconstrução e reconstrução do aparato médico-jurídico que restringe a cidadania, enfrentando e vivendo as contradições que podem, por outro lado, objetivar o próprio conceito de liberdade, sustentando a identificação do *doente* com a instituição doença e manicômio.

Formar *na e para* a desinstitucionalização deve envolver, necessariamente, acúmulo para a confrontação da estrutura de respostas que se autolegitimaram como soluções racionais para a questão da loucura e deslocar a ênfase da ação profissional para '*projetos de invenção de saúde e reprodução social do paciente*' (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2001, p. 31)²⁰⁸.

Com vistas a compartilhar a experiência e também analisar criticamente a implantação articulada dos programas de residência multiprofissional em saúde mental e médica em psiquiatria, em meio ao maior processo de desinstitucionalização brasileiro, no interior do estado de São Paulo, recorrer-

se-á ao processo-conceito em sua vertente de mudança paradigmática, mais especificamente, em diálogo com o percurso apresentado por Rotelli, Leonardis e Mauri²¹⁸.

2. MÉTODO

Entendendo a interpretação como um processo de dois movimentos – análise e construção –, Onocko-Campos²²¹⁸ sugere que a primeira seria necessária para a compreensão aprimorada dos fenômenos em curso, e a segunda, à maneira de uma narrativa, fundamental para a formulação de propostas e a elaboração de novos sentidos. Reconhece-se, aqui, a dupla tarefa hermenêutica proposta por Ayres²³¹⁹: ‘compreender os discursos operantes e construir saberes que possam responder às novas demandas’.

Para Ricoeur²⁴²⁰, as narrativas são formas privilegiadas de representação de tempo; histórias ainda não narradas, simbolicamente mediatizadas, articuladas em signos, regras e normas, inscritas na práxis social. O agenciamento dos fatos se daria não necessariamente de forma cronológica ou sequencial, mas através de um ordenamento lógico, propiciando a fusão de horizontes entre narrador e leitor, se apresentando como forma potente em revelar um modo habitual, em determinado contexto sociocultural²⁵²¹. Na perspectiva hermenêutica, os autores do presente artigo encontrar-se-ão com o texto já produzido e traçar-lhe-ão sua análise, narrando e garantindo textualidade à experiência vivida, que deles ganhará autonomia para promover futuros debates.

3. Sorocaba (SP): a criação do Polo Manicomial

A defesa da destruição do aparato manicomial assumido pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, desde a década de 1970, não encontrou ancoragem em diversos territórios do País, pois há muitos municípios que ainda situam a assistência à saúde na lógica manicomial.

O território em destaque se constituiu como de asilamento, a partir de uma colônia agrícola ocupada por pacientes transferidos do “Hospital de Alienados”, em 1895, coordenada pelo médico Franco da Rocha. Esse grupo de pacientes foi transferido no ano de 1898, ao término da construção do Hospital Juquery, e a colônia deu lugar a outro manicômio, servindo também como delegacia e prisão.

No ano de 1950, a recém-criada Faculdade de Medicina confirmaria a apartação das pessoas com diagnóstico de doença mental, justificando a necessidade de estudo e pesquisa, mas, sobretudo, objetivando preservar a saúde da comunidade. Desse modo, certificou-se a conduta do isolamento como princípio terapêutico, assim como o hospital com função de remédio e o trabalho como instrumento para a cura.

A partir dos anos 1960, com o aumento vertiginoso de leitos privados em todo o País, houve uma proliferação de leitos e hospitais psiquiátricos, em sua grande maioria, financiados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)²⁶²². Nos anos 1970, já havia dez hospitais psiquiátricos

na região, criados em regime de sociedade entre médicos, localizados nos três municípios a 60 km de distância entre si, constituindo-se como principal recurso para tratamento das pessoas em sofrimento mental, até a década de 1990.

O Polo Manicomial, assim constituído, mantinha 2.219 moradores, ainda encontrados em 7 hospitais psiquiátricos, no ano de 2008. Esse número de moradores caracterizaria a função de tutela e de controle social da psiquiatria e do manicômio, correspondendo a mais de $\frac{1}{3}$ da população internada no estado de São Paulo, contribuindo para as incrustações institucionais componentes do “maior polo manicomial do País, com mais de 2,7 mil pacientes”²⁷²³.

Em agosto de 2012, esse cenário veio a público, a partir de denúncia, pela grande mídia, de violações de direitos humanos⁵ⁱⁱ, o que culminou na execução de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC)²⁸²³, que previa a extinção de sete hospitais psiquiátricos da região e a implantação da RAPS, como preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental. Ao município de Sorocaba (SP), caberia, além da assunção da gestão do maior manicômio da região, reformular a lógica assistencial que girava ao redor das grandes instituições (a primeira delas, implantada ainda na década de 1920) e alavancar um movimento que deveria envolver tantas outras instâncias e localidades.

Entre os principais desafios, despontavam as seguintes questões: como substituir os hospícios, em uma cidade que conviveu, banalizou e ignorou as atrocidades ocorridas com os mais de 1,5 mil internos, por trás dos muros? Como promover a transformação dos serviços já implantados segundo a lógica de convívio e manutenção do hospital psiquiátrico? Como formar profissionais em uma rede na qual os técnicos não conseguem fazer a crítica ao sistema, pela naturalização da lógica vigente, e não se reconhecem parte da violência? Como superar a ideia da internação psiquiátrica como reposta, frente à crescente construção deste ideário, com relação ao problema com as drogas? Como convencer o judiciário, a partir da gestão, com tantos técnicos sustentando por laudos o isolamento como princípio do cuidado?

Recorre-se, aqui, ao indicativo de Rotelli, Leonardis e Mauri²⁹⁸, da dupla tarefa dos *operadores de saúde mental*, quaijssejam a da realização da função terapêutica ao mesmo tempo em que se utiliza o poder institucional da psiquiatria como poder de transformação. Entendeu-se, assim, para o estabelecimento dessa clínica-política, a necessidade de um intenso processo formativo, que deveria ser promovido no encontro e no necessário estranhamento entre novos profissionais e os que já estavam por lá, nos mais diferentes cenários de práticas.

Esse encontro envolveu a incorporação de novos trabalhadores, com ou sem experiência, em processos de desinstitucionalização anteriores, mantendo, na gestão dos serviços, os que a agregavam. Cabe ressaltar que o quadro de profissionais era absolutamente inferior ao preconizado pelas normativas vigentes, além da ousadia de implantar programas de residência para a formação de novas gerações que pudessem sustentar um projeto de tal envergadura. Desta forma, fica

5 ⁱⁱ Mais informações em: <https://www.youtube.com/watch?v=yN77n7gUKLk>

entendida a necessidade de amalgamar o programa multidisciplinar com o programa de residência médica, desterritorializando e produzindo a possibilidade de intervenções na histórica participação desta categoria na acumulação de poder técnico e empresarial, do grande mercado da loucura que se estabelecera. Ou seja, formar detentores do *poder insubstituível da psiquiatria*, por meio de processos multidisciplinares, e cientes dos conflitos de interesses que envolviam a atuação dos proprietários dessas instituições como médicos assistentes dos pacientes lá internados.

A intervenção da municipalidade no maior hospício da região foi fundamental para o estabelecimento da instituição como um Polo de Desinstitucionalização, palco do exercício de estruturação das novas relações de poder; principal cenário de prática, pelo qual todos os residentes deveriam passar; e ponto de partida dos novos profissionais para a conformação dos novos serviços a serem implantados.

4. A experiência em si: cenas, acontecimentos e ações

“Em síntese, o processo de desinstitucionalização é caracterizado por três aspectos, que vão tomando corpo na desmontagem do hospício:

- A construção de uma nova política de saúde mental;

- A centralização do trabalho terapêutico, no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes – do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais;

- A construção de estruturas externas, que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nascem do interior de sua decomposição, e da transformação dos recursos que estavam lá”.(Rotelli; Leonardis; Mauri, 2001. p. 36)³⁰⁸

Em termos quantitativos, Sorocaba (SP) não era uma das cidades onde se identificava escassez de serviços de saúde mental. Eram, pelo contrário, diversos os serviços existentes, mas apresentavam absoluta fragilidade no que se refere à qualificação técnica e à articulação entre si, pois todos eram privados e vinculados aos hospitais psiquiátricos, com exceção dos infanto-juvenis e de um ambulatório municipal³¹²⁴.

Compunham a RAPS local, naquele momento: Ambulatórios de Saúde Mental – sendo 1 municipal; 10 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – sendo 6 CAPSII, 1 CAPSad (referência para problemas com álcool e outras drogas) e 3 CAPSij (infanto-juvenis); 13 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); e 4 hospitais psiquiátricos (HP), com 512, 240, 250 e 110 leitos.

No campo do cuidado a pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, havia contratos com comunidades terapêuticas (CT) para o cumprimento de internações compulsórias, para as quais se estruturaram fluxos administrativos formais e contínuos, sem nenhum acompanhamento

das pessoas lá internadas. Tais internações eram realizadas de forma arbitrária, tendo, no Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU), o executor de tais liminares judiciais. Além do CAPSad, que atendia, em sua maioria, pessoas com problemas crônicos e não casos graves, e os contratos com CT para as internações compulsórias, havia também um Consultório de Rua (CR), sob gestão da Secretaria de Desenvolvimento Social³²²⁴.

Identificou-se, semelhantemente a Rotelli, Leonardis e Mauri³³⁸, que o que se estabeleceu em Sorocaba (SP) não chegou a configurar-se como uma rede, mas deu-se na qualidade de um *circuito psiquiátrico*, capilarizando respostas empobrecidas e reducionistas, em diferentes serviços, que serviam à psiquiatrização de problemas sociais enquanto grandes instituições de *ponto de descarga* a tudo que fugisse ao controle. Eram evidentes o fornecimento inconsequente de psicofármacos, a ineficácia das ofertas, a passividade e a falta de crítica, entre usuários e trabalhadores, ao *jogo de alimentação recíproca* entre os serviços, que deveriam ser territoriais, e a internação nos manicômios. O circuito reproduzia a lógica do abandono às pessoas em sofrimento e parecia se distanciar da responsabilidade da violência mais explícita ocorrida por trás dos muros.

De fato, o alcance atual dos diagnósticos e a formação de profissionais circunscrita ao saber especializado e compartimentalizado dificultam ainda mais uma atuação crítica em relação ao modo empresarial com que se organizam os sistemas de saúde, e também em relação à própria falência da psiquiatria na sustentação do paradigma racionalista de identificação e solução ótima sobre uma doença.

“Seu objeto é não conhecível, e frequentemente incurável. A cronicidade continua a ser o objeto por excelência, o problema e sinal mais evidente da impotência da psiquiatria em alcançar a solução-cura (e os manicômios são a evidência concreta de tudo isso)”. (Rotelli, Leonardis; Mauri; 2001, p.26)³⁴⁸

Os programas de residência foram aprovados com 30 vagas para o programa multiprofissional, incluindo psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos, de forma articulada, com 6 vagas para o programa de residência médica em psiquiatria, com planejamento de atividades pedagógicas específicas e eixos comuns. A inserção dos residentes se deu nos serviços sob responsabilidade mais direta da gestão pública: o manicômio sob intervenção; os CAPS e hospital geral, implantados pela administração atual, que contavam com profissionais especialmente contratados e/ou remanejados para o processo de desinstitucionalização; e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que viviam também uma profunda reformulação em sua missão e forma de organização e funcionamento.

Para colocar em questão, portanto, todo o circuito, incluindo sua aparente organização e seu discurso teórico-técnico, foi necessária a implantação de serviços que nascessem efetivamente de diferentes perspectivas, colocando em dúvida e confrontando a “harmonia” pré-estabelecida, bem como correspondendo paradoxalmente às demandas produzidas neste cenário, para que pudessem ser legitimamente transformadas, agregando usuários, novos trabalhadores e a comunidade, para

tal processo.

Previu-se, assim, de forma ousada, uma construção coletiva e compartilhada de conhecimento, enquanto foi apresentado aos trabalhadores da almejada rede um verdadeiro exército de profissionais residentes que comporia tal movimento. Seria desafiador, contudo, acompanhar esse grande grupo, para sustentar a proposta, sem incidir na reprodução automática das práticas vigentes, que, por vezes se apresentava como expectativa de muitos dos envolvidos, e sedentas por novos profissionais que correspondessem ao que era legitimado como demanda de atenção especializada.

Os preceptores eram organizados a partir de seus núcleos profissionais³⁵²⁵, garantindo algum território seguro para a radicalidade que viria, mas recebiam e compunham o acompanhamento de residentes com diferentes formações.

Rotelli, Leonardis e Mauri³⁶⁸ afirmam que a desinstitucionalização envolve o trabalho prático de transformação, que desmonta, a partir da desconstrução do manicômio, a solução institucional existente, precisando remontar o problema. Abandonando a busca ilusória pela cura, também a terapia deve ser reconfigurada como um conjunto de estratégias cotidianas de transformação dos modos como as pessoas são tratadas *ou não tratadas*, para transformar, por consequência, o próprio sofrimento. Renunciar à *solução racional* que sustenta a *racionalidade problema-solução*, como primeiro passo da desinstitucionalização. O objetivo passa a ser a *emancipação terapêutica*.

Sobre este aspecto, vale ressaltar uma ação de confronto, no tocante à estrutura especializada que mantém a lógica que se pretendeu superar: a transformação do desmonte de um ambulatório de psiquiatria, sustentador do controle psiquiátrico a céu aberto, e do abandono velado ao sofrimento da população. Como o relatado, muitos serviços eram vinculados diretamente aos manicômios da cidade – alguns existindo; outros, nem isso –, nos contratos de prestação de serviço. A maioria apresentava formas irregulares de pagamento, por meio de realocação de diárias, mantendo, por exemplo, faturamentos de Autorização de Internações Hospitalares (AIH) de pacientes já em serviços residenciais terapêuticos.

Um dos serviços a serem implantados era um CAPSIII, que seria o segundo com funcionamento 24 horas na cidade, posterior à abertura – também pela gestão vigente – de um CAPSadIII, este, o primeiro CAPS de gestão própria da municipalidade, o que também gerava estranhamento às empresas que sempre administraram serviços dessa natureza na cidade. A equipe havia sido integralmente contratada e se encontrava alocada no interior do Polo de Desinstitucionalização, aprendendo e colaborando com a desmontagem das estruturas de relações estabelecidas entre profissionais e usuários. Além disso, iniciava uma aproximação com os moradores que seriam por ela acompanhados, durante e após a saída do hospício. Sustentava-se a participação, projetavam-se desejos, abriam-se possibilidades de vida fora dos muros.

Em um movimento de pressão para o aumento das diárias hospitalares, uma das empresas

anunciou que, se tal aumento não se efetivasse, deixaria, em uma semana, de atender “pacientes ambulatoriais”, o que contabilizaria cerca de mil munícipes, em uso crônico de medicamentos, deixando de contar com a renovação de receitas, o que basicamente lhes era ofertado no serviço em questão. Considerando, ainda, as limitações legais de repasse de recurso público, na ausência de vigência contratual, a negativa de prorrogação do contrato também incidiria na interrupção da assistência ofertada por outros dois CAPS, sob gestão da mesma empresa.

Certamente, a atenção aos usuários inseridos nos CAPS seria comportada, dada a existência de demais serviços desta modalidade, ainda que em franco processo de reorganização, mediante definição dos contornos de responsabilidade territorial, qualificação da atenção à população mais grave e processos de ampliação de relações democráticas, além de ações mais efetivas. Mas, o ambulatório de psiquiatria poderia ser um grande trunfo a ser utilizado na tentativa de consolidar o discurso de que o processo de mudança de lógica em curso acarretaria negligência.

A equipe do CAPSIII a ser inaugurado foi convocada à ação – juntos, residentes e preceptores, além dos gestores e trabalhadores das UBS e de toda a Secretaria de Saúde, local este que comportou um consultório médico improvisado, no período de tal intervenção. O circuito entraria em crise. Isso despertou o interesse dos autores do presente artigo, mas não seria possível que ninguém ficasse pelo caminho. Então, a equipe de autores se preparou para o que se cumpriria: a chegada dos usuários à porta do serviço. Eles foram recebidos por um comunicado impresso, de que não haveria mais atendimento.

A experiência exaustiva que se inaugurou incluía o direcionamento de todos os usuários ao CAPSIII, que funcionava provisoriamente em um espaço previsto para receber um SRT, no qual as equipes envolvidas realizavam acolhimentos grupais e compartilhavam a situação da época. Já os usuários foram convocados a revisitare se corresponsabilizar pela sua demanda. Após este primeiro momento, em que foram também avaliadas as situações de risco e gravidade, os usuários foram direcionados a seguirem em CAPS ou nas UBS, sempre de acordo com um certo território de referência.

Essa ação, surpreendente para todos os envolvidos, gerou grande estranhamento e abriu uma série de novas questões. Muitos usuários, em sua maioria mulheres, estruturaram suas vidas a partir do uso de psicotrópicos e anfetaminas, mas não eram capazes de reconhecer do que sofriam: depressão? Ansiedade? Efeitos colaterais dos medicamentos? Dependência de benzodiazepínicos? Solidão? O consultório médico preparado na Secretaria de Saúde permitia que os que haviam se deslocado até lá tivessem seu atendimento garantido, assim como seu tratamento, redirecionado ou não.

Outros tantos se surpreenderam por serem atendidos. Desconheciam a experiência de espaços de escuta e compartilhamento de seu sofrimento. E outros, tão graves, faziamos que não compareciam ao serviço, mediante renovações automáticas de receitas como respostas exclusivas ao sofrimento,

inclusive de seus familiares. As equipes ficaram exaustas e pediram o fim da ação, mas o confronto não poderia cessar, pois aquele era só o começo...

Vale ressaltar que, na desinstitucionalização italiana, cada centro de saúde mental se responsabilizava por toda a demanda em territórios de com cerca de 40 mil habitantes, não trabalhando os operadores de saúde mental com seleção de pacientes, em uma perspectiva de indivisibilidade da demanda, considerando que a comum diferenciação entre crônicos e agudos mantém como parâmetro a doença, tornando os serviços ineficazes³⁷⁸.

Já a Política Nacional de Saúde Mental prevê a existência de CAPS com funcionamento 24 horas, a partir de 150 mil habitantes, ampliando consideravelmente a responsabilidade territorial das equipes pelas situações de sofrimento psíquico. Também se pode entender, por conta da ampliação do escopo da psiquiatria sobre os ditos sofrimentos comuns, que as situações de menor gravidade são iniciativas previstas no âmbito da Atenção Básica em Saúde, com maior capilaridade na comunidade, sempre com apoio matricial³⁸²⁵ de profissionais de saúde mental inseridos em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e nos CAPS.

Os residentes participavam regularmente do espaço formal de controle social do SUS, o Conselho Municipal de Saúde. No município de Sorocaba (SP), porém, esse espaço, peculiarmente, tinha forte presença de prestadores de serviços, incluindo os proprietários de algumas instituições psiquiátricas e curadores dos moradores dos hospitais, tendo um deles forjado representatividade por meio de uma associação, que jamais se pôde saber se existia efetivamente.

Diante do confronto e da ameaça de desassistência para a obtenção de maiores diárias hospitalares, o proprietário da empresa chegou a levar consigo inúmeros pacientes de seus ambulatórios e CAPS, absolutamente convencido de que a gestão tivesse tomado a iniciativa pela rescisão contratual, inflando, sob essa perspectiva, o espaço do Conselho, por também entrar em crise, o que se traduzia em uma série de acusações, esclarecimentos, ameaças e descontrole por parte de muitos dos presentes. Passado aquele momento, toda a rede de serviços foi mobilizada para a reestruturação de ofertas correspondentes às necessidades apresentadas.

Foi assim que teve início a proposta de apoio matricial³⁹²⁵, a partir de profissionais e residentes dos CAPS e dos NASF, inicialmente acolhendo grupos compostos por centenas de pessoas encaminhadas a atendimento especializado, abandonadas nas filas de espera por consulta psiquiátrica ou psicoterapia, sem qualquer critério de gravidade ou prioridade. Os acolhimentos grupais ajudavam a qualificação e a ressignificação da demanda por tratamento especializado, além de requererem alguns direcionamentos, na tentativa de não interromper o que se entendia por tratamento – isto se referindo à contraditória manutenção dos medicamentos em uso, com reavaliação profissional, ainda que pontual, e revisão dessa indicação, sempre que necessária, fazendo que o saber especialista do psiquiatra se deslocasse fisicamente até os serviços de atenção básica, compondo um cuidado territorial corresponsável, reduzindo a perambulação dos usuários

por um infinito circuito de baixa resposta.

Rotelli, Leonardis e Mauri⁴⁰⁸ apontam o papel importante dos técnicos dentro das instituições asilares, que exercitam seus papéis terapêuticos, ativando e dinamizando os poderes do sistema de ação institucional. Isto porque, a partir dessas relações, se torna também possível a prática concreta de mudanças e a mobilização dos outros atores institucionais.

“[...] o trabalho de desconstrução do manicômio é produzido através de gestos elementares: eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; eliminar ergoterapia; abrir portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso a intercâmbios sociais – mudanças simples, que ajudam a compreender como a desinstitucionalização é, sobretudo, trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos”.(Rotelli; Leonardis; Mauri;2001, p.32)⁴¹⁸

Inúmeras situações desafiavam as transformações das relações, dentro do hospício sob intervenção. Foram abertos espaços de participação e livre manifestação das pessoas internadas; abriu-se o questionamento das práticas disseminadas de interdição civil, ficando os proprietários das empresas como curadores dos internos; foram implementadas reuniões de equipe; as unidades, antigas alas ou pavilhões, foram reorganizadas, não mais por patologias, mas por naturalidade/origem, afinidade, projetos futuros de morada. Cada unidade contava, então, com uma miniequipe, à qual se propunha o estabelecimento de representantes em espaços de fomento à gestão compartilhada. Nada disso sem conflitos, divergências, tensões. Os espaços democráticos eram vividos por alguns trabalhadores como desrespeito à hierarquia institucional, produzindo um determinado cenário de torcida pelo naufrágio de algumas das estratégias. As assembleias eram constantes; as visitas, abertas; e os familiares, convidados a adentrar os espaços, tão arduamente escondidos anteriormente. O horror do hospício desnudo, embora contraditoriamente ainda real, por algum tempo...

Pode-se estranhar e interromper: a prescrição de polivitamínicos, que ocultavam a má qualidade e a escassez de alimentação; o copo d'água de uso coletivo, retirado de um balde, para administração da medicação; os abusos sexuais; as compras com curadores, que tinham destino certo... Ou mesmo a ausência absoluta dos mesmos, e nenhum acesso de alguns usuários a seu próprio recurso financeiro, embora aqueles não apresentassem pendências junto aos órgãos oficiais de fiscalização. A violência começava a ser estranhada, posto que recordou-se a cena de um usuário contido no portão de sua unidade, e a justificativa do técnico: com um profissional para cem usuários, era o que dava para fazer. Testemunharam-se algumas transformações, e conseguiu-se, coletivamente, sonhar alguns novos possíveis.

Essa intensa reinvenção das relações, compreensões e da direcionalidade das práticas, por vezes,

era vivida com muito sofrimento. A constatação do abandono era vivida por alguns, acompanhada de muito rancor, o que por vezes se transferia para a equipe de cuidado: “– *Você teria coragem de abandonar seu filho aqui? Eu fui abandonado!*”; “– *Vocês me falaram que eu estava de alta! Eu quero ir embora!*”; “– *Por que eles vão sair antes de mim?*”.

Era também evidente a ambivalência frente à liberdade, principalmente em situações de maior autonomia de usuários, que protelavam sua saída. Parecia que certo poder construído a partir de privilégios concedidos na dinâmica institucional, e a identidade construída no interior do manicômio, estavam ameaçados. Surgiam as verdadeiras faces do sofrimento... Aquelas que não são facilmente resolvidas, curadas. Mas das quais os profissionais devem se ocupar *‘para que se transforme a vida concreta e cotidiana, e assim se transformem as formas de viver e de sentir, com a possibilidade de uma existência mais rica de recursos’* (Rotelli; Leonardis; Mauri; 2001. p.33)⁴²⁸.

Muitas ações extramuros permitiram que se fosse, aos poucos, alertando a comunidade sobre quem, de fato, havia sido segregado sob o mote da periculosidade e proteção social. Um evento marcante aconteceu na Semana da Luta Antimanicomial, que se adensava na cidade a partir da concretude das ações em curso. Companheiros da mesma luta de cidades da região apoiaram a realização de um piquenique na praça de um bairro nobre da cidade, repleto de música, lanches e bons encontros. Na presença de muitos dos moradores e ex-moradores dos manicômios locais, gestores e trabalhadores, foi possível anunciar à comunidade que ali se encontravam as pessoas que por anos foram encarceradas nos hospícios locais. A emoção tomou a todos, e alguns munícipes buscaram a equipe de autores do presente artigo, colocando-se à disposição para compor os esforços.

Aspecto também fundamental tratava-se de questionar o mecanismo recorrente de interdição civil das pessoas internadas, como indicado por Rotelli, Leonardis e Mauri⁴³⁸, em uma *obsessão à progressiva objetivação de novos estatutos*, restabelecendo seus direitos civis. O desafio era enorme, e não se pôde concluir. Mas, cabe aqui o registro do que foi testemunhado, para servir de objeto de intervenção de novos profissionais do campo da saúde e do direito.

Era uma prática nos hospícios da cidade, a interdição dos moradores e a assunção da curatela pelos proprietários das instituições, o que poderia coincidir em alguns casos, com a direção do estabelecimento. A justificativa da interdição era a obtenção de um benefício previdenciário, que não tinha sequer esta ação como critério para o acesso.

Em um dos hospitais, os moradores não haviam sido interditados civilmente, mas o recurso financeiro advindo do benefício previdenciário permanecia sob a administração, inclusive em conta bancária nominal, da instituição. Nesse caso, o recurso era visível, estava disponível.

No entanto, à maioria dos moradores em situação de interdição e com esse benefício concedido, era evidente a falta de recursos materiais, embora não se tivesse conhecimento de nenhuma pendência em termos de prestação de contas. O entendimento era que esse recurso era utilizado

para suprir necessidades básicas, talvez algumas das previstas pela responsabilidade da própria instituição. O estranhamento maior deu-se quando a equipe de autores deste artigo se deparou com uma autorização judicial que previa a destinação do recurso de um grupo de mulheres internadas à compra de um transporte, em nome da pessoa jurídica da instituição, que seria destinado a realizar, com elas, alguns passeios. A objetificação das pessoas ali encontradas se sobrepunha a qualquer movimento de crítica ao que havia se estabelecido.

“Assistimos várias cenas dentro do manicômio, como a promoção de alguns almoços, sempre seguindo o mesmo cardápio e a escolha do curador; passeios nos mesmos locais, também escolhidos por ele; presentes iguais e infantilizados para todos os curatelados, como brinquedos e objetos que não tinham valor de uso para o grupo. No entanto, eles eram a figura esperada pelos pacientes-moradores, que o chamavam de pai”.(Godinho; Lazarini; Rosa; 2016. p. 112)⁴⁴²⁶

Nesse cenário acrílico, em que as pessoas internadas só poderiam ser representadas por aquelas que poderiam acumular conflitos de interesse, e com a falta de êxito na tentativa de reversão judicial de processos de interdição, mesmo com a equipe técnica subsidiando essa possibilidade/necessidade, um grupo de trabalho foi criado com o intuito de construir estratégias, envolvendo defensoria pública local e ministério público, com participação do movimento social local. Naquele momento, ainda não se dispunha do que viria a ser expresso na Lei Brasileira de Inclusão: o mecanismo de tomada de decisão apoiada (BRASIL, 2015).

“A perícia, ato soberano mais que qualquer outro, pode continuar a decidir pela ausência total de intelecto e vontade de um sujeito, ‘zerando-o’, e persistir nos códigos escritos e nos que estruturam aparatos judiciais e sanitários”.(Rotelli, 2001, p. 62)⁴⁵²⁷

Assim, o pouco que se conseguia vislumbrar era a tentativa de agregar familiares, os poucos com os quais se pôde resgatar contato, trabalhadores, militantes e/ou estudantes, que aceitassem a tarefa de viver a contradição da possibilidade de assumir o lugar de curador, para, então, construir um processo mais sólido de comprovação da necessidade de extinção do estatuto de morte civil das pessoas ali internadas. Não havendo consenso frente a esta proposta, e com a interrupção do processo de desinstitucionalização, como vinha sendo conduzido, não se conhece nenhum encaminhamento que tenha conseguido superar tal questão em Sorocaba (SP).

Outra peculiaridade da desinstitucionalização italiana é a recolocação da necessidade da internação, construindo serviços inteiramente substitutivos. Não se consegue, durante o processo, reverter toda a expectativa ainda depositada no recurso da internação – seja pelas inseguranças das equipes técnicas, seja pela complexidade e pelo agravamento que os casos vêm apresentando, seja pelas inúmeras interferências do judiciário em compreender este procedimento como medida de proteção, quando apresenta grandes dificuldades em sustentar o *risco da liberdade*^{468,11}.

Trabalhou-se, dessa forma, com a previsão, na RAPS, de contar com leitos de retaguarda em

saúde mental, em hospital geral, sob regulação 24 horas, podendo ser indicadas internações após exaustão de recursos comunitários e, essencialmente, para situações orgânicas e de multiplicidade diagnóstica, em um espaço que também se tornou cenário de aprendizagem, implementado junto com os programas de residência médica e multiprofissional.

CONCLUSÃO

No atual contexto, de inúmeros embates, faz-se importante a sustentação da saúde como direito social e das práticas transformadoras em saúde mental. Definir estratégias de investimento na formação de pessoas pode ser um elemento que determine novos repertórios e ações para viabilizar uma resistência ao modelo político neoliberal. É preciso confrontar o fortalecimento da lógica de mercado, que beneficia a transformação de serviços em produtos, em prejuízo da universalidade e da integralidade com equidade, com justiça social. É necessário o favorecimento da reflexão sobre as práticas profissionais cotidianamente reproduzidas.

É, também, imprescindível a interface entre a educação e a saúde, fortalecendo a perspectiva crítico-prática das equipes de trabalhadores do SUS. Nessa direção, os novos programas de residência multiprofissional oficializados com o advento da lei e da respectiva regulamentação vieram oportunizar espaço de cooperação interfederativa de atenção em saúde e em educação a um só tempo, no mesmo território, trazendo as instituições ao chão da vida cotidiana, malgrado a reprodução também possível de programas com arranjo multiprofissional por inércia, pautados por parâmetros especializados uniprofissionais, desde a tradição sexagenária da residência médica. Não foi por mero acaso que a categoria pioneira em residência tenha se excluído da possibilidade de inclusão nos novos programas, mas por fidelidade ao seu modelo original submetido à lógica de um mercado promissor, alicerçado na geração de novas necessidades de bens e de serviços feitos produtos de consumo, mesmo que inacessíveis universalmente.

Formar *para e na* desinstitucionalização deve promover enriquecimento das competências profissionais e de autonomia de decisão.

“A ênfase é colocada na aquisição de conhecimentos, teóricos e operativos, sobre o modo de funcionamento da rede institucional na qual as pessoas estão inseridas. Conhecimentos são construídos através do cotidiano de análise crítica e de intervenção operativa, para contrastar os efeitos de empobrecimento, invalidez que aquele modo de funcionar institucionalizado produz na vida das pessoas”.(Rotelli; Leonardis; Mauri; 2001)⁴⁷⁸

Lidar com a multiplicidade de recursos e com as inúmeras possibilidades culturais de inserção comunitária evidencia que, menos que formar para uma especialidade, há que se formar para o trabalho *na e com* a diversidade. Transitar por campos comuns de responsabilidade, revendo itinerários e partindo do pressuposto da *afirmação e da promoção de liberdade*⁴⁸¹ amplifica a potência do trabalho em equipe, tornando a aprendizagem colaborativa, ainda que por dinâmicas

que prevejam momentos de confronto e conflito. Equipes operando como *supervisores coletivos*. A crescente contratualidade de usuários e familiares sendo, ao mesmo tempo, objetivo e *elemento de crise* e crítica na composição de autoavaliação da equipe⁴⁹⁸.

Tal radicalidade parece fundamental quando se almeja sustentar, em momentos de graves ameaças, os direitos conquistados ao longo da jovem democracia brasileira. Convém alertar sobre os riscos da implantação de programas que incluam os manicômios como cenários de práticas através das quais não se propõem processos de desinstitucionalização, sob o risco de se permanecer formando especialistas que alimentam o circuito psiquiátrico no País, tão desigual.

Pelos caminhos ou descaminhos da gestão local, houve, em Sorocaba (SP) a interrupção da condução do processo, sendo desligadas, deliberadamente, as principais lideranças de sustentação das práticas transformadoras. Sendo assim, muitas propostas foram abandonadas, havendo constatação do retorno da política manicomial:

“[...] retornamos ao hospital e a sensação não foi diferente de quando entramos pela primeira vez, há um ano atrás: foi fácil contar os pacientes que percorriam, liberados, o jardim. Andavam como zumbis sem rumo, descalços, com os pés sujos e maltratados, desdentados, pele queimada de sol, corpos nus ou semidescobertos, olhar triste, aparência apática e envelhecida. As alas estavam superlotadas[...] Os profissionais trabalhavam em número reduzido e estavam aparentemente robotizados [...]”. (Godinho; Lazarini; Rosa; 2016. p. 115)⁵⁰²⁶

A formação de duas gerações que puderam intensamente aprender *com e na* desinstitucionalização produziu efeitos por toda a rede de atenção à saúde, tocando e encantando outras tantas centenas de profissionais que experimentaram a efetividade das práticas comunitárias e emancipatórias. Certamente, não foi o suficiente para superar o lugar do manicômio na cultura local, que zela, atualmente, para encerrar quantitativamente o processo de desospitalização, sem se dar conta de que, no circuito, sempre será necessário um local de segregação.

Espera-se, contudo, que a contrarreforma experimentada, em toda sua dureza, tenha produzido, colateralmente, efeitos de disseminação da experiência dos que ali viveram, como narrado por Nicácio e Campos (2007, p.146)⁵¹¹¹, na “[...]produção de uma diversa e complexa prática terapêutica, pautada na compreensão da pessoa, na transformação de suas possibilidades concretas de vida, a partir da construção cotidiana do encontro e da intransigente afirmação da liberdade”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Waddi MY, Casagrande AB. Os primeiros anos do Hospital Colônia Adauto Botelho: em busca de uma instituição modelar (Paraná, 1954-1958). [Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH]. São Paulo, julho 2011 Disponível em: <http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300305291_ARQUIVO_ST58-ArtigoYonissa-Attiliana.pdf>. Acesso em:

25/01/2017.

2. Raggio AMB. Do Apiaí ao Paranoá “arrodear é com as águas”. Notório saber. [Memorial à Escola Fiocruz de Governo/Gerência Regional de Brasília, EFG-GRB/Fiocruz], mimeo, Brasília, 2016.

3. Fleury S. Defesa intransigente do interesse público na saúde. In: 2º simpósio de política e saúde. 2011. Brasília: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde-CEBES.

4. Rosa ACD. A organização da atenção básica de saúde em Campinas: SP: Perspectivas, desafios e dificuldades na visão do trabalhador. Dissertação. [Mestrado em Saúde coletiva]. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 2014.

5. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASC; 2007; 12 (2): 301-6.

6. Rosa SD, Lopes RE. Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do programa da residência multiprofissional em saúde. *Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP, jul. 2016; 21 (2): 637-656*.

7. Goergen P. Universidade e compromisso social. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Anísio Teixeira-INEP/MEC; 2006; 16-95.

8. 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*. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.

9. Nicácio F (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.

10. Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

11. Nicácio F, Campos GWS. Afirmação e produção de liberdade: desafios para os centros de atenção psicossocial. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo set./dez. 2007; 18 (3): 143-151*.

12. Saraceno B. *Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Editora Te Corá; 1999.

13. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o programa anual de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS. Disponível em: <<http://linus.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/saude-mental/saude-mental/portaria-gm-ms-no-52-de-20-de-janeiro-de-2004.pdf>>. Acesso em: 25/01/2017.

14. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/portaria-251-31-janeiro-2002.pdf>>. Acesso em 25/01/2017.

15. Braga-Campos FC. O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. Tese. [Doutorado em Saúde Coletiva]. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas: 2000.

16. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 26/01/2017.

17. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 26/01/2017.

18. Onocko-Campos R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS (Org.) Saúde Paidéia, São Paulo: Hucitec, 2003.

19. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, jul./set., 10 (3): 549-560.

20. Ricoeur P. Tempo e Narrativa (tomo I), tradução Constança Marcondes César – Campinas, SP: Papirus, 1994.

21. Surjus LTLSS. Narrativas Políticas: o olhar dos usuários sobre os CAPS de Campinas. [Dissertação]. Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas; 2007.

22. Garcia MRV. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. *Revista Psicologia Política* (impresso) 2000; 12:105-120.

23. Ministério Público Federal. Procuradoria Geral da República. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão – PFDC. Saúde mental: PFDC destaca desinstitucionalização de pacientes do hospital psiquiátrico Vera Cruz, 29/10/2013. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/informativos/edicoes-2013/outubro/saude-mental-pfdc-destaca-desinstitucionalizacao-de-pacientes-do-hospital-psiquiatrico-vera-cruz>>. Acesso em: 30/10/2013.

24. Surjus LTLSS. Fazeres impossíveis: coordenando uma revolução na saúde mental da cidade de Sorocaba. In: Rosa SD, Vasconcelos EMA, Rosa-Castro RM. Formação profissional em saúde mental: experiências, desafios e contribuições da residência multiprofissional em saúde. Curitiba: CRV; 2016; 107-118.

25. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Sociedade e cultura. Universidade Federal de Goiás; enero-dic 2000; 3(1-2): 51-74. Disponível em:<http://www.redalyc.org/pdf/703/70312129004.pdf>>. Acesso em: 25/01/2017.

26. Godinho JAAL, Lazarini ACR, Rosa SD. Cenas da loucura: o desafio de ser residente. In: Rosa SD, Vasconcelos EMA, Rosa-Castro RM. Formação profissional em saúde mental: experiências, desafios e contribuições da residência multiprofissional em saúde. Curitiba: CRV; 2016; 107-118.

27. Rotelli F. O inventário das subtrações. In: Nicácio F (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.

Artigo apresentado em: 10/01/2017

Artigo aprovado em: 05/02/2017

Artigo publicado no sistema em: 28/06/2017