

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNASAU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA –
PPGSCol (MESTRADO PROFISSIONAL)**

DIPAULA MINOTTO DA SILVA

**TRANSFORMAÇÕES NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE
CRICIÚMA/SC NO PERÍODO DE 2001 A 2016**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabiane Ferraz

Co-orientador: Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos

CRICIÚMA
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

S586t Silva, Dipaula Minotto da.

Transformações na atenção em saúde mental de Criciúma/SC no período de 2001 a 2016 / Dipaula Minotto da Silva. - 2017.

186 p. : il.; 21 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2017.

Orientação: Fabiane Ferraz.

Coorientação: Eduardo Mourão Vasconcelos.

1. Saúde mental. 2. Política de saúde mental. 3. Gestão em saúde.
4. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD 23. ed. 362.2

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla – CRB 14/1101

Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional)
Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria N° 31. De 26.01.2016

PARECER

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado de Coordenação do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) reuniram-se para realizar arguição da defesa de Mestrado apresentada pela candidata **Dipaula Minotto da Silva** sob o título “**TRANSFORMAÇÕES NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE CRICIÚMA/SC NO PERÍODO DE 2001 A 2016**” para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do extremo Sul Catarinense – UNESC.

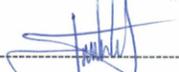
Após haver o referido trabalho e arguido a candidata, os membros são de parecer pela “**APROVAÇÃO**” na dissertação com conceito: **A** .

Criciúma, SC, 21 de dezembro de 2017.

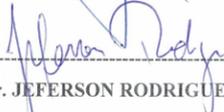
Assinatura Membros da Banca Examinadora:



Prof. Dra. FABIANE FERRAZ (Orientadora)



Prof. Dr. JACKS SORATTO (Membro/PPGSCol/UNESC)



Prof. Dr. JEFERSON RODRIGUES (Membro Externo/UFSC)

Dedico este trabalho a Ana Regina da S. Losso representando todos/as os/as trabalhadores/as de saúde mental, que (se) afetam (trocam afetos) em seus cotidianos, em suas lutas diária para cuidar em liberdade; por ser exemplo de profissional que acolhe; por mostrar um SUS que dá certo. E principalmente por me oportunizar tantos e tantos aprendizados.

Dedico também ao Jamir dos Santos Cruz (em memória), representando todos/as os/as usuários/as que conheci, pelas trocas e aprendizados enquanto trabalhadora de saúde mental.

Por fim, dedico a todos que lutam e fazem uma sociedade sem manicômios.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível ser realizado porque eu não estive sozinha no processo de construção. Muitas pessoas marcaram de forma significativa este processo.

Antes de mais nada, gostaria de agradecer aos companheiros de caminhada diária, ao João André Rodrigues que esteve ao meu lado em todos os momentos, de alegrias e de sofrimentos, não caberia aqui nominar todas as formas de apoio, que eu traduzo em amor e à Helena, meu raio de sol, que tão docemente compreendeu minha ausência em muitos momentos, iluminando meus dias com seus sorrisos e graças!

Gostaria de agradecer meus familiares, que deram suporte a apoio em diversos momentos para que a vida estivesse organizada, me permitindo caminhar com mais leveza: principalmente meus pais Jusse e Nilton, meus sogros Inês e José, e minha irmã Bruna.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol – Unesc), que me proporcionou importantes aprendizados, pela riqueza das trocas. Em nome da professora dra. Luciane Ceretta agradeço todos os professores do programa pela riqueza das aulas.

Os encontros proporcionados pelo mestrado em saúde coletiva foram marcados também pela convivência linda com os/as colegas de mestrado, meus agradecimentos a Priscila Cardoso por me instigar e me motivar em muitos momentos para estar neste espaço, e por toda a parceria em muitos momentos na luta por uma sociedade mais justa e mais solidária. Á querida Fernanda Fernandes que pude reencontra depois de tantos anos, me lembrando com frequência as bonitezas do caminho. Agradeço ainda a Daiane Assis e a Patricia Pilatti que compartilharam da trajetória potencializando minhas convicções sobre saúde mental para além dos CAPS.

Agradeço o Programa Diversidades, Inclusão e Direitos Humanos (DIDH - Unesc), pela possibilidade de trabalhar como bolsista, e conviver com pessoas que constroem diariamente um mundo melhor. Obrigada a mentora do projeto profa. Luciane Ceretta, e a gestora profa. Lisiane Tuon por todo o suporte. Assim como agradeço as mulheres incríveis que passaram ou estão no Programa: as professoras Fabiane Ferraz e Fernanda Lima, e as colegas Priscila S. Cardoso e Rita de Cássia Guimarães.

Agradeço ao Curso de Psicologia da UNESC em nome das professoras Graziela Amboni e Rosa N. J. Teixeira representando todos/as os/as colegas docentes; e aos acadêmicos Maurício Lopes e Daniela Oliveira em nomes de todos/as acadêmicos/as pelos ricos encontros nas disciplinas de saúde mental coletiva, e nos estágios de

Psicologia Social.

Agradeço ao parceiro de muitos momentos, Ivan Ribeiro, pelas provocações, partilhas e reflexões que muito contribuíram neste processo.

Agradeço também a amiga querida Andréia, pelos cafés tão necessários. Muito obrigada pela empatia e acolhimento!

Minha gratidão tamanha a minha orientadora, profa. Fabiane Ferraz, pela amorosidade e sapiência. Minha grande admiração pela profissional e pessoa que conheci neste processo, que inspira a viver a integralidade na prática. Muito obrigada por tudo!

Minha gratidão também ao meu co-orientador prof. Eduardo Mourão Vasconcelos, que gentilmente aceitou colaborar nesta construção. Suas contribuições foram grande valor e sua militância por uma sociedade sem manicômios me inspiram profundamente.

Agradeço imensamente a banca de qualificação e a banca examinadora. Neste sentido, a profa. Dra. Janine Moreira e aos professores Dr. Jacks Soratto e Jefferson Rodrigues por todas as contribuições e reflexões.

Minha gratidão também aos bolsistas aos colaboradores desta pesquisa, Tales e Diego, que com empenho e carinho me possibilitaram ganhar fôlego nos momentos finais, muito obrigada!!! E ainda mais especificamente ao Diego pelos diálogos e partilhas!

Gostaria de agradecer muito às/aos colaboradoras da pesquisa. A forma como aceitaram participar da pesquisa, enfatizou que o tema escolhido era relevante. Mas principalmente, agradeço a confiança em compartilhar narrativas tão valiosas! Muito obrigada a cada um/uma de vocês!

A todos/as que eu não citei aqui pelas limitações da memória neste momento, mas que se sintam de alguma forma participantes desse processo: muito obrigada!

Agradeço imensamente a divindade que muitos nominam de Deus. Sou grata a essa força profunda que nos mostra que que somos todos/as falhos/as e somos todos/as potentes. Em muitos momentos recorri a Sua ajuda, e fui atendida. Gratidão eterna!

“Sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só. Mas sonho que se sonha junto é realidade.”

(Música de Raul Seixas citada/cantada em diversos momentos nas reuniões de equipe do CAPS II de Criciúma, pelo querido Dr. Telmo)

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo compreender a história da atenção em saúde mental de Criciúma-SC, no período de 2001 a 2016 analisando seus processos e relação com a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, com referencial metodológico baseado nos pressupostos da História Oral descrita por Meihy (2005). O local do estudo foi o sistema de atenção em saúde mental SUS do município de Criciúma-SC. Realizamos a triangulação dos dados com coleta de informações em fontes orais e documentais. Nas entrevistas 7 sujeitos compuseram a “rede da colônia de pesquisa”, formada por trabalhadores e gestores da saúde mental do município de Criciúma/SC. A entrevista em profundidade foi utilizada como método para coleta das narrativas, com apoio de roteiro semiestruturado. As entrevistas foram analisadas à luz da narrativa histórica a partir de Clandinin e Connelly (2011) junto ao método indicatório de Ginzburg (1999). Os aspectos éticos foram respeitados seguindo os preceitos das Resoluções 466/12 e 510/2016. Os resultados estão apresentados em três capítulos, organizados temporalmente, expressando os períodos históricos de acordo com os principais processos evidenciados pelos sujeitos, sendo: “Período 1 (2001 a 2006): Transformações iniciais na assistência em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica em Criciúma-SC” – neste discutimos as primeiras investidas de transformações das práticas assistenciais em saúde mental no município com intensões à desinstitucionalização. Partimos da crítica à hegemonia da Casa de Saúde Rio Maina como modalidade de atenção em saúde mental, que atendia nos moldes da instituição total; “Período 2 (2006 a 2013): Desafios para formação da Rede de Atenção Psicossocial de Criciúma no SUS, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira” – onde apresentamos como surgiu grande parte dos dispositivos que compõem o atual sistema de atenção em saúde mental do município, configurando um período de expansão das estratégias de cuidado. Os desafios e tensões deste período dão início a uma desaceleração da estrutura substitutiva ao modelo tradicional; “Período 3 (2013 a 2016) - Mudanças no modelo de gestão municipal em saúde mental e a crise dos “leitos psiquiátricos”: na contramão da Reforma Psiquiátrica brasileira” – apresenta um panorama no qual a política de saúde mental é concebida pelo modelo ambulatorial e de práticas medicalizantes em saúde mental. A partir dos resultados, concluímos que: as principais motivações para a construção do sistema de saúde mental de Criciúma-SC surgiu influenciado e legitimado pela política nacional de saúde mental; houve

ações e projetos mais potentes na perspectiva da desinstitucionalização no primeiro período e fortalecidos no segundo período; o terceiro período é marcado pela paralização da implantação dos dispositivos necessários ao fortalecimento da RAPS de Criciúma-SC, e sucateamento dos serviços existentes; em todos os momentos houve impactos na atenção em saúde mental local dos processos mais gerais da Reforma Psiquiátrica brasileira. Compreendemos que o retrocesso do terceiro período tem direta relação com os movimentos de patologização e medicalização dos afetos e do avanço das políticas neoliberais que redimensionam as políticas públicas no Brasil e com efeito direto na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Saúde Mental; Desinstitucionalização; História; Políticas Públicas de Saúde; Gestão em Saúde;

ABSTRACT

The present study was to understand the history of mental health care in Criciúma-SC, from 2001 to 2016, analyzing its processes and its relationship with the Brazilian Psychiatric Reform. It is an exploratory-descriptive study and qualitative research, with a methodological reference based on the Oral History assumptions described by Meihy (2005). The study place, was in the SUS - Mental health care system in the, city of Criciúma-SC. We did the data triangulation with information collection in oral, and documentary form. In the interviews, 7 subjects composed the "research colony network", formed by mental health workers and managers of the municipality of Criciúma-SC. The interview was used as a method for narratives collect, with semi-structured script of support. The interviews were analyzed by the historical narrative from Clandinin and Connelly (2011) together with Ginzburg's (1999) indicative method. The ethical aspects were respected, following the precepts of Resolutions 466/12 and 510/2016. The results are presented in three chapters, organized temporally, expressing the historical periods, according to the main processes evidenced by the subjects, being: "Period 1 (2001 to 2006): Initial transformations in mental health care in the perspective of the Psychiatric Reform in Criciúma-SC" - in this we discussed the first changes in the mental health care practices in the city with intentions to deinstitutionalization. We start from the critique of the hegemony of the Health house of Rio Maina, as a modality of attention in mental health, which served in the mold of the total institution; "Period 2 (2006 to 2013): "Challenges for the formation of the Criciúma-SC Psychosocial Attention Network in the SUS, in the perspective of the Brazilian Psychiatric Reform" where we present how it came about large part devices which make up the current attention system of mental health care in the municipality, setting up a period of expansion of care strategies. The challenges and tensions of this period start a deceleration of the substitutive structure to the traditional model; "Period 3 (2013 to 2016) – "Changes in the municipal management model in mental health and the crisis of the "psychiatric beds": against the Brazilian Psychiatric Reform" - presents a panorama in which the mental health policy is conceived by the outpatient model and medical practices in mental health by the ambulatory model and medical practices in mental health. Based on the results, we conclude that: the main motivations for the construction of the mental health system in Criciúma-SC, were influenced and legitimized by the national mental health policy; there were more actions and projects from the perspective of deinstitutionalization in the first

period and strengthened in the second period; the third period is marked by the paralysis of the implementation of the necessary devices to strengthen Criciúma-SC RAPS, and the scrapping of existing services; at all times there were impacts on the attention in local mental health of the more general processes of the Brazilian Psychiatric Reform. We understand that the retrocession of the third period has a direct relation with the movements of pathologization and medicalization of the affections and the advance of the neoliberal policies that resize the public policies in Brazil and with direct effect in the Brazilian Psychiatric Reform.

Keywords: Unified Health System; Mental Health; Deinstitutionalization; History; Public Health Policies; Health Management;

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	Anarquistas Contra o Racismo
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMREC	Associação dos Municípios da Região Carbonífera
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CAPS II ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial modalidade 24 horas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF	Estratégias de Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISEV	Instituto de Saúde, Educação e Vida
JUDECRI	Associação dos Deficientes Físicos de Criciúma
MLA	Movimento de Luta Antimanicomial
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NUPREVIPS	Núcleo de Prevenção as Violências e Promoção da Saúde
O.S.	Organização Social
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REME	Movimento da Renovação Médica
RPB	Reforma Psiquiátrica brasileira
RSB	Reforma Sanitária brasileira
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SCI	Supervisão Clínico Institucional
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUDS	Sistemas Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo da atenção em saúde mental de Criciúma/SC no período de 2001 a 2016 (João está alterando).....	82
Figura 2 – Fotos de usuário e trabalhadores do CAPS II em atividade de descontração na Praça do Congresso (João está melhorando efeito da imagem)	91
Figura 3 - Fotos da Café Colonial nas dependências do CAPS II – com a presença de usuários, familiares, técnicos e comunidade em geral - 2005	98
Figura 4 - Participação do SOMAR no Festival de Quadrilhas – 2011	137
Figura 5 - Apresentação do Bloco da Saúde no Carnaval de Rua – 2011	137
Figura 6 -. Participação na Feira de Artesanato, realizada no município de Criciúma, praça central – 2011	140
Figura 7 - Imagem da tela de notícias da prefeitura municipal de Criciúma – sobre a inauguração do CAPS infantil	147

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - atuação profissional no sistema de atenção em saúde mental de Criciúma dos participantes da pesquisa:	71
Quadro 2 - Dispositivos de saúde mental do município de Criciúma/SC.	115

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
1.1 QUESTÃO NORTEADORA	29
1.2 OBJETIVOS	29
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	31
2.1 SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	31
2.1.1 História da Loucura.....	31
2.1.2 Desinstitucionalização e cidadania em saúde mental.....	35
2.1.3 Trajetória da Reforma Psiquiátrica e do Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil e suas influências:.....	39
2.1.4 O Mito da neutralidade científica na Saúde Mental	48
2.2 INTEGRALIDADE E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	51
2.2.1 Sistema Único de Saúde e Reforma Sanitária Brasileira.....	51
2.2.2 Integralidade e Cuidado em Saúde Mental	56
3. MÉTODO	64
3.1 ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA	64
3.2 LOCAL DO ESTUDO E PARTICIPANTES DA PESQUISA	66
3.2.1 Caracterização do local de estudo	66
3.2.2 Participantes da pesquisa	69
3.3 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	73
3.4 ANÁLISE DE DADOS	75
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	77
4 RESULTADOS	80
4.1 PERÍODO 1 (2001 A 2006): TRANSFORMAÇÕES INICIAIS NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CRICIÚMA/SC.....	83
4.1.1 Ano de 2001 - Unidade de Referência em Saúde Mental (URSM): tensões relativas a construção de um espaço interdisciplinar com vistas a integralidade.....	85
4.1.2 Ano de 2004 - Implantação do CAPS II: buscando superar o modelo de cuidado manicomial na realidade de Criciúma	89
4.1.3 Ano de 2005 - Os desafios da descentralização dos atendimentos de psicologia em Criciúma/SC: inserção dos psicólogos na atenção básica em saúde.....	99
4.1.4 Ano de 2006 - Reestruturação do ambulatório de dependência química com vistas a implantação do CAPS ad.	103
4.1.5. Principais transformações promovidas na atenção em saúde mental no município	105

4.2 PERÍODO 2 (2006 A 2012): DESAFIOS PARA FORMAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRICIÚMA NO SUS, NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA....	110
4.2.1 Ano de 2007 - Implantação do CAPS ad: novos conceitos e olhares para pessoas em uso problemático de drogas em Criciúma/SC	116
4.2.2 Ano de 2009 - Implantação do CAPS III: a questão da crise psíquica como nó crítico para uma rede substitutiva ao modelo manicomial.....	121
4.2.4 Ano de 2011 - Implantação do CAPS i: a busca de lugar e referência para a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes no município	140
4.2.5 Ano de 2012 - Implantação do Consultório na Rua: a resistência ao preconceito nas práticas cotidianas de cuidado a pessoas (não) invisíveis em Criciúma	150
4.2.6 Período 2006 a 2010 - Outras transformações da assistência de saúde mental no município de Criciúma: associação com acontecimentos da história nacional.....	156
4.3 PERÍODO 3 (2013 A 2016) - MUDANÇAS NO MODELO DE GESTÃO MUNICIPAL EM SAÚDE MENTAL E A CRISE DOS “LEITOS PSIQUIÁTRICOS”: NA CONTRAMÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	165
5 CONCLUSÃO	182
REFERÊNCIAS	186
APÊNDICES.....	194
APÊNDICE 01 – ROTEIRO DE ENTREVISTA (PROFISSIONAIS)	196
APÊNDICE 02 – ROTEIRO DE ENTREVISTA (GESTORES)..	199
APÊNDICE 03 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	202
APÊNDICE 04 - NARRATIVAS DAS LEMBRANÇAS AFETIVAS	205
ANEXOS	212
ANEXO 1: PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA	213

1 INTRODUÇÃO

Neste trabalho partimos da premissa de que, para compreender as transformações da atenção em saúde mental no município de Criciúma/SC precisamos antes saber que o “louco” e a “loucura” como as concebemos são algo socialmente construídos. Além disso, identificamos de que forma no Brasil e no exterior as reformas psiquiátricas se configuram, e descrevemos a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Estes temas foram a base da pesquisa apresentada, e serão mais bem detalhados ao longo do trabalho.

Inicialmente, verificamos que o surgimento da “loucura” se dá no séc. XVIII e é legitimado na contemporaneidade com o fortalecimento da ciência positivista. O lugar social eleito para o louco e a loucura na era clássica foi Hospital Geral de Paris, que segundo Michel Foucault, foi o lugar em que o médico francês Phillipe Pinel trabalhou como primeiro alienista¹. Antes de ser denominado Hospital Psiquiátrico, o Hospital Geral era destinado a todo sujeito considerado não digno de viver em sociedade (pessoas doentes, mendigos, andarilhos, homossexuais, e todo aquele considerado incapaz de produzir ou que viesse a “enfeiar” a cidade).

Nestes lugares identificam-se as primeiras investidas de “tratamentos” que Pinel chamou de tratamento moral² e as primeiras pesquisas no campo da “loucura” (AMARANTE, 2007). Estas pesquisas desconsideravam os aspectos éticos e ocorriam partir de intervenções e condutas invasivas como a lobotomia e a eletroconvulsoterapia. Neste contexto, o “louco” era compreendido como um sujeito desprovido de razão, incapaz de tomar decisões e com forte componente de periculosidade associado à sua imagem (FOUCAULT, 2014).

Estas intervenções invasivas somadas as precárias condições estruturais e a identificação dos maus tratos nestes locais, marcaram os manicômios como espaços de violação de direitos humanos. A partir da década de 1970, as denúncias sobre estas condições ganharam visibilidade em território brasileiro e estrangeiro e o cenário da atenção

¹ Nome que antecedeu a terminologia psiquiátrica. O Alienismo foi a ciência pioneira no estudo dos transtornos mentais, como o conhecemos hoje. O Alienista, era o responsável pelo tratamento dado aos sujeitos internados nos hospitais para alienados de acordo com a História da Loucura na Idade Média (FOUCAULT, 2014; AMARANTE, 2007).

² Descrito neste trabalho no subtítulo “2.5.1 Do alienismo ao sofrimento psíquico: considerações sobre a história da loucura”.

em saúde mental passou a ser campo de luta pela garantia da cidadania dos “loucos”.

Neste período novas compreensões sobre a “loucura” e sobre os “loucos” foram desenvolvidas em paralelo ao surgimento de movimentos de luta por processos sociais mais justos e igualitários em diversos âmbitos. No Brasil assim como em outros países, houve forte movimento na luta pela transformação das práticas psiquiátricas, das instituições totais e do sistema públicos de saúde, em processos amplos de redemocratização das políticas públicas.

No campo da saúde mental, entraram em cena profissionais da psicologia, da terapia ocupacional, de outras áreas da medicina (neurociência, neurologia), da enfermagem, do serviço social, entre outros. Nas novas configurações a partir da construção de serviços abertos, de base comunitária e a partir dos espaços de luta em defesa do cuidado em liberdade, as pessoas com sofrimento psíquico passaram a ocupar novos lugares sociais, a partir das transformações dos diferentes tipos de serviços ofertados, configurando novos modelos de cuidado.

No Brasil, estas novas configurações ocorrem a partir das décadas de 70 e 80 do século XX, com a presença do Movimento pela Reforma Sanitária e seu legado na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), e pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) – posteriormente renomeado Movimento de Luta Antimanicomial (MLA). Estes movimentos propuseram utopias³ como a atenção e cuidados em saúde na perspectiva da integralidade, da equidade e garantindo participação social nas decisões a respeito da saúde da população.

O resultado destes movimentos foi criação de uma Política Nacional de Saúde Mental que teve como força motriz, a construção de uma rede de atenção em saúde mental substitutiva ao manicômio. Esta política surge na década de 1990 passando por forte ascensão até o início da década de 2010 com o crescente investimento em dispositivos de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial⁴. Estes dispositivos

³ Para Freire (2001), utopias não são impossibilidade que podem dar certo, tão pouco devaneios inalcançáveis, mas sonhos possíveis, motivadores de projetos para o amanhã. Utopia é uma necessidade humana fundamental, que pode ser descrita como o desejo do inédito viável (FREIRE, 2001).

⁴ De acordo com Saraceno (2001) Reabilitação Psicossocial não é uma técnica ou uma tecnologia, mas uma abordagem, práticas a espera de uma teoria, no qual seu processo envolve todos os atores (profissionais, familiares, usuários e toda comunidade). Trata-se de “um processo de reconstrução, um

são: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas diferentes modalidades; Consultórios na Rua; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); leitos especializados em hospitais gerais; Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Estes e outros serviços estão contemplados na proposta da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁵ de acordo com a Portaria 3.088/2011 (BRASIL, 2011).

A política nacional de saúde mental, desde que foi promulgada até dezembro de 2017, de forma geral, foi representativa dos ideais dos movimentos em defesa da Reforma Psiquiátrica e de Luta Antimanicomial. Entretanto, em 14 de dezembro de 2017 a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas do Ministério da Saúde (CGMAD/MS) aprovou na Comissão Intersetorial Tripartite (CIT) a resolução 34/2017. Esta resolução altera a Política Nacional de Saúde Mental, destoando em dois principais temas: a) ao promover o fortalecimento das comunidades terapêuticas (para atendimento a pessoas em uso problemático de drogas); b) ao valorizar os hospitais psiquiátricos como integrantes aos sistemas de atenção em saúde mental (BRASIL, 2017). Estes temas divergem da política de saúde mental em vigência até então, que propõe a construção e fortalecimento da rede substitutiva ao manicômio (modelos de privação de liberdade).

Partindo desta contextualização, o presente estudo buscou compreender as transformações na atenção em saúde mental de Criciúma/SC. Para tanto, buscamos compreender as motivações e

exercício pleno de cidadania, e também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social” (SARACENO, 2001, p. 16). Para Pitta, Reabilitação Psicossocial, representa um conjunto de estratégias desenvolvidas para facilitar a vida de sujeitos com problemas severos e persistentes, auxiliando estes a reconstruir vínculos afetivos e materiais nos espaços comunitários.

⁵ A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria 3.088 de 2011, reeditada em 2013. Esta dispõe sobre a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção em saúde mental, 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). A estrutura da RAPS ocorre a partir de sete componentes (atenção básica em saúde; atenção psicossocial estratégica; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; estratégias de reabilitação psicossocial). Cada um dos componentes é composto por serviços e programas que articuladamente devem substituir o modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2011).

aspirações que levaram as transformações na atenção em saúde mental no município, descrever os processos de implantação dos serviços em suas facilidades e/ou dificuldades a partir dos olhares dos sujeitos que vivenciaram estes processos.

Além disso, relacionamos os processos das transformações locais com os processos mais amplos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para tanto realizamos um paralelo entre os principais aspectos apontados nas narrativas com as análises de Vasconcelos (2008), sobre as Terceira Grande Fase (1992 a 2001) e Quarta Grande Fase (2002 a atual) da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Em relação aos aspectos da atenção em saúde mental na realidade do local do presente estudo, sabemos que o município de Criciúma/SC inaugurou no ano de 1968 a Casa de Saúde Rio Maina, um Hospital Psiquiátrico com funcionamento nos moldes da instituição total. A presença do manicômio e do pensamento positivista da psiquiatria tradicional influenciaram as relações entre sociedade local e a “loucura”. Estas por sua vez, promoveram a segregação, a exclusão social e o estigma das pessoas com histórico de internações.

Neste sentido refletimos que, se um cidadão de Criciúma (e região) diz que foi internado no Rio Maina, com certeza será olhado pela sociedade como um louco, possivelmente perigoso e/ou sem condições de falar por si. Ou seja, a Casa de Saúde Rio Maina, bem como os demais hospitais psiquiátricos, surgiu trazendo consigo as marcas da instituição total⁶.

Verificamos que a Casa de Saúde Rio Maina foi temas dos estudos de Mendes (2001) e Nunes (2005), que anunciaram sobre: as denúncias de maus tratos com a presença de violência física; o discurso do saber científico como justificativa para práticas violentas; a desqualificação do sujeito dito louco associado a falta de razão; a tradição de sequestro da instituição de acordo com as ideias de Michel Foucault; o papel da instituição psiquiátrica como lugar de manutenção de ordem social; e das práticas psiquiátricas como ferramenta de poder/saber.

Numa outra vertente, encontramos a pesquisa “Do Hospital Psiquiátrico à Reforma Psiquiátrica: um breve relato das políticas

⁶ Goffman (1961), identifica os hospitais psiquiátricos, bem como outras instituições (presídios, conventos) com a denominação de instituições totais. O que as torna comuns são: o “fechamento” que impede o contato dos sujeitos que nelas se encontram com o mundo externo, o controle sobre estes a partir da rígida imposição de regras. As memórias deixadas pela instituição total marcam profunda e negativamente as pessoas que dela são sujeitadas.

públicas de saúde mental desenvolvidas na região da Associação dos Municípios da Região carbonífera (AMREC) entre os anos de 1968 e 2004”, de Moreira e Livramento (2004). Como resultados da pesquisa foi identificado que a realidade da região manifestava uma espécie de “dependência” da internação psiquiátrica por ser estes o lugar mais indicado para o atendimento de surtos ou emergência. A pesquisa ocorreu em um período em que se verificava a inauguração dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na região.

Diante do cenário apresentado, algumas inquietações enquanto militante, pesquisadora e ex trabalhadora de saúde mental, mobilizaram a formulação de algumas questões com o intuito de delinear o objeto e os objetivos da presente pesquisa, sendo elas: quais as motivações, aspirações e entraves para as transformações que ocorreram na atenção em saúde mental do município? Os/as participantes dos processos de transformações percebem possíveis avanços ou retrocessos na atenção em saúde mental de Criciúma? Estes sujeitos relacionam estes processos à Reforma Psiquiátrica Brasileira?

A partir do reconhecimento da história, contada pelas pessoas que a vivenciaram, é possível compreender esta trajetória de forma singular. A identificação da falta de registros históricos dos serviços, projetos e experiências diversas tanto na literatura em geral como em pesquisas acadêmicas sobre o tema, foi fator mobilizador para realização deste trabalho. Verificamos como de suma importância a realização deste e de outros trabalhos de registros históricos bem como a divulgação destes, para que as experiências do campo da saúde mental do município de Criciúma não se “percam na história”.

Além disso, o reconhecimento da história permite identificar atores importantes que nem sempre aparecem nos documentos oficiais. Neste caso, promovendo a visibilidade e o reconhecimento daqueles/as que contribuíram para a construção das atuais configurações do sistema de atenção em saúde mental de Criciúma.

Compreendemos que estas configurações partiram de um cenário no qual se reproduziu, de certa forma, o roteiro do cenário nacional. Cenário este que coloca o manicômio por quase 50 anos como o lugar de hegemonia destinado às pessoas com transtornos mentais, fortalecendo o estigma e a segregação destes. Sabe-se, contudo, que houve críticas a este modelo, e que se desenvolveu estratégias importantes de transformações dos modos de cuidado, oras satisfatórias oras frustradas de acordo com as narrativas desta pesquisa. Desta forma, a partir da metodologia histórica, foi possível promover o contato com o passado, oportunizando compreender os fatos do presente a partir de uma leitura crítica dos

processos evidenciado. O intuito com isso, é de promover reflexões aos trabalhadores, gestores e demais atores do processo, com vistas a evitarmos reproduzir equívocos e estimular a construção (re/invenção) de estratégias mais assertivas e consciente para o futuro neste campo. Portanto, desejamos com essa pesquisa, promover aos atores do presente, a percepção de que a história é contínua, e de que nós fazemos parte desta história cotidianamente como seus co-construtores.

Os resultados da pesquisa apontam para reflexões dos aspectos mais relevantes aos participantes e não tem como pretensão contar a história “verdadeira” da atenção em saúde mental do município de Criciúma, mas de apresentar parte significativa desta história. Como preceito do método de pesquisa em história oral, buscou-se dar visibilidade a momentos e processos locais da atenção em saúde mental e da subjetividade implícita relacionada aos narradores/as que em muitos momentos se entrelaçam e se afetam mutuamente.

Destacamos que os processos locais de transformações no âmbito da saúde mental – assim como das demais políticas públicas – ocorrem dentro de um contexto sócio-político de “tempos sombrios” parafraseando Vasconcelos (2016). O autor analisa a conjuntura atual, de um assalto neoliberal verificado nos retrocessos no campo da saúde coletiva e da saúde mental, bem como em outros campos das políticas públicas. Vivemos uma intensa crise política e econômica, onde mudanças na gestão nacional do SUS e da saúde mental preocupam sanitaristas em todos os espaços de atuação.

Estas mudanças têm promovido sentimento de insegurança e perda nos trabalhadores e usuários que defendem os princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS, gerando novos movimentos coletivos. Vasconcelos (2016) também nos alerta e inspira, propondo que devemos nos preparar e elaborar novas estratégias, criando “baluartes de resistência”. Esta pesquisa trata-se, portanto, de uma proposta de resistência e de luta, com o intuito de desenhar o futuro, a partir do conhecimento da história local da atenção em saúde mental. Em outras palavras, é uma singular estratégia de ser “mensageiro de uma utopia, convertida no horizonte de nossa atividade” (VASCONCELOS, 2016, p. 28).

Na visão de Amarante (2015), o cenário atual carece de atores protagonistas na (continuidade da) construção da história da luta por/pelo respeito aos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Acreditamos, neste sentido, que “contar” a história a partir das narrativas dos sujeitos que a viveram, é uma forma de ofertar visibilidade para a história da

atenção em saúde mental de Criciúma/SC e inspirar o mesmo processo em outros locais.

1.1 QUESTÃO NORTEADORA

Como se constituiu a história da atenção em saúde mental de Criciúma/SC no período de 2001 a 2016?

1.2 OBJETIVOS

- Compreender a história da atenção em saúde mental de Criciúma/SC, no período de 2001 a 2016;
- Analisar os processos de constituição da atenção em saúde mental em Criciúma/SC e sua relação com à Reforma Psiquiátrica Brasileira entre os anos de 2001 a 2016.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

2.1.1 História da Loucura

Amarante (2007) refere saúde mental na atualidade como uma área extensa, complexa, plural, intersetorial e transversal de saberes e de atuação profissional no âmbito da saúde e das políticas públicas, considerando esta, tão rica e polissêmica que verifica dificuldade de encontrar suas fronteiras de saber. Tratando-se de uma complexa rede de saberes, entre as quais se encontram a psiquiatria, neurologia, neurociências, psicologia, psicanálise, filosofia, sociologia, religião, questões sociais, ideológicas, étnicas, entre outras.

A saúde mental como campo de estudos, ou como cenário de práticas, apresenta divergências conceituais e ideológicas. Tais divergências nomearam as experiências subjetivas de diferentes formas, como alienação, loucura, doença mental, transtorno mental e sofrimento psíquico. A atual compreensão do sofrimento psíquico é influenciada pela compreensão da idade clássica no século XVII, na qual a alienação (loucura) era concebida como expressão máxima de sujeitos considerados socialmente inúteis. Esta noção é legitimada na idade moderna, século XVII, com a ascensão da ciência positivista, e com a construção dos novos modelos sociais após a revolução industrial, na perspectiva do capitalismo.

A compreensão social moral da idade clássica refletia o sujeito dito louco associando-o a ociosidade, que por sua vez se tratava de um ato de grave desagrado aos princípios da Igreja. Logo, este era tido como não dignos de misericórdia divina, o que justificava seu afastamento da sociedade (FOUCAULT, 2014). Além disso, este período é contextualizado por Foucault (2014) como de resignificação da “loucura”, pela perda da valorização de ideias renascentistas relacionadas à subjetividade e sua substituição pela valorização da razão. Neste sentido, escreve que:

O percurso da dúvida cartesiana parece testemunhar que no século XVII esse perigo está conjurado, e que a loucura foi colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade: domínio este que, para o pensamento clássico, é a própria razão. Doravante a loucura

está exilada. Se o homem pode sempre ser louco, o pensamento, como exercício de soberania de um sujeito que se atribui o dever de perceber o verdadeiro, não pode ser insensato. Traça-se uma linha divisória que logo tornará impossível a experiência tão familiar à Renascença, de uma Razão irrazoável, de um razoável Desatino (FOUCAULT, 2014, p. 47 e 48).

A loucura passou a ganhar novo lugar social: o Hospital Geral, que surgiu com a função de controlar a ordem social, política e religiosa da época, a partir de implicações econômicas e morais. Neste sentido, toda forma de miséria (o feio, a pobreza e a loucura) não deveria, de forma alguma, ocupar espaços públicos. (FOUCAULT, 2014; AMARANTE, 2007).

Por um século e meio o período conhecido como “A Grande Internação”, expressava a prática sistemática e generalizada de segregação de significativos segmentos sociais, associada também às práticas da Igreja de assistência aos pobres. A internação era confiada aos diretores, nomeados pelo Rei, que tinham total poder a ser exercido tanto dentro do Hospital Geral³, quanto em toda a cidade de Paris (AMARANTE, 2007). Estes por sua vez, exerciam suas funções com soberania quase absoluta, de modo que o Hospital Geral expressava um estranho poder entre a polícia e a justiça, que Foucault descreve da seguinte forma:

De saída, um fato é verdadeiro, O Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa (FOUCAULT, 2014, p.50).

A partir da vasta construção de “casas de internamento”, um a cada cem habitantes de Paris encontravam-se internados. Diante deste cenário, o médico Philippe Pinel protagonizou o processo de medicalização dos hospícios, e ficou conhecido por fundar a psiquiatria e influenciar os princípios da medicina moderna ocidental com base no

modelo de História Natural. Propôs para tanto a libertação dos “loucos”⁷, usando como recurso seu método de tratamento moral, o qual deveria se dar em regime de total isolamento da sociedade (AMARANTE, 2007; FOUCAULT, 2014). Segundo Foucault (2014), para Pinel o tratamento moral não representava a perda de liberdade, mas a proteção do sujeito em relação ao meio que o “adoecia”, e com isso a sua cura e consequentemente, a liberdade. Buscava reeducar a mente dos sujeitos, isolando estes e desenvolvendo processos de observação e descrição, criando assim a primeira noção de nosografia.

Pinel questionou se o fenômeno estudado se tratava de uma doença ou de um fenômeno natural diferente, por esta razão, inicialmente utilizava a expressão alienação à doença mental (AMARANTE, 2007). Posteriormente o objeto de estudo dos alienistas ganhou status de doença. Porém, a psiquiatria do século XIX enganava-se ao acreditar que tratava a loucura como doença ou patologia, pois estava ainda embebida na ideia da loucura enquanto “ética do desatino e pelo escândalo da animalidade” (FOUCAULT, 2014, p.162).

Tal preceito, enquanto critério moral, influencia as práticas em saúde mental até os dias atuais. Neste sentido, dentre outros estigmas, surgiu a ideia de periculosidade associada a “loucura”. Esta ideia teve como base, o fato de que muitos sujeitos eram internados por causas conhecidas como, “furor” ou fúria, que não tinham descrição de loucura, de criminalidade, ou de quaisquer outras razões, mas que por si só justificavam a internação desde o século XVII (FOUCAULT 2014; AMARANTE, 2007).

No final do século XIX, verificou-se a expansão das propostas nosográficas, fortalecendo a noção de “doença” e de cura. Isto, a partir da teoria das degenerescências⁸ e do conceito de predisposição de Magnan, a expansão desta teoria na Alemanha com Griesinger, Karfft-Ebing e Kahlbaum (AMARANTE, 2000). O princípio nosológico-clínico foi o eixo do qual se edificou a atual sistemática psiquiátrica e, neste sentido,

⁷ Pinel buscou a libertação dos “loucos”, a partir das ideias de Locke, de que os homens têm uma natureza livre e independente, onde não devem ser submetidos a regimes políticos ou absolutismos divinos (AMARANTE, 2007).

⁸ Teoria etiológica com base no pressuposto de que haveria degeneração mental progressiva conforme se sucedessem as gerações, sistematizada por Bénéct Augustin Morel (1809 – 1873) na obra “Tratado das degenerescências” (1857). Esta teoria sofreu alterações e foi gradualmente desconsiderada, passando a ser abandonada após a terceira década do século XX (ODA, 2001).

muitos autores contemporâneos colocam Emil Kraepelin⁹ como o fundador da psiquiatria moderna (NOBRE DE MELO, 1945, apud AMARANTE, 2000).

Com a consolidação do conceito de personalidade psicopática, surge a noção de anormalidade como categoria médica. Com isso, não apenas o louco, mas todo indisciplinado, passou a ser visto do ponto de vista da doença para Kraepelin. Estas continham aspectos morais e orgânicas em suas explicações nosográficas, usando os mesmos métodos das ciências naturais, porém, neste caso, aplicados à psiquiatria (PORTOCARRERO, 1980).

Nesta perspectiva, a psiquiatria apresentou a base que justificou (e vêm justificando) discursos e práticas com a convicção de estar buscando a cura das “doenças”. Percebe-se a ausência de crítica acerca do papel da ciência da normatização da ordem social enquanto instrumento tecnocientífico de poder, descrita por Foucault (2014) de forma que o problemático:

[...] seria concordar com o fato de que a apropriação da loucura pelo discurso médico seja um processo que simplesmente traduz a maior competência da medicina em decifrar aquilo que, por ordem de seu estágio primitivo anterior, não era possível ainda reconhecer. [...] é absolutamente distinto falar da busca de uma essência própria da loucura que, antes da medicalização, era uma outra coisa (AMARANTE, 2000, p. 63).

Em uma análise sobre a ‘História da Loucura’ proposta por Foucault (2014), reflete-se que a diferença entre loucura e razão não se trata de uma questão médica, mas, antes de tudo, de uma questão ética. Afinal quando “se trata de um objeto cultural, e não da natureza, este não pode ser julgado ou avaliado a partir da racionalidade da ciência” natural (AMARANTE, 2000, p. 64).

⁹ Kraepelin defendia que as “doenças” psiquiátricas eram causadas por distúrbios genéticos e biológicos. Ele desenvolveu um novo sistema diagnóstico (diferente da psicanálise Freudiana) com base em sintomatologia (nosografia), e protagonizando o conceito de a/normalidade como nomenclatura médica (AMARANTE, 2000).

2.1.2 Desinstitucionalização e cidadania em saúde mental

Em 1961 na Itália, sob forte impacto ao se deparar com a realidade dos manicômios, Franco Basaglia propôs uma reflexão profunda a respeito destas instituições. A ideia de desinstitucionalização surgiu com base teórico-metodológica da fenomenologia existencial, somado as produções de Michel Foucault¹⁰ e Erving Goffman¹¹, como referências para “um projeto de desconstrução do saber e das instituições psiquiátricas” (AMARANTE, 2000, p. 68).

Neste sentido, Basaglia refletia a respeito do papel da psiquiatria. Para ele, o manicômio e o saber psiquiátrico expressavam-se como instrumento de saber e poder, controle e segregação, negando a instituição enquanto aparato ideológico.

Negava-se, não apenas a psiquiatria enquanto ideologia, mas também, o conceito de doença mental como construção teórica, do sujeito em sofrimento psíquico, enquanto resultado social, bem como a violência a qual este está destinado como sujeito institucionalizado. A partir da vivência em Gorizia, e com base também nas ideias da Antipsiquiatria, Basaglia questionou o papel da instituição psiquiátrica e a justificativa com base no discurso de neutralidade científica (AMARANTE, 2000).

Surgiu como crítica ao processo de institucionalização presente nas instituições totais conforme descreveu Goffman (1961), compreendida pelo autor a partir de um processo de ele denomina de “mortificação do eu” na trajetória da pessoa internada em uma instituição total. Este processo caracteriza-se por uma série de degradações e humilhações vivenciadas, resultando num complexo de danos resultantes de internações em hospital psiquiátrico. Este processo tem como base princípios de autoritarismo e coerção que impõem submissão incondicional e acabam por provocar progressiva perdas levando os sujeitos a um vazio emocional (BASAGLIA, 1981).

A institucionalização para Basaglia, configurava-se com um grave problema, pois promovia sofrimento e alienação sem necessariamente apresentar resolubilidade terapêutica para as pessoas com “doenças mentais”. Entretanto, o processo de desinstitucionalização

¹⁰ Dentre suas principais obras encontram-se “História da Loucura” (1961); “O nascimento da clínica” (1963); “Arqueologia do Saber” (1970); Vigiar e punir (1975); Microfísica do poder” (1979).

¹¹ Dentre suas principais obras relacionadas a temáticas da saúde mental encontram-se “Manicômios, prisões e conventos” (1961) e “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada” (1963).

não deve ser compreendido apenas como desospitalização, mas deve refletir inicialmente, transformações necessárias em âmbito mais amplo. A proposta da desinstitucionalização é sobretudo, de uma reorganização dos modos de pensar e agir em relação ao louco e a loucura numa perspectiva sociocultural (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI; 2001; AMARANTE, 2000; BASÁGLIA, 1981).

A experiência italiana de desinstitucionalização foi reconhecida internacionalmente por ser a única nas sociedades industrializadas substituir gradual e totalmente a internação psiquiátrica por um conjunto de serviços que funcionaram de forma articulada. Isso foi possível pela compreensão detalhada das diferenças entre desinstitucionalização e desospitalização, que quando não compreendidas, corre-se o risco de incorrer no abandono ou negligência às pessoas em sofrimento psíquico, em nome de realidade abstrata. Os autores afirmam a base desta reforma foi o “intento de renovar a capacidade terapêutica da Psiquiatria, libertando-as de suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação” (ROTELLI; LEONARDIS; E MAURI; 2001, p. 19).

A efetivação da desinstitucionalização em Trieste, trata da reconstrução de todo o processo de transformações da instituição psiquiátrica em múltiplas dimensões que os autores descrevem como “do microcosmo das relações terapêuticas a construção de uma nova política de saúde mental” (ROTELLI; LEONARDIS; E MAURI; 2001, p. 25).

De acordo com os autores, para este processo ser efetivado, é preciso inicialmente, desinstitucionalizar o paradigma da “doença mental”. Isto porque de acordo com os autores, a psiquiatria não consegue adequar seus métodos de trabalho “aos princípios abstratos” que a governam. Neste sentido, a cronicidade tornou-se o objeto por excelência da psiquiatria, compreendido como o problema mais evidente da impotência da psiquiatria em alcançar a solução-cura. O paradigma da “doença mental” nos remete a compreender que:

“(…) não se está mais diante de um problema dado em relação ao qual se formulam e se experimentam soluções; ao contrário, estamos implicados no confronto com uma estrutura de respostas científicas, terapêuticas, normativas, organizativas, que se autolegitimaram como soluções racionais, definindo, plasmando e reproduzindo o problema à sua imagem e semelhança” (ROTELLI; LEONARDIS; E MAURI; 2001, p. 28 e 29).

Como primeiro passo da desinstitucionalização, o desmonte da lógica problema-solução, ou da renúncia da lógica racionalista, não pode significar a recusa em tratar/cuidar. Portanto, a “doença” passa a ser compreendida como forma de existência e de expressão, que reorientam “de maneira global, complexa e concreta a ação terapêutica como ação de transformação institucional” (ROTELLI; LEONARDIS; E MAURI; 2001, p. 29).

A desinstitucionalização trata-se neste sentido, de um processo crítico-prático que reorienta todos os elementos constitutivos da instituição e busca a ruptura do paradigma problema-solução. Refere-se neste sentido:

“a passagem da pesquisa causal à reconstrução de uma concatenação possibilidade-probabilidade; rompe-se a rigidez mecanicista constitutiva do processo de “doença” (...) “O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura”, mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente. (...) “O problema não é a cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa. E por isso, a festa, a comunidade difusa, a reconversão contínua dos recursos institucionais, e por isso, solidariedade e afetividade se tornarão momento e objetivos centrais na economia terapêutica (que é economia política) que está inevitavelmente na articulação entre materialidade do espaço institucional e potencialidade dos recursos subjetivos” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI; 2001, p. 30)

A desinstitucionalização mobiliza todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional, sendo os trabalhadores considerados os principais atores do processo. Isto porque são estes que formam a organização dos diversos serviços, que gerenciam as relações entre os diversos segmentos. Na experiência da desinstitucionalização italiana, os autores avaliam que este processo só foi possível, pois “se configurou

como um trabalho concreto e cotidiano dos técnicos que conduziram degrau por degrau as mudanças” (ROTELLI; LEONARDIS; E MAURI; 2001, p. 32).

O objetivo final da desinstitucionalização é a desconstrução do manicômio para transformar os modos de viver e de sentir do “paciente”. Nesta perspectiva os autores apontam para a necessidade de investimento na construção de espaços de vida, onde os trabalhadores devem auxiliar os usuários a viver. O papel dos técnicos neste sentido é de “tomar encargo”, ou seja, assumir o compromisso da co-responsabilidade nas práticas de cuidado.

A desinstitucionalização italiana, é concebida como um sistema forte do ponto de vista da eficiência e eficácia. Segundo os autores:

“Trata-se de negar o hospital psiquiátrico salvaguardando o direito de assistência, de negar a política “de setor” salvaguardando a unicidade de responsabilidade sobre um território determinado, de negar a comunidade terapêutica em favor de uma comunidade difusa, de negar o monopólio dos técnicos utilizando ao máximo suas potencialidades para ativar os recursos das pessoas. Essa linha de atuação é o que se entende em Trieste concretamente por desinstitucionalização” (ROTELLI; LEONARDIS; E MAURI; 2001, p. 43)

Para sua efetivação, se fez necessário o deslocamento material de pessoas e verbas do hospital para a comunidade. Nesta experiência, os critérios utilizados foram: mobilidade do pessoal; singularidade de cada serviço (adaptação a cada realidade); aumentos dos curtos geridos pelos usuários; uso produtivo dos recursos (como por exemplo em bolsa trabalho; inserção social dos “pacientes” na comunidade promovendo autonomia e autoajuda das pessoas.

Na experiência de Trieste, os serviços comunitários de saúde mental foram a grande aposta do processo de desinstitucionalização. Estes, por terem o poder de aproximar o sujeito ‘louco’ de seu território, tem enorme potencial para a reconstrução dos laços sociais ora ignorados no modelo tradicional. Na comunidade as novas práticas devem ser inventadas ou reinventadas, com potencial de realização em todos os espaços sociais, fortalecendo a comunidade como um território

prioritário, e privilegiando a noção de reabilitação psicossocial à ideia tradicional de tratamento.

Na perspectiva para a efetivação da desinstitucionalização, se faz necessário a construção e o fortalecimento de políticas públicas que promovam as condições necessárias para a inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico e/ou historicamente segregadas em manicômios. Como estratégia para isso, a política de saúde mental deve buscar a superação do modelo de atenção em saúde mental centrada nos hospitais psiquiátricos, e a premissa do “cuidar em liberdade”.

No Brasil, seguindo os moldes da psiquiatria democrática italiana, as primeiras experiências de desinstitucionalização ocorreram na década de 1980, com a implantação dos primeiros CAPS/NAPS.

Novas nomenclaturas surgiram no decorrer do tempo no intuito de identificar os sujeitos e os fenômenos até então denominado de alienação e/ou loucura. Atualmente no Brasil pela perspectiva da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, refere-se aos sujeitos da experiência do sofrimento psíquico como usuários/as. Esta forma de identificação traduz uma compreensão de cidadania intrínseca aos sujeitos, reconhecendo estes como usuários do SUS. Refere, portanto, que a assistência em saúde mental, assim como a assistência em saúde como um todo, é um direito de todos os cidadãos. Busca, com isso, reduzir o estigma construído nas formas tradicionais de relação entre a sociedade e as pessoas com sofrimento psíquico.

2.1.3 Trajetória da Reforma Psiquiátrica e do Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil e suas influências:

As chamadas “Reformas Psiquiátricas” foram descritas por Foucault (2014), a partir do surgimento da psiquiatria como primeira especialidade médica (alienismo) na França, e sua tentativa de transformação nas práticas dentro do Hospital Geral em meados de 1790. Suas experiências iniciaram no Hospital de Bicêtre quase um século após o Hospital Geral ter se tornado o local social destinado aos alienados e excluídos de todas as ordens.

Como primeira transformação das práticas dentro do espaço asilar surgiu a proposta de tratamento moral¹², protagonizada pelo médico (alienista) Philippe Pinel. Por dois séculos, esta e outras casas de internação passaram a ser conhecidas como hospitais psiquiátricos, e

¹² Descrito neste trabalho no subtítulo “2.5.1 Do alienismo ao sofrimento psíquico: considerações sobre a história da loucura”.

como espaços da medicina, passaram a ser lócus de construção de saberes e de práticas, bem como de investidas de reformulação sobre tais práticas e saberes (FOUCAULT, 2014; AMARANTE, 1995).

Nesta trajetória houve também a criação das chamadas “colônias de alienados” também na França, como outra tentativa de reconstrução do potencial terapêutico da instituição psiquiátrica, a partir da ideia de “trabalho terapêutico”, e construídas em grandes áreas agrícolas (AMARANTE, 2007).

Durante a Segunda Guerra Mundial, com a instituição dos Direitos Humanos, teve início as tentativas de reforma das instituições asilares. A partir da concepção de que os hospitais psiquiátricos se configuravam em espaços de total ausência de respeito à dignidade humana, da mesma forma como ocorria nos campos de concentração nazistas.

Neste período, os primeiros movimentos nesta perspectiva, foram os de Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional, que buscavam mudanças no interior das instituições. A Comunidade terapêutica surgiu na Inglaterra, junto a expressão ‘psicossocial’ na década de 1940. Enquanto a Psicoterapia Institucional, também denominada ‘coletivo terapêutico’, ocorreu na França, trazendo consigo as ideias de escuta polifônica, noção de acolhimento e importância da equipe, além de valorizar a ideia de que todos deveriam lutar contra a violência institucional e problematizar hierarquias e hegemonias (AMARANTE, 2007).

Dois outros movimentos defendiam, em perspectiva oposta, que o sistema asilar estaria esgotado em si mesmo e, portanto, deveriam ser substituídos por outro modelo. Estes modelos propostos foram conhecidos como os movimentos da Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Preventiva. A Psiquiatria de Setor, ocorreu na França na década de 1960, e trouxeram consigo temas como a continuidade dos cuidados profissionais extramuros, ideia de regionalização e protagonismo de equipes multiprofissionais. Já a Psiquiatria Preventiva, foi desenvolvida na mesma década, nos Estados Unidos a partir de Gerald Caplan, e teve como base a teoria etiológica inspirada no Modelo da História Natural das Doenças, expressando-se na ideia de que todas as ‘doenças’ poderiam ser detectadas (AMARANTE, 2007).

Marcaram também a histórias das ‘reformas’, a Antipsiquiatria, polêmica entre os profissionais até a atualidade, que procurou apontar uma explicação não mais centrada no corpo e na mente para a “loucura”, mas na relação entre sujeitos e sociedade. Iniciada na década de 1950 na Inglaterra, a partir de Ronald Laing e David Cooper, a Antipsiquiatria

compreendia a “loucura” não como doença que precisaria ser tratada nas formas terapêuticas colocadas pela psiquiatria tradicional, mas expressava que o papel dos profissionais seria de auxiliar os sujeitos e vivenciar suas experiências, sendo este ato por si só terapêutico ao ofertar espaço para o potencial reorganizador de cada sujeito (AMARANTE, 2007).

Por fim, destaca-se a Psiquiatria Democrática, movimento que teve como principal protagonista Franco Basaglia. Este iniciou suas experiências na Itália refletindo a negação da própria instituição ao processo de institucionalização e buscou tornar o hospital psiquiátrico um espaço humanizado e terapêutico, concluindo que isso não seria possível. Protagonizou o fechamento de hospitais psiquiátricos e a construção de serviços substitutivos ao modelo asilar, tornando-se pioneiro no processo de desinstitucionalização.

Estas e outras reformas realizadas em diversos países são analisadas por Vasconcelos (2016) que as conceitua em dois níveis de compreensão. No primeiro o autor compreende as reformas de países como Estados Unidos, França e Canadá como de perfil mais superficial, legal e administrativo, sem mudanças significativas nas estruturas de assistência. Em outros países sendo a Itália a experiência mais evidente, as transformações apresentam um perfil mais radical, tratando-se de movimentos de substituição gradual e completa da assistência das instituições totais a partir da desinstitucionalização de saberes convencionais, fundamentos epistemológicos e jurídicos, bem como das relações sociais que sustentam o estigma e a violência de sujeitos com sofrimento psíquico. Neste sentido, os princípios da Reforma Psiquiátrica foram assumidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estimulando os processos de RP em seus países membros.

No Brasil, dezenas de colônias foram criadas, inicialmente no Rio de Janeiro, após a Proclamação da República. As primeiras foram as colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, na Ilha do Governador, na década de 1890 (AMARANTE, 2007).

Em 15 de fevereiro de 1890, foi criada a Assistência Médica e Legal de Alienados¹³, subordinada à administração pública (BRASIL, 15 fev. 1890 apud FACCHINETTI, at. al 2010), inicialmente sob gestão de

¹³ A Assistência Médica e Legal de Alienados foi criada pelo decreto nº 206-A de 15 de fevereiro de 1890, e regulamentada pelo decreto nº 508 de 21 de junho de 1890, constituída pelo Hospício e pelas as colônias de alienados (FIOCRUZ, 2016).

J.A. Carlos Teixeira Brandão. A proposta das colônias foi ampliada nos períodos seguintes, nas gestões de Juliano Moreira no período de 1903 a 1930, e de Adalberto Botelho após 1930, sendo que nas décadas de 1940 e 1950, a ‘Colônia Juqueri’ em São Paulo, chegou a registrar 16 mil internos (AMARANTE, 2007). Estas surgiram após a abertura do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, o Hospício Nacional de Alienados¹⁴.

A trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira inicia em meio a um cenário em que a assistência em saúde mental no Brasil centrava suas ações em macro hospitais, com presença de denúncias contra maus tratos, falta de recursos materiais e de profissionais, tendo como principal público as pessoas em grande desvantagem social, denominados ‘casos sociais’¹⁵. Estas questões somadas a falta de uma rede própria do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) “levaram ao diagnóstico, por parte dos técnicos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), de que em 1977 ocorreram 195.000 internações desnecessárias em psiquiatria no país [...] elevado em 344% de 1973 para 1976” (AMARANTE, 2015, p. 21).

Este período foi marcado também pela política de privatização do MPAS, que registrou números expressivos neste campo da saúde. Em 1977, 96% dos seus recursos financeiros foram destinados à rede hospitalar em psiquiatria, e o restante destinado a rede extra hospitalar (ambulatórios). Além disso, enquanto os leitos psiquiátricos públicos passaram de 21.079 em 1941 para 22.603 em 1978, os privados passaram de 3.034 para 55.670 no mesmo período. Existiam 100 hospitais conveniados no ano de 1965, passando para 276 no ano de 1979 (AMARANTE, 2015).

O surgimento da Reforma Psiquiátrica brasileira ocorreu de modo “integrado às lutas pela redemocratização, contra as violações de direitos humanos, e por políticas sociais universais, mas, mais particularmente, têm sido um movimento orgânico à emergência e desenvolvimento do movimento sanitário” (FLEURY, 1997, 2008 apud

¹⁴ “A instituição começou a funcionar no dia 8 de dezembro de 1852 com 144 alienados, provenientes da enfermaria provisória da Praia Vermelha e do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Uma vez pronto, o estabelecimento tinha capacidade para 350 pacientes” (FIOCRUZ, 2016).

¹⁵ A assistência psiquiátrica era prestada pelo Ministério da Saúde (MS) e Secretarias Estaduais de Saúde (SES) para indigentes – não beneficiários da Previdência Social (PS), sendo que estes eram atendidos pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (AMARANTE, 2015).

VASCONCELOS, 2016, p. 39). A Reforma Psiquiátrica promoveu condições para importantes e profundas transformações nas relações entre sociedade e “loucura”, ao questionar o papel e as práticas das instituições psiquiátricas e da psiquiatria, bem como dos conceitos e saberes que fundamentam e legitimam tais práticas (AMARANTE, 2007).

Vasconcelos (2016) analisa a trajetória da Reforma psiquiátrica em quatro fases históricas, descrevendo estas da seguinte forma:

- Primeira fase (1978 a 1992), período de denúncias e tentativas de humanização dos espaços hospitalares, do surgimento do Movimento de Luta Antimanicomial e das primeiras experiências no Brasil de assistência em serviços de saúde mental comunitários. Neste período surgem no Brasil o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Luiz da Rocha Cerqueira) em São Paulo/SP no ano de 1987, e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos/SP no ano de 1989. Este último nasceu em paralelo ao processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos no hospital psiquiátrico “Casa de Saúde Anchieta”, que, após denúncias de maus-tratos e mortes de internos ganhou repercussão nacional. Esta experiência de Santos se tornou um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, pois foi a primeira demonstração de que sua efetivação era possível (AMARANTE, 1995; VASCONCELOS, 2008; 2016).
- A segunda fase (1992 a 2001), caracterizado por um momento que se consolidou a hegemonia política do modelo assistencial em saúde mental, privilegiando a lógica da desinstitucionalização (VASCONCELOS, 2008; 2016).
- O terceiro período (2001 a 2010), por sua vez, foi caracterizado pelo autor como de ampliação da cobertura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no país, expressa pela inversão de investimentos financeiros para a atenção em saúde mental no país. Em 2002 o Ministério da Saúde destinava 75,24% dos recursos com gastos hospitalares em saúde mental, passando para 29,44% em 2010 (uma redução 51.393 leitos credenciados pelo SUS em hospitais psiquiátricos em 2002, para 32.735 em 2010). Em contrapartida, ampliou os 24,76% do financiamento para atenção comunitária/territorial em saúde mental em 2002, para 70,57% em 2010. Existiam 295 CAPS em 2001 no Brasil, e 1.620 em 2010. Além disso, como estratégia de desinstitucionalização, o número de usuários beneficiados pelo

“Programa De Volta pra Casa”, passou de 206 em 2003, para 3.636 em 2010 (BRASIL, 2015). O final deste período evidencia os primeiros sinais de retrocesso da política de saúde mental (VASCONCELOS, 2008; 2016).

- A quarta fase, de 2010 até os dias atuais, caracteriza-se pelos desafios e retrocessos gerados pela “crise progressiva induzida pelas políticas neoliberais e pela recessão da economia mundial do final da década, e pelo desinvestimento nas políticas sociais em geral e particularmente no SUS” (VASCONCELOS, 2016, p. 41).

A Reforma Psiquiátrica brasileira é caracterizada por um processo amplo e complexo de reordenação da política de saúde mental, que Amarante (2015) conceitua a partir de quatro dimensões: epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. Tem como principal intuito, a efetivação de uma atenção em saúde mental com base na ideia de desinstitucionalização.

Foram importantes atores sociais na trajetória da RPB o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), posteriormente conhecido como Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), as Comissões de Saúde Mental do Sindicato dos Médicos, o Movimento da Renovação Médica (REME), a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e as universidades (AMARANTE, 1995; VASCONCELOS, 2016).

Alguns eventos configuraram-se em espaços importantes para realização de debates e deliberações que contribuam na trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira, marcados pela presença de segmentos diversos da sociedade, incluindo trabalhadores, acadêmicos, e principalmente os usuários e familiares. Dentre os principais eventos, destacamos o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em outubro de 1978 em Balneário Camboriú-SC, conhecido como o “Congresso da abertura”. Programado para ser um encontro científico de vertente conservadora, que “termina por ser ‘tomado de assalto’ pela militância dos movimentos e faz com que a entidade promotora, a ABP, tenha de servir de avalista para o projeto político do MTSM” (AMARANTE, 1995, p. 54).

Em janeiro de 1979 ocorreu em São Paulo o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que teve como característica o fortalecimento do caráter denunciante do Movimento a respeito das péssimas condições de assistência e buscando garantia de direitos dos trabalhadores e internos, e da discussão da necessidade de

uma nova política de saúde mental. Em novembro do mesmo ano, em Belo Horizonte, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria que contou com a presença de Franco Basaglia, pioneiro do processo de desinstitucionalização italiana (AMARANTE, 1995).

No ano seguinte, em Salvador, ocorreu o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, ampliando a discussão em torno da defesa dos direitos humanos dos “doentes mentais”. Além disso, foram temas de preocupação no congresso dos trabalhadores: vincular a luta da saúde aos movimentos populares pela liberdade de organização e participação nas políticas e pela democratização da ordem econômica e social, o processo de proletarianização da medicina, do poder médico e da assistência psiquiátrica em vias de exclusão social, as características de ineficiência, cronificação e estigmatização dos hospitais psiquiátricos, e os determinantes da política de saúde mental (mercantilização da loucura, privatização da saúde e do ensino médico, e a psiquiatrização da sociedade) (AMARANTE, 1995).

Vários encontros estaduais e regionais foram realizados nos anos que se seguiram em nível nacional, a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em junho de 1987, foi estruturada a partir de três temas: economia, sociedade e Estado – impactos sobre a saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência em saúde mental; Cidadania e doença mental – direitos, deveres e legislação do doente mental (AMARANTE, 1995).

Foi no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, ocorrido também no ano 1987 e, conhecido como o Congresso de Bauru, verifica-se a reconfiguração do movimento social na luta pelos direitos de usuários e trabalhadores no campo da saúde mental. Pela primeira vez, o congresso contou com a presença de associações de usuários e familiares, registrada pela Associação “Loucos pela Vida”, de São Paulo, e, a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA), do Rio de Janeiro. Com isso, o MTSM passou a se constituir em um movimento mais amplo, marcando sua renovação teórica e política (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007). Neste evento foi criado o ‘Manifesto de Bauru’, documento que marcou a ‘inauguração’ do Movimento Antimanicomial, consolidando a luta comum de profissionais, usuários e familiares no campo da saúde mental.

O Movimento de Luta Antimanicomial é conceituado por Ana Marta Lobosque como um:

Movimento – não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político

peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; Nacional – não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; Luta – não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios; Antimanicomial – uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS (LOBOSQUE, 2001, p.102).

Diversos núcleos do movimento foram se constituindo nos anos que seguiram, sendo que em 1993, no I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Salvador/BA, foi elaborada a carta sobre os direitos dos usuários e familiares. Lüchmann e Rodrigues (2007) apontam que, de acordo com o Relatório Final do referido encontro, o movimento é social, plural, independente, autônomo e, para tanto, trata da necessidade de construção de estratégias para que a sociedade se aproprie desta luta, dentre elas a sua representação nos conselhos de saúde, fóruns sociais, e outros espaços e setores políticos.

O movimento antinanicomial no Brasil estimulou a construção de práticas a partir da ideologia libertária, de solidariedade e dos direitos humanos. Em termos gerais, o movimento organizava-se inicialmente em encontros nacionais do MNLA, que ocorriam a cada dois anos, intercalando com o Encontro de Usuários e Familiares do MNLA. O V Encontro, ocorrido em 2001 na cidade de Miguel Pereira-RJ, foi palco de rupturas dentro do movimento, na qual lideranças afastaram-se do MNLA e, em 2003, fundaram a Rede Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA), a qual realizou o I Encontro no Ceará, em 2004.

Ao realizar uma análise atual do MLA, verificam-se algumas fragilidades do movimento, tais como: a característica de voluntarismo que minimiza a capacidade de envolvimento de militantes pelas características socioeconômicas da maior parte de usuários e familiares; as carências teóricas e estratégicas que possam fortalecer a articulação do movimento, uma vez que a RP e o MLA não tem uma base teórica específica; a necessidade de retomada da clínica como pauta dos debates, uma vez se faz necessários inventar novas práticas, considerando a existência do sofrimento psíquico, que parece ter sido negado no

momento em que a doença foi colocada entre parênteses; a escassez do financiamento do movimento; a necessidade de formação política de usuários e familiares, bem como a preocupação acerca da percepção de novas gerações com menos consciência política no campo da saúde mental (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007; VASCONCELOS, 2016).

As divergências e conflitos do MLA podem ser analisado pela existência de três personagens distintos que caracterizam os segmentos de usuários, familiares e profissionais. O que torna o movimento plural e complexo, com percepções divergentes de identidade e de interesses, o que propõe como um dos desafios, a articulação entre os diferentes atores, interesses e identidades, refletindo “acerca do reconhecimento da pluralidade e das diferenças e da constituição de um campo ético político comum” (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 406). A partir do reconhecimento das diferenças e entre tais segmentos, combatendo às desigualdades e a exclusão de sujeitos diversos.

De acordo com Vasconcelos (2016), no contexto e conjuntura do cenário sócio-político do início da década de 2010, os principais ganhos da RPB foram a perda da hegemonia do hospital psiquiátrico na política nacional de saúde mental e a criação e ampliação da estrutura de atenção à saúde mental. O autor refere que estas questões estão consolidadas no campo teórico, porém, como uma utopia a ser alcançada nas práticas cotidianas. Entre estas, está a dificuldade de assimilação dos princípios e diretrizes da RPB nos territórios, pela hegemonia das práticas manicomialis, que configura a “necessidade de desenvolver uma ação terapêutica que vá além do enunciado biopsicossocial, para incorporar de verdade o subjetivo, o social e o político” (VASCONCELOS, 2016, p.24). Tais ações buscam estimular o empoderamento de usuários de serviços de saúde mental num compromisso ético-social.

Ao promulgar uma legislação que garanta os direitos dos usuários, o movimento pela Reforma Psiquiátrica tem como desafio “colocar o respeito a autonomia, a capacidade de decisão e, portanto, da dignidade das pessoas com sofrimento, como direito inerente a toda intervenção” (VASCONCELOS, 2016, p.28).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi legitimada pela portaria 3088/2011, enquanto modelo organizativo de atenção em saúde mental em diversos municípios brasileiros. Se por um lado, o hospital psiquiátrico como modelo hegemônico até o final do século XIX, tinha como profissional de referência o psiquiatra, os serviços da RAPS propuseram como referência a equipe multiprofissional, visando desenvolver práticas interdisciplinares.

Contudo, verifica-se a reprodução das práticas centradas no modelo biomédico e hospitalocêntrico, ao mesmo tempo em que se busca desenvolver novas estratégias de reinvenção de saberes e fazeres para consolidação de uma clínica psicossocial. Ou seja, enquanto alguns serviços e práticas desenvolvem suas práticas a partir de perspectivas medicalizantes, com a oferta de tratamentos que buscam minimizar os agravos da “doença mental”, outros dispositivos, se caracterizam pela invenção de novas práticas de cuidado, na perspectiva de reabilitação psicossocial como principal estratégia de cuidado.

2.1.4 O Mito da neutralidade científica na Saúde Mental

O campo da saúde mental, mais especificamente o hospital psiquiátrico, foi tema de reflexões de Michel Foucault em diversas obras, sendo que em algumas delas, o debate se voltou mais especificamente para a questão do saber atrelado ao poder enquanto relações estabelecidas neste campo. Para o autor a ideia de desrazão associado ao sujeito dito louco foi o pano de fundo dos alienistas, empreendendo um papel de dominação e de controle destes sobre os sujeitos “insanos”. Isso porque o hospital foi concebido não como espaço de saúde e de cuidados, mas para cumprir uma função social, regida por questões político-ideológicas da época, na perspectiva do movimento de progresso capitalista configurado a partir da revolução francesa.

Nesta perspectiva, para Foucault (2007), o avanço da ciência positivista como método estava longe de ser uma postura neutra. Do contrário, trata-se de uma “ferramenta” ideológica que não poderia ser descolada do contexto histórico e cultural onde estava inserida. Para o filósofo, toda estrutura político ideológica busca perpetuar-se ao longo do tempo, e para isso ela se utilizaria de todos os mecanismos possíveis para manter seu status. Compreende que a ciência empírica acabou por colocar suas ações a serviço desta busca por manter um dado regime de poder ideológico. Neste sentido:

A influência da ideologia sobre o discurso científico e o funcionamento ideológico das ciências não se articulam no nível de sua estrutura ideal (mesmo que nele possam traduzir-se de uma forma mais ou menos visível), nem no nível de sua utilização técnica em uma sociedade (se bem que esta possa aí entrar em vigor), nem no nível da consciência

dos sujeitos que a constroem; articulam-se onde a ciência se destaca sobre o saber. Se a questão da ideologia pode ser proposta à ciência, é na medida em que esta, sem se identificar com o saber, mas sem apagá-lo ou excluí-lo, nele se localiza, estrutura alguns de seus objetos, sistematiza algumas de suas enunciações, formaliza alguns de seus conceitos e de suas estratégias; é na medida em que, por um lado, esta elaboração escande o saber, o modifica, o redistribui, e, por outro, o confirma e o deixa valer; é na medida em que a ciência encontra seu lugar em uma regularidade discursiva e, por isso, se desdobra e funciona em todo um campo de práticas discursivas ou não. Em resumo, a questão da ideologia proposta à ciência não é a questão das situações ou das práticas que ela reflete de um modo mais ou menos consciente; não é, tampouco, a questão de sua utilização eventual ou de todos os empregos abusivos que se possa dela fazer; é a questão de sua existência como prática discursiva e de seu funcionamento entre outras práticas (FOUCAULT, 2004, p.207).

No que diz respeito ao campo da saúde mental, a ideologia positivista dominante utilizou-se de estudos e pesquisas da área para justificar ações que tinham na "superfície um respaldo científico". Abaixo desta superfície eram o discurso positivista era utilizado para justificar ações de cunho político-ideológico que acabam por distorcer estas pesquisa, de forma a legitimar tais ações (FOUCAULT, 2007).

Sabe-se que a medicina do século XVIII tinha como referência epistemológicas a botânica, sendo esta uma ciência natural. A medicina utilizou-se tanto quanto possível do método desta ciência. Isto permitiu a aplicação dos conceitos, métodos e formas de análises ao novo "objeto" de pesquisa, o "louco" e a "loucura" (FOUCAULT, 2004).

Os conceitos que balizaram as verdades científicas da botânica passaram a ser utilizados para pesquisar o homem. Contudo, esse era muito diferente do objeto das ciências naturais. Para o autor:

No sistema epistêmico ou epistemológico da medicina do século XVIII, o grande modelo de

inteligibilidade da doença é a botânica, a classificação de Lineu. Isto significa a exigência da doença ser compreendida como um fenômeno natural. Ela terá espécies, características observáveis, curso e desenvolvimento como toda planta. A doença é a natureza, mas uma natureza devida a uma ação particular do meio sobre o indivíduo. O indivíduo sadio, quando submetido a certas ações do meio, é o suporte da doença, fenômeno limite da natureza. A água, o ar, a alimentação, o regime geral constitui o solo sobre o qual se desenvolvem em um indivíduo as diferentes espécies de doença. De modo que a cura é, nessa perspectiva, dirigida por uma intervenção médica que se endereça, não mais à doença propriamente dita, como na medicina da crise, mas ao que a circunda o ar, a água, a temperatura ambiente, o regime, a alimentação, etc. É uma medicina do meio que está se constituindo, na medida em que a doença é concebida como um fenômeno natural obedecendo a leis naturais (FOUCAULT, 2007, p.107).

Foi esse sistema epistemológico, que transposto da botânica para a medicina, balizou ideias como o isolamento do meio para que o "objeto" não sofresse influências pelo ambiente. Com isso, acabou por reduzir a pessoa à experiência do seu sofrimento e ao seu conjunto de sintomas. Esta visão epistemológica provocou a fragmentação do "objeto" (pessoa) e delegou ao médico o status de agente que cura interferindo nos fatores naturais que agem sobre o objeto (FOUCAULT, 2007). Ao objetificar a pessoa, todos os aspectos singulares desta são desconsiderados e, muitas vezes, visto como fatores a serem controlados ou eliminados. Neste contexto, o médico detém o papel de protagonista da delimitação dos percursos em busca da "cura", e, portanto, dotado de capacidade de fazer as melhores escolhas e guiar os processos desta ordem.

A partir do olhar de Michel Foucault, podemos dizer que toda ciência é ideológica, não em si mesma, mas a partir do uso que se faz dela. Michel Foucault não cria uma teoria geral do poder, considerando que não se trata de um objeto natural. Entretanto, descreve o poder enquanto prática social constituída historicamente, que se manifesta tanto em macro como em micro relações entre sujeitos e Estado (MACHADO, 2007).

2.2 INTEGRALIDADE E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

2.2.1 Sistema Único de Saúde e Reforma Sanitária Brasileira

A Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988, no artigo 196, trata a saúde como direito de todos e como dever do Estado. O artigo seguinte desta mesma Constituição descreve que a assistência à saúde da população deve ser garantida “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Dois anos depois, em 1990, o atual sistema de saúde pública brasileira foi consolidado no país, através da lei 8.080, complementado pela lei 8.142 do mesmo ano, denominado Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é considerado um marco histórico brasileiro que promove mudanças significativas em configurações e dinâmicas diversas, não apenas no que diz respeito à assistência à saúde da população brasileira, mas também como parte integrante de um movimento pela democratização das políticas públicas no país. Contextualizaremos neste texto um pouco do cenário em que o SUS nasce, e de como se apresentava o sistema de atenção à saúde da população brasileira anterior ao seu surgimento.

O SUS nasceu atrelado ao Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira buscando uma ruptura com os modos de pensar e fazer assistência à saúde, fazendo duras críticas ao modelo hegemônico das décadas de 1960 e 1970. tal estruturado a partir do Modelo Flexneriano. A Reforma Sanitária significou um reordenamento ideológico e institucional, fazendo com que o SUS se tornasse “uma das histórias mais fortes na trajetória brasileira no campo das políticas públicas e particularmente das políticas sociais” (MENICUCCI, 2014, p.78).

Sabemos que o sistema de saúde pública brasileiro anterior ao SUS, nasceu ligado a política previdenciária em andamento no Brasil. Teve em seu nascedouro, as diretrizes do capitalismo como pano de fundo, num contexto de regime militar e que, sofreu influências diversas dos movimentos sócio-políticos, econômicos, científicos tecnológicos em sua constituição e organização. Neste período o sistema de saúde se dava de forma segmentada, ou seja, não contemplava a universalidade do acesso, organizado da seguinte forma: o acesso aos serviços de saúde estava vinculado de um lado ao contrato de trabalho formal (através do sistema de medicina previdenciária que neste caso ofertava acesso a

assistência individual e prioritariamente em grandes centros), e de outro lado, aqueles que não faziam parte deste grupo recebiam serviços de saúde a partir da chamada saúde pública. A saúde pública atendia os grupos ou setores mais pobres da população, em caráter preventivo e direcionado principalmente as zonas rurais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) unificou todos os institutos de previdência, expandindo a assistência médica a todos/as os/as assalariados/as urbanos/as. Uma vez que o governo não teria como dar conta de tal ampliação de oferta de serviços de saúde aos/as beneficiários/as, acabou por incentivar o crescimento do mercado privado de saúde, tanto na compra de serviços privados, na construção de hospitais, como por meio de convênios com empresas para prestação de serviços de saúde aos colaboradores (MENICUCCI, 2014).

Além desta, outras questões relevantes neste período mobilizaram o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, como o fato de que o INPS determinou a progressiva exclusão da participação social na gestão da previdência, priorizou a contratação de serviços privados, ampliou a realização de procedimentos médicos desnecessários e impediu o planejamento de serviços, além disso, o modelo de remuneração por unidade de serviço abriu a possibilidade para ações irregulares, e ocorreu o enfraquecimento da capacidade de ação do Ministério da Saúde (MS) pela redução de orçamento para saúde. Tais condições deram origem a tensões que culminaram nos primeiros movimentos para as reformas no campo da saúde (PAIVA E TEIXEIRA, 2014; AMARANTE, 2015).

Estas questões foram pontos de debates da Reforma Sanitária, que para tanto, tiveram como espaço o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a revista Saúde em Debate, criados com o “objetivo de produzir e organizar o pensamento e as práticas críticas no campo da saúde pública” (AMARANTE, 2015, p.16).

Paiva e Teixeira (2014) registram que o processo de implementação do SUS, se iniciou antes da Constituição de 88, tendo algumas experiências relevantes neste processo, como das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1984, e do Sistemas Descentralizados de Saúde (SUDS) em 1987.

Como principais atores deste processo, participaram diversos segmentos da sociedade dentre os quais: profissionais de saúde, estudantes, lideranças acadêmicas, parlamentares, lideranças sindicais e sociais na defesa pelas mudanças nas políticas e nas práticas de saúde no país (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; VASCONCELOS, 2005, apud, VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

O SUS surge como um plano ousado, com forte base solidária e compromisso social em vários âmbitos, trazendo em seu bojo novos e importantes debates para o campo da saúde pública e da saúde coletiva¹⁶. Trata-se uma “estrutura organizacional sistêmica do Estado brasileiro que dá suporte a efetivação da política de saúde pública no Brasil, promovendo a viabilização dos princípios e diretrizes desta política” (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p. 560).

Os princípios e as diretrizes do SUS, descritas na lei 8.080 de 1990, que conformam toda a lógica para o seu funcionamento, foram construídos em sintonia com os preceitos da política de bem-estar social e da racionalidade organizativa segundo Vasconcelos e Pasche (2012). São princípios doutrinários que legitimam o SUS: a universalidade (garantia acesso a todos/as os/as brasileiros/as); a integralidade (traz o aspecto subjetivo e de complexidade dos fenômenos à compreensão dos processos saúde doenças de sujeitos e coletivos); a equidade (garantia de assistência e cuidado de acordo com a necessidade de cada sujeito e

¹⁶ No intuito de compreender as diferenças entre *Saúde Pública* e *Saúde Coletiva*, Gastão W. S. Campos (2000) reflete que a Saúde Coletiva nasceu impulsionada pela crítica ao positivismo e estruturalismo presentes na saúde pública. Para o autor a saúde coletiva pode ser compreendida como um movimento intelectual e moral, bem como uma concentração nuclear de saberes e práticas. Inspirou o projeto da Reforma Sanitária, e é verificada como alternativa contra-hegemônica de práticas tradicionais encontradas no SUS. O autor elige como algumas diferenças: a Saúde Pública, toma os problemas de saúde definidos em termos de mortes, de doenças e de agravos o seu objeto, concebendo a ausência de doenças como conceito de saúde. Além disso, usa o planejamento normativo e a administração de inspiração taylorista como instrumentos de trabalho, partindo de abordagens de concepção biologista da saúde; a Saúde Coletiva toma como objeto, além das questões referentes a evitar doenças e prolongar a vida, buscar também melhorar a qualidade de vida, promover a busca da felicidade. Para isso, propõe como instrumentos de trabalho a epidemiologia crítica, priorizando o estudo da determinação social e das desigualdades em saúde, o planejamento estratégico e comunicativo e a gestão democrática. Souza (2014) ressalta ainda que, para a Saúde Pública, o Estado é o ator político protagonista do processo de cuidado, enquanto para a Saúde Coletiva, outros atores sociais devem atuar como protagonistas, compreendendo estes enquanto ato de democratização da saúde. Neste sentido, Campos (2000) sugere que é “preciso investir não somente dimensão corporal dos sujeitos conforme tradição da saúde pública (vacinação, por exemplo), mas também pensá-los como cidadãos de direito e donos de uma capacidade crítica de reflexão e de eleição mais autônoma de modos de levar a vida” (CAMPOS, 2000, p.25).

coletivo, priorizando as pessoas em condições de vulnerabilidade); o direito à informação (garantia aos/às cidadãos/as de acesso as informações sobre os condicionantes que afetam a saúde coletiva e a saúde individual, e sobre oferta de serviços e utilização dos recursos).

Além disso, são as diretrizes do SUS: a descentralização (dá aos municípios autonomia e responsabilidade de eleger prioridades e executar ações de saúde de acordo com as necessidades locais); a regionalização (garantia da distribuição racionalizada e equânime dos recursos nos territórios); a hierarquização (ordena o sistema de saúde por níveis de complexidade e estabelece fluxos de assistência atualmente orientados pela ideia de rede poliárquica); a participação comunitária (consolida a lógica democrática, onde os/as usuários/as podem participar ativamente através dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo); e a integração (garante ações de continuidade do cuidado) (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

São objetivos do SUS: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde nos campos econômico e social visando à redução de riscos de doenças e outros agravos; e realizar a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Estes objetivos devem ser alcançados por meio de: execução de ações de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica; assistência terapêutica integral (incluindo a assistência farmacêutica); participação na formulação da política e execução de ações de saneamento básico; formação de recursos humanos; fiscalização e inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; entre outras ações nesta ordem (BRASIL, 1988).

Para dar conta de realizar tais ações, a estrutura do SUS se estrutura a partir das Unidades Básica de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), hospitais, laboratórios, hemocentros, serviços de vigilâncias em saúde (sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador), entre outros dispositivos. Nestes serviços deve executar programas diversos voltados a prevenção de doenças e a promoção de saúde e outros voltados ao cuidado e recuperação da saúde, ou reabilitação dos sujeitos em condições de doenças.

Como proposta organizativa para realização destas ações, Mendes (2011) define as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Estas têm como centro de sua estrutura a Atenção Primária em Saúde (APS), e como forma de operacionalização se organiza a partir das redes temáticas. Como exemplos desta proposta citamos a Rede de Urgência e Emergência (RUE), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede

Cegonha. De acordo com o autor, esta estrutura tem como objetivo organizar os serviços propondo cuidados em rede, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS a partir da concepção de condições crônicas e agudas em saúde.

O SUS provocou mudanças significativas nas formas como concebemos os conceitos de saúde e doença, e na estruturação, organização e relação entre diversos sujeitos/atores sociais. Estas transformações são apresentadas pelo Departamento de Atenção Básica em Saúde do Ministério da Saúde, ao revelar que em 2016, 64% da população era coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando 123,5 milhões de pessoas em 5.382 municípios brasileiros. Em paralelo 66,6% da população era coberta pelo Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), 129,3 milhões de brasileiros/as, nas 5,507 cidades das 5.570 do país (BRASIL, 2016).

Ressalta-se que, se por um lado o SUS tem apresentado significativas conquistas, por outro, tem encontrado limitações e impasses na atenção à saúde como se propõe. Nesta perspectiva, Ferreira Neto e Araújo (2014) referem a necessidade de superação do modelo liberal, e a ainda dependência de uma conjunção de forças políticas que encarem a decisão de financiar adequadamente a saúde pública brasileira¹⁷.

Um forte entrave que têm impacto direto nos esforços para a efetivação do SUS como política pública de saúde no país, é o conflito entre os setores público e privado neste campo. Trata-se de conflitos caracterizados pelas divergências de compreensão de política pública de saúde. De um lado, o primeiro grupo expressa uma visão estatizante, compreendendo a saúde como direito dos cidadãos, cabendo ao Estado provê-la. De outro lado, o segundo grupo se posiciona a partir de uma visão privatizante como uma marca constante da assistência em saúde no país, influenciada em parte pela trajetória da assistência em saúde pública anterior ao SUS no país.

Como proposta de reflexão sobre estratégias de defesa do SUS, e como compreensão do momento histórico atual, Ferreira Neto e Araújo (2014) alerta que:

¹⁷ Num cenário mais amplo, Vasconcelos (2016) relata o cenário de crise política, social e econômica no Brasil e no mundo, e o analisa como um cenário de ajuste neoliberal, caracterizado por um contexto global “de guerras, de fundamentalismos, de crise ambiental e fluxos migratórios, em uma escala vista apenas nos períodos mais dramáticos da história humana, com todas as suas implicações para o campo de saúde e saúde mental” (VASCONCELOS, 2016, p.34).

(..) para que o SUS chegue, na medida do possível, à realização de seu projeto, este deverá estar incluído em uma reforma social, cultural e política mais ampla, na qual haja lugar para a mudança dos modos de vida e dos processos de subjetivação. No entanto, pelas razões anteriormente expostas, fica claro que tal perspectiva não surgirá para nós num horizonte próximo. Recolocar com mais clareza este problema, parece-nos ser uma etapa importante no avanço ou mesmo no redesenho de nosso projeto de saúde pública (FERREIRA NETO; ARAÚJO, 2014, p. 683).

Verificamos neste sentido, que a história da assistência em saúde pública no Brasil, nos permite compreender os nó-críticos do momento presente. Revela-nos que SUS não está pronto e acabado e que há emergência na construção de estratégias de fortalecimento das lutas para sua efetivação. Mas como podemos nos apropriar do SUS se não nos percebemos atores da sua história? Como podemos efetivar as práticas a partir da compreensão das diretrizes projetadas pelo SUS, se não nos percebermos como participantes deste processo?

2.2.2 Integralidade e Cuidado em Saúde Mental

O campo da saúde mental contribuiu para o campo da saúde, ao promover uma lógica de pensamento em termos de complexidade, de simultaneidade, de transversalidade de saberes, de “construcionismo”, de “reflexibilidade” de processos, uma vez que o modelo dualista de ciência, não era mais suficiente para dar conta de problemas apresentados (SPINK, 2004).

A integralidade aparece como um dos princípios fundamentais para a existência do SUS, como aspecto representativo tanto da bandeira de luta da Reformas Sanitária e como da bandeira de luta da Reforma Psiquiátrica.

Num primeiro momento, buscaremos conceituar ou compreender a integralidade a luz de Rubem Mattos, que a descreve como um conjunto de sentidos, no qual o primeiro é aplicado a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde, sobretudo à abrangência dessas respostas no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais. O segundo é relativo aos

aspectos da organização dos serviços de saúde. O terceiro e último, voltado para as questões relacionadas às práticas de saúde (MATTOS, 2004).

Para o autor, dentre os princípios do SUS, a integralidade parecer ter sido o menos evidenciado em suas práticas e construções teóricas, e refere como importante pauta, a investigação das experiências baseadas na perspectiva da integralidade. Para isso considera em uma primeira dimensão, que:

(...) a prática da integralidade se expressa exatamente na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos (MATTOS, 2004, p. 1413).

Neste sentido, os profissionais precisariam estruturar no seu cotidiano de trabalho rotinas que incluam a busca sistemática de demandas ‘silenciosas’. Para tanto, os serviços deveriam estar dispostos a construir estratégias a partir da criação de novos processos coletivos de trabalho, voltados para a promoção e prevenção em saúde. Tais ações, devem transpor a ideia de protocolos e fluxogramas e se caracterizariam pela incorporação de olhares que transformem a ideia de ‘paciente’ enquanto sujeito passivo, para a concepção de ‘usuário’ do sistema de saúde. Muda neste sentido, a compreensão de sujeito, que precisa ser compreendido de forma singular, complexo, carregado de subjetividade.

Trata-se neste sentido, de compreender que a queixa, ou as queixas expressas pelo usuário está imersa num contexto que vai além das questões orgânicas ou mentais. Representa e/ou é influenciada por questões afetivas, familiares, comunitárias, econômicas, profissionais, incluindo a relação com o serviço/equipe de saúde. A integralidade lida intrinsecamente com a proposta de apreensão de um olhar ampliado para as necessidade e ações em saúde no encontro entre usuários e profissionais (MATTOS, 2004).

A integralidade como princípio do SUS, condena a segregação provocada pelos hospitais psiquiátricos e nega o isolamento enquanto recurso terapêutico. Na lógica da integralidade, os manicômios não têm em suas ações e bases conceituais os componentes que configuram um sujeito como ser integral, pois desconsideram as múltiplas dimensões de cada pessoa, ou seja, levam em consideração apenas parte destas dimensões.

Nesta perspectiva a saúde mental é o primeiro campo da saúde a discutir a interdisciplinaridade e a integralidade, em um contexto de novos paradigmas neste campo (ALVES, 2009). Dentre eles, busca a superação dos conceitos de seleção e exclusão, que se caracterizam pela lógica da oferta de serviços baseada na descrição de perfil de usuários. Entende que este processo exclui diversos cidadãos dos serviços quando estes “não se encaixam” em seu perfil, o que acaba por gerar grupos de pessoas que vagam pelos serviços, em busca de um lugar de cuidado.

No campo da saúde mental, a partir da década de 1990, e considerando as ideias de Franco Basaglia, as políticas de saúde mental passaram definir a integralidade como princípio expresso em documentos regulatório como portarias e decretos¹⁸, e na lei 10.216 de 2001. Com isso passou a compor a noção de responsabilidade territorial / regional e oferta diversificada de programas, entendendo que os problemas são complexos e “diversos”. Tornaram-se assim ultrapassadas, em tese, as premissas de seleção e exclusão (ALVES, 2009, p.173).

Na atenção básica em saúde, o conceito de integralidade vem ganhando terreno para novas construções e experiências. Refletimos a relevância de considerar a atenção básica como espaço prioritário para ações de promoção e de atenção integral aos eventos de crise psíquica em saúde mental.

Refletimos que os primeiros CAPS no Brasil, e Centros de Saúde Mental na Itália, nasceram na necessidade de construir serviços substitutivos ao manicômio com a proposta de acessibilidade e integralidade por ser de caráter comunitário. Verificamos, portanto, a

¹⁸ São alguns dos documentos considerados para construção da atual política de saúde mental em âmbito nacional expressa na instituição da RAPS: Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa; Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003; Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas; Portaria nº 1.190/GM/MS, 4 de junho de 2009, que institui Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD); Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS; Portaria, nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências SUS (BRASIL, 2011).

necessidade de uma avaliação do papel dos serviços, uma vez que se percebe nas práticas cotidianas, uma ideia de CAPS enquanto serviços especializados, que se configuram pela seleção e exclusão não superados, portanto, não construídos a partir do princípio de integralidade. Com isso, propõem uma responsabilização da atenção básica em saúde, que por sua vez parece ser o eleito para as ações de prevenção e promoção, enquanto os CAPS seriam os responsáveis pelo “tratamento”. Esta condição estaria na contramão da lógica proposta pelo princípio da integralidade, pois os CAPS deveriam também se caracterizar pelo acolhimento, pela valorização do singular ao protocolo, e pela compreensão multidimensional e multifatorial do sofrimento psíquico. Neste sentido, deveria também promover articulação dos dispositivos de atenção em saúde mental na lógica da co-responsabilidade, realizando ações conjuntas de promoção, prevenção e cuidado, dialogando entre si, e criticamente reavaliando ações e resultados.

Para Mângia e Muramoto (2006), as propostas de cuidado em saúde pela perspectiva da integralidade, colocaram os serviços “em crise”, ao complexificar a compreensão dos processos saúde-doença. Esta complexidade ocorre pelo desafio da inserção social de pessoas com sofrimento psíquico e pela necessidade de construção de novas relações, que se caracterizam pela diversidade de formas de expressões subjetivas. Neste sentido:

(...) os serviços não respondem adequadamente as necessidades dos usuários com transtornos mentais graves e severos; organizam-se a partir de estratégias fragmentadas e apresentam dificuldade na manutenção da continuidade terapêutica; não assumem plenamente a responsabilização pela demanda e tendem a colocar o usuários em um percurso contínuo de trans-institucionalização; não desenvolvem uma política no território; não dispõem de projetos claros de reabilitação ou inserção no trabalho; mostram os limites das tecnologias medicopsiquiátrica, psicológica e reabilitativas tradicionais; fazem uso abusivo de fármacos; oferecem atividades desnecessárias; tendem a reproduzir a lógica do abandono e institucionalização em seu processo de trabalho (MÂNGIA e MURAMOTO, 2006, p. 113).

Como forma de superar estas limitações, as práticas multiprofissionais ganharam no campo da saúde mental, forte espaço, a partir de três aspectos: o biomédico, a escuta terapêutica e o auxílio social, descritos por Castel, (1988); Saraceno (1999) apud Mângia e Muramoto (2006). Tais práticas tem como desafios atuais, superar a ideia fragmentada de ofertas terapêuticas, desconstruir as ações ritualizadas de entretenimento, fortalecer espaços de convivência e de exercício de cidadania como estratégias de reabilitação psicossocial.

Compreendemos neste sentido, que o serviço de saúde mental é espaço de construção de projetos terapêuticos que considerem a vida real de sujeitos concretos e que compreendam a necessidade de promoção da cidadania como eixo prioritário (Mângia e Muramoto, 2006). A relevância desta questão reside no fato de que somente:

(...) o cidadão pleno poderá exercitar as suas trocas, enquanto o cidadão partido ao meio não saberá o que fazer com as aquisições, com as habilidades relacionais, uma vez que não haverá direito nem acesso ao exercício de relações ou estas se darão como relações desprovidas da materialidade que as torna reais (SARACENO, 199, p. 94, apud MÂNGIA, MURAMOTO, 2006, p. 119).

A consolidação de novos cenários de práticas nestes moldes requer avaliação cuidadosa dos serviços de saúde mental. Para tanto é imprescindível elaborar pesquisas que busquem a superação de estratégias epistemológicas modernistas convencionais. Contudo deve-se evitar a fragmentação pós-moderna, por meio da valorização da “multidimensionalidade e a complexidade dos fenômenos e um certo relativismo moderado com base em um pluralismo crítico” (VASCONCELOS, 2004, p.14).

A concepção de integralidade trata de um princípio que direciona para novas abordagens e concepções nos campos da saúde. O campo da saúde mental, por se identificar como o lugar que se defronta com a complexidade dos processos de cuidado de forma mais intensa, acabou por protagonizar a utilização deste conceito. De acordo com Reis, Marazina e Gallo (2004) citados por Eidelwein (2012), o campo da saúde mental antecipou o movimento de humanização em saúde, expresso na

mais radical manifestação em prol da humanização dos cuidados em saúde através da luta antimanicomial.

Consideramos que a Política Nacional de Humanização (PNH), como estratégia de efetivação dos princípios do SUS, contempla também a urgência da efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica nas práticas em saúde. Neste sentido, contribuí com a proposição de dispositivos, que tenham como base a concepção lógica do cuidado emancipatório nas práticas de saúde mental (COELHO, 2010). Ou seja, sugerem propostas de reabilitação psicossocial que dialoguem com o potencial do território, com o olhar do usuário enquanto sujeito ativo, constituído e construtor dos processos sociais de saúde e sofrimento psíquico.

O acolhimento, a clínica ampliada, a promoção da co-gestão e da co-responsabilidade na atenção em saúde mental são alguns dispositivos neste sentido. Uma das formas de operacionalização destes ocorre por meio do Projeto Terapêutico Singular (PST). Nestes, as concepções de autonomia e de reabilitação psicossocial reconfiguram as propostas de olhar e agir no cuidado aos usuários dos serviços de saúde mental, em especial dos CAPS.

Um dos principais dispositivos neste sentido é o acolhimento, caracterizado por ser um dos processos de trabalho que deveria estar inserido no cotidiano dos serviços, no qual a relação é o objeto de intervenção. O acolhimento não pode se limitar ao ato de receber (FRACOLLI, BERTOLOZZI, 2003 apud COELHO, 2010), devendo ultrapassar a visão afetuosa de atenção para refletir novos modos de relação entre os profissionais de saúde e usuários no que diz respeito à condição de vida e de sofrimento de sujeitos e coletivos (LEITE, MAIA, SENA, 1990 apud COELHO, 2010).

Na mesma perspectiva, a compreensão de clínica no processo do cuidado é outro dispositivo na busca por reconfigurar práticas do cuidado em saúde. As discussões atuais no campo da saúde mental sobre a clínica, a consideram um aparato político ideológico. Clínica em sua concepção etimológica refere a “inclinarse à”, “ir àquele quem precisa”, “cuidar”. A retomada desta concepção nos debates atuais sobre o papel da clínica na saúde pública tem como base a esta proposta de clínica ampliada. Surge como estratégia de superação da concepção do papel da clínica positivista, que colocou a doença como objeto prioritário. A clínica ampliada se parte da ideia de colocar a doença entre parênteses, sem negar o sofrimento e as implicações deste na vida dos sujeitos.

A clínica ampliada, propõe qualificar os modos de se “fazer saúde”, compreendendo que ampliar a clínica significa também aumentar

a autonomia dos usuários dos serviços, de suas famílias e da comunidade, integrando equipes de diferentes áreas na busca do cuidado de acordo com cada caso (BRASIL, 2004). Considera a vulnerabilidade e os riscos de indivíduos e coletividades, e, neste caso, os diagnósticos devem levar em conta a compreensão multicausal e complexa dos fenômenos, para além do saber da especialidade.

A superação desta forma de construir relações de cuidado também interfere nas possibilidades de construção (ou não) de estratégias de desenvolvimento da autonomia dos usuários e comunidades. O nó crítico para lidar com estas questões centra-se no terreno de disputas de saberes existentes no campo da saúde mental. De acordo com Eidelwein (2012), para lidar com tais disputas, se faz necessário construir políticas públicas democráticas, que neste campo, dependem necessariamente da inclusão social dos sujeitos que se encontram fora da máquina do Estado.

Propõe para tanto pensar em estratégias de ligação entre coletivos (de fora) e dos serviços (do Estado). Para a autora, a “PNH se propõe a operar no limite entre a máquina do Estado e o plano coletivo, apostando que as políticas públicas devem prevalecer na orientação das ações governamentais” (EIDELWEIN, 2012, p. 49).

Nesta perspectiva, a PNH propõe a construção de espaços de gestão participativa, denominadas de co-gestão, diretamente ligados ao princípio do SUS de participação social, orientada pela Lei nº. 8.142 (BRASIL, 1990; CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013). O objetivo deste dispositivo é estimular trabalhadores e usuários a utilizar os espaços de participação social, ou seja, os conselhos de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

Além destes espaços, no campo da saúde mental a participação social pode acontecer de outras formas. Ela pode se dar em assembleias gerais organizadas dentro dos serviços, no apoio e estímulo para constituição e/ou fortalecimento das associações de usuários e familiares, entre outras formas. É necessário o investimento em estratégias de participação social de usuários e familiares como escuta que qualifica e legitima os usuários enquanto cidadãos. Neste caso, os envolvendo também nos processos de produção de saúde e de controle social.

Diante do estigma decorrente dos anos de exclusão, os usuários dos serviços de saúde mental costumam ter suas impressões e avaliações negadas. Logo, os vínculos entre ‘trabalhadores e usuários’ transpõem a ideia de ‘especialista e paciente’. Nesta perspectiva, os espaços de gestão coletiva também atuam na reconfiguração da relação entre profissionais e familiares no campo da saúde mental. Tais transformações propõem a superação da ideia de culpabilização e desresponsabilização dos

familiares, refletindo a necessidade da construção de novas abordagens para inclusão destes atores nos processos de cuidado.

A proposta destes dispositivos da PNH está intimamente ligada à construção de pactos de co-responsabilidade. Para tanto, se faz necessário superar as ideias de hipervalorização das especialidades (onde cada um cuida do seu pedaço), de perfil (onde cada serviço atende aqueles que se enquadram em determinados critérios para ser usuários do serviço) e de “adesão” (onde aquele que não comparece, é descrito como quem não adere ao “tratamento”, e por isso passa a não ser mais responsabilidade do serviço).

A lógica da co-responsabilidade deve culminar na constituição de uma rede de cuidados compartilhados que, no âmbito da micropolítica, significa a formação de fluxos entre os próprios trabalhadores que estabelecem conexões (diálogos) entre si. Para que esta rede seja efetiva, deve ser constantemente ativa e com base em um projeto terapêutico (FRANCO, 2006 apud BRASIL, 2013).

Sabemos que a práxis proposta pela PNH tem como base a lógica da integralidade, de compreensão de complexidade dos processos de produção de saúde e de subjetividades. No campo da saúde mental, os dispositivos da PNH comportam o que entendemos por reabilitação psicossocial, uma vez que promove a autonomia dos sujeitos no cuidado da saúde. Neste sentido, compreendemos que todo este aparato se configura nas utopias⁵ propostas pelo SUS e pela Reforma Psiquiátrica brasileira, e por tanto, os novos desafios no campo da saúde coletiva.

3. MÉTODO

3.1 ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA

O presente trabalho é estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, estruturado no referencial metodológico da história oral. Para Vasconcelos (2004), os estudos exploratórios são pertinentes para realização de pesquisas com foco mais amplo e aberto, para a investigação de processos complexos pouco conhecidos ou pouco sistematizados. Para o autor, esta é uma opção comum em estudos históricos.

Em relação a abordagem qualitativa do estudo, verificamos que este tipo de pesquisa se apresenta como uma orientação relevante para este estudo, pois é considerada uma possibilidade cada vez mais difundida no âmbito da Saúde Coletiva de acordo com Bosi (2012). Para a autora, a pesquisa qualitativa lida com problemas da existência humana, em particular, com aqueles que transcendem as potencialidades dos modelos tradicionais de pesquisa.

O presente estudo com base na área de saúde coletiva e saúde mental coletiva, tem como premissa o fato de que a subjetividade e a complexidade de compreensão do olhar para com o objeto de estudo as diferem de outros campos relacionados à saúde. Para tanto, reforça a relevância da utilização de estratégias e métodos que contemplem tais aspectos.

Nesta perspectiva, a História oral foi a metodologia utilizada, por apresentar valores que convergem com o que compreendemos de mais urgente nestes campos, como a ideia de cidadania, de uma perspectiva emancipatória, bem como da busca pela efetivação de estratégias de inclusão social de sujeitos socialmente oprimidos. A História oral tem como uma de suas principais funções, buscar responder as necessidades de preenchimento de espaços vazios, capazes de dar sentido a uma cultura explicativa dos atos sociais a partir das narrativas das pessoas na vida no presente. Para isso, se fundamenta no direito de participação social ligada à consciência de cidadania (MEIHY, 2005).

Como principais características, a História oral é recurso relevante, quando da necessidade de elaboração de estudos referentes a experiência social de pessoas e coletivos tratando-se sempre de uma história que se relaciona e dá sentido ao presente, por isso também conhecida como “história viva” (MEIHY, 2005). Os recursos do método de História oral promovem a possibilidade de apreensão da história atual pelos sujeitos (direta ou indiretamente ligados a pesquisa). Neste sentido,

o autor reflete sobre uma característica relevante desta proposta metodológica:

A presença do passado no presente imediato das pessoas é a razão de ser da história oral: oferece uma mudança de conceito da história, garante sentido social a vida de depoentes e leitores, que passam a entender a sequência histórica e se sentir parte do contexto em que vivem (MEIHY, 2005, p.19).

A História oral se caracteriza, portanto, por sua vocação de reconhecer que todos são personagens históricos, respeitando as diferenças e facilitando a compreensão das identidades, bem como dos processos das construções narrativas. Tanto o cotidiano, quanto grandes fatos, “ganham equiparação na medida em que se trançam para garantir a lógica da vida coletiva” (MEIHY, 2005, p.25).

Propusemos neste sentido, refletir e promover a apropriação do papel de sujeitos protagonistas nas transformações da assistência em saúde mental em Criciúma/SC. Este recurso, favorece estudos de identidade e memória social e cultural, bem como de responder a um sentido de utilidade prática, para questões emergentes (MEIHY, 2005).

Optamos pelo recorte temporal de 2001 a 2016, portanto, quinze anos dos processos da atenção em saúde mental no município. Durante a coleta de dados, evidenciamos que a partir de 2001 ocorreu a inserção de trabalhadores de enfermagem, do serviço social e da psiquiatria na Unidade de Referência em Saúde Mental (URSM). A entrada destes profissionais, principalmente de enfermagem, mobiliza críticas ao modelo ambulatorial de especialidade vigente e à hegemonia do Hospital Psiquiátrico nas práticas de saúde mental no município.

Além disso, foram eventos importantes do ano de 2001 que mobilizaram a escolha deste recorte temporal: a) o início das discussões em âmbito acadêmico sobre saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, com a participação de estudantes (incluindo a pesquisadora) no V Encontro Nacional do Movimento de Luta Antimanicomial em Duque de Caxias/RL, e no Fórum Catarinenses de Saúde Mental também no mesmo ano em Florianópolis/SC; a aprovação da lei nº. 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental em território nacional”, promovendo a legitimidade da política nacional de saúde mental;

Consideramos por fim, a necessidade de desenvolver este estudo contemplando um período de lacuna de pesquisas acadêmicas, uma vez que as pesquisas encontradas neste campo vão até 2004. O recorte deste estudo diz respeito à terceira e quarta grande fases da Reforma Psiquiátrica no Brasil¹⁹ de acordo com Vasconcelos (2008) descritas no referencial teórico e retomadas ao longo da discussão.

3.2 LOCAL DO ESTUDO E PARTICIPANTES DA PESQUISA

3.2.1 Caracterização do local de estudo

O local do presente estudo é o sistema de atenção em saúde mental SUS do município de Criciúma (SC). O município foi fundado em 6 de janeiro de 1980 e emancipado em 4 de novembro de 1925. É localizado no extremo sul do estado de Santa Catarina à 190 km da capital Florianópolis. Segundo o censo demográfico de 2010, a população do município era de 192.308 habitantes, com estimativa de 211.369 habitantes para o ano de 2017. Destes, 98% localizam-se na área urbana da cidade, em um território possui uma área total de 235,627 km². O município tem sua economia alicerçada nos setores: cerâmico, metalúrgico, supermercadista, vestuário, carbonífero, químico e de construção civil (IBGE, 2010; PMC, 2018).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Criciúma é de 0,788 em 2010, situando o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799), ocupando a 76ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros. As dimensões que mais contribuem para este índice são a Longevidade (0,846), Renda (0,786) e Educação (0,737) (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

Neste contexto, o município dispõe atualmente da maior estrutura de atenção em saúde mental em número de serviços na Região Carbonífera²⁰, e segunda maior do estado de Santa Catarina, sendo o município de Joinville o município com maior número de dispositivos de atenção psicossocial.

¹⁹ As quatro fases estão detalhadas no item 5. Resultados (junto a discussão dos resultados)

²⁰ A região Carbonífera é composta por 12 municípios, representados pela Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC). Criciúma é município polo nesta estruturação, e por esta razão oferta assistência em saúde aos municípios, sendo eles, além de Criciúma: Balneário Rincão, Içara, Cocal do Sul, Forquilha, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Urussanga, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis e Treviso (AMREC, 2018).

O sistema público de saúde mental de Criciúma tem como forte marca a instituição psiquiátrica nos moldes tradicionais, a “Casa de Saúde Rio Maina”, posteriormente renomeado “ISEV Rio Maina”. A instituição foi inaugurada em 25 de setembro de 1968, e desde então se caracteriza como integrante da identidade local, na mesma lógica que ocorre em outros municípios que tem a presença do Hospital Psiquiátrico (MENDES 2001; NUNES, 2005).

Em 1993, surgem as primeiras ações na saúde pública do município em saúde mental extra hospitalares, após a inclusão de psicólogos e psiquiatras por meio de concurso público realizado no mesmo ano. A Unidade de Referência em Saúde Mental (URSM), localizava-se no centro da cidade e teve seu funcionamento até meados de 2006 em formato ambulatorial de assistência.

Consideramos importante registrar, que em março de 2017, o ISEV Rio Maina encerrou os atendimentos dos 85 leitos SUS. Desde o ano de 2013, a administração do hospital psiquiátrico vinha noticiando nas mídias locais as dificuldades financeiras para continuidade dos atendimentos. Neste período, a câmara de vereadores criou uma Comissão Temporária Especial para acompanhar e dar um parecer a sociedade cricumense sobre a situação em que se encontrava a instituição. A comissão formada por três vereadores, Vanderlei Zilli, Geovania de Sá e Daniel Freitas, visitaram o Rio Maina no dia 19 de fevereiro. Em reunião posterior, a comissão junto representantes da instituição, de associações dos municípios da região, e do Ministério Público, estiveram com representantes da secretaria de saúde do governo do estado, que apontou para a urgência de preparar os municípios para receber a atender seus usuários. De acordo com o relato da câmara de vereadores: “segundo a sra. Maria Cecília, técnica do estado, a decisão quanto ao fechamento era irreversível, que a rede municipal de cada cidade deveria estar preparada para receber a demanda” (CRICIÚMA, 2013). Na ocasião o Rio Maina contava com 85 leitos SUS e 20 leitos privados, 95 funcionários. No total havia 26 moradores.

De acordo com o documento do relator (Daniel Freitas), a conclusão da comissão foi de que a intenção em fechar a Casa de Saúde Rio Maina partia do proprietário em decorrência de um déficit financeiro e do governo federal por seu posicionamento antimanicomial frente a política nacional de saúde mental. Descrevem estas apontando que o déficit da instituição estava em torno de R\$ 60 mil reais, alegando que os recursos provenientes das diárias pagas pelo SUS (43,00) não seriam suficientes para pagar o custeio dos internos. Informa também que a Comissão de vereadores foi há capital do estado pedir auxílio ao

secretário adjunto de saúde, sr. Acélio Casagrande, e nesta reunião foi firmado apoio do governo para repasses de R\$ 58 mil reais por mês até final de 2013, como forma paliativa de evitar uma crise imediata no município de Criciúma e na região. Por fim o relator destaca:

A Casa de Saúde do Rio Maina inevitavelmente vai fechar suas portas devido as intenções do proprietário e do Governo Federal pela luta antimanicomial, mas isto já poderia ter ocorrido em 3 de março de 2013. Devido as ações do Poder Legislativo através desta Comissão Especial foi possível evitar uma crise imediata na saúde mental de Criciúma e Região. Fica o governo do estado com o compromisso de repassar de forma paliativa os recursos financeiros para manter o hospital aberto enquanto os governos de Criciúma e região preparam suas redes de saúde municipais” (CRICIÚMA, 2013).

Nos anos seguintes, novos acordos foram firmados, sendo que em 2017, com a entrada de um novo governo municipal, a situação do Rio Maina volta a mídia com a notícia do possível fechamento. Neste ato o Rio Maina era administrado por uma Organização Social (O.S.), o Instituto de Saúde, Educação e Vida (ISEV). Conflitos entre ISEV e trabalhadores do Rio Maina decorrentes dos atrasos salariais ganham a mídia local em maio e junho de 2017. Em um contexto de greves e insegurança quanto aos cuidados dos internos – incluindo os moradores. De acordo com o portal G1 de notícias, “uma audiência na sexta (9), na 2ª Vara da Fazenda da Comarca de Criciúma, determinou que o município realoque os 62 pacientes do SUS para outros locais em 10 dias. (...) novos pacientes do SUS não devem ser internados no local” (G1 SANTA CATARINA, 2017). O município de Criciúma vem, desde então, redirecionando a política municipal de saúde mental, com foco principalmente nos moradores e usuários com histórico de internações muito frequentes.

Em Criciúma, o Serviço Residencial Terapêutico, dispositivo indispensável para que o sistema de atenção em saúde mental substitua o hospital psiquiátrico que tem a presença de moradores, está em fase de implantação. A estrutura do sistema de atenção em saúde mental no município tem como composição atual: 1 CAPS II, 1 CAPS III, 1 CAPS I, 1 CAPS II Ad, 1 Consultório na Rua, 1 Serviço de Geração de Renda em saúde mental (GRIT/SOMAR), atendimentos de psicologia e psiquiatria realizados nas unidades de saúde (distribuídos nos 5 distritos sanitários) em modalidade ambulatorial e três equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). De acordo com a página da secretaria municipal de saúde no site da prefeitura municipal de Criciúma sobre a assistência em saúde mental, também fazer parte da rede de atenção psicossocial (RAPS) do município: unidades de saúde (UBS/ESF),

Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS), pronto atendimento do Hospital São José e pronto atendimento do Hospital Materno Infantil Santa Catarina (CRICIÚMA, 2018).

Além destes, identificamos com importantes atores nesta estrutura, que atuam direta ou indiretamente na atenção em saúde mental: a Organização Anarquistas Contra o Racismo (ACR), as Clínicas Universitárias, os Hospitais Gerais na região carbonífera (principalmente de Lauro Muller, Morro da Fumaça e Urussanga), além de ONGs, projetos e ações comunitárias diversas.

3.2.2 Participantes da pesquisa

A escolha dos sujeitos de pesquisa é de extrema relevância dentro da abordagem qualitativa, principalmente no método de História Oral, pois seus depoimentos tornam possível a compreensão de realidades que não poderiam ser verificadas de outras formas, que não por suas narrativas. Partimos da compreensão da existência de divergências de olhar e de fazeres no campo da saúde mental, bem como da multiplicidade de formas de compreensão e expressão pelos diversos atores (segmentos). Estas questões configuram a complexidade inerente ao campo da saúde mental e da saúde coletiva.

Na perspectiva da História oral, Meihy (2005) sugere a formação da rede, como subdivisão da colônia pesquisada²¹, como forma de caracterização da escolha dos sujeitos. Alerta neste sentido, para o fato de que, a formação da rede deve receber atenção especial, pois implica no início do trabalho de campo da pesquisa. Por reconhecer no ‘oralista’ um novo intelectual da história presente, a História oral compreende que este cuidado na formação da rede deve contemplar sua viabilidade de execução dentro do projeto. Para tanto, atentamos para as orientações de Meihy (2005) evitando que o número de entrevistados fosse maior que o necessário.

A História oral, não determina o número de entrevistas a serem realizadas, contudo, estimávamos inicialmente cerca de 12 entrevistados/as: 3 gestores da atenção em saúde mental, 3 profissionais, 3 usuários e 3 familiares que vivenciaram a constituição dos dispositivos de atenção em saúde mental do município de Criciúma. Entretanto, foram

²¹ A Colônia é o grupo a ser estudado, que independe da especificação da idade, estado civil, padrão econômico, entre outras características. Estas caracterizações por sua vez, podem ser usadas como critérios para a definição da rede. (MEIHY, 2005).

entrevistados 7 sujeitos, todos trabalhadores e/ou gestores do cenário de saúde mental do município.

A mudança no número de participantes ocorreu diante de dois fatores: primeiramente pelo próprio método de escolha de sujeitos (que será mais bem descrito a baixo) que apontou raros nomes de usuários e familiares como indicação de colaboração; a segunda questão caracteriza-se pelo fato de que nestes casos, os usuários indicados não foram localizados ou não estavam em condições de participação no momento da coleta, enquanto houve uma única indicação de familiar.

Diante da incipiência de indicações viáveis para a realização de entrevistas com usuários e familiares acabamos optando por redirecionar o foco das entrevistas para trabalhadores e gestores. Desta forma, as entrevistas foram finalizadas quando as informações se tornaram repetitivas, sinalizando que as questões definidas para o estudo estavam respondidas, ou seja, utilizamos o critério de saturação dos dados.

Como forma de escolha dos sujeitos seguimos as orientações de Meihy (2005), que propõe que a realização da entrevista identificada como ‘ponto zero’.

Entende-se por ponto zero um depoente que conheça a história do grupo ou com quem se queira fazer a entrevista central. Deve-se, depois de tomar consciência do que existe escrito sobre o caso, fazer uma ou mais entrevistas em profundidade com essa pessoa, que é a depositária da história grupal ou a referência para histórias de outros parceiros (MEIHY, 20015, p. 178)

Neste sentido, buscamos para iniciar o processo das entrevistas uma personagem atuante em todo o período definido para o estudo, e que ocupou espaços diversos no sistema de saúde mental de Criciúma/SC. A partir da sua entrevista, a colaboradora indicou outros sujeitos que também indicaram outros sujeitos. Assim, a pesquisa se desenvolveu segundo sugestões da própria comunidade pesquisada, e não apenas a partir da vontade da pesquisadora.

De acordo com Meihy, (2005) este método valoriza a identificação da visão dos sujeitos envolvidos. Esta proposta é também conhecida como técnica de “Bola de Neve” e costuma ser utilizada quando os participantes de pesquisa configuram uma comunidade

específica. Nesta proposta, o sujeito “ponto zero” é também reconhecido como “onda zero” (DEWES, 2013).

São os critérios de inclusão e exclusão para o colaborador/a “ponto zero”: desta forma foram critério de inclusão: ter acompanhado a implantação dos serviços da atenção em saúde mental no município de Criciúma/SC; ter envolvimento com a história da saúde mental que garanta dados a partir da memória da história da atenção em saúde mental, no período de 2001 a 2016. Foram critérios de exclusão: não ter participado diretamente na elaboração do projeto e/ou implantação do/s serviço/s; estar em condições psicossocial que não comprometam a qualidade das narrativas por prejuízos de memória.

Os participantes da pesquisa, de forma geral, indicavam com frequência os mesmos sujeitos, nos levando a pensar em alguns momentos na possibilidade de reiniciar o processo de indicações, elegendo um novo “ponto zero”. Esta possibilidade foi desconsiderada ao verificarmos a saturação dos dados nas narrativas. Ao todo, cerca de 20 pessoas foram indicadas como pessoas capazes de narrar aspectos significativos relativos a questão do estudo.

Diante disso, optamos por priorizar as entrevistas com àqueles que pudessem trazer aspectos de momentos (tempo) ou espaços (dispositivos da rede) pouco explorados, numa tentativa de “cobrir” os diferentes serviços e períodos. Neste sentido, após a segunda entrevistas, cada sujeito foi escolhido e convidado após uma análise prévia do conteúdo coletado e da lista de indicações. Apresentamos o grupo de colaboradores da pesquisa no quadro abaixo.

Quadro 1 - atuação profissional no sistema de atenção em saúde mental de Criciúma dos participantes da pesquisa:

Tempo de atuação	Serviço/s em atuou como trabalhador/a de saúde mental	Função / funções realizadas
16 anos	URSM; CAPS II; Coord. Municipal de. Saúde Mental; NUPREVIPS.	Ora assistência, ora gestão;

10 anos	Ambulatório ad; CAPS ad; Coord. Municipal de Saúde Mental;	Ora assistência, ora gestão;
11 anos	CAPS II; CAPS ad; CAPS III; GRIT/SOMAR;	Ora assistência, ora gestão;
10 anos	CAPS ad; Consultório na Rua;	Ora assistência, ora gestão;
14 anos	CAPS II; ESF; NUPREVIPS;	Assistência
12 anos	URSM; Unidades de saúde (atenção básica); CAPS i	Ora assistência, ora gestão;
10 anos	Ambulatório ad; CAPS ad; Unidades de saúde (atenção básica)	Assistência

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2017.

A formação da rede de sujeitos foi composta por trabalhadores e/ou gestores de serviços do sistema de saúde mental ou coordenação de saúde mental que é alocada na secretaria municipal de saúde. São: 2 profissionais de enfermagem, 2 técnicas de enfermagem (uma delas se graduou no percurso e alterou sua função no serviço ocupando o cargo de enfermeira), 2 psicólogas e 1 profissional de artes. Quanto aos tipos de contrato de trabalho 4 são concursados/as e 3 mantêm contratos temporários. Quanto ao gênero, participaram da pesquisa 6 mulheres e 1 homem. Os entrevistados têm idades entre 31 e 60 anos, sendo 5 destes com idades entre 31 a 40 anos.

No que diz respeito a escolaridade, 1 participante concluiu curso técnico (em enfermagem) e 6 possuem ensino superior completo. Dos que possuem graduação, 3 são mestres, 2 são especialistas e 1 está cursando mestrado. Ainda sobre as áreas de formação, uma participante com formação técnica cursa pós-técnico de enfermagem na área de saúde mental. Os demais participantes têm como áreas de formação em pós-graduação (mestrado): em saúde coletiva, em ciências da saúde, e em psicologia. As áreas de formação em pós-graduação (especialização) são estas: Especialização em Impactos da Violência na Saúde, em Saúde Mental, em Educação Profissional na Área da Saúde, em Fenômeno das

Drogas, em Desenvolvimento Gerencial de Unidades da Rede Básica em saúde, em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da saúde, em Saúde Mental e Atenção Psicossocial; em Projetos Assistenciais em Enfermagem; e em Saúde Pública com Ênfase em Serviços;

Em relação ao tempo de atividades no campo da saúde mental no município de Criciúma, identificamos que a entrevistada com mais tempo na saúde mental está há 16 anos; 3 participantes estão de 11 há 14 anos; 3 há 10 anos. Sendo que duas participantes foram desligadas em 2016.

3.3 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de março a outubro de 2017 a partir de fontes orais e documentais. Consideramos que a História Oral não nega a possibilidade de uso das fontes documentais, porém, alerta para o fato de que as fontes orais são vitais para produzir novas versões da história que consta em documentos oficiais (MEIHY, 2005).

As fontes orais foram coletadas a partir da realização de entrevistas realizadas em profundidade. Este método de entrevistas se difere principalmente pela forma de interação entre entrevistado e entrevistador, possibilitando maior flexibilidade de mediação. Desta forma, o entrevistado pode construir suas respostas sem precisar ficar preso ao roteiro da pesquisa de forma rígida (OLIVEIRA; MARTINS; VASCONCELOS, 2012). A entrevista em profundidade promove:

[...] a liberação de pensamentos reprimidos que chegam ao entrevistador em tom de confiança. Esses relatos fornecem um material extremamente rico para análise. Neles se encontram o reflexo da dimensão coletiva a partir da visão individual (BONI; QUARESMA, 2005, p. 73).

As entrevistas possibilitaram explorar da melhor forma o objeto de interesse da pesquisa. Por se dar de forma não engessada, permitiram tomarmos como base a realidade dos entrevistados, enriquecendo o material analítico e ampliando a compreensão dos discursos apresentados (BONI; QUARESMA, 2005, p. 73).

Como organização do processo das entrevistas, de acordo com a História oral, seguimos as seguintes orientações do método descrito:

- Pré-entrevistas: agendamos e organizamos previamente as entrevistas. Desta forma, possibilitamos ao colaborador estar previamente ciente sobre a gravação por meio eletrônico, bem como sobre o teor da pesquisa, sendo que como a nossa intenção foi de que ele/a lembrasse o máximo possível da história, ao fazer contato para agendarmos a entrevista, deixávamos previamente o roteiro semiestruturado.
- Entrevista: por se tratar de entrevistas em profundidade todos os entrevistados foram consultados sobre a possibilidade de poder receber a pesquisadora mais de uma vez. Com uma das entrevistadas foi realizado dois encontros. Cada encontro durou em média 1h45 minutos, respeitando o interesse e disponibilidade dos participantes, que ocorreram em ambiente reservado. As entrevistas foram gravadas em dispositivo digital em mp4. No total arquivamos 10 horas e 40 minutos de material de áudio.
- Transcrições: as entrevistas foram transcritas de forma literal e revisadas, garantindo não apenas as informações, mas também o registro das impressões, emoções e outros aspectos representativos da memória dos eventos vividos. Após a transcrição, todos os entrevistados receberam suas entrevistas por e-mail e validaram o material para utilização na pesquisa.
- Arquivamento das gravações: uma das etapas em História oral propõe que as gravações devam estar acessíveis para utilizações futuras. Por considerar os aspectos éticos da pesquisa, compreendendo a natureza da pesquisa, optou-se por garantir o sigilo do material de áudio, uma vez que este tem caráter de denúncia ao promover o reconhecimento da voz dos entrevistados. Sabemos que a História Oral busca dar visibilidade aos sujeitos da história, porém, compreendendo a sensibilidade do objeto de pesquisa, optou-se por manter o sigilo dos narradores. Avaliamos, contudo, a possibilidade do arquivamento das transcrições das entrevistas para a realização de pesquisas futuras. O centro de Memórias e Documentação (CEDOC) da Unesc avaliará a possibilidade de construção de um arquivo em saúde coletiva ou em saúde mental após a conclusão da pesquisa.

Meihs (2005) reflete a importância da devolutiva dos resultados para os sujeitos de pesquisa. Neste sentido, nos comprometemos a enviar para cada sujeito (por e-mail) no formato pdf., a versão final desta dissertação após as revisões finais da banca avaliadora.

Como proposta de coleta de dados de fontes documentais, consultamos registros fotográficos e documentos normativos e legais: diário oficial do município; mídia online; projetos de implantação dos serviços; relatórios e planos municipais de gestão; planos anuais de saúde mental (conselho municipal de saúde), relatórios finais das conferências municipais de saúde e legislação em saúde mental vigentes no período da pesquisa. Como já exposto, tais documentos serviram para completar informações expressas pelos participantes e não como fontes primárias.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Para análise desenvolvemos a triangulação de dados, que ocorreu pela combinação de diferentes técnicas e fontes de coleta dos dados. Esta proposta tem como objetivo contribuir no exame do objeto de investigação compreendendo sua multiplicidade (MINAYO, 2008).

A análise dos dados deste estudo ocorreu a partir da pesquisa narrativa. Clandinin e Connelly (2011) refletem que algumas questões são essenciais nesta proposta, como a identificação do pessoal e do social nos discursos, para compreensão das interações; e a leitura sobre o passado, o presente e o futuro para desenvolver a noção de continuidade e lugar para marcar as situações evidenciadas. Este método parte também da compreensão de que a memória e a linguagem são essenciais a construção das narrativas, matérias primas da pesquisa.

Para o autor, a experiência dá sentido à história enquanto a constrói. A “experiência acontece narrativamente. Pesquisa narrativa é uma forma de experiência narrativa” (CLANDININ e CONNELLY, 2011, p.49).

A metodologia de pesquisa narrativa, compreende que a complexidade das paisagens investigadas requer do pesquisador criatividade e apontam para a possibilidade de utilização de diferentes fontes de dados, o que possibilita criar formas de composição de textos.

Trata-se de um tipo de análise que requer contínua reflexão que Clandinin e Connelly (2011) denominam de um estado de alerta. Neste sentido, optamos por fazer uso do método indicatório para definição dos participantes (colaboradores), ou busca de documentos. Esta proposta trata de organizar a escolha dos sujeitos concomitante a análise dos dados. Ou seja, a partir da análise flutuante dos dados, e das indicações de novos sujeitos, estes foram sendo escolhidos na perspectiva de “cobrir” a história.

Ginzburg (1999) faz uma reflexão sobre este processo de investigação, comparando o pesquisador a um tecelão, que no método

proposto busca os indícios ou os “fios do tapete” que compõem a pesquisa.

A partir da hipótese apresentada, as transcrições foram organizadas em três arquivos, intitulados de acordo com os períodos históricos que foram se desenhando. À medida em que as novas narrativas iam compondo estes arquivos, construímos uma linha histórica (Figura 1), de forma a tentar preencher as lacunas evidenciadas.

Após a conclusão das entrevistas, realizamos em cada arquivo (tempo histórico) a organização dos dados orais e documentais. As narrativas foram organizadas por categorias dando base para a construção da história.

Analisamos que a realização das entrevistas foram momentos em que as memórias suscitaram expressões de nostalgia. Em geral, os participantes expressaram a pesquisadora afetos de valorização para o objetivo da pesquisa, percebidos tanto pela prontidão e gentileza como aceitaram colaborar com a pesquisa, quanto pelas expressões de afeto com as narrativas doadas. Assim, os resultados estão expostos em três grandes períodos, compostos por fatos descritos por ano, sendo que ao final de algumas dessas descrições de fatos específicas, optamos por apresentar um tópico que denominamos de “lembranças afetivas”, na qual deixamos registrado narrativas completas de “histórias” contadas que exemplificam o todo que os participantes desejaram contar sobre determinado fato.

As entrevistas foram mais que um momento técnico de coleta de dados, pois foram encontros profundos e importantes, que nos possibilitaram conhecer a história da atenção em saúde mental em perspectivas que valorizaram a subjetividade de cada narrador.

Neste trabalho, utilizamos a metodologia conhecida na história como “narrativa histórica com periodização”, como indicado por Vasconcelos (2004: 204/5), como um desenho de pesquisa de corte longitudinal, que acompanha os processos sociais e humanos no decorrer do tempo, correlacionando eventos, processos, ações institucionais e políticas dos atores em campo, com seus determinantes e estruturas sociais e políticas subjacentes.

Em um trabalho de pesquisa histórica bastante sistemático, Vasconcelos (1992) utiliza essa metodologia para avaliar a política de saúde mental no Brasil e particularmente em três capitais do país (Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro), no período entre 1978 e 1989, e faz uma pequena revisão bibliográfica de trabalhos internacionais clássicos que discutem essa metodologia no campo da história, indicando aspectos polêmicos e potenciais fragilidades, mas assinalando que apesar

destes cuidados necessários, esta metodologia é largamente utilizada em estudos históricos rigorosos, tendo inúmeros defensores (idem: 95).

Um dos cuidados necessários assinalados é a justificativa clara dos critérios que são utilizados para o estabelecimento dos marcos temporais tanto para o início de todo o período histórico em foco, como também de cada período histórico específico fruto da análise dos resultados (Vasconcelos, 2004: 204-5), e que configuram características comuns mais gerais, que possibilitam a inclusão de determinados processos sociais e políticos em um único período histórico. Além disso, ajudam a revelar os determinantes e estruturas que movem a ação humana na história, por detrás da simples descrição narrativa dos eventos.

Na análise narrativa, a pesquisadora entra na paisagem e participa da história. “A relação do pesquisador com a história em andamento do participante configura a natureza dos textos de campo e estabelece seu status epistemológico” (CLANDININ e CONNELLY, 2011, p.136).

Entretanto, buscamos manter o rigor metodológico, e garantir o sigilo de suas identidades, o que nos levou a trabalhar de forma intensa no tratamento das narrativas, “filtrando” as informações. Como principal filtro buscamos compreender os processos de transformações na atenção em saúde mental no município em seus microespaços, preservando os efeitos destas nas vidas dos participantes, mas mantendo a relevância de seus olhares sobre os aspectos narrados.

A análise desta pesquisa contemplou os aspectos da proposta de História oral, indo além de relatar os fatos da história. Desta forma, analisamos que foi possível compor perspectivas desta história, a partir da percepção da implícita subjetividade humana dos processos descritos, dialogando com referencial da saúde mental e da saúde coletiva que mobilizaram reflexões sobre o que está sendo apresentado nos resultados do presente trabalho.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo respeitou as diretrizes legislativas vigentes no que tange sobre os aspectos éticos em pesquisa que envolvam seres humanos. Para tanto, a pesquisa seguiu os ditames das resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) N° 466/2012 e 510/2016, sendo que antes de iniciar a coleta de dados a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense, e foi aprovada para andamento com o Parecer n° 1.941.750 (anexo 01).

As pessoas que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 03),

composto por duas vias. Uma via ficou com a pesquisadora e a outra foi entregue ao participante.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. As transcrições e os documentos (os dados) ficarão de posse da pesquisadora durante o prazo de cinco anos, e as transcrições serão destinadas ao acervo do Centro de Memória e Documentação (CEDOC) Unesc, caso seja aberto um acervo para documentos de saúde mental ou saúde coletiva. A possibilidade de abertura do acervo será avaliada após a conclusão da pesquisa.

Quanto a possibilidades de conflito de interesses, informamos que a pesquisadora proponente desta pesquisa, não trabalha no local de estudo, sendo que trabalhou em serviços de atenção em saúde mental do município de 2005 a 2008. Para tanto, ao desenvolver a presente pesquisa, houve o cuidado em todo o processo de análise dos dados, buscando o constante distanciamento da posição de ex trabalhadora da rede de saúde mental de Criciúma, assumindo no período do estudo a posição de investigadora. Considerando que esta situação é bastante comum em pesquisas de abordagem qualitativa, avaliamos que não houve conflito a ser considerado.

A pesquisa não ofereceu riscos físicos e/ou emocionais aos participantes, porém pela natureza interacional das entrevistas, o processo de coleta de dados ocasionou em alguns momentos o surgimento de emoções relacionadas às demandas da pesquisa. Os entrevistados foram informados sobre a possibilidade de desistir da participação na pesquisa em qualquer momento.

Constatamos que as entrevistas serviram como espaços de desabafos e denúncias, que nos exigiram em alguns momentos conduta acolhedora, mediando a “conversa” de forma a retomar o objeto de estudo. As angústias, frustrações e medos nos evidenciam o comprometimento e envolvimento com as histórias narradas. Diversos fatos foram contados em forma de sigilo, e por esta razão não foram tratados no estudo, ora por solicitação de corte da informação durante a entrevista, ora por aparecer após o término das entrevistas, ao desligar o gravador. Neste sentido, os participantes (colaboradores) nos mostram que a história da atenção em saúde mental, em muitos momentos se funde com suas histórias de vida, fazendo-os refletir a respeito.

Sobre os benefícios, ao aceitar fazer parte desta pesquisa, os participantes estavam cientes que colaboraram com/para a compreensão e registro da história da assistência em saúde mental no município de Criciúma. Os ganhos para a comunidade serão da visibilidade da história viva, narrada pelos sujeitos que a viveram e, por conseguinte,

promoveram a apropriação destes e de outros sujeitos, do papel de atores ativos no processo da história atual.

As entrevistas foram apresentadas aos participantes, após a transcrição das mesmas, de modo que estes validaram suas falas, sendo que tinham a liberdade para fazer correções e/ou acréscimos. Nesta ocasião solicitamos aos participantes que assinassem o termo de cessão do depoimento oral, no TCLE (APENDICE 03). O sigilo das informações foi garantido preservando os nomes dos entrevistados, substituídos na pesquisa codinomes escolhidos pelos próprios colaboradores (códigos de identificação).

Após o término da pesquisa e defesa pública da dissertação, os resultados serão apresentados aos participantes. Propomos verificar junto a secretaria de saúde e coordenação de saúde mental, uma estratégia de devolutiva, sendo que a pesquisadora estará as ordens para apresentação na forma oral, além da entrega da dissertação impressa e em pdf.

Além disso, organizaremos posterior publicização dos resultados para a comunidade científica, submetendo o trabalho em eventos nacionais e internacionais de saúde mental, bem como com a publicação de artigo/s em periódicos científicos.

4 RESULTADOS

Desde a década de 1920, o Brasil contou com a presença dos hospitais psiquiátricos em diversos estados. Em Criciúma/SC, em 1968 foi inaugurada a Casa de Saúde Rio Maina, hospital psiquiátrico que funcionou até início de 2017 com leitos SUS, nos moldes de instituição total. Para Goffman (1961), este modelo prevê uma série de perdas subjetivas aos internos que denomina de processos de mortificação do eu. Esses processos ocorrem desde a admissão do sujeito na instituição, passando por todos os momentos até sua saída, quando esta ocorre.

Como crítica a este modelo de atendimento às pessoas com sofrimento psíquico, os atores da Reforma Psiquiátrica engendraram esforços para construir estratégias de redirecionamento de estudos e práticas neste cenário. No Brasil, a política de saúde mental instituída a partir da lei 10.216, focou em potencializar a autonomia das pessoas com trajetórias de internações psiquiátricas, bem como, evitar ou excluir a possibilidade de novas internações. Para isto diversos dispositivos surgiram com proposta de que funcionassem de forma articulada, cuidando dos sujeitos de forma integral, equânime, e em liberdade. Ao se referir a este aspecto, Rotelli (2001) e Basaglia (1985) conceituam este processo de desinstitucionalização, que é mais que desospitalizar, mas de construir formas de ressignificar os laços materiais e afetivos entre sujeitos e comunidades.

Consideramos que a história da atenção em saúde mental do município de Criciúma/SC tem direta relação com os movimentos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Para tanto, analisamos a importância de registrar alguns movimentos que antecedem o período do estudo em âmbito nacional, como forma de lançar luz as compreensões do período de 2001 a 2016.

Neste sentido, partimos da análise sobre os processos da Reforma Psiquiátrica no Brasil nos diferentes períodos e conjunturas de acordo com Vasconcelos (2008). O autor descreve três grandes fases, e subdivisões de períodos em cada fase, que descreve uma trajetória influenciada por um contexto internacional.

A trajetória internacional da Reforma Psiquiátrica é delineada ao considerar alguns fatos históricos, como momentos que ora mobilizou, ora limitou o processo de desinstitucionalização em saúde mental, sendo estes: o desenvolvimento de dispositivos de cuidados às pessoas após segunda guerra mundial nos EUA e na Inglaterra; conjunturas de valorização da força de trabalho e investimentos na reabilitação de pessoas consideradas improdutivas; mudanças sociais com o aumento da

expectativa de vida, novos arranjos familiares e crescente individualização dos modos de vida; conjunturas políticas de democratização em países como Itália e Brasil na década de 1970; desenvolvimento de sistemas de bem estar-social e de afirmação de direitos humanos e direitos social em diversos países; crítica ao sistema de instituição total; mudanças nas ciências e profissões com a reformulação de paradigmas convencionais no campo das ciências humanas e mais especificamente da saúde mental; e os efeitos das políticas neoliberais que acabam por intensificar as desigualdades sociais (VASCONCELOS, 2008).

O contexto sócio histórico que antecede os processos iniciais de Reforma Psiquiátrica no Brasil, são descritos pelo autor da seguinte forma:

O período da ditadura militar foi marcado pela repressão aos movimentos sociais e a qualquer iniciativa de mudança política, social e institucional com participação da população. Apesar disso, exatamente dada a pouca visibilidade social e política dentro dos hospitais psiquiátricos, estes foram palco de várias experiências inovadoras de comunidades terapêuticas, particularmente nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Belo Horizonte, implementadas no final da década de 1960 e início dos anos 1970. Além disso, durante este período, houve encontros informais dos profissionais mais comprometidos com os ideais de uma psiquiatria reformada, durante os congressos oficiais de psiquiatria e psicologia (VASCONCELOS, 2008, p.31).

Os movimentos macro da RP no Brasil que antecedem o período deste estudos são analisados por Vasconcelos (2008) como: a) primeira grande fase de 1978-1992, que a nomeia de “mobilização social e crítica do sistema hospitalar e asilar, entrada no aparelho de Estado e primeiras experiências de humanização e controle da hospitalização e da rede ambulatorial em saúde mental” (VASCONCELOS, 2008, p. 32); b) segunda grande fase, que ocorreu de 1992-2001 de “implementação da estratégia de desinstitucionalização, consolidação do movimento da luta

antimanicomial e impacto do avanço neoliberal” (VASCONCELOS, 2008, p. 35).

O período seguinte, terceira grande fase da Reforma Psiquiátrica no Brasil, (2001 a 2010) é analisado em duas obras do autor. Na obra “Abordagens Psicossociais – Volume II: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e das Lutas Populares” o autor trata desta fase, a referindo de 2001 aos dias de escrita da obra (2008), intitulada como: “Consolidação da hegemonia da rede de atenção psicossocial, da ampliação de uma agenda política em saúde mental, de divisão do movimento da luta antimanicomial em tendências e de impacto das limitações neoliberais do governo Lula” (VASCONCELOS, 2008; p. 38). Em 2016, na obra “Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social”, o autor retoma esta fase aos anos de 2001 a 2010, e inclui uma quarta fase, que se inicia em 2010, e está em curso nos dias atuais (2017).

Pontua que última fase se caracteriza por “desafios crescentes e retrocessos gerados pela crise progressiva induzida pelas políticas neoliberais e pela recessão econômica mundial do final da década e pelo desinvestimento nas políticas sociais em geral e particularmente no SUS” (VASCONCELOS, 2016, p.41).

Uma vez que a terceira e quarta grande fases dos processos da Reforma Psiquiátrica brasileiras compreendem o período de interesse deste estudo, o percurso das transformações da atenção em saúde mental de Criciúma/SC serão contados e analisados em paralelo aos movimentos macro políticos apontados por Vasconcelos (2008; 2016) e juntamente aos demais autores estudados para a realização dessa pesquisa.

Ao analisar as narrativas, documentos e notícias do período de 2001 a 2016, sobre a atenção em saúde mental no sistema público de saúde em Criciúma/SC, ao analisarmos os dados coletados, constatamos a necessidade de dividir este percurso em três períodos, expressos na figura 1. Tais períodos foram construídos com base nas características mais gerais que os marcaram, sendo eles: Período 1 (2001 – 2007): Transformações iniciais na assistência em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização em Criciúma/SC; Período 2 (2007 – 2013): Desafios para formação da Rede de Atenção Psicossocial de Criciúma no SUS, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira ; Período 3 (2013 – 2016): Mudanças no modelo de gestão municipal em saúde mental e a crise dos “leitos psiquiátricos”: na contramão da Reforma Psiquiátrica.

Figura 1 - Linha do tempo da atenção em saúde mental de Criciúma/SC no período de 2001 a 2016 (João está alterando)

LUTA ANTIMANICOMIAL NAS TRANSFORMAÇÕES INSTITUCIONAIS NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE CRICIÚMA/SC – 2001 A 2016		
PERÍODO 1: "Transformações iniciais na assistência em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica em Criciúma/SC"	2001	2001: primeiras ações na perspectiva da Reforma Psiquiátrica / participação de estudantes no V Encontro Nacional do MNLA
	2002	
	2003	
	2004	2004: Implantação do CAPS II
	2005	2005: transição dos psicólogos da antiga URSM para a atenção básica em saúde
	2006	2006: transição do ambulatório ad (álcool e drogas) com foco implantação do CAPS ad
PERÍODO 2: "O desafio da formação da rede de atenção em Saúde Mental do SUS, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira"	2007	2007: Implantação do CAPS ad
	2008	
	2009	2009: Implantação do CAPS III
	2010	2010: Implantação do GRIT/SOMAR / implantação do NUPREVIPS
	2011	2011: Implantação do CAPS I
	2012	2012: Implantação do Consultório na Rua
PERÍODO 3: Mudanças no modelo de gestão municipal em saúde mental e a crise dos "leitos psiquiátricos", na contramão da Reforma Psiquiátrica	2013	2013 – mudança de olhar na gestão / movimento de protagonismo da associação de usuários
	2014	
	2015	2015 – Inserção da organização ACR com o desenvolvimento do projeto "Tecendo a Rede"
	2016	2016 - Surgimento dos leitos privados em psiquiatria

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2017.

4.1 PERÍODO 1 (2001 A 2006): TRANSFORMAÇÕES INICIAIS NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CRICIÚMA/SC

O início da década de 2000 é marcada pelo cenário nacional de efervescência da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A aprovação da lei 10.216 em 2001, que tramitou por 12 anos até sua aprovação, foi encarada como importante conquista do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e do movimento em defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A lei “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental” (BRASIL, 2001).

Em relação a este período, identificamos que, de 2001 a 2004, no município de Criciúma, a assistência em saúde mental pelo SUS se dava a partir das internações psiquiátricas, e com atendimentos ambulatoriais na Unidade de Referência em Saúde Mental (URSM). O ano de 2001 é marcado pela entrada de profissionais no serviço ambulatorial que iniciaram um processo de crítica ao modelo posto, que foi se fortalecendo juntos aos eventos científicos realizados na cidade e no estado de SC, como os Seminário de Luta Antimanicomial realizado na Unesc, e os encontro do Fórum Catarinense de Saúde Mental. Estes eventos serão

mais bem detalhados no decorrer do texto. Além disso, encontramos estudos do período que também colocaram em cheque o dispositivo manicomial existente.

A trajetória do Hospital Psiquiátrico entre os anos de 1968 e 2010 foi estudada por Mendes (2001). Sua pesquisa revelou que as novas concepções de saúde mental do período estavam presentes na escolha do nome da instituição, ao identificá-la como “Casa de Saúde” à proposta tradicional de “Colônia”. Uma das questões apontadas neste sentido é a inclusão no Projeto Terapêutico da instituição a Terapia Ocupacional, considerada uma inovação para época. Revelou também, as denúncias de maus tratos (violência física), o discurso do saber científico como justificativa para práticas violentas, a desqualificação do sujeito dito louco associado a falta de razão, a tradição de sequestro da instituição de acordo com as ideias de Michel Foucault, o uso da eletroconvulsoterapias e da insulino terapia até 1985 de forma indiscriminada e sem descrição terapêutica definida. Além disso, revela o estigma sofrido pela comunidade do distrito do Rio Maina, que pejorativamente vem sendo identificada como lugar de loucos perigosos (MENDES, 2001).

Na mesma perspectiva, Nunes (2005), analisou o papel da instituição psiquiátrica, como lugar de manutenção de ordem social, e das práticas psiquiátricas enquanto ferramenta de poder/saber, expressas em uma lógica de medicalização no campo da saúde, evidenciado no contexto de pesquisa. Em sua análise concluiu: “A função social da Casa de Saúde Rio Maina, segue a lógica histórica percebível nos mais diferentes tipos de instituição asilar. A função de tratar, asilar e retirar das ruas os excluídos por nossa sociedade se mantêm presente com eficácia” (NUNES, 2005, p. 37).

Este primeiro período referente as transformações na atenção em saúde mental no município de Criciúma é marcado pelos seguintes eventos: a) entrada de profissionais (enfermeira, psiquiatra e assistente social) na URSM, promovendo as primeiras mudanças nas práticas de cuidado em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica; b) reconfiguração do modelo de atenção as pessoas com necessidades decorrentes do uso problemático de drogas, com a ampliação da equipe e mudança de endereço, com vistas a implantação do CAPS ad II; c) implantação do CAPS II do município contemplado na política nacional de saúde mental; d) transformação no modelo de atendimentos dos profissionais de psicologia com a transição destes do ambulatório (URSM) para as unidades de saúde. A contextualização dos serviços e os processos iniciais de cada um destes eventos serão detalhados no decorrer do trabalho.

4.1.1 Ano de 2001 - Unidade de Referência em Saúde Mental (URSM): tensões relativas a construção de um espaço interdisciplinar com vistas a integralidade

A URSM atendia a população de Criciúma em formato ambulatorial, ofertando atendimentos de psicoterapia individual e em grupos, para crianças, adolescentes e adultos. Além disso, ofertava atendimentos destinados às pessoas com problemas decorrentes de uso ou abuso de drogas. Este último será abordado a seguir, uma vez que, apesar de ocuparem o mesmo espaço físico, eram configurados por equipes diferentes. A sede da URSM era localizada no centro da cidade, na praça Nereu Ramos, R. Conselheiro J.A. Zanette, n. 30.

Os atendimentos de psicologia foram registrados pelas participantes da pesquisa, apontando o caráter tradicional de psicoterapia clínica, com atendimento prioritariamente individualizado, abordando as propostas de grupos existentes por categorias diagnósticas, como grupo de mulheres com depressão, ou grupos de pessoas com ansiedade por exemplo. Para tanto, existiam 5 psicólogos, que atendiam a demandas de todo o município e uma profissional do serviço social.

A entrada de novos profissionais da enfermagem e da psiquiatria, foram disparadoras para o início das primeiras investidas de tentativas de transformação das práticas ofertadas, na perspectiva de interdisciplinaridade em saúde mental. Este processo ocorreu a partir de tensões, conflitos, desafios e descoberta de potencialidades. As primeiras tensões geraram em torno da adaptação, com a entrada destes novos atores de outras áreas, de acordo com as narrativas de Esperança:

[...] eu pedi então para trabalhar no ambulatório de saúde mental [...] A adaptação foi bem difícil, foi bem complicado! Eu meio que trabalhava isolada dos psicólogos. Os pacientes deles não, não vinham pra mim. [...] E aí nesse período, veio um psiquiatra para o ambulatório! Daí a equipe aumentou já, um psiquiatra, um enfermeiro, um assistente social. E a gente começou a trabalhar com grupos [...]. Para registrar, eu fiz o meu prontuário, eu tinha uma gaveta lá, um armário, onde eu colocava os meus prontuários, para acesso de todos. [...] a gente fazia o acolhimento, e eu fazia a consulta de

enfermagem. E aí ele (o usuário) já ia para o psiquiatra com uma história bem completa, e, o psiquiatra adorava! E aí começamos a ter, esse, esse diálogo, assistente social, psiquiatra e enfermagem...[...] a psicologia não... a psicologia (ficou) alheia. (Esperança)

Este processo provocou a construção de novas estratégias de cuidado. Verificamos isso no apontamento sobre a organização de outras propostas de grupo para além das psicoterapias, coordenados por profissionais da enfermagem e do serviço social. A participante descreve esse processo da seguinte forma:

[...] e aí começamos a pensar “pô, mas tá tanto tempo de espera, ela tá com sofrimento, quem sabe a gente começa a trabalhar com grupos”. E eu comecei então, eu e a assistente social começamos a formar grupos [...]. A gente sentava todas as segundas-feiras, numa sala no chão, e, contava como tinha sido a semana, quais eram as angústias, o que estava afligindo cada uma delas [...]. Muitas pessoas desistiram de ir para o psicólogo: “ah eu não vou mais, eu não preciso mais, eu prefiro ficar aqui no grupo conversando”. Fizeram um grupo entre elas, de amigos, ir em churrasco, ir uma na casa da outra, enfim, ... foi uma experiência bem legal! [...] E aí a psicóloga, me convidou para participar com ela, de um grupo com pais, das crianças. (Esperança)

Em 2005, entram novos profissionais a partir do concurso público realizado em 2004. Este movimento impulsionou as transformações das práticas locais, ampliando a compreensão acerca do papel do URSM em sua relação com a atual política nacional de saúde mental. Neste momento, iniciava-se o processo de reconfiguração da gestão municipal de saúde e de saúde mental, que teve direto impacto neste serviço. Uma das participantes da pesquisa, que entrou no cenário em questão neste momento avalia o papel da URSM a partir de suas vivências, da seguinte forma:

Em relação aos usuários era, bem tranquilo assim sabe? O atendimento, prestado lá era um

atendimento eu tenho hoje como um atendimento de qualidade. [...] na verdade assim ó, se a gente pensasse “lá era a estrutura ideal”? Com certeza não. Não tinha aquela certa privacidade. Não tinha muitas coisas. [...] a acessibilidade era bem ruim. Era no último andar, em termo de estrutura física, deixava muito a desejar. [...]. Na psicologia era agendado, por outro lado assim, pessoas que precisavam de um serviço de urgência não davam conta, não tinha, por que era bem modelo de clínica. (Joana)

O formato de atendimento, não dava conta das demandas apresentadas no período, verificado pelas profissionais quando pontuam as filas de espera, a falta de articulação com outros serviços da rede tanto na saúde quanto em outros setores. Além disso, avaliou a incipiente articulação interdisciplinar no próprio serviço.

De modo geral, o serviço reproduzia o modelo privado de clínica psicológica tradicional e buscava avançar para proposta multiprofissional. Contudo os principais desafios do período giraram em torno das divergências na forma de compreensão do papel da URSM, entre uma atuação do serviço de psicologia influenciada pelo modelo privatista de atendimentos, e a política nacional de saúde mental (reformista) que priorizava o atendimento comunitário e interdisciplinar. Joana avalia este contexto da seguinte forma:

[...] Era uma equipe que já tava há muito tempo na rede, e que aprendi muito assim. [...] eu lembro que na época o coordenador me acompanhava assim no início, nos atendimentos, nos acolhimentos eu acompanhava ele, eu fazia a supervisão depois com ele de casos. [...]. Claro, que apresentava algumas dificuldades, tinha algumas coisas que precisavam ser mudadas. [...]. Eu lembro que a gente tinha lá um grupo de mulheres, (eu) fazia com o outro psicólogo, que a princípio era um grupo para tratar sobre ansiedade, mas que vinham várias questões do mundo mesmo, feminino, dificuldades né? Então onde elas saíam do seu local para vir para o centro, e isso de um lado facilitava por que?

Muitas não queriam que os outros soubessem que elas estavam tendo esse tipo de cuidado, por outro lado, as vezes dificultava o acesso (Joana)

Além disso, no mesmo espaço funcionava o ambulatório de dependência química. A equipe era composta por um psicólogo e uma assistente social. A estrutura de funcionamento apresentava diversas dificuldades para ofertar assistência as pessoas em uso problemático de drogas. Assim como abordado em relação as demais ofertas da URSM, a falta de acessibilidade foi a principal dificuldade apontada, além da percepção do preconceito e da dificuldade de fluxo de atenção que privilegiasse o acolhimento nos momentos de necessidade dos usuários. As colaboradoras referem estes aspectos da seguinte forma:

Nessa época, já tinha também, ali no ambulatório, uma equipe trabalhando com dependência química. Que era um psicólogo e uma outra assistente social. Porque também a questão da dependência química estava borbulhando, estava aumentando, e aí então resolveram chamar um psicólogo para trabalhar especificamente as questões da dependência química [...] (Esperança)

A dificuldade que a gente tinha um pouco maior, pela questão do público de dependência química existia um certo preconceito [...]. Por que era um público que as vezes ele quer ir fazer um tratamento, mas ele não quer que ninguém saiba, ele quer a sua privacidade, ela quer manter sua identidade, então daí eram só dois profissionais, o psicólogo não era 40 horas. Então era meio que a equipe não dava conta da demanda, que não conseguia fazer nos acompanhamentos, como deveria, por ser uma demanda que né? As vezes chega, na hora você precisa já atender na hora, acolher na hora. E as vezes tinha essa dificuldade que não conseguiam fazer isso (Joana).

Percebe-se que a influência do modelo biomédico, e dos modos de atenção no campo privado, influenciam os modos de atuação dos profissionais da URSM. As críticas a este modelo mobilizaram as

primeiras transformações na atenção em saúde mental no município, com foco em construções baseadas na perspectiva do SUS, e da Reforma Psiquiátrica. As motivações para a compreensão quanto as necessidades de mudança do modelo são avaliadas da seguinte forma por uma participante da pesquisa:

Tinha uma fila de espera que também não cabia em termo de saúde mental, dificultava o acesso das pessoas, o acesso das pessoas era difícil, era um formato de clínica, de ambulatório que talvez não era o que a população necessitava mais naquele momento. Então assim, em termo de serviço eu entendo que precisava de mudanças apesar de ser uma equipe boa. (Joana)

Estas transformações ocorreram em duas vertentes. De um lado com o processo de implantação do CAPS II, e de outro lado, com o processo de transição da URSM redirecionando os psicólogos para as unidades de saúde. Este redirecionamento dos atendimentos de psicologia é compreendido pelas participantes, ora como transição de modelo, ora como desmonte do ambulatório. Além disso, deste movimento surge a proposição do projeto de implantação do CAPS ad. Ambos serão mais bem detalhados a seguir.

4.1.2 Ano de 2004 - Implantação do CAPS II: buscando superar o modelo de cuidado manicomial na realidade de Criciúma

O Centro de Atenção Psicossocial CAPS II, inaugurado em 30 de abril de 2004, teve como primeira sede uma casa na rua São José n. 528, onde funcionou até 2006, no centro da cidade, há uma quadra da Praça do Congresso. Foi o primeiro serviço de saúde mental do município de Criciúma a ser implantado a partir da proposta de política nacional de saúde mental com base na ideia de desinstitucionalização. Sua regulamentação se deu a partir da portaria 336/GM de 2002 do Ministério da Saúde. De acordo com o banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, o serviço foi habilitado em julho de 2005 a partir da portaria SAS 385, de 05 de julho do mesmo ano (BRASIL, 2018).

Em 2004, ano de inauguração do CAPS II de Criciúma, o Brasil possuía 295 CAPS implantados ou em processo de implantação (BRASIL, 2015). O processo de implantação ocorreu motivado pelo

desejo de construir um dispositivo que contemplasse a compreensão de desinstitucionalização das pessoas com trajetória de internação psiquiátrica na Casa de Saúde Rio Maina. Além disso, buscava-se construir novas formas de cuidado que superassem as do modelo ambulatorial. Neste sentido, os protagonistas deste processo, evidenciaram as primeiras barreiras impostas pelo preconceito, referentes a possibilidade de atender em liberdade, as pessoas consideradas loucas.

Os participantes da pesquisa não conseguiram informar o período exato do envio do projeto ao MS, e o projeto de implantação do serviço não foi localizado. De todo modo, as informantes identificam como se deu a movimentação inicial quanto a formação das primeiras equipes do CAPS II. Referem que a organização iniciou na URSM, e a equipe foi se ampliando no processo de implantação do serviço, que atuou tanto no planejamento, como na organização das atividades, rotinas, projetos terapêuticos, sendo que esse período foi descrito por Esperança da seguinte forma:

Éramos então, eu, a S.V, o T.H psiquiatra, a M.P.B psicóloga, dois técnicos de enfermagem, que foram contratados. E aí teve uma coordenadora, [...] ela tava vindo, do Rio Maina, [...] e, enfim [...]. Contratamos uma terapeuta ocupacional. Contratamos uma artesã, uma higienizadora, e uma cozinheira. Motorista [...] Começamos, do nada, sem saber muito o que que a gente ia fazer. Ficamos 15 dias, só em equipe, estudando, e, organizando instrumentos de anotações, e, (suspiro). Eu tinha uma coisa comigo, eles até me questionavam: “Ah! Mas, quem sabe a gente vai conhecer algum serviço”? E eu pensava assim: “não, eu quero que o CAPS de Criciúma, tenha a cara de Criciúma, eu não quero copiar, outro serviço. Porque cada serviço tem a sua identidade. Cada realidade é diferente”. Então, “não! vamos tentando. Vamos fazer. Se não der a gente volta atrás. Mas vamos fazer! Vamos aprender juntos”. E foi bem legal assim. Claro! Tinha brigas, tinha discussões, tinha conflitos. (Esperança)

A busca pela inclusão social dos usuários apontada pelos participantes é ilustrada na imagem a seguir. A foto trata de um momento

de utilização do espaço público, de interação entre equipe técnica, ao tempo em que retrata a importância do local onde o serviço foi implantado – acessível à cidade. Este momento ocorreu no primeiro ano de funcionamento do CAPS II.

Figura 2 – Fotos de usuário e trabalhadores do CAPS II em atividade de descontração na Praça do Congresso (João está melhorando efeito da imagem)



Fonte: arquivo CAPS II

Após a inauguração do serviço, a equipe foi ampliada. Cerca de um ano depois, após mudança de governo no município, ocorreu uma nova configuração. As participantes lembram quem eram os trabalhadores neste período:

[...] me lembro na coordenação a V.S. trabalhava a N. zelava pela higiene do local. Tinha uma senhora na cozinha, dona V. eu acho. Tinha a A.L como enfermeira, e a N.K como técnica de enfermagem, trabalhava no período da manhã. Tinha uma psicóloga que eu lembro bem, a G.Z. Na recepção a S. que era uma estagiária. Veio o D., que depois veio a ser o coordenador daqui. Assistente social era a S.V. E depois foi trocando

assim então. A oficina terapêutica era a F. Tinha a V.. Depois veio a C.L. E o Dr. T., eu acho que sempre foi, do início ao fim, entrava as oito e só saía as seis (dezoito horas). E provavelmente eu tô esquecendo de alguns que agora não vem na memória. Depois foram né? Trocando em seguida quase toda a equipe foi mudando. (Cacau)

[...] em 2005, tinha a D. tinha o J.A, que era muito prestativo; tinha a G., que eu demorei para descobrir que era psicóloga. Eu pensava que ela era recepcionista, porque ela estava sempre ali recebendo, e atendendo; Aí tinha a, cozinheira, a da limpeza, A N. bem carinhosa com todo mundo sabe? [...] assistente social depois, era a D.F., mas eu não sei se tinha outra antes dela, deixa eu ver, de farmácia; aí tinha a outra N. que era técnica de enfermagem, [...] A A.L. era a enfermeira, atendia todo mundo muito bem, e fazia festa, e dançava com eles lá atrás, era só uma festa[...] eu lembro assim que era uma equipe bem boa, prestativa assim sabe? Bem legal. (Vitória)

A organização do serviço ocorreu num contexto de abertura as ideias reformistas, ao mesmo tempo em que parte da equipe mostrou-se resistente a as transformações em andamento. As reuniões de equipe foram apontadas como espaço privilegiado para discussão das divergências de compreensão sobre como conduzir o processo de trabalho, de organização do serviço, da proposição de projetos terapêuticos, de articulação com para os encaminhamentos junto gestão municipal, e principalmente, de discussão sobre as divergências de compreensão e modos de cuidado e de olhar sobre os usuários.

Avaliamos que a inexistência de um processo seletivo ou concurso público específico gerou fragilidade na composição da equipe, que na sua grande maioria era composta por colaboradores que entraram via contrato temporário. As brigas, conflitos e discussões apontadas, referem a necessidade de afinar-se discursos e práticas dentro do CAPS, compreendido naquele momento como um serviço complexo, sem referências concretas, e com multiplicidade de profissionais de diversas áreas. Por fim, verificamos a insegurança de alguns técnicos que não se

sentiam preparados para o desafio posto. Esta questão é narrada pela entrevistada:

Era tudo novo. As pessoas que estavam ali também a maioria eram muito novo, claro que, já tinha pessoas que tinham experiência com saúde mental né? Alguns ali sim. Mas assim, lembro de uns episódios assim muito loucos de profissionais, não conseguem lidar com o usuário sabe, nem na hora de um acolhimento né? eles tinham medo! [...] tinha profissionais que: “nossa! Imagine, como é que eu vou acolher”? (Cacau)

O papel dos gestores da época, tanto da coordenação municipal de saúde mental representado pela psicóloga R.K., como do secretário de saúde, o médico O.P, foram decisivas para a implantação do CAPS II. Apoio da gestão descrito pela colaboradora encontra-se a seguir:

Na (gestão municipal da) saúde mental era uma psicóloga, que comprou a ideia, ela também tinha essa visão mais social da, do transtorno mental, e não só a doença. Ela também entendia que a “doença” não era manifestação apenas de um... desarranjo orgânico, mas que tinha todo um, um envolvimento social, e político e familiar, que contribuía para esse... esse, desarranjo. E, aceitou a ideia, levou pro secretário, o secretário aceitou, ... e implantamos o CAPS! (Esperança)

Neste sentido, gestão e equipe encontraram alguns desafios iniciais, sendo o principal o preconceito relacionado ao estigma que as pessoas com sofrimento psíquico possuíam:

[...] nós tivemos uma discussão pra alugar a casa [...] o secretário de saúde, quis ver a casa, e quando ele viu que era no Pio Correia ele quis me degolar. Porque ele dizia assim: “o bairro não vai aceitar isso, aqui é um bairro de gente rica! Botar um serviço (risos) de saúde mental aqui! Eles vão nos trucidar”! E, e aí não colocamos lá.

Mas alugamos no centro, de Criciúma. E depois aí, conversando com a R., uma pessoa muito aberta, explicando pra ela que o objetivo era justamente esse, era trabalhar a sociedade para desestigmatizar, enfim. [...] ela com outra mentalidade, com outro olhar, foi quem nos ajudou muito, a quebrar muitos paradigmas dentro da secretaria de saúde. Porque o preconceito era muito grande... (Esperança)

Verificamos que a principal facilidade deste processo, foi a compreensão ou descoberta de que este modelo novo, desafiador, apontava para ganhos que geravam paixão e o espírito de coletividade verificado junto aos profissionais nos períodos iniciais, segundo a colaboradora:

E as pessoas começaram a se apaixonar. Aquelas pessoas que não acreditavam, muito, que aquilo era possível, que só tinham uma visão assim, clínica. O psiquiatra nosso, ele passava o dia todo no CAPS, ele não ia nem em casa almoçar, e ele andava no pátio com as pessoas, a gente almoçava junto com os pacientes [...] no CAPS II que foi o primeiro, que começou, que a gente não sabia nada. [...] tinha noção claro! Mas, não, não tinha experiência, a construção se deu em conjunto, não foi uma pessoa só que ditou, que disse "vai ser assim"! Não, a gente foi tentando, consertando, e, e tentando, então foi uma construção conjunta, não foi de um só. Eu acho que esse apoio da equipe foi fundamental! (Esperança)

As relações entre serviço e familiares foi se desenhando dentro de uma expectativa de transformar as relações entre usuários e familiares, entre a forma como estes se relacionavam com os usuários diante das internações psiquiátricas, buscando incluir os familiares no serviço, com vistas a evitar-se novas internações. Para tanto, desenvolveu-se as seguintes estratégias:

A gente começou a trazer a família, pra dentro do serviço, fazer grupos com os familiares e

dizer “olha o que que é, o que que tá acontecendo como teu filho, com o teu irmão, com o teu pai, com a tua mãe, e como que é isso”, e com eles mesmo: “o que que vocês tem, como é que vocês, lidam com isso, é o, os medicamentos que vocês usam, porque que tem que tomar, porque que não tem que tomar”, ah, enfim, a relação foi totalmente diferente. (Esperança)

No início [...] eram menos usuários, e eles eram mais assim, desprovidos das famílias, eu acho que era pouco, a gente tinha menos, já existia né? Na época os grupos de famílias, então já era um contato que a gente tinha com alguns que iam naquele grupo de família. (Cacau)

O CAPS II apresentou novos olhares e uma novas formas de cuidar das pessoas com sofrimento psíquico. Verifica-se que mudanças propostas nas práticas cotidianas do serviço foram desenvolvidas com intuito de promover autonomia, levando em consideração as questões de respeito a subjetividade e a dignidade dos usuários. Estes aspectos são enfatizados em algumas narrativas:

Teve uma época que eles é, teve um, um embate assim bem ferrenho, porque (profissionais) resolveram colocar uma, uma parede de isolamento entre a cozinha e, o refeitório. E aí fizeram uma janelinha, e as pessoas para pegar alimentação, elas ficavam em fila, e levavam o prato na mão, chegavam ali a cozinheira estava do outro lado. Eles entregavam o prato, a cozinheira enchia o prato com cada alimento que tinha, eles pegavam o prato, sentavam, comiam. E, e aquilo me incomodava muito [...]. E aí nós compramos um buffet daqueles. A cozinheira fazia a alimentação, colocava ali, e cada um ia ali e comia o que queria, se servia. E, tinham pacientes que estava assim, há muito tempo internados, e que começaram a frequentar o CAPS, e que nunca mais internaram. Eu lembro de uma festa de final de ano, que um usuário disse que, depois de 20 anos, era a primeira vez

que ele tinha visto os fogos de fim de ano. Porque, há 20 anos ele passava as noites de natal internado (Esperança)

[...] os profissionais que tinham ali, eu via eles receberem todo mundo muito bem. Aí, já levaram para sala de acolhimento, não tinha agendamento de acolhimento, a pessoa chegava e já levava para ser ouvida e acolhida, aquilo ali era muito bom. [...]. Naquela época era assim, precisou, vai ser socorrida. Vai ser ouvida. E aí não era só o psicólogo que fazia o acolhimento, tinha aquela questão de que eu os outros profissionais também faziam. [...] Comia-se bem, eles tinham tempo para jogar a cartinha deles, quem não queria lá, “não quero fazer artesanato”, “ah, ficar um grupinho lá, joga um baralhinho”. “Não tem um baralhinho lá, mas tem a oficina, a psicoterapia”. “Vamos pro grupo”. Era muito legal assim, eu via que todo mundo era bem atendido. Bem atendido mesmo. [...]muitos usuários, eles se vestiam, eles colocavam uma, não sei te explicar, mas eles se diziam que eram da prefeitura, [...] era interessante, saber que lá todo mundo era igual [...]. Todos, ninguém era diferente ali. E eu gostei também de saber que existia um grupo de cidadania, que aí era o momento em que eles, que os participantes colocavam o que pensavam, o que que poderia melhorar aqui, melhorar ali, que eles tinham voz, né, eu achei muito interessante. (Vitoria)

Nesta perspectiva, a equipe técnica considerava que o cuidado não era apenas de domínio de psiquiatras ou psicólogos. Diferente do modelo que vinha sendo criticado, nesta conjuntura, o CAPS II era visto pelos participantes como um serviço de acolhimento, de apoio para situações existenciais, e de convivência entre equipe técnica e usuários.

As estratégias apontadas pelos participantes tinham como intuito promover autonomia compreendida como potencialidade para o exercício da cidadania, para além da melhora de sintomas. Alguns momentos que retratam estes aspectos, são verificados na fala a seguir:

Então, eu acho que... aí, foram tantas (lembranças) (Silêncio) [...] os carnavais que a gente fazia, as festas, as comemorações, os aniversários, as festas de Natal, Copa do Mundo, assistir futebol, assistir os filmes, com pipoca, todo mundo sentado na sala comendo pipoca, né? sentada no chão, do lado deles, isso, isso me (suspiro) [...]. Eu lembro que as vezes a gente ficava né "será?", "Será que a gente faz?", vamos fazer, vamos fazer, e deixávamos usuário ir sozinho pra casa de ônibus, o, né? Meu Deus! Quantas coisas a gente, quantas barreiras nós quebramos, e aí! Quantas tentativas deram certo (Esperança)

Além da busca por configurações do cotidiano do serviço, a busca pela promoção do exercício de cidadania dos usuários se deu com a participação no IX Encontro Nacional de Usuários e familiares do Movimento de Luta Antimanicomial. Esperança lembra deste momento:

Eu lembro quando vocês, botaram os usuários num ônibus e foram pra São Paulo. E as pessoas, ninguém entendia como isso podia acontecer, e a gente acreditava que podia, e, e tanto podia como aconteceu, né? e isso foi muito bonito (Esperança).

Esta participação ocorreu em 2005, na Universidade de São Paulo (USP), na qual participaram dois técnicos, uma estagiária e 13 usuários do serviço, que viajaram para o encontro junto com outros municípios (Florianópolis, Blumenau e Joinville) formando a delegação de SC. Para a realização da viagem, foi realizado um Café Colonial nas instalações do CAPS II. O evento foi organizado pela equipe, contou com a parceria do comércio local, por meio de doações de bolos, pães e salgados e outros alimentos, e teve a presença dos usuários junto aos seus familiares e amigos. A venda dos ingressos para o Café Colonial no CAPS II ajudou a custear as despesas da viagem e se constituiu em importante momento de confraternização, socialização e desinstitucionalização.

Figura 3 - Fotos da Café Colonial nas dependências do CAPS II – com a presença de usuários, familiares, técnicos e comunidade em geral - 2005



Fonte: Arquivo digital disponibilizado pelo CAPS II, 2005.

O processo inicial do CAPS II, é considerado pelos participantes da pesquisa, como um período de aprendizados e de ousadia. Aprendizados uma vez que, apesar de se saber que outros locais realizavam ações de cuidado em liberdade a partir da inauguração dos CAPS, havia uma preocupação constante na equipe sobre como lidar com o novo. O perigo iminente de uma crise que saíria do controle parecia sempre rondar. Junto a este medo, a desmistificação do louco fazia com que diversos trabalhadores passassem a se apaixonar (nas palavras de Esperança e Vitória) por este campo de atuação.

Essa paixão mobilizou postura mais ousada da equipe, que passou a compreender o potencial de cuidado em liberdade do serviço, apostando assim em atividades culturais, de lazer, valorização das assembleias gerais como espaço dialógico e de empoderamento dos usuários. O surgimento do CAPS II foi de grande importância para recolocar o papel social dos usuários, que passaram a transitar pela cidade, oras com o transporte do CAPS, ora aprendendo a usar o transporte coletivo e passar a usá-lo com tranquilidade.

Para lidar com a diversidade de compreensões e possibilidades de formas de cuidar, as reuniões de equipe eram o lugar de des/construção de conceitos que permitiram os avanços descritos. Como as formas de servir a refeição, o modelo de acolhimento (diferente de triagens), a realização de eventos e viagens, entre outros.

Numa linha histórica, o próximo movimento nas transformações da atenção em saúde mental no município, ocorreram na tentativa de transformar o ambulatório de saúde mental (URSM) em um serviço de atenção em psicologia / saúde mental na atenção básica.

4.1.3 Ano de 2005 - Os desafios da descentralização dos atendimentos de psicologia em Criciúma/SC: inserção dos psicólogos na atenção básica em saúde.

O modelo de atendimento ambulatorial realizado na URSM, passou a ser questionado não apenas enquanto resolubilidade, mas também pelo viés biomédico que o caracterizava. As estratégias de reorganização no ano de 2005, tinha como base a ideia de descentralizar o cuidado em saúde mental no município de Criciúma. Este processo foi realizado marcado por tensões e conflitos que envolveram duas principais questões: a) a cristalização das práticas de atendimento psicológico no modelo europeu, elitista e incompatível com os ideais do SUS e da Reforma Psiquiátrica; b) a troca de governo e os conflitos políticos partidários, que caracterizaram o projeto como desmonte e/ou desqualificação de cargos e pessoas.

[...] existia um momento político muito complicado, [...] assim ó, muita tensão! E daí claro que cada governo, hoje eu entendo que cada governo que vem, ele quer fazer as suas mudanças, deixar as suas marcas. Mas em termo de processo foi um processo bem difícil. [...] teve todo um processo de desmontar o serviço. [...] para as pessoas que já estavam ali há muitos anos, bem ruim, por que não houve também uma questão assim ó, de tentar negociar assim [...] havia também uma resistência de não querer sair. Então assim teve muito conflito [...](Joana)

[...] na época resolvemos dar um outro formato pra saúde mental, então “sair desse pedacinho, essas quatro paredes”, e “vamos expandir, a saúde mental, vamos começar a construir saúde mental, na atenção básica”. E considerando que saúde mental, e isso incomoda muito, não é feita por psicólogo e psiquiatra somente. Esses psicólogos vão para as regionais de saúde”. (Esperança).

As motivações para a transição são identificadas pelas participantes como uma tentativa de mudança de olhar, caracterizado

como uma proposta idealista/reformista. Neste sentido, os entraves mais visíveis para as colaboradoras estão relacionados a compreensão do papel dos psicólogos na saúde, e mais especificamente na atenção básica em saúde. A descentralização gerou angústias referentes a um processo de adaptação, diante de uma nova lógica de conceber e praticar cuidados em saúde mental.

Avaliamos que o formato inicial de trabalho dos psicólogos na URSM reforçava a conduta tradicional de psicoterapias, ofertando aos psicólogos uma concepção de superespecialista. Nesta perspectiva, ampliar o olhar para a possibilidade de intervenções em saúde mental e/ou psicologia comunitária exigia destes profissionais esforços de mudança de olhar, de uma conduta apenas curativa, para pensar e inventar para além destas, ações de prevenção e promoção de saúde integral e saúde mental.

Sobre as atividades iniciais dos profissionais de psicologia na atenção básica, as participantes avaliam:

[...] o ambulatório tinha identidade, que talvez não era a condizente com o movimento em saúde mental da época, mas eles tinham uma identidade. Quando os psicólogos foram descentralizados, cada um, não teve assim um direcionamento, conversas em grupo, “vamos formar nossa identidade enquanto profissão?” “Não”. Cada um montou a sua identidade própria, [...] eu acho que a motivação foi bem idealista assim, de que o modelo que o município oferecia na época, não era um modelo que estava de acordo com o que o Ministério da Saúde preconizava, do que a reforma psiquiatria preconizava [...]. E de entender que o serviço centralizado como estava, ele não dava conta de atender a população [...] eu acho que mudou bastante, eu acho que teve várias mudanças positivas nesse sentido, se criando aí um outro olhar pra essa demanda. [...] foi um processo marcante, foi difícil de fazer [...] mas eu acho que precisa precisava ser feito (Joana)

[...] eu avalio que (a transformação) foi muito positiva, embora com muita resistência de alguns profissionais, mas na época já tinha

também a D., que foi também pra atenção básica, depois pra formar essas equipes, e, o J.A., [...] e aí, consegui, eu acho que, mostrar, que não consegui transformar, mas consegui mostrar, como se faz, e que é possível fazer [...] (Esperança)

Tratou-se, portanto, de um período de “inauguração” de um novo cenário de práticas pelas/os profissionais de psicologia. Joana verifica este movimento como de construção de novos saberes e fazeres, articuladamente a desmistificação do papel de psicólogas/os nas equipes de saúde nas UBSs/ESFs. Ela relata como foi seu processo de inserção:

Hoje eu converso com as meninas que tão aqui, que entraram nos últimos concursos e que ainda as vezes tem algumas queixas “ah não temos material”, “ah nós não temos capacitação, não temos um treinamento permanente, pra gente se atualizar”. Eu digo: “pois é pessoal, quando eu fui chamada no concurso, quando eu fui parar no 24hs da Próspera, não existia uma sala, ninguém sabia o por que é que [...] eu estaria sendo encaminhada pra lá, [...] e muitas pessoas não sabiam qual era o papel do psicólogo, o que o psicólogo ia acrescentar na equipe [...] acho que um ano depois [...] ganhei uma sala mais decente, daí já era uma sala de uns 20M², tinha armário com chave, armário sem chave, tinha um lugar para colocar os materiais pro grupo. Fui fazendo minhas parcerias dentro do serviço, por que era um grande ambulatório [...] aos poucos eu fui conversando, começando a fazer minhas parcerias com a assistente social, com a enfermeira, com os médicos psiquiatras, [...] época inclusive eu tinha 2 vagas por semana pra inserir pacientes de urgências quando precisava de consulta. Daí comecei a desenvolver o trabalho nas outras unidades de saúde, então depois de um tempo eu já tinha assim uma parceira bem legal com os médicos nos ESF. (Joana)

Os principais ganhos deste processo, foi possibilitar em alguns espaços, que os psicólogos assumissem o seu importante papel de articulador das ações de promoção e cuidado em saúde mental no território. Ao compreender as formas como estes processos poderia se dar, as transformações ocorreram a partir de: a) qualificação do acesso a usuários que não procurariam o atendimento; b) mobilização de estratégias construtoras de redes solidárias de apoio mútuo nas comunidades, ou seja, de estratégias não medicalizantes de atenção em saúde mental; c) promoção de mudanças no olhar e no agir de trabalhadoras/es em relação aos preconceitos existentes direcionados ao “louco” e a “loucura”; d) potencializando as ações de cuidado em liberdade e no território do usuário.

Joana descreve sua experiência neste sentido:

[...] dependendo de quem está no território isso fica mais fácil ou mais difícil [...] eu comecei a visitar as unidades, tinha por exemplo no bairro L. B. [...] por duas vezes eu tentei formar o grupo lá e não vingou. [...] já lá no A. M. eu tinha um grupo que era cheio [...] tu vai entendendo como funciona cada território, e como, você, por que a gente tenta adequar a nossa prática ao território. Então você vai entendendo isso e vai discutindo isso com as equipes e isso vai fazendo um sentido para as equipes. E as agentes comunitárias vão perdendo o preconceito, ou o medo de fazer a visita naquela família [...]
(Joana)

As experiências narradas por Joana, refletem o impacto da inserção dos profissionais juntos às equipes de atenção básica em saúde, reconfigurando o desenho da atenção em saúde mental no município. Sendo as UBSs e ESFs dispositivos integrantes da RAPS, a inserção dos psicólogos nestes espaços foi passo indispensável para efetivação de uma política de saúde mental reformista. Verificamos, porém, de acordo com as narrativas, que os profissionais de psicologia não se identificam enquanto trabalhadores da atenção em saúde mental, tão pouco como trabalhadores de atenção básica, mas como serviço de psicologia na “rede”. Trata-se de expressão comumente utilizada no município, para se referir que o profissional que presta serviço “especializado”: psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, e outras “especialidades” que não atenda nos

CAPS ou em serviço como NASF por exemplo, são considerados profissionais “da rede”. A falta de uma identidade organizativa de saúde mental na atenção básica somado ao distanciamento dos discursos psis com as compreensões sobre o compromisso de trabalhadores para efetivação do SUS, surgem como principais nós-críticos no contexto em análise.

Neste mesmo período, iniciava-se em Criciúma o processo de implantação do CAPS ad. Seu surgimento se dá a partir do ambulatório “ad”, conforme relatamos a seguir.

4.1.4 Ano de 2006 - Reestruturação do ambulatório de dependência química com vistas a implantação do CAPS ad.

Em 2006, os atendimentos a pessoas com necessidade de atenção em saúde mental decorrentes de situações de uso ou abuso de crack, álcool e outras passou a ocorrer em uma casa alugada na Rua Antonio, próximo à praça do congresso. Este endereço sediou o serviço até 2007

Neste momento houve mudanças na condução do processo de gerenciamento do serviço, visando a implantação do CAPS ad. A equipe inicial foi composta por três psicólogos, sendo um deles coordenador do ambulatório, duas técnicas de enfermagem, uma técnica administrativa e um médico clínico geral. O serviço no formato ambulatorial não durou muito tempo, de forma que todas as ações eram voltadas na compreensão de que este existia num processo de transição, pois o CAPS ad já estava em processo de implantação.

No início eu e a M. fizemos, fazíamos os grupos terapêuticos só nós duas. Existia duas vezes na semana um grupo mais terapêutico e um grupo mais no sentido operativo, trazendo informações, trazendo as vezes outros profissionais. Isso aconteceram poucas vezes, porque a gente ficou pouco tempo ali no ambulatório [...]. Nas reuniões. Nós já estávamos nos preparando para fazer a transição, do ambulatório para o CAPS ad, porque foi essa equipe inicialmente que foi pra lá, menos o Dr. R., menos o médico [...]. Não sei precisar quanto tempo a gente ficou ali, mas foi pouco tempo. [...] aí as capacitações foram mais voltadas nesse sentido. (Fiona)

A participante reforça o importante do papel do gestor do ambulatório, diante da sensibilidade exigida nas abordagens com a população em uso problemático de drogas, bem como das tensões frente as resistências vivenciadas no cenário local:

Foi tudo muito novo, pra todo mundo assim que eu percebi tá, e aí o J.A. tentava fazer com que todos os profissionais se sentissem capacitados né, que eles tivessem abertura, que se motivassem a conversar, dialogar. Quebrando aquele gelo um pouquinho assim sabe? [...]. É, mas era esse movimento, assim de tentar encorajar e tentar fazer com que todos participassem. O J.A. fazia capacitação também com a equipe, eu lembro eu acho que nessa época a gente já tinha as capacitações, indicações de leituras e neste momento. (Fiona)

Neste momento da história da atenção em saúde mental em Criciúma, vislumbrou-se o potencial de cuidado e os desafios de reconhecimentos de novos conceitos e de novas abordagens que dessem conta das especificidades do cuidado neste campo. Para lidar com estas questões, os estudos em equipe foram importantes, impactando a trajetória dos profissionais, de acordo com a narrativa de Fiona:

[...] se eu não tivesse tido esse primeiro contato dessa forma, eu acho que eu teria seguido de uma maneira muito torta na saúde mental. [...] Na lógica do atendimento em grupo né, de ter essa percepção de onde o cidadão mora né, de uma psicologia não invasiva, mas que une, uma psicologia social [...]. As principais experiências foram, de ter trabalhado com uma equipe inicialmente mais estruturada, com um movimento mais aberto, de abraçar a saúde mental, com maior entendimento [...] na vida acadêmica eu não despertei em nenhum momento o desejo de trabalhar com saúde mental, isso veio com o trabalho, com a prática né, a gente teve trabalhado com pessoas

inicialmente que me despertaram isso também. Então o J.A. já tinha toda uma, uma vivência e uma preparação com a equipe de um entendimento maior sobre a saúde mental né, sobre as novas práticas, sobre o redirecionamento na saúde mental de Criciúma. (Fiona)

De acordo com Fiona e Huba, o ambulatório buscava uma construção substancial para formação de uma equipe que compreendesse o trabalho em estreita relação com os princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica e das políticas não proibicionistas na abordagem aos usuários com problemas de correntes do uso de drogas. Essas questões serão melhor abordadas ao descrevermos o processo de implantação do CAPS ad em 2009.

4.1.5. Principais transformações promovidas na atenção em saúde mental no município

Este primeiro período é fortemente marcado pela crítica ao modelo de atenção em saúde mental no município, com base no modelo biomédico e hospitalocêntrico, que privilegiava a internação em hospital psiquiátrico as pessoas com sofrimento psíquico grave e severo. É de oferta ambulatorial na perspectiva tradicional de psicoterapia clínica, descontextualizada das necessidades do território, e na contramão da política nacional de saúde mental vigente a partir de 2001.

As principais transformações deste período, se caracterizam por editar a forma de cuidado aos usuários com carreira de internação psiquiátrica com a inauguração do CAPS II, e investida de ampliar o acesso aos atendimentos psicológicos com a inserção dos psicólogos nas unidades de saúde dos 5 distritos regionais.

Além disso, verificamos que a transição do ambulatório de dependência química aliado a preparação de uma equipe para a construção de um CAPS ad também marcou este período como importante evento. As participantes reconhecem o desenho da atenção em saúde mental antes do surgimento destes dispositivos da seguinte forma:

[...] quando eu entrei no CAPS II, não lembro, só ouvia falar da Casa de Saúde do Rio Maina só! Que a pessoa entrava em surto, como eles diziam, dizia surto né? Agora crise, né?

Mandava uma pro Rio Maina, e ficava lá internado, amarrado, dopado, era, o que existia. [...] (Vitória)

Além do Caps II? Em Criciúma, tinha um ambulatório de saúde mental né? que na época ainda existia assim, [...] e depois daí foi dissolvido né? Houve tudo aquela, aí eu sei que cada profissional assumiu uma unidade, daí não sei, mas era o que eu lembro na época. Na verdade, existia esse serviço primeiro de ambulatório de saúde mental, que acho que Criciúma se beneficiava desse serviço dali imagino, que foi assim que surgiu assim a ideia de, então do CAPS. Já, até pelo total de população, já comportava um CAPS em Criciúma que em seguida daí ficou só o CAPS II. Mas um outro serviço daí não lembro, aí tinha claro Casa de Saúde do Rio Maina (Cacau)

Estas transformações partiram das ideias de construção de uma política de saúde mental municipal, na lógica do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileiras. Apesar das tensões, os desafios apontados nas narrativas foram encarados de forma a não impedir o caminhar do processo delineado. Neste sentido as colaboradoras avaliam como ganhos importantes desse período: novas formas de relação entre a sociedade e as pessoas com sofrimento psíquico, direcionando para a (re)construção da cidadania dos usuários, pela ocupação de novos lugares sociais. Esperança aborda esta questão ao avaliar as transformações deste período da seguinte forma:

Ah eu acho que foi um período de muito crescimento, de muito crescimento, de construção, e de mudança mesmo, de visão, né? Porque, começou a haver uma transformação, tanto na sociedade, ...como nos próprios profissionais, que antes, ah, ah, diziam “ah os louquinhos da Esperança”, eles pararam de dizer isso, sabe? Eles começaram, a gente entrava na secretaria de saúde, entrava na prefeitura, e eles olhavam com respeito, aquelas pessoas, e nós íamos no shopping, e a gente fazia caminhada, e

a gente ria, e a gente pulava na rua, que nem eles, sabe? [...] a gente reduziu em hmm, assim, significativamente, as, as internações naquele período (Esperança).

A efetivação das práticas postas no discurso reformistas, foi sem dúvidas um forte desafio neste primeiro período do estudo. Se de um lado havia as dificuldades estruturais que envolviam falta de pessoas para atendimentos da grande procura pelos serviços, falta de espaços adequados (salas, mobiliários, material de trabalho) (onde?), de outro lado as resistências à mudança de modelo se apresentavam pautadas na influência do manicômio. Criciúma e região, principalmente a região da Associação de Municípios da Região Carbonífera (AMREC), tinham o Rio Maina como referência de atendimentos em saúde mental desde o final da década de 1960.

Na pesquisa intitulada “Do Hospital Psiquiátrico à Reforma Psiquiátrica: um breve relato das políticas públicas de saúde mental desenvolvidas na região da AMREC entre os anos de 1968 e 2004”, Janine Moreira e Rafael do Livramento (2004), buscaram compreender como o processo de Reforma Psiquiátrica e seus conceitos fundamentais estavam incorporados ao discurso e práticas dos atores (sujeitos de pesquisa)²². A pesquisa verificou, que o processo de mudança de paradigma em saúde mental da Reforma Psiquiátrica, realizava-se de forma superficial pelos técnicos (profissionais dos CAPS e gestores de saúde da região) uma vez que, “conhecem-se os principais objetivos da Reforma, como trabalhar com a comunidade e evitar a internação, porém, eles não são articulados à organização dos serviços em si, tampouco são aprofundados de forma qualitativa” (MOREIRA; LIVRAMENTO; 2004, p. 262).

Além disso, a pesquisa analisou que a realidade da região não suportava a inexistência do procedimento de internação psiquiátrica como a conhecia, sendo o hospital psiquiátrico referenciado como lugar necessário. Legitimava-se, portanto, como o lugar mais indicado para o atendimento de surtos ou emergência. Percebemos que a pesquisa apontou para a compreensão de que as práticas e compreensões dos atores entrevistados, divergem do projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira, uma vez que concluiu que: “os serviços substitutivos criados na região da AMREC acabavam funcionando em circuito com o hospital psiquiátrico,

²² Publicação dos resultados de pesquisa de Iniciação Científica realizada na UNESC.

o que, por fim, legitimava seu saber secular sobre a doença mental” (MOREIRA e LIVRAMENTO, 2004, 262).

Em âmbito nacional, este período foi marcado por mudanças importantes a partir de processos políticos e sociais, conquistas e desafios. São alguns dos eventos deste período apontados por Vasconcelos (2008): aprovação da 10.216/2001; Realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (C.N.S.M) consolidando a hegemonia da reforma psiquiátrica nos planos federal, estadual e municipal; A publicação da "Carta de Brasília", fruto da III C.N.S.M reafirmando o compromisso com o projeto de reforma psiquiátrica na América Latina, com o patrocínio do Ministério da Saúde e da OMS/Opas, retomando as bases do encontro de Caracas de 1990; expectativas políticas de avanço em todas as áreas de política social frustradas pela política econômica e fiscal de estabilização, e assistencialista; redirecionamento político distanciando-se dos movimentos sociais populares; ampliação e incorporação de novas tecnologias de saúde no SUS sem redução de custos e problemas de financiamento nas três esferas de governo, desresponsabilização e desvios de recursos; precarização de recursos humanos; aparelhamento corporativista e institucionalização dos conselhos e conferências de saúde; desmobilização e institucionalização do movimento social sanitário; remobilização dos atores políticos no campo da psiquiatria convencional com rearticulação no campo teórico e técnico na ampliação de recursos de diagnóstico e farmacologia e dificuldade em se recrutar psiquiatras dispostos a trabalhar nos novos serviços de atenção psicossocial; a divisão no Movimento de Luta Antimanicomial em duas correntes principais a partir de 2001/2002;

No que diz respeito aos avanços no campo da saúde mental, estas ocorreram “no plano normativo, na consolidação e ampliação dos novos serviços e no controle e redução dos leitos psiquiátricos convencionais” (VASCONCELOS, 2008, p. 41).

Tais mudanças promoveram: a atualização de portarias com mudança no financiamento dos CAPS; o lançamento do Plano Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar em psiquiatria (Pnash) em 2002, de forma que as avaliações provocaram a substituição de leitos por serviços de atenção psicossocial, a partir da identificação dos hospitais mais insalubres; construção de estratégias de regulamentação da internação psiquiátrica involuntária; aumento das denúncias de maus-tratos e mortes em instituições psiquiátricas; criação da comissão de saúde mental e direitos humanos, em âmbito nacional; lançamento do Programa de Volta para Casa em 2003 que institui o auxílio Reabilitação Psicossocial para

egressos de internação psiquiátrica, cuja duração da internação seja igual ou superiora dois anos (VASCONCELOS, 2008).

Um das participantes da pesquisa (Esperança) avaliou a importância da participação do no I Seminário Nacional do Programa de Volta Para Casa, que ocorreu em 2007 em Brasília, e apontado por Vasconcelos (2007) como importante evento, marcando a prioridade do governo da época, pela desaceleração do processo de desinstitucionalização no país, e particularmente para a expansão desse programa. O programa foi criado em 2003, registrou 2.241 auxílios em maio de 2006.

As transformações desenhados por Vasconcelos (2008), tiveram impacto na estruturação e articulações no sistema público de saúde mental do município de Criciúma.

O CAPS II foi implantado no município ao tempo em que no Brasil se apresentava avanço quantitativo na implantação destes. De acordo com o Ministério da Saúde observamos que houve uma inversão quanto ao destino dos recursos financeiros do governo federal em 2005. Em 2002 25% dos recursos da saúde mental eram destinados aos serviços extra hospitalares, em 2005, atingiu-se o percentual de 50% iniciando uma progressão neste sentido nos anos seguinte deste período em estudo;

Este período se caracteriza pela ampliação da agenda temática de questões-alvo para a política de saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica com a incorporação de “novos grupos populacionais, temas, campos de atuação e de novos serviços específicos, com inúmeros novos desafios e problemas” (VASCONCELOS, 2008, p.43). Neste sentido aponta a questão da atenção básica em saúde quanto aos cuidados em saúde mental comunitária, a questão do abuso de álcool e outras drogas na política de saúde mental, com ênfase nas estratégias de redução de danos e criação dos Caps ad.

Em Criciúma estes temas estavam curso como verificamos nas principais transformações deste período. Estes dois temas (álcool e outras drogas e saúde mental na atenção básica) junto a implantação do CAPS II, configuraram as principais transformações deste período, iniciando um processo mais amplo de transformações com a ampliação da rede substitutiva em saúde mental. Esta ampliação no segundo período das transformações na atenção em saúde mental no município de Criciúma, acompanhando o curso de outros temas da agenda nacional neste contexto.

Estes temas, segundo Vasconcelos (2008) são: a) a necessidade de programa específico para saúde mental de crianças e adolescentes, neste sentido surge a proposição da criação dos Caps infantis e inclusão

de crianças e adolescentes com deficiência na rede escolar pública; b) a inclusão pelo trabalho em saúde mental com o desenvolvimento de projetos e cooperativas na perspectiva da economia solidária; c) visibilizar as questões referentes a população em situação de rua, necessitando também de programas específicos e intersetoriais incluindo a saúde mental.

4.2 PERÍODO 2 (2006 A 2012): DESAFIOS PARA FORMAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRICIÚMA NO SUS, NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA

O segundo período tem como principais marcas e eventos que o caracterizam, de acordo com as narrativas dos sujeitos da pesquisa: a) duas gestões na saúde mental do município com base de suas ações os preceitos do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira; b) gerenciamento dos processos da saúde mental com base na coletividade juntos a trabalhadores e usuários; c) desafios nos processos de implantação de dispositivos que constituem a atenção em saúde mental do município (CAPS ad II, CAPS i, CAPS III, projeto GRIT/SOMAR; Consultório na Rua, Núcleo de Prevenção as Violências e Promoção da Saúde - NUPREVIPS); d) investidas e mobilizações para inserção dispositivos e mudanças que não foram concretizadas; e) fortalecimento e inícios de processo de protagonismo da associação de usuário; f) frustrações referentes a substituição do modelo hospitalocêntrico vigente no início do período.

Os dois períodos de gestões, ocorrem ora com apoio de secretários de saúde e gestão municipal, ora com resistências da gestão central. A primeira coordenação municipal de saúde mental deste período atuou de 2006 a 2009, e a segunda de 2010 a 2013.

De forma geral, a avaliação dos participantes da pesquisa é de que os dois gestores do período eram pessoas que defendiam de formas distintas o olhar reformista em relação ao projeto de saúde mental neste período. Esta percepção é descrita em uma das falas:

[...] eles têm a mesma visão do que é a saúde mental. Então acho que mesmo que eles não agem da mesma forma, mas eles pensam parecido, [...] a linha foi seguindo. Aí depois quando mudou a gestão, aí mudou a visão, [...]
(Bárbara)

No âmbito da gestão municipal de saúde mental e apoio de gestão, os anos iniciais deste período são marcados pela abertura e apoio de Secretaria Municipal de Saúde, Gerência Regional da Saúde da Região Carbonífera (20ª GERSA), para a implantação de estratégias de saúde mental na proposta do Ministério da Saúde. Este período de apoio macro foi período registrado pela colaboradora da pesquisa como um período de respeito aos recursos destinados a saúde mental, sensibilidade à vocação do cuidado em liberdade da política nacional de saúde mental de desinstitucionalização, e por fim, da participação direta da Secretária Municipal de Saúde no campo da saúde mental de Criciúma/SC. Na fala da colaboradora da pesquisa, verifica-se este apoio e compreensão:

[...] em 2006 eu fui no primeiro Congresso Nacional do (programa) “De Volta pra Casa”, e vim encantada de lá, a secretária de saúde na época era a G. e ela foi junto comigo. E ela participou das oficinas, e ouviu o Pedro Delgado falando, ouviu as moradoras de Minhas Gerais, das Residências Terapêuticas, falando. [...] na minha época a gente utilizava, o dinheiro vinha, eu meio que gerenciava, esse dinheiro, tanto que, se a G. precisava, ela pedia eu emprestava, mas depois devolvia, esse dinheiro, era aplicado nos CAPS. [...] naquele período a gente tinha os materiais, tinha as licitações anuais, a gente tinha, nossa! (Esperança)

Este apoio influenciou diretamente os processos de: a) implantação do Centro de Atenção Psicossocial 24 horas (CAPS III); b) apoio para aprovação do projeto Geração de Renda e Inclusão pelo Trabalho (GRIT/SOMAR); implantação do Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPS i).

Nos anos seguintes, verificamos, ora apoio parcial, ora falta de apoio e de compreensão à atenção em saúde mental no município, promovendo dificuldades e resistência para ambos os coordenadores. Os movimentos políticos municipais, como a troca de governo, promoveram fortes embates e desgastes e que levaram Esperança a se retirar da gestão municipal de saúde mental. Esta narra este processo da seguinte forma:

[...] eu, cheguei pro secretário e pedi também, a minha saída (da gestão de saúde mental municipal) [...] então "eu acho que é mais, mais tranquilo, mas produtivo, eu me afastar". [...] fiquei um mês de férias, chorando, remoendo, a tristeza [...]a dor era muito profunda. [...] eu tava vendo que a, a política, o andar, da carruagem ia tomar rumos diferentes. E "eu não quero participar disso, então quem sabe chamando gente nova" [...] quanto eu cheguei pra conversar com o secretário, ele me disse tá então "tu queres sair? Quem tu indicas pro teu lugar?" E aí eu disse: "ah, eu gostaria muito que, para dar continuidade, que fosse o Huba", [...] tinha um vasto conhecimento de saúde mental, e, que também amava..., é militante da luta antimanicomial, e, pensava como a gente né? (Esperança)

Contudo, paralelo ao movimento de saída de Esperança da coordenação municipal de saúde mental, outros movimentos de conflitos e tensões também contribuíram para a nomeação de Huba para o segundo movimento de gestão na saúde mental do município neste período.

Eu acho que, eu acho que a, a forma com que eu parei na coordenação de saúde mental é algo que vale a pena destacar. Assim, por que foi, a partir de uma, briga, de uma discussão, forte, que eu não tinha pretensão nenhuma de, de assumir coordenação de saúde mental. Aí um desentendimento, desse olhar sobre os CAPS, sobre a rede, sobre a Reforma, acabou culminando no meu afastamento do CAPS ad, e eu tive que ficar mais de uma semana sem nenhuma função, [...] a primeira ameaça é que eu ia ser transferido pra um 24 horas. Enfim, e, no final das contas, culminou, no secretário me convidando para assumir a coordenação de saúde mental". (Huba)

Tanto a forma como iniciou, como a forma como encerrou a gestão de saúde mental do município foram marcadas por conflitos e

sofrimento, em ambas as gestões. Neste sentido, identificamos que as questões políticas interferem diretamente na forma como a escolha na nomeação dos coordenadores de saúde mental, apontando para a falta de articulação política dos trabalhadores de saúde mental.

Mesmo diante de tais questões, verificamos o apontamento de ambos sobre o apoio dos aparatos do Estado, e de um movimento de tentativas de coletivizar dos trabalhadores de saúde mental, que foi se potencializando até o final do período. Neste sentido, as reuniões de trabalhadores que eram inicialmente realizadas apenas por psicólogos, passou ocorrer com representantes de cada um dos dispositivos.

[...] foi bem coletivo, foi bem coletivo falando agora nesse movimento nesses anos nas mudanças que tiveram o que eu percebo é que foi assim, de 2005 até 2014, 2013, existia tudo um movimento coletivo em saúde mental, existiam reuniões, existiam pessoas que pensavam no coletivo, que chamavam o coletivo para darem suas opiniões, tudo era muito discutido [...] (Joana)

Avaliamos a partir das entrevistas, que estas reuniões e os processos de gestão, não apontava para plano ou um desenho de rede esperada, mas que os dispositivos implantados foram surgindo de acordo com as necessidades que iam se apresentando no cotidiano do trabalho. Evidenciamos esta questão nas falas dos participantes da pesquisa:

[...] a gente sempre conseguiu participar assim, é, enquanto grupo poder discutir algumas coisas. É, final de 2008, a gente começou a pensar na possibilidade de um CAPS III, e aí 2009 houve a implantação do CAPS III. [...] eu participei diretamente disso. Depois do CAPS III houve essa necessidade, por várias demandas, da área infantil, aí fizemos, [...] foi uma equipe, bem grande, que escreveu o projeto do CAPS infantil, [...] a gente conseguiu tirar o projeto de geração de renda, de dentro do CAPS e colocamos na Fundação Cultural, aí começamos a olhar a possibilidade de, dessa geração de renda, ter um olhar mais na arte, na cultura, ampliamos um pouco isso. (Huba)

Ah, então assim ó, no CAPS II quando eu entrei lá, aí tinha uma pessoa que o problema era álcool e drogas, aí o CAPS II não dava conta. Aí então, eu, vi crescer, o CAPS álcool e drogas, [...] algum profissional apaixonado, escreveu, se preocupou e lançou [...] depois alguém viu que poxa, era preciso, um lugar para uma internação curta, porque pra que levar pro Rio Maina, ficar lá “trocentos” dias! Não! Talvez uma internação curta resolve, ‘vamos fazer um CAPS III’ [...] outro apaixonado foi lá e fez, escreveu [...] depois vi nascer também o CAPS i, que também precisava, e poxa! Misturar criança com adulto, é complicado, e com álcool e drogas tudo junto, [...] e depois também surgiu o GRITE, o SOMAR, e aí surgiu o Consultório de Rua, que também, aqueles que não queriam ir pro CAPS, “eu não quero deixar de usar droga”, mas ele tem que ter um, um atendimento, pra que ele não tire a vida dele, [...] pra trabalhar com redução de danos, [...] então eu vi crescer tudo isso, com colegas apaixonados (risos), entende? Colegas apaixonados da saúde mental, se preocuparam, escreveram, e foram atrás, e tinha verba, tinha lei, que sustentava [...] (Vitória)

Percebemos que o movimento de coletivização foi ganhando forma a partir de 2010, institucionalizando-se com a proposta intitulada “Café com Ideias”. A participante descreve este movimento:

[...] nesse período, ainda tinha algumas coisas funcionando no município dentro da saúde mental. Então a gente tinha o “Café com Ideias” que era um encontro mensal, os servidores de todos os CAPS e toda a saúde mental, e atenção básica, inclusive pra discutir melhorias nos serviços de saúde mental [...]. (Bárbara)

O “Café com Ideias” ocorria mensalmente, com a presença de todos os trabalhadores de saúde mental, motivado pela necessidade do coordenador de saúde mental do período. Os encontros tinham caráter de

fórum, onde os trabalhadores discutiam e avaliavam as necessidades do município no que diz respeito as pautas da saúde mental.

Estas necessidades foram compondo proposições dentro de um ideal de atenção em saúde mental, na direção da política de saúde mental. Considera-se aqui, que apesar de a portaria 3.088 ter sido assinada em 2011 (e alterada em 2013), final deste período, a rede foi se constituindo na perspectiva desta portaria, que “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 SUS” (BRASIL, 2011; 2013).

Para tanto, se utilizou de normativas anteriores como a portaria 336/2001. A implantação dos dispositivos neste período, transformaram Criciúma no município com a segunda maior ‘rede’ de atenção psicossocial do estado de Santa Catarina (SC), composta da seguinte forma:

Quadro 2 - Dispositivos de saúde mental do município de Criciúma/SC.

Ano de inauguração	Dispositivo de saúde mental implantado
2007	CAPS ad
2009	CAPS III
2010	GRIT / SOMAR
2011	CAPS i
2012	Consultório de Rua

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2017.

Compreendemos que se faz relevante analisar as especificidades de cada dispositivo, uma vez que estas são contadas de forma a desenhar as principais transformações na história da assistência em saúde mental deste período. Buscou-se para isto descrever as principais motivações, desafios, estratégias e ganhos relatados pelos colaboradores da pesquisa, no processo de implantação e nos movimentos iniciais destes dispositivos.

Os dados foram analisados levando em consideração as configurações mais gerais de transformações na assistência em saúde mental do município, apontando conceitos referentes a cada serviço, porém, sem aprofundá-los. Buscamos neste sentido, pinçar as principais temáticas, necessários para caracterizar as diferenças quanto ao objeto de estudo e de intervenção de cada dispositivo. O primeiro destes, foi o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Crack, álcool e outras drogas (CAPS ad).

4.2.1 Ano de 2007 - Implantação do CAPS ad: novos conceitos e olhares para pessoas em uso problemático de drogas em Criciúma/SC

O CAPS ad foi inaugurado no dia 26 de junho de 2007, R. Agrícola Índio Guimarães, 105 – bairro comerciário. Sua regulamentação se deu a partir da portaria 336/GM de 2002 do Ministério da Saúde. De acordo com o banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Plataforma Data-SUS, do Ministério da Saúde, o serviço foi habilitado em setembro de 2007 a partir da portaria SAS 549, de 10 de outubro do mesmo ano. (BRASIL, 2007).

A implantação do CAPS ad teve como ponto de partida o processo de transição do ambulatório de dependência química. Lá foram iniciadas as primeiras atividades que caracterizariam este serviço como um CAPS ad, ainda antes de sua implantação.

De acordo com uma das participantes da pesquisa, a principal motivação para implantação deste dispositivo foi o alto índice de internações psiquiátricas de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, principalmente de álcool. Verifica-se esta preocupação em sua fala:

O que motivou também foi essa demanda reprimida que a gente tinha, em Criciúma tem um número bastante grande de dependência química, e não só de drogas ilícitas, mas de drogas lícitas também né? E a gente precisava tanto, que na época, 60%, das internações, no Rio Maina, eram por dependência química. Então, assim, era um número bastante grande. E isso nos mobilizou pra implantar esse serviço [...] (Esperança)

A maior parte dos profissionais que compuseram a equipe do CAPS ad, entrou no serviço a partir do concurso público municipal de 2007. Mas, de acordo com a memória dos/as participantes da pesquisa, os profissionais envolvidos nas primeiras configurações de equipe do ambulatório ad, que estiveram ativamente envolvidos no processo de implantação do CAPS ad foram:

[...] o J.A. [...] fez o projeto, terminaram, e nós implantamos o CAPS álcool e drogas [...] (Esperança)

Passaram muitas pessoas [...] tinham duas psicólogas que eram a T.M. e a M., tinha um médico psiquiatra que era o, L., uma técnica de enfermagem que era a I., e a outra M.I. na realidade, que eram as duas técnicas de enfermagem, tinha uma estagiária que se formou em psicologia, que era a L. [...]daí veio uma artista visual, que era a C., um músico que era o N., depois mais tarde veio um médico clínico, que era o A.. Depois chegou uma técnica de enfermagem, que era a G., [...] higienizadora, que era a M., a cozinheira que era a S., e aí foi agregando mais algumas pessoas, a equipe foi aos poucos aumentando. [...] (Huba)

[...] então tinha o D., [...]. Na recepção tinha o J. e o F. que era muito engraçado. [...] a M. que chegou logo depois também, acho que 1 ano depois [...]E as reuniões eram proveitosas, os médicos participavam, a equipe interagia muito [...] (Bárbara).

Verificou-se que as gestões do CAPS ad foram referenciadas como coordenações que defenderam os princípios da reforma psiquiátrica e da política de crack, álcool e outras drogas. Esta política prevê ações não proibicionistas, enfatizando a perspectiva do cuidado em território, e de ações de redução de danos. Neste sentido, uma das colaboradoras descreve:

Ali no início de 2006 a 2008 [...] a gente trabalhava com mais autonomia e numa lógica

mais, mais perto da Reforma Psiquiátrica.
(Fiona)

O surgimento do CAPS ad trouxe novos conceitos e uma nova forma de olhar, ampliando a questões de inserção do “louco” e da “loucura” com a possibilidade de cuidado às pessoas com uso problemático de drogas em território. Estas novas configurações de cuidado precisaram ser compreendidas inicialmente pela própria equipe, que se percebia com limitações para dar conta da proposta.

Este processo ocorreu inicialmente de forma coletiva e colaborativas, porém não sem dificuldades associadas a necessidade de apropriação destes novos conceitos. A redução de danos e cuidado em liberdade de pessoas em uso problemático de drogas foram conceitos que desafiaram os novos atores neste cenário. O colaborador retrata esta questão da seguinte forma:

[...] foi um processo construído coletivamente. De 2007 a 2009, foi algo assim que a gente começou a construir enquanto grupo, a partir de estudos, leituras, cursos, nós fomos tentando entender é, como que funcionava um CAPS ad, [...], por mais que a gente pensasse um pouco na lógica da redução de danos, a gente não conseguia chegar ali porque, eram, eram conceitos muito avançados, pra aquele momento, para aquela situação, pra aquelas pessoas que estavam chegando [...](Huba)

O conceito de redução de danos possui forte potencial transformador das formas de relacionamento entre dispositivos de saúde e usuários. Isto porque repensa as estratégias proibicionistas de intervenção e reflete a possibilidade de cuidado integral do sujeito, sem a obrigatoriedade da sessão do uso de drogas. Pensar que estes conceitos eram avançados para o período ou momento, reflete a resistência encontrada para compreensão e apropriação de saberes e práticas desta ordem. Ao mesmo tempo verifica-se que se buscou compreender e amadurecer estas ideias em proposta de educação continuada ou permanente.

A entrada de novos colaboradores também foi compreendida como um dos desafios, pela falta de direcionamento do processo seletivo. Sabe-se que o campo da saúde mental tem suas especificidades dentro da

área da saúde, que se afunila ainda mais no que diz respeito a temática de álcool e drogas, em decorrência do estigma associado a marginalização e criminalização dos usuários. Diante disso, uma das participantes da pesquisa refere que:

Depois foi uma época muito difícil de recursos humanos, acho que já ali 2010, 2011 onde eu vi muitas mudanças nos CAPS, e aí começaram a chamar os concursados, e aí colocando nos serviços. E aí vale lembrar que não existe uma conversa de recursos humanos, é aonde tem vários concursados vai. Então entrou muitas pessoas que não tinham perfil, que não gostavam, e aí foi essa, que foi muito difícil de dialogar com os próprios serviços. (Fiona)

Além disso, outros desafios foram citados nas entrevistas, a questão do espaço físico aparece como entrave para a organização do serviço. De acordo com o participante:

[...] o espaço que estava aquela casa, que a gestão queria que fosse o CAPS, não era compatível, [...]. Acho então que o primeiro desafio, junto com a vigilância, foi reconhecer que aquela casa era insalubre e não tinha condições físicas e sanitárias para ter um CAPS (Huba)

Como forma de lidar com as dificuldades encontradas, verifica-se a percepção de que a equipe foi ponto importante como espaço de resistência as compreensões equivocadas geradas pelo preconceito direcionado ao CAPS ad. O processo inicial do CAPS ad foi marcado também por posturas discriminatórias por parte de alguns segmentos. Estas questões são narradas pelos participantes da seguinte forma:

[...] eu acho que a maioria dos profissionais do CAPS AD foi de castigo, e eu fui uma dessas que fui de castigo [...] E acho que muito importante pra mim essa questão por causa da equipe, que nós tínhamos naquela época. [...]a equipe foi um ponto primordial pra eu seguir, pra eu não desistir, e não correr. [...] (Bárbara)

A necessidade de apoio externo, mobilizou gestão e equipe do CAPS ad a pensar em estratégias de lidar com as tensões e desgastes relatados. Para tanto, a Supervisão Clínico Institucional (SCI) em 2009 e as assembleias gerais foram espaços importante de fortalecimento do serviço neste sentido. Na visão do participante, além de apoiar a equipe a SCI teve papel relevante enquanto aparato de qualificação do serviço, que o mesmo descreve da seguinte forma:

[...]o ponto chave do CAPS ad foi em 2009, quando teve uma supervisão institucional. Ali nós conseguimos profissionalizar mais o trabalho, olhar mais pra rede, trabalhar com outros projetos [...]. (Huba)

Neste mesmo sentido, as assembleias gerais se configuraram como espaço para além de organização da rotina de ações do CAPS ad. Se configuraram inicialmente como lócus de apropriação do serviço por parte dos técnicos, usuários e demais envolvidos. A busca pelo envolvimento, interação e protagonismo dos usuários em todos as questões, neste processo fica implícita na narrativa de Huba:

[...] as assembleias eram, sempre foram na verdade, semanais, [...] já com esse intuito de poder agregar mais, alguma coisa nesse sentido do olhar do usuário, motivar eles nessas questões... [...] a equipe sempre entendeu que era necessária a participação do usuário no processo, tanto que quando nós começamos a montar os grupos, dentro do CAPS, sempre passava por aprovação na assembleia. Desde o primeiro grupo, até a própria assembleia, enfim tudo passava pela assembleia (Huba).

É neste espaço, das assembleias, que (res)surge a organização da Associação de Usuários. As formas de relação de cuidado entre profissionais e usuários somado a gradativa compreensão do papel do CAPS ad, possibilitaram este processo, expresso na fala de uma das participantes da pesquisa da seguinte forma:

Então, eu acho que o legal do ad naquela época é que a relação era horizontal, [...] tinha uma

relação de proximidade com os usuários, tu ouvia, eles se sentiam parte daquele serviço. [...] eles brigavam junto pelo serviço que era deles. Por que eles se sentiam parte daquele serviço. Eles criavam oficinas, eles tinham ideias. [...] tinham as assembleias dos usuários, e eles participavam, reivindicavam e nessa época, não bem no comecinho quando eu cheguei [...] foi dali que surgiu a Associação dos Usuários de Saúde Mental [...] (Bárbara)

Avalia-se que este processo foi possível porque os técnicos compreendiam que o exercício político de participação social deveria ser promovido enquanto estratégia de cuidado e de reabilitação psicossocial. Estas ações ocorreram a partir da compreensão de que se fazia necessário desenvolver ações de cuidado que também levassem em conta a participação social como princípio do SUS.

A questão da associação de usuários será mais bem descrita ao final deste capítulo, pois, após este início, ela terá impacto direto nas transformações da assistência em saúde mental em Criciúma/SC.

Após a implantação do CAPS ad, e com participação ativa de representantes deste dispositivo, o coletivo de trabalhadores de saúde mental, junto a coordenação de saúde mental na época, apontaram para a necessidade da implantação do CAPS III. O CAPS ad apontava para a necessidade do serviço proposta, uma vez que verificava dificuldades em cuidado das pessoas em situações mais críticas, com os recursos existentes.

Neste sentido, deu-se início o processo de negociações para a implantação do CAPS III, a partir da necessidade, de cuidados aos usuários em situações de crise. Necessidade sentida tanto por técnicos do CAPS ad, quanto por trabalhadores e outros dispositivos e gestores da época.

4.2.2 Ano de 2009 - Implantação do CAPS III: a questão da crise psíquica como nó crítico para uma rede substitutiva ao modelo manicomial

O CAPS III foi inaugurado em Criciúma, em 15 de abril de 2009, no centro da cidade, sendo que no dia 12 de abril de 2012, o mesmo é reinaugurado em outra sede, localizada na Rua Almirante Barroso, 947, bairro Comerciário. O Cadastro do serviço junto ao Ministério da Saúde

se deu em maio de 2009 e a habilitação em outubro do mesmo ano, a partir da portaria MS/SAS 370 de 28 de outubro de 2009, de acordo com registro do CNES.

As motivações para seu surgimento decorreram principalmente por fatores que os participantes da pesquisa associam a vontade e sensibilização para a mudança de paradigma, do modelo psiquiátrico tradicional em saúde mental, para o modelo substitutivo na perspectiva da reforma psiquiátrica. Esta questão é expressa ao associar a implantação do CAPS III a possibilidade de atender a crise de outras formas, que não a da internação no hospital psiquiátrico. Os colaboradores da pesquisa relatam neste sentido:

[...] a gente pensou “pô, a crise? Em Criciúma, não temos um atendimento. O CAPS (II) atende até as cinco horas da tarde, e final de semana?” [...]E o Hospital do Rio Maina ameaçando fechar, né? Porque a cada troca de governo eles ameaçavam fechar. Eles e a sociedade inteira vinha pra cima porque não queriam que fechasse, a cultura era de hospital né!? Então eu comecei a trabalhar essas questões, com a secretária de saúde: “Vamo então implantar o CAPS III, porque aí a gente tem os leitos, de acolhimento, de avaliação, as pessoas podem ficar até sete dias, e isso vai diminuir, a demanda por internação”, e “então faz”! E fizemos! [...] O próprio CAPS II percebia também uma demanda grande, achava que “se eu tenho um local pra colocar o paciente em crise, que ele possa passar o final de semana”. [...] Eu queria fechar, eu queria acabar com aquela história do manicômio, sabe? Na época a Casa de Saúde do Rio Maina ela não atendia urgência e emergência, o atendimento deles era só pra internação, então situações de crise de urgência e emergência ninguém atendia. [...] nosso objetivo maior na época de implantação do III era esse, justamente, era o atendimento da crise. (Esperança)

Com relação as motivações eu acho que foi mais no sentido de dar seguimento ao processo de

reforma psiquiatra no município, e a intenção de dar conta do grande nó da saúde mental que são as crises. Então se pensou que o CAPS III poderia dar conta dessas crises, e que nós iríamos conseguir com isso reduzir o número de internações no hospital psiquiátrico, [...] era realmente qualificação do atendimento as pessoas em situações de crise. (Huba)

Esperança aponta também que, além do apoio da secretária de saúde, no período houve parcerias importantes com a da Gerência Regional da Saúde da Região Carbonífera (20ª GERSA). Esta parceria ocorreu pela abertura da Coordenação Nacional de Saúde Mental, no Ministério da Saúde, diante dos anseios do município, ao se anunciar em consonância com a política de saúde mental em vigência no período. Ela descreve estes apoios da seguinte forma:

[...] então, na época tava havendo um incentivo legal do Ministério da Saúde também, tanto que, a, a portaria preconizava CAPS III pra município acima de 200 mil habitantes, Criciúma tinha 180 mil na época. E eu justifiquei o porquê, né, e foi, foi na hora, o Ministério da Saúde, liberou! E na época também a gente tinha na regional de saúde, a R., que também pegou junto [...] uma coisa foi levando a outra. (Esperança)

No processo de efetivação do projeto, criou-se algumas expectativas em relação como deveria ser o CAPS III, onde se idealizou questões como o desenvolvimento de espaço de cuidado emancipatório e como a inserção da família no processo de cuidado. Verificamos neste sentido, que o projeto arquitetônico incluía no espaço físico onde estariam os leitos, espaço para que o familiar pudesse acompanhar os usuários em crise. Reforçando assim a ideia de que os familiares eram considerados importantes neste processo, nas condutas de técnicos marcando assim a postura da gestão do serviço num primeiro momento. Estas questões são apontadas em suas palavras como:

[...]quando nós, idealizamos o III, o que que a gente pensava? O acolhimento da crise. E, a maioria das crises, que acontecem no meio familiar, as vezes do familiar não sabe lidar com

isso, e acaba às vezes até, aumentando, o, a crise. [...] a gente tinha como premissa, lá no III vai utilizar o leito, vai ter um familiar junto, com esse usuário, e aí equipe vai estar ensinando o manejo, o, a medicação, como é que é, como é que faz, como é que, e como é que é lidar com usuário nesse momento de crise. Então ter um familiar no serviço, junto, e isso aconteceu no começo. [...] teve uma farmacêutica, que coordenou no começo [...] e ela fazia isso muito bem! Essa coisa de trazer o familiar, de estar junto ali, de estar envolvendo o familiar do cuidado desse usuário em crise [...] depois que ela saiu a S. assumiu a coordenação. (Esperança)

Durante todo o processo na tentativa de implementar tais expectativas, houve dificuldades e facilidades com impacto de manutenção destas e de outras ações, de forma que a vocação do CAPS III enquanto dispositivo substitutivo, foi questionado em alguns momentos posteriores. A entrada de diversos atores que vieram a compor o novo cenário, foi compreendido como um dos desafios, uma vez que a ‘crise’ ou surto, apontado como nó crítico que justificou a constituição do serviço, é carregado de representações que a associam a necessidade de uma espécie de “tecnologia avançada”, ou conduta superespecializada de intervenção. Estas tecnologias ou condutas, no campo da saúde mental, comumente são associadas a presença indispensável do profissional médico, medicalização, contenção, e espaço que garanta a tutela (preocupação com fugas).

Verificamos que, por um lado, o CAPS III foi idealizado como um espaço de cuidado em liberdade e de desenvolvimento de novas abordagens diante das situações de crise/agudização do sofrimento subjetivo. Por outro lado, estas ideias se desenhavam como um forte desafio dos que vieram a compor este dispositivo.

Os participantes da pesquisa apontaram como principais dificuldades nesse sentido, o fato de que este dispositivo destoava dos demais por ter uma dinâmica que ofertava desafios a gestão de pessoas e de organização dos serviços por se tratar de um serviço 24 horas – 7 dias por semana, e a necessidade de gerenciamento de um processo seletivo que garantisse a contratação de profissionais com perfil para este modelo de atenção. Esperança descreve estes aspectos da seguinte forma:

[...] era uma outra dinâmica. É um serviço, que vai ficar aberto 24 horas, sábados, domingos e feriados, [...] a gente teve que fazer uma lei, pra contratação dessas pessoas, e, a grande maioria foram indicações políticas. Então, poucas pessoas, tinham, perfil, pra isso. Então, foi um serviço que começou, de um jeito meio truncado. [...] (não tinha gerencia) por que era afilhado de não sei quem, e aí não podia mexer, entendesse? Então se constituiu dessa forma [...] [...] por conta de ser 24hs, aí tinha um horário de plantão, [...] nem todos participavam, tu não conseguia organizar o processo de trabalho da mesma forma que nos outros CAPS sabe? E eles foram criando uma organização própria [...] por que na realidade eles foram com essa ideia de hospital né por que ser 24hs por ter leito [...] (Esperança)

Esta dificuldade é associada à alguns entraves político-partidários. Em meio ao processo de implantação, houve mudanças de gestão, onde um novo secretário de saúde foi nomeado, provocando mudanças também na coordenação municipal de saúde mental. Estas mudanças interferiram diretamente no processo de seleção dos profissionais. O participante relata neste sentido:

[...] a dificuldade foi na troca de gestão né? todo o projeto que havia sido começado foi interrompido porque não se pode mais se fazer o processo seletivo. Então as pessoas teriam que ser indicadas e carimbadas embaixo, por um vereador. Mesmo as pessoas que nós entendemos que poderiam fazer um bom trabalho precisavam de uma assinatura, de um ok, de uma indicação [...] teve dificuldade e facilidade por outro lado, [...] a gente conseguiu colocar os profissionais como, acompanhante terapêutico, músico, nós indicamos educador físico. Então tanto tinha dificuldades como tinha facilidades, mais a gestão do PSDB quando entrou ela dificultou algumas coisas nesse processo. (Huba)

Outra questão elencada como desafios, foi a articulação do CAPS III com os demais dispositivos da atenção em saúde mental do município. De acordo com Esperança, estas relações de deram em forma de tensão, caracterizadas principalmente pelo fato de que os serviços existes, esperavam/exigiam posturas do CAPS III de maior maturidade, ao mesmo tempo em que sentia uma necessidade de fortalecimento da equipe. As ideias de que existe um perfil para cada serviço, de seleção e exclusão (ALVES, 2009) do tipo de usuário por modalidade de serviço pareceu ser o mobilizador desta forma de pensamento. Neste sentido, os discursos das equipes demandavam destas ideias, de que o usuário deveria ser de um ou de outro serviço, de acordo com a seguinte narrativa:

[...] CAPS III com uma equipe totalmente nova, e desarticulada, desconectada da reforma, e o CAPS II já com uma história construída, então se achando os donos do saber. E aí gerou uma, uma disputa: "não, porque o CAPS III fez assim, capaz não é assim que se faz". [...] no II a gente errava, e voltava. Errava e voltava e avançava. O III, se errasse o dois criticava, o ad criticava, o II encaminhava, alguém pra lá, "Como que eles não vão aceitar? Mas não é paciente nosso, mas Bá bá bá" sabe? (Esperança)

Como forma de superar esta questão, a gestão municipal de saúde mental que acompanhou o processo inicial de implantação do CAPS III, acionou técnicos mais experientes de outros CAPS (CAPS II e CAPS ad), para apoiar este processo. Este apoio ocorria em formato de capacitações, participação nas reuniões de equipe, sendo que de forma mais específica, a atuação de Huba se deu num papel de Supervisão Clínico Institucional:

[...] eu vi que de alguma forma eu estava fazendo a supervisão, porque eu participava das reuniões de equipe, eu fiz a capacitação do pessoal, me envolvi muito nessa questão assim, então existia uma disponibilidade dos profissionais de certa forma para participar, mas como o CAPS III era uma coisa muito nova e a A.L. tinha alguns medos, sobre quem tinha mais experiência mesmo pra poder trabalhar algumas questões, e aí foram chamados alguns profissionais para

fazer algum tipo de trabalho ali algum tipo de capacitação. (Huba)

De todo modo, quanto a formação inicial das equipes do CAPS III, seguiu-se a proposta da Portaria 336/2002, quanto suas recomendações acerca do número de profissionais. A presença do acompanhante terapêutico, é destacada neste sentido por Huba:

[...] no início do CAPS III foi tentado seguir a própria portaria, então principalmente nos plantões então tinha os 3 técnicos de enfermagem e enfermeiro por plantão, sempre com um acompanhante terapêutico [...] eram 4 acompanhantes terapêuticos, eram todos os horários com técnicos e os enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, tinha 2 psicólogos, enfermeiro noturno não tinha, tinha dois enfermeiros no CAPS as noites eram três técnicos de enfermagem e um acompanhante terapêutico, artista visual, músico, educador físico, farmacêutico. Eram esses, aí claro, tendo o pessoal de apoio o pessoal da higienização, da cozinha, mas basicamente era uma equipe que tendia a ser completa [...] (Huba)

Como uma das facilidades apontadas no processo, os participantes da pesquisa consideraram como um importante ganho, a construção do cargo de acompanhante terapêutico, para ser contratado no CAPS III. Os participantes descreveram esta questão da seguinte maneira:

[...] no início quando era a gestão do PMDB [...] nós conseguimos criar cargos, o próprio acompanhante terapêutico, nós encaminhamos a lei pra câmara de vereadores, foi aprovado logo em seguida, [...] (Huba)

Na época a gente tinha acompanhante terapêutico, inclusive tava na legislação do CAPS pra contratação de acompanhante terapêutico a gente não tem mais isso acabou e esse profissional não tá mais no quadro da prefeitura tá [...] era, pra contratação de

profissionais pro CAPS (III), teve uma lei própria pra contratação deles, e isso se perdeu acabou-se, a lei caducou, revogaram. (Esperança)

Percebemos que apesar dos esforços diante das expectativas e motivações iniciais a respeito do papel do CAPS III, como referência e apoio às situações de crise psíquica para o município, os desafios foram se ampliando no percurso que se seguiu, não possibilitando que este papel se concretizasse, na avaliação dos participantes. As dificuldades de compreensão em decorrência de configurações iniciais de equipe com visões equivocadas sobre a vocação do papel, o novo formato de atendimento em modalidade 24 horas, a presença de leitos, e a expectativa de atenção a crise, parece ter mobilizado as equipes para uma compreensão de que o CAPS III deveria funcionar como um mini hospital.

Além disso, refletimos que a presença da Casa de Saúde do Rio Maina como dispositivo do modelo manicomial deixou marcas que influenciaram os modos de pensar e agir no que diz respeito a atenção ao sujeito em crise psíquica. Após algumas investidas em estratégias diferenciadas de cuidado, retoma antigas práticas do modelo hospitalocêntrico. Esta questão é ilustrada com a fala da participante:

[...] era aberto inclusive assim sábado, domingo, se o paciente tivesse em condições quisesse sair ir em casa, podia né? levado pela família, a família depois trazia de volta. Isso foi cortado tudo [...] “ah, por que daí (a família) atrapalha.” [...] “incomoda por que aí a gente tem muitas coisas pra fazer e eles querem perguntar, e eles querem isso, e eles querem aquilo”. [...] não tem que ter horário de visita, a pessoa (familiar) pode vir aqui a hora que ela quiser. Botam horário de visita das 3h às 4h da tarde. Esse horário a família toda trabalha. E aí tu vai deixar sair do trabalho pra ir lá fazer a visita? Não né? Se eles quiser vir as 8 h da noite aqui, passar 2 horas com o usuário, por que não? [...] essa compreensão eles não têm, extrapolar aquela normatização hospitalocêntrica eles não conseguem (Esperança).

O CAPS III, foi descrito pelos gestores, como o dispositivo mais desafiador, uma vez idealizado como potente dispositivo de articulação para constituição de uma rede substitutiva. Para tentar sanar o nó crítico, compreendido com a intervenção assertiva nas situações de crise, num caráter psicossocial e não apenas psiquiátrico. Huba aponta para uma tentativa de estratégia que buscasse ressignificar o papel do CAPS III naquele momento. O gestor informa que a havia uma pressão gerada pela percepção de havia:

[...] uma equipe pouco qualificada para atender as crises mais complexas, com muitos problemas, reclamações, queixas, além de trocas frequentes de profissionais, esse contexto somado ao caso de suicídio dentro de um espaço de cuidado e acolhimento. Ficou difícil gerenciar, então tive que fazer uma estratégia, tirar a válvula da panela de pressão, precisava tirar a complexidade de atendimento dentro do CAPS III, me apoiiei nas portarias que falam pouco ou quase nada sobre modelo de funcionamento do CAPS III. Eu usei, como por exemplo, a palavra acolhimento noturno, desta forma a presença do médico como principal figura para "internar" (que parou de existir este termo) foi saindo de cena. A partir disto, fui dando uma cara nova para o CAPS III, primeiro deixar claro o seu papel enquanto serviço de acolhimento e destacando que a única diferença entre o CAPS II e o CAPS III são os leitos de acolhimento noturno, [...] fiz um planejamento com objetivos para curto, médio e longo prazo (tinha todo um processo de EP, Supervisão Clínica, Capacitações pontuais, etc...) e aos poucos eu iria organizando o serviço e deixando com cara de CAPS III [...]O projeto ficou pela metade, e hoje o CAPS III, ele é, tirou um pouco da complexidade, por uma questão de gestão pontual. Porque não foi dado continuidade nesse, nessa forma... (Huba)

A entrada dos concursados, grande parte da equipe foi modificada. Além disso, a troca de gestores na pasta da saúde e na

coordenação de saúde mental, promoveram novas configurações para o projeto proposto. Estes movimentos dificultaram encontrar colaboradores para pesquisa que tenha vivenciado o CAPS III, além dos gestores participantes da pesquisa.

Em paralelo a este movimento, surgia no município uma proposta que tinha como foco a inserção social de usuários a partir da convivência, arte, cultura e geração de renda.

4.2.3 Ano de 2010 - Implantação do GRIT/SOMAR: uma aposta na inclusão social de usuários pela arte e cultura

A partir de 2005 o Ministério da Saúde destina incentivo financeiro para ações de Reabilitação Psicossocial. A Portaria nº 1.169, de 07 de julho de 2005, repassou incentivos para municípios desenvolverem projetos de inclusão social pelo trabalho (BRASIL, 2015).

O projeto “Geração de Renda e Inclusão pelo Trabalho (GRIT)” foi um dos projetos no Brasil beneficiados com esta portaria. Em 2010, o projeto foi submetido a Chamadas Reabilitação Psicossocial: Trabalho, Cultura e Inclusão Social na RAPS, e em outras edições, foi contemplado com a Chamadas Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares da RAPS.

O projeto descreve como seu objetivo principal “Implantar no município de Criciúma um serviço de ações voltadas para a geração de renda e inclusão social pelo trabalho para as pessoas que precisam de cuidados em saúde mental” (CRICIUMA, 2010, p. 2). As principais motivações para o surgimento do GRIT foi a necessidade de continuidade de atenção em saúde mental extra CAPS, que levasse em consideração as necessidades econômicas dos usuários, de acordo com suas singularidades.

O projeto tomou como bases para construção do projeto:

As Leis nº. 9.867, de 10 de novembro de 1999, e 10.216, de abril de 2001, justificam e fundamentam essa iniciativa do Ministério. A primeira dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social daqueles que estão em desvantagem no mercado econômico, e a segunda dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde

Mental. A proposta de Inclusão Social pelo Trabalho em Saúde Mental é fruto da parceria da Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego, com a Coordenação Nacional de Saúde Mental. Através da PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 353, DE 7 DE MARÇO DE 2005 que institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária. Este busca estimular a criação, a manutenção e a ampliação de oportunidades de trabalho e renda, por meio de empreendimentos autogestionados, organizados de forma coletiva e participativa, bem como colaborar com outros órgãos de governo em programas de desenvolvimento e combate ao desemprego e à pobreza, ampliando a autonomia e melhora das condições de vida para as pessoas com transtornos mentais. (CRICIÚMA, 2010, p.1).

A proposta buscava possibilitar aos mesmos, inclusão social pelo trabalho, e foi mobilizado pelo processo de Supervisão Clínica Institucional (SCI) que o CAPS ad vinha passando. De acordo com Huba e Vitória, estes vivenciaram o processo da seguinte forma:

Então, eu consigo ver que em 2009, quando houve, houve a supervisão do CAPS ad, [...]. Nós também entendíamos que a necessidade dos usuários, terem uma renda pelas inúmeras dificuldades, até para se manter, e as negações da, dos benefícios do INSS, enfim. Aí implantamos um, um projeto de geração de renda, que era, até então era o GRIT [...]. (Huba)

[...] o projeto do GRIT tava lá na gavetinha, e aí quando lançaram o edital, aí nós encaminhamos para o Ministério da Saúde, e ele foi aprovado [...]. Ele foi escrito porque era um sonho nosso! Era um sonho, era um sonho mesmo, de construir um local assim, mas não tinha verba, não tinha como começar. E aí a gente sonhava com lugar em que os participantes dos CAPS,

porque nós usávamos o termo ‘encapsulados’, [...] Quando se falava em alta davam três ataques (risos). Aí eles tinham crise (risos). [...] era preciso criar um espaço em que ao mesmo tempo eles ali usariam o, o dinheiro do que eles produziam em oficina, mas que não ficasse só lá dentro do CAPS. (Vitória)

A construção do projeto teve como principais protagonistas gestores e trabalhadores da saúde mental, principalmente do CAPS ad como já foi apontado. Vitória lembra dos seguintes personagens:

[...] na época, a coordenação (municipal de saúde mental). E, e aí quem ajudou a escrever o projeto ali, foi o D que na época trabalhava no CAPS ad. E aí, a ideia do projeto veio de mim, só que aí sozinha eu não conseguia escrever, então eu pedi ajuda aos colegas (Vitória)

Posteriormente, esta proposta foi ampliada, ao se perceber que algumas expectativas não estavam se concretizando. O desejo de inclusão social pelo trabalho parecia ofertar alguns desafios como a dificuldade de construção de um grupo de geração de renda que funcionasse de forma coletiva e cooperada. A partir disso, os profissionais do projeto junto aos profissionais dos CAPS na época, redesenharam o projeto e nos editais seguintes o projeto foi intitulado GRIT/SOMAR.

A mudança de nome indica que o projeto passaria a ‘somar’ junto a ideia em andamento, o acesso a arte e cultura, não apenas pelo viés da possibilidade de gerar renda, mas como uma proposta de convivência, uma aposta numa outra forma de produzir novas relações entre os usuários e a sociedade.

[...] aí nós resolvemos sentar, osicineiros dos CAPS, [...] nós vimos que só atividade, de artesanato, pensando na geração de renda ali, não estava funcionando. Então, se a gente colocasse um espaço pra dança, pra teatro, pra expressão e a arte com uma pintura em tela, [...] então, nós mudamos o nome. Aí o GRIT que era só geração de renda, e inclusão pelo trabalho, nós colocamos como SOMAR: não, nós vamos então somar ao grito, outras atividades, outras

oficinas, então pode ter núcleos. Ter o núcleo do GRITE que é a geração de renda, o núcleo de dança, um núcleo do teatro (risos) (Vitória)

[...] o Geração de Renda que era o GRITE, saiu um outro edital, que nós conseguimos transformar no Projeto SOMAR. Aí ampliou muito, né? É, porque quando nós pensamos no SOMAR, nós já estávamos pensando no embrião pra um, para um Centro de Convivência. Tanto que o SOMAR, ele entrou numa lógica de arte cultura e geração de renda, então o SOMAR trabalhava com núcleos. O núcleo da dança, o núcleo do teatro, o núcleo da música, e muitas das vezes isso ficava junto assim. (Huba)

O SOMAR passou a se configurar como proposta principal, sendo o GRIT um dos núcleos de atuação do projeto. A equipe era constituída por alguns profissionais da equipe, sendo que os núcleos como o de música e dança eram coordenados por profissionais de outros CAPS. Além disso, o projeto estava alocado em uma sala cedida pela Fundação Cultural de Criciúma (FCC), o que também mobilizou a participação dos usuários em atividades da própria Fundação. A forma colaborativa e intersetorial marcou o início do projeto. Verifica-se isto na fala de Vitória:

[...] no início buscou-se que o músico do ad fosse o responsável por esse núcleo da música. Que o educador físico do CAPS i puxasse a dança, [...] e aí depois veio outra profissional trabalhar junto no GRIT, que aí ela ficaria com essa parte da, do artesanato, e eu ficaria com a pintura em tela, e aí ficou mais interessante. Porque a Fundação Cultural passou a ser mais movimentada, tinham outras atividades mais atrativas para os usuários, né? para os participantes. Aí ficou mais legal assim. Aí nós participamos de concurso de quadrilhas, aí participamos de exposição... (Vitória)

Fizeram parte desta etapa como pessoas envolvidas diretamente com o GRIT/SOMAR:

Ah, o L.E. foi um que ajudou, colaborou bastante com a música. Teve o K.C. que também movimentou bastante as pessoas, que ia lá nos CAPS e chamava [...] eu não sei se o K.C. ainda está. Aí hoje no SOMAR continua a P., que colaborou bastante aí na questão do artesanato. Teve a D. que participou um tempo no SOMAR também, que ela gostava de visitar os CAPS, e chamar o pessoal, ela é bem atenciosa, gostava de conversar com eles, ouvir as histórias... a I. também. A I., ela tinha bastante assim habilidade manual, gostava de ensinar particular assim né, era uma pessoa bastante interessado em... se engajava ensinar. (Vitória)

Avaliamos que os principais facilitadores para a implementação do projeto foram a existência do fomento a partir das Chamadas públicas e o envolvimento de profissionais comprometidos com a construção de estratégias de autonomia e emancipação dos usuários em relação aos CAPS. A compreensão da importância das políticas nacionais de incentivo a criação de novos dispositivos aparece junto a necessidade de valorização semelhante do poder público local, esta questão é verificada nas palavras da participante da pesquisa:

[...]o que faz a coisa acontecer, a saúde mental andar, na minha visão é o querer do profissional, não tem outra explicação, é a paixão (risos) do profissional pela causa entende? [...] se tu te apaixonou pela coisa, e tu vê que tu pode fazer mais, aí tu faz. E recurso tem, porque eles lançaram os editais sabe? [...] as facilidades, eu acredito que, por ter o edital, e ter a lei que fala dos serviços substitutivos tal, é só escrever e mandar e vem. [...] R\$5000 era o primeiro edital, os outros foram melhorando daí. Pros outros anos veio 15, até 30.000, e nos anos consecutivos a gente foi conseguindo. E aí o projeto tinha que se sustentar né? Tinha 5000 e deu! “Acabou material, te virá né?” (Vitória)

De outro lado, a participante aponta como principais dificuldades, os entraves locais para conseguir espaço físico e

complemento de recursos extra edital para manutenção do projeto. A dificuldade em relação ao espaço físico foi superada no início do projeto com a parceria entre a Secretaria de Saúde e a Fundação Cultural de Criciúma. Esta parceria foi fundamental para estruturação do SOMAR, porém as dificuldades retomaram posteriormente com o fechamento da Fundação. Segundo a colaboradora:

[...] a dificuldade é no próprio município, de tu conseguir um local, adequado. Então algumas dificuldades eram essas assim era física, era de espaço físico, sempre funcionou em lugar pequeno, e aí na Fundação Cultural ainda tinha o galpão lá que era de arte que dava para usar, a dança, fazer a música lá, [...] mas quando fechou a Fundação Cultural, que espalhou tudo, não tinha mais sala. E aí os nossos espaços ficaram pequenos [...]. Mas foi tentado de tudo, com políticos, com vereador, e não teve jeito. (Vitória)

A vocação do projeto foi se direcionando para um serviço que passou a funcionar como um local de acolhimentos e continuidade da atenção em saúde mental, auxiliando numa espécie de desmame dos CAPS. Com as dificuldades de espaço físico a pintura em tela foi a atividade mantida em todas as etapas do projeto, atreladas a espaço de escuta e convivência.

[...] com a mudança de local, a pintura era o que dava pra fazer em qualquer lugar, em qualquer cantinho, sempre deu pra fazer. [...] que lá as vezes eles iam também, mas, as vezes a vontade de pintar não vinha, daí ela (uma técnica da equipe) dizia assim: “mas pelo menos tu está aqui, então vamos conversar um pouco, hoje tu não está bem pra pintar, mas amanhã tu vai estar bem”. (Vitória)

O projeto SOMAR teve momentos de efetivação da proposta de inclusão social a partir da arte e da cultura, expressos com a participação efetiva dos usuários em atividades culturais da cidade, com o reconhecimento dos talentos, resultantes da investida nos núcleos de dança e música e pintura.

Foram realizadas exposições e os grupos foram convidados para apresentações em diversos eventos da cidade. As principais conquistas deste período foram as premiações entre os mais bem colocados no concurso de dança com companhias de dança consagradas da região, e no concurso de quadrilhas nas festas Juninas realizadas pela FFC além da abertura do carnaval de Criciúma em 2012 com a Bateria Show da Saúde Mental. Esta última, além de mobilizar e inserir os usuários no Carnaval da Cidade, promoveu uma importante integração no sistema de saúde ao estimular a criação de um bloco da saúde pública do município que desfilou junto. Os participantes detalham estas realizações:

[...] nós competimos com as grandes companhias de dança, ficamos em terceiro lugar, nós ganhamos um prêmio em dinheiro, e eles decidiram o que fazer com o dinheiro, foi feito uma festa, um churrasco, num pesque-pague, foi algo assim muito interessante, eles viram que eles tinham condições de competir, de igual forma, então foi um período muito legal, um período em que tinha muitas apresentações, vários eventos dentro da cidade, inclusive da UNESC, [...] chegou momento em que as pessoas já nos procuravam porque nós tínhamos apresentação. Outra coisa muito legal, do núcleo da música, que saiu, em 2009 nós criamos, o primeiro CAPS folia, que aconteceu primeiro no CAPS ad, depois nós fomos ampliando o CAPS folia que aí foi pelo município, e o último CAPS folia foi pra toda região da AMREC. [...] aí foi montado uma Bateria Show da saúde mental, que abriu o Carnaval de Criciúma. Isso foi algo muito legal. ã, a gente conseguiu montar a Bateria Show e construir o Bloco da Saúde, [...] isso foi algo assim muito legal, vendo eles na avenida, vendo eles abrindo o carnaval [...].Foi muito legal! (Huba)

[...] O concurso de quadrilha foi, foi lançado pela Fundação Cultural, que tinha premiação. O primeiro, foi em 2011 eu acho, que nós ficamos em terceiro lugar, no, [...] aí depois, quando surgiu o SOMAR, aí veio os profissionais junto

né? o educador físico, o músico, e, aí a coisa aconteceu! [...] E aí a gente participava com a Fundação Cultural, de desfiles, de folclore, a gente entrava lá com o boi de mamão, era divertido. Depois quando tinha assim alguma inauguração, algum evento, eles chamavam para expor as telas, os quadros. (Vitória)

Falando especificamente sobre o Bloco da Saúde, foi o primeiro ano em que saiu na passarela do samba, com a participação de profissionais da rede municipal de saúde de Criciúma, e as equipes dos CAPS com alguns usuários desses serviços. Os CAPS participaram com a criação do samba enredo, com a bateria de samba e alguns foliões que agitavam o Bloco. [...]. Além da participação do desfile, também foi realizado em março, o IV CAPS FOLIA, uma festa carnavalesca que acontece entre os CAPS da região sul. Na ocasião foi escolhida a Corte Carnavalesca e feita a socialização entre os CAPS, os familiares, amigos e sociedade, em geral. (CRICIÚMA, 2011)

Figura 4 - Participação do SOMAR no Festival de Quadrilhas – 2011



Fonte: Relatório de atividades do GRIT/SOMAR/2011

Figura 5 - Apresentação do Bloco da Saúde no Carnaval de Rua – 2011



Fonte: Relatório de atividades do GRIT/SOMAR/2011

Além destas atividades, o projeto promoveu outras ações culturais junto aos usuários, integrando familiares e amigos destes, considerando o simbolismo de datas relevantes culturalmente como as festas de final de ano. De acordo com uma das entrevistadas:

[...]nós fizemos no SOMAR lá na Fundação Cultural mesmo, um bingo das telas, daí a gente fez uma noite cultural chamando as famílias, preparamos um ambiente bem bonito; foi uma festa de final de ano com a família, e aí nós fizemos o, um bingo, e aí o dinheiro das telas foram né, foi dividido entre os participantes, eles ficaram bem contentes assim, eles até queriam mais vezes aquele, aquela festa ali. [...] foi bem marcante né, pra eles. [...] o que a gente arrecadou a gente dividiu, mas o pouco que deu eles já ficaram contentes. E mais ainda pelo fato da família estar ali, vendo o trabalho deles, a exposição deles. E aí eles convidaram alguns amigos também (Vitória).

No site da Prefeitura municipal de Criciúma, a notícia da quinta edição do CAPSFOLIA foi veiculada com a seguinte chamada: “CapsFolia agita carnaval dos usuários da região em Criciúma” e inicia a matéria dizendo “O Grêmio Recreativo Operaria Nova (GREON) será palco do baile de carnaval promovido para os usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, III e AD) da região carbonífera”, em 10.02.2012.

O projeto SOMAR foi inspirado nos movimentos da época no que diz respeito a construção de uma rede de serviço em saúde mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Verificamos que esta aposta se deu em função de uma necessidade de construção de estratégias para

“desinchar” os CAPS, somados a crença de que seria possível desenvolver ferramentas de inserção social e de exercício da cidadania por novos caminhos, até então desconhecidos nas palavras de Vitória:

[...]ja A.L. sempre dizia: “Tudo são experiências”, “a gente não tem a receita” (risos), e eu ficava agoniada, eu ficava pensando que eu tenho que visitar um lugar assim, pra ver como é que eles fazem; “não”! ela sempre dizia “nós temos que criar o nosso. Vamos experimentar”. e assim aconteceu. Nós experimentamos. (Vitória)

Ao avaliar estas apostas, percebemos que apesar da frustração vivenciada inicialmente com a dificuldade de construção de uma estratégia efetiva de geração de renda, o processo promoveu outras formas de emancipação dos usuários neste sentido. Não houve um processo coletivo, cooperativo de geração de renda pelos usuários como se esperava, mas verificou-se movimentos individuais:

[...] eles mesmos vendiam, adquiria a tela, a leva pra casa: “ah, mais alguém foi lá em casa e gostou, e vendi”! “ahh Vitória, vendi por tanto a minha tela”! Feliz da vida. [...] nunca conseguiu assim funcionar como um grupo fechado, e dividir o lucro para os participantes, mas o resultado foi individual. O que era melhor! Porque eles sentiam que eram capazes [...] (Vitória)

Além disso, esta relação dos usuários com o GRIT/SOMAR, promoveu a construção de novos laços sociais, verificados na autonomia dos usuários em buscar novos espaços de aprendizados para além do projeto, como cursos de arte/ artesanato.

[...] eles mesmos procuravam, “ah! Eu vou fazer um curso não sei aonde, de não sei o que”, olha que maravilha. [...] era uma ponte, que nunca conseguiu funcionar como um grupo fechado, mas eles se sentiam capazes, eles viram que eles tinham autonomia, que eles tinham, capacidade para fazer outras coisas. Tipo assim ó, pessoa

que estava lá que era costureira, que costurou trocentos anos, “não consigo mais costurar, não consigo mais”; “Ah, mas vai lá, pinta tela”; “ah, hoje então vamos fazer pintura no tecido”; “Ah, que legal”! “Ah! surgiu um curso de, sei lá, de madeira, não sei aonde, vou fazer”. Então eles criavam mais autonomia. E aí, e alguns começaram a produzir em casa, e vendiam em casa o produto que eles aprenderam a fazer lá. Entende? Então esse foi o resultado legal [...] (Vitória)

Neste mesmo período, outra demanda chamava a atenção do coletivo de trabalho junto a gestão municipal de saúde mental, que era o atendimento em saúde mental a crianças e adolescentes. Partiu-se então, para o processo de implantação do CAPS infanto-juvenil.

Figura 6 - Participação na Feira de Artesanato, realizada no município de Criciúma, praça central – 2011



Fonte: Relatório de atividades do GRIT/SOMAR/2011

4.2.4 Ano de 2011 - Implantação do CAPS i: a busca de lugar e referência para a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes no município

O Centro de Atenção Psicossocial infanto juvenil (CAPS i), inaugurado em maio de 2011, teve como endereço a rua Mario de Andrade, 351 – bairro Pio Correa, onde funcionou até 2016. De acordo com o banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o serviço foi cadastrado em 24 de junho de 2011 e habilitado em agosto de 2012, a partir da portaria SAS 797, de 14 de agosto de 2012 (BRASIL, 2018; MS 2007).

De acordo com os entrevistados, o fator mobilizador de sua implantação foi a falta de um serviço referência de cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes no município. A discussão acerca da necessidade de atendimento a demanda infanto-juvenil surgiu coletivamente com poio das duas gestões da coordenação de saúde mental durante o processo de implantação.

Por iniciativa da coordenação de saúde mental, em 2008 foram iniciadas reuniões com trabalhadores de saúde mental do município que apontaram para uma lacuna em relação a saúde mental deste público. Estes apontamento e discussões coletivas levaram a constituição de uma comissão que protagonizou a construção do projeto do CAPS i. Estas questões são apresentadas nas falas de Esperança e Joana:

[...] faltava a população infanto-juvenil. “E quem é que cuida de criança?”, “A criança quando surta?”, “E o adolescente?”, “Daí quem é que cuida?”, “E aí o que é que a gente faz?”, “Vamos fazer um CAPS infantil”. Nesta época, Criciúma já tava a nível de Ministério, com a moral lá em cima, porque um município, relativamente pequeno, de médio porte, com três CAPS já, CAPS III, CAPS II e CAPS ad. E aí fazer uma CAPS i, nossa! (Esperança)

Eu lembro que começaram assim ó, grandes reuniões de toda a rede de saúde mental, lá no Salão Ouro Negro, não me lembro se era quinzenal ou mensal. [...] eu acho que foi final de 2008 início de 2009, acho que foi 2009. [...] isso partiu da coordenação de saúde mental. [...] Existia uma lacuna na rede, temos que pensar em uma estratégia, e daí através dessas discussões ã “temos que pensar no CAPS i”. [...] E aí, em uma dessas reuniões foi botado [...] “então vamos montar uma equipe, uma comissão pra escrever o projeto, e fazer esse encaminhamento ao Ministério da Saúde” (Joana).

Após a formação da comissão para construção do projeto do CAPS i, estes passaram a se reunir com este intuito no CAPS ad. Este foi um mobilizador deste processo uma vez que era o serviço que mais expressava a necessidade do dispositivo, e que realizava alguns atendimentos a adolescentes com uso problemático de drogas.

[...] essas reuniões aconteciam no CAPS AD por que a demanda maior pra um serviço que atendesse criança era do CAPS AD, por que eles não tinham como atender criança dependente ou adolescente, então quem fazia parte dessa reunião que eu me lembro, eu o D.F., o L., por que na época era ainda quem atendia adolescente e não tinha psiquiatra da infância, então ele era que atendia os adolescente que por ventura precisavam. A M., tinha mais gente, que eu me lembro [...] (Joana)

Era consenso de que a necessidade de atendimento em saúde mental à crianças e adolescente, no entanto, não era consenso sobre o modelo de atenção que deveria se implementar. Parte dos envolvidos neste processo concordavam com a implantação de um CAPS i, e outra discordava. Se de um lado era necessário um dispositivo que atendesse as demandas de saúde mental da infância e da adolescência, de outro havia uma preocupação quanto ao surgimento de um serviço que viesse a construir estigmas, rótulos pejorativos relacionados ao sofrimento psíquico nos usuários. Verificamos estas questões na seguinte narrativa:

[...] eu pra te falar a verdade, não... não me agradava a ideia de CAPS infantil, pela questão de criança, vai estigmatizar, é rótulo, tu precisa dar um diagnóstico pra receber APAC... e isso me incomodava muito. Então eu achava que CAPS infantil pra criança não ia funcionar, né? E, não tinha vontade de fazer. Mas, o gestor, quis fazer, na época já não era a G., e esse gestor quis, a gente fez o projeto... (Esperança)

[...] no caso da implantação do CAPS i eu acho que, [...] eu acho que tinha muito mais um clamor assim “não temos referência pra atender criança e adolescente”. [...] “precisamos ter alguém especializado com criança” [...] tinha psiquiatras que não queriam atender criança, psicólogos alguns atendiam, alguns não atendiam, então na verdade não tinha uma referência em saúde mental pra criança e

adolescente. Então acho que isso foi o que mais motivou, talvez não na cabeça dos técnicos, mas em termos políticos e de gestão acho que foi isso, [...] (Joana)

Em meio a implantação do CAPS i, houve transição na gestão da secretaria municipal de saúde e posteriormente da coordenação municipal de saúde mental. Entretanto, as mesmas divergências de compreensão sobre a implantação ou não do CAPS i se mantiveram, e o processo de implantação teve continuidade. Nesta perspectiva, as dificuldades encontradas extrapolaram as questões políticas e estruturais internas para implantação do serviço. São apontados como principais desafios a formação da equipe, a necessidade de se diferenciar o CAPS i dos CAPS para atendimentos de adultos e relação entre comunidade e CAPS i.

No que se refere a formação da equipe, são questões apontadas como conflitantes na visão de Esperança;

[...] (suspiro). Começa pela formação da equipe. A equipe já foi formada [...] já iniciou, com uma lógica diferente, uma lógica muito clínica. (Esperança)

O processo para abertura do CAPS i foi profundamente marcado pelo preconceito, que necessitou de intensa intervenção de gestores e trabalhadores em busca de desmistificar o papel do serviço junto à comunidade onde o serviço foi implantado. De acordo com os sujeitos que vivenciaram este processo, a mobilização de moradores do bairro evidenciou compressões equivocadas sobre o papel do serviço junto a uma organização dos mesmos para impedir a abertura do serviço no bairro Pio Corrêa. Os moradores entendiam que o bairro não era o lugar adequado para implantação do CAPS i, posicionando de forma contundente que a “marginalidade” não deveria frequentar aquele território. De acordo com Joana este posicionamento aparece da seguinte forma:

[...] em 2010 o CAPS i ainda nem tinha inaugurado. Eles já tinham a sede, já tinha sido feito o pregão, pra licitação, eles acreditavam que iam inaugurar em dezembro de 2010. [...] Só que acabou que isso só aconteceu em maio de 2011, por que a casa onde eles tinham comprado,

que foi no bairro Pio Correa, quando a **comunidade** soube que lá ia, ser instalado um CAPS infantil, eles não ficaram de acordo. Fizeram umas movimentações políticas pra que não abrissem lá. [...] quando começaram a ver essa movimentação na casa, a comunidade começou a se articular junto a associação do bairro. Várias vezes a gente teve a visita lá da presidente da associação do bairro [...] Pio Correa, por que eles acharam eles tinham aquela ideia de que nós íamos atender, a dependente químico né? Crianças e adolescentes que tavam cumprindo pena né? [...] [...] É na verdade verbalizavam isso. Que “aqui vai vir marginal”, que “se a criança ou o adolescente não são marginais, mas quem vai trazer, é marginal”, “vão ficar rondando nossas casas”. (Joana)

Compreendemos que como estratégia para lidar com esta questão, foram realizadas reuniões na comunidade, em geral nos períodos noturnos. Nestas reuniões participaram gestores municipais, equipe técnica, representantes dos moradores do bairro e políticos (autoridades). Estas reuniões foram marcadas por tensões provocadas pela forma como os moradores referenciaram a população alvo do serviço provocaram mal-estar nos profissionais, de acordo com a fala dos entrevistados:

Aí era, o secretário de saúde, eu, e, tinha duas ou três pessoas que já estavam contratadas [...] e algumas pessoas da secretaria de saúde que acabavam indo nessas reuniões [...] a expressão que usavam, de ‘delinquentes’ indo pra aquele bairro nobre da cidade. Foi um, período que eu ouvi coisas que eu até então só lia em livros. Sobre essa história da saúde mental, da loucura e preconceito do louco. E eu ouvi isso de, de médicos, de advogados, dentistas, de engenheiros, que foram pra linha de frente discutir de forma totalmente equivocada, essa necessidade de saúde mental do município. Então foi bem complicado (Huba).

[...] a gente fez duas reuniões. Uma delas contou com a presença do secretário de saúde, nós tivemos a presença do prefeito e vice-prefeito na época pra conhecer o local, pra ver o que tava acontecendo. E conseguimos montar, articular uma reunião da equipe do CAPS infantil. Daí foi o coordenador de saúde mental e foi o secretário de saúde, e aí chamamos assim, todos, associação do bairro, os moradores, e aí fizemos uma grande reunião. Tinha eu acho que umas 40 pessoas. E daí nessa reunião então, nós explicamos qual era o objetivo, o que era um CAPS, qual o público que a gente iria atender lá, qual a importância do serviço para o município, para as crianças e adolescentes, explicamos que aquilo que eles imaginavam que não era aquilo. Que eles tinham uma visão, é, distorcida [...]. E essas foram as falas né? De que “ah, são marginais”, [...] “ah mais imagina! Coitadas das crianças né? Vão aqui ver as nossas casas com piscina e vão ter que voltar para a sua realidade por que são pobres”. Então foi assim na verdade, agora falando, acaba simplificando a situação, mas foi, quase cinco meses que a gente teve que mostrar muita resistência. [...] nesse dia, toda a equipe passou mal. Era gente que teve que sair da reunião pra ir pro banheiro vomitar, por que não aguentou engolir, o que ouviu. Gente que teve que sair pra chorar, né? Eu fiquei muitas noites sem dormir direito, por que aquelas falas ecoavam na minha cabeça, eu não conseguia digerir aquilo né, mas então foi todo um processo muito difícil (Joana).

Para Joana, o movimento de resistência da equipe com apoio da gestão foi importante, se por um lado os representantes de moradores resistiam em apontar que o serviço deveria ocorrer em outro local, a equipe resistia em buscar formas de apontar que estariam equivocados quanto a proposta do serviço. Mas o que se verificou, é que estes diálogos, mesmo com o apoio da gestão municipal mediando junto à comunidade não foram suficientes para inaugurar o serviço, em suas palavras:

[...] o secretário, isso eu tenho que dizer, que ele foi uma peça chave pra que a gente conseguisse, inaugurar lá, por que ele todo o tempo foi conosco, bateu de frente com algumas pessoas [...] Foi um processo bem marcante, foi bem a coisa assim da resistência né? Resistência, do preconceito, [...] exclusão né? Tipo “aqui não é lugar”, ou “por que vocês não vão fazer isso lá na quarta linha”? “Por que vocês não vão abrir lá na próspera”? “Por que vocês não vão abrir lá na Santa Luzia” né? Fomos questionados, “por que aqui”? [...] Mas foi assim, a gente achou que, que precisava ter uma resistência, que não é simplesmente agora por que por desconhecimento, por preconceito de alguns, agora vão sair daqui, sabe? Desmontar tudo, atrasar um serviço que já tava sendo aguardado há anos, pela... [...] Não tem o porquê né? Não tinha um argumento que a gente achasse que é, era justo o suficiente. [...] Mas mesmo depois dessa reunião, a gente, não conseguimos abrir em seguida, (Joana)

A inauguração do CAPS i somente foi possível a partir da intervenção do Ministério Público. Após a situação ter sido denunciada por uma vereadora do município e ter tido repercussão na mídia local, a gestão foi intimada a abrir o serviço que estava há cerca de 5 meses com equipe e casa montados. Estas se deram da seguinte forma em suas palavras:

[...] aí na época a R.R., [...] eu acho que ela era vereadora ela estava fazendo visitas há algumas unidades de saúde ela sempre ia, filmava sempre, o andamento das obras e o funcionamento. e ela acabou sabendo da nossa situação, e ela foi até lá com o jornalista, [...] outras pessoas atenderam ela e contaram “olha, a nossa situação aqui a gente não abriu aqui, somos tantos profissionais contratados já falta só contratar o restante da equipe já tá tudo montado, já fizemos reunião com a comunidade, mas a comunidade não quer que abra aqui”. Aí isso foi

pra mídia, isso chegou uma denúncia ao promotor do patrimônio, ao ministério público, chegou uma denúncia, e aí nós tivemos, aí a vista do promotor lá, e daí nesse dia eu estava, ele, a intenção dele era abrir um inquérito e até perguntou se eu estaria disposta a testemunhar. E aí a partir disso, aí teve uma pressão política e aí nós conseguimos daí marcar a data da nossa inauguração, dia 25, de maio de 2011, foi bem... (Joana)

No site da prefeitura municipal de Criciúma, a chama da notícia foi veiculada da seguinte forma: “CAPS i já está de portas abertas”.

Figura 7 - Imagem da tela de notícias da prefeitura municipal de Criciúma – sobre a inauguração do CAPS infantil



Fonte: site da prefeitura municipal de Criciúma – página de notícias: criciuma.sc.gov.br/site/noticia/5743

A equipe que compunha o CAPS i neste período foi apresentada pelo participante como:

[...] na época a coordenação era do D.F. [...] (Coordenação municipal de saúde mental). E ele já havia conversado com algumas pessoas na época, eu, a psicóloga M.P. e Psicóloga M., e foi

contratado também Psiquiatra da infância Dr. G.R. em outubro de 2010. (Joana)

Outro desafio apontado foi a necessidade de se diferenciar o CAPS i das demais modalidades de CAPS que atendiam população adulta. A equipe que iniciou os trabalhos no CAPS infantil preocupava-se com questões diferentes dos demais CAPS, avaliando que a vocação do serviço não era clara aos profissionais e sociedade em, mas principalmente os demais serviços públicos que solicitavam atendimentos infanto-juvenil. Esta análise tem como ponto de partida os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, que é expressada nas palavras de Joana:

Por que assim ó, indiferente assim se a gente sempre for pensar no modelo, de toda a reforma psiquiátrica né? Por que, durante muito tempo, que eu percebia lá no começo quando o CAPS i inaugurou, (os profissionais dos diversos serviços, gestores e sociedade) pensavam o CAPS i como algo semelhante ao CAPS de adulto. Aquela coisa do adulto em miniatura, mais ou menos isso. Então assim ó, tinha todo uma pressão, todo um entendimento de que tínhamos que funcionar como CAPS de adulto. Então a gente teve também que ir criando a nossa identidade, “não, é diferente, por que o público é diferente”. E também historicamente diferente, por que enquanto um CAPS II, CAPS III, eles vêm com uma proposta de desinstitucionalizar, o CAPS i vem com a proposta de não institucionalizar. [...] E até a gente conseguir né se organizar pra entender esse entendimento mostrar isso já foi bem difícil. (Joana)

Se por um lado o movimento de resistência da comunidade foi sentido como algo doloroso e complicador do processo de implantação do CAPS i, de outro ele apontou ganhos. Estes ganhos são relatados por Joana como a possibilidade de estudos para compreensão da vocação do serviço, entendimentos do funcionamento do serviço, visita a outros dispositivos. Ou seja, serviu como um período de preparação da equipe de acordo com Joana:

[...] o início dele né, o que foi legal ao mesmo tempo, teve todo um momento que a gente conseguiu se preparar para oferecer um bom serviço quando abrimos. Teve toda a resistência da comunidade? Teve. Mas assim eu acho que isso fortaleceu e nos permitiu, a gente teve um tempo assim ó, três meses em que a gente ia pro serviço sentava e discutia “como vai ser o CAPS? Que ideia a gente faz de CAPS? Como a gente vai prestar o atendimento? Que estratégias vamos utilizar? Como vai ser o acolhimento”? [...] fomos no CAPS infantil de Florianópolis, vimos como é que funcionava. [...] então isso foi um ganho. (Joana)

A forma organizativa do serviço ora é vista como facilitadora enquanto fator de estruturação do serviço, ora é compreendida como conflitante na relação com os outros CAPS.

[...] E daí o pessoal também o pessoal do i sempre teve uma característica assim ó de perfeccionista. [...] o movimento do grupo sempre foi assim muito organizado, muito comprometido [...] essa coisa de ser muito perfeccionista por um lado facilitou, mas por outro lado era uma equipe que era muito vista assim, “ah querem ser os diferentes”, “ah, se acham”, “ah como assim ficam só encaminhando pra rede”? “Como assim precisam de 2 técnicos pra fazer um grupo”? “Por que o grupo deles não é um grupo de 20? O nosso é um grupo de 20 por que o deles tem que ser de 8, 9, 10”? Então teve muita crítica por parte de outros serviços também, então aos poucos a gente teve que (Joana)

Durante este período, estava em processo de implantação há cerca de um ano, o Consultório de Rua (CR), também encontrando serias dificuldades para se inserir na atenção em saúde mental. Com início em 2010, o processo de implantação do CR foi marcado igualmente por movimentos de rejeição, invisibilização e marginalização dos usuários, levando os trabalhadores (gestores ou técnicos) a novos movimentos de

resistência e luta para ampliação da atenção em saúde mental dos cidadãos criciumenses.

4.2.5 Ano de 2012 - Implantação do Consultório na Rua: a resistência ao preconceito nas práticas cotidianas de cuidado a pessoas (não) invisíveis em Criciúma

A mobilização para a implantação do Consultório na Rua partiu na necessidade de uma atenção mais direcionada aos usuários encaminhados ao CAPS ad, e que acabavam não conseguindo ser atendidos pelo serviço, em decorrência da situação de rua. Diante desta questão, parte da equipe junto a coordenação municipal de saúde mental passaram a apontar para a necessidade deste dispositivo, sendo que foi a partir da portaria 122/2011 que foi possível dar andamento do processo de implantação do Consultório na Rua de Criciúma. De acordo com Bárbara, as dificuldades relacionadas a atenção ofertada às pessoas em situação de rua, pelo CAPS confirmam-se da seguinte forma;

O consultório na rua, que na época era consultório de rua, surgiu de uma necessidade do próprio CAPS AD, [...] na época a gente tinha problemas com moradores de rua que não aderiam ao serviço, na verdade a gente não conseguiu atender eles por que a nossa visão era totalmente distorcida [...] aí surgiu uma portaria, um decreto [...] deu a possibilidade de criar uma equipe de consultório de rua (Bárbara).

No de 2010 o projeto foi encaminhado ao MS e a sua aprovação ocorreu no mesmo ano, porém o processo de efetivação da equipe e início dos atendimentos levou cerca de dois anos. Esta demora no processo de implantação do Consultório na Rua se deu em decorrência de dificuldades local, que podem ser avaliadas como não priorização do poder público municipal. Diante desta questão a colaboradora da pesquisa aponta:

[...]em 2010 fizemos o projeto, encaminhamos para o Ministério da Saúde, foi aprovado no mesmo ano. Assim, só que era população de rua né? Aí demorou 2 anos pra ele sair do papel [...] quando o consultório de rua foi implantando em Criciúma, já tinha uma portaria que criava o

consultório na rua, [...] a gente acabou ficando 1 ano ainda como consultório de rua. [...] tava aprovado, tava liberado a verba, tava tudo certinho, só foi implantando por que teria que devolver o dinheiro, por que eu acho que se não fosse por isso talvez nem tivesse sido implantando. Houve na época verba de 150 mil pra implantar o consultório na rua, [...] foi uma questão política mesmo, foi uma questão de gestão mesmo, local, porque morador de rua não dá voto, e ainda por cima “enfeia” a cidade, a cidade fica feia. Eu ouvi do nosso gestor uma vez que a gente tem que limpar a cidade, não pode deixar morador de rua aqui. Complicado essa realidade, bem complicado. (Bárbara)

Em 2012 o Consultório na Rua foi implantado. O desafio inicial de construir vínculo com a população de rua foi superado com apoio de um importante personagem que fez a ponte entre a equipe e as pessoas que passaram a usar o serviço. Houve de início uma preocupação com a forma de abordagem que resultou futuramente numa relação de cumplicidade entre usuário e equipe, que nas palavras da participante ocorreram da seguinte forma:

[...] no princípio do consultório na rua, a gente deixava eles procurarem a gente. Porque a gente chegava no espaço deles né, além de invadir o espaço deles, a gente ainda invadir a vida deles, aí já era de mais! [...] pra poder ter esse, essa aproximação e criar esse vínculo, nós tínhamos um profissional, que trabalha na abordagem de rua há 20 anos, que era o P., [...] a gente ia com ele nos locais, porque já era muito conhecido, então ele apresentava todo mundo, a gente trabalhou com ele a noite um monte de vezes, então foi uma abertura de portas incrível [...] digo que ele foi um mediador do consultório na rua. Aí a gente teve acesso aos usuários [...] acho que a gente tem uma relação tipo de parceria, a ponto de ligarem pra gente por exemplo, no nosso telefone, dizendo, “não vem pra cá hoje porque deu BO”, “ah, não vem pra cá porque a

polícia tá aqui”, então a gente tem uma relação bem boa de cumplicidade (Bárbara)

A estruturação e a relação entre o serviço com a população atendida foi se estabelecendo a partir do reconhecimento das demandas e das características dos usuários no município, contando com profissionais que se dividem em períodos matutino, vespertino e noturno. De acordo com a participante da pesquisa, as atividades realizadas pelo Consultório na Rua são de assistência de saúde com cuidados de enfermagem, ações de redução de danos com a entrega de cachimbos, acolhimento e escuta qualificada, privilegiando o cuidado em liberdade.

Os encaminhamentos são realizados de forma que a equipe acompanha os usuários, compreendendo que as questões de preconceito relacionadas as vulnerabilidades destes sujeitos impõem um cuidado diferenciado, na perspectiva da equidade em saúde e de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Neste sentido, a entrevistada descreve como este processo ocorre:

A gente faz teste rápido, consegue tratar se tem alguma DST na rua importante, como a sífilis que deu um boom ultimamente, consegue acompanhar o HIV, consegue tratar as Hepatites. [...] Se encaminhar o fulano pro CAPS AD, eu vou com ele no CAPS AD, então eu ligo pro CAPS AD, “tô indo, tô levando”, e eu vou e acompanho todo processo. Entro no acolhimento se for o caso. Se tiver que internar, a gente faz as mãos. “Prefere lá”? A gente leva, a gente busca, a gente busca a família, a gente dá um jeito de fazer. Como é que é que ele transita pelos serviços? Em companhia da equipe, nunca vai sozinho. [...] eu lembro que a primeira conversa que eu tive com o D.F. quando eu cheguei ele disse: “as vezes tu vai sentar embaixo da árvore com o sujeito ele vai te contar uma história e aquilo pra ele vai ser o remédio da tarde, tu vai ficar frustrada muitas vezes por que tu não fez aquilo que tu achava que tinha que fazer, mas vai ser o remédio dele”. [...] As vezes eu nem me meto na conversa ele fala fala fala fala fala fala, e eu só escuto, mas já é o suficiente pra eu sair de lá bem, ele dizer “olha tu fez um bem pra

mim”. Então é o escutar o outro [...]. Além de escutar tem que auscultar né? Por que na enfermagem se faz a ausculta por exemplo cardíaca, tu usa o ‘estéto’ pra ouvir o coração, então o auscultar é mais que o escutar tem que estar ali presente ouvindo de fato. [...] no Rio Maina, no hospital psiquiátrico nunca encaminhamos ninguém também, a gente nunca tentou na verdade. Quando a gente tem alguém, a gente aciona o AD, o AD faz avaliação e aí a gente faz junto o processo de internação. A gente prioriza, internar em hospital geral [...] agente teve acesso aos usuários também. Então hoje em dia a gente não busca mais eles, eles buscam a gente, então a gente tem um ponto específico que a gente fica, por exemplo: à gente atende na Maria Rodrigues, que é a praça perto da Assembleia de Deus, na Nereu Ramos que aquela da Igreja católica no centrão mesmo, no Pinheirinho [...] e a gente atende outras abordagens de outros bairros quando alguém liga pra gente [...]. Quando chega um usuário novo, o usuário antigo leva o usuário novo até a gente, e apresenta, fala da gente pra outras pessoas, então a gente criou uma rede de apoio dos próprios moradores de rua [...]. (Bárbara)

Identificamos que a trajetória do Consultório na Rua também é marcada pela falta de compreensão e valorização do seu papel enquanto dispositivo de saúde, que atua diretamente com ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde de pessoas, como outros serviços. O sentimento apontado pela participante da pesquisa, é de que, ora o Consultório na Rua é confundido como um trabalho da assistência social e não de saúde, ora é tratado como um serviço de saúde com um status inferior.

Esta percepção é associada ao fato de que o serviço presta atenção a pessoas socialmente marginalizadas e invisibilizadas. Bárbara narra alguns momentos em que estas questões são percebidas:

[...] (na comemoração do) primeiro ano do consultório na rua a gente teve uma verba, uma ‘verbinha’ pequenininha lá que era do projeto,

pra fazer uma festinha. Me pergunta se apareceu algum gestor? Não! Só nós e os moradores de rua. Mais ninguém [...] aí fizemos um cachorro quente, um café fizemos um bolo, e fizemos na praça Maria Rodrigues, e foi a nossa festa de 1 ano do consultório na rua. No ano seguinte a gente não conseguiu nem a verba do consultório na rua. [...] quando a gente chegou a seringueira era o banheiro deles, e aí o que foi feito pela prefeitura? A prefeitura cercou a seringueira achando que cercando a seringueira eles iam erradicar os moradores de rua da praça Maria Rodrigues. Então a visão que as pessoas têm é “vamos afastar”, “vamos esconder”, “vamos tirar”. [...] o consultório na rua não tem ambição da abstinência né? Talvez por isso o consultório na rua não seja bem quisto, por que a nossa função não é que o cara fique abstinente, mas sim que o cara encontre uma qualidade de vida melhor. [...] E isso é um problema, por que lida com os nossos preconceitos. “Ah, como é que pode uma equipe de saúde atender esses marginais”? Já ouvi isso várias vezes. [...] as equipes não reconhecem Consultório na Rua como equipe de saúde. Muitas vezes eles acham que a gente é do social por exemplo, que a gente tá ali pra fazer abordagem de rua como faz o Centro POP, então é um dificultador pra gente assim esse entendimento da política. [...] uma vez eu ouvi de um não sei se era vereador ou assessor de vereador que disse “tá, mais pra que consultório na rua senão tem morador de rua em Criciúma”? “[...] pra nós tem”. [...] em março (de 2017), já tinha 300 prontuários abertos. Agora imagina, o social tem mais de mil prontuários abertos (Bárbara)

Verificamos esta percepção também entre as equipes de saúde. O papel do Consultório na Rua, é de ser um articulador junto as unidades de saúde e outros serviços, no cuidado integral as pessoas em situação de Rua. Contudo, o que se percebe é existe uma lacuna de compreensão, tanto do papel do Consultório na Rua, quanto das possibilidades de

cuidado compartilhado, e neste caso potencializado pela negação e discriminação de pessoas em situação de rua. Faz-se necessário na visão de Bárbara, uma abertura das unidades de saúde para superação deste cenário:

Até hoje eu tenho dificuldade, com equipes de saúde que não sabem que existe em Criciúma o Consultório na Rua [...] Então pernas pra fazer (matriciamento) a gente até teria, mas teria que ter uma abertura das equipes também, as equipes que entendem o consultório na rua como transportador de morador de rua, ou recolhedor do morador de rua, então “tá no meu bairro, tá incomodando eu vou chamar o consultório na rua”. Quando na verdade não é isso né? O consultório na rua não é assim. É, pra partilhar o cuidado. (Bárbara)

Outra dificuldade apontada na pesquisa, em relação ao Consultório na Rua neste período, está a gestão dos recursos destinado ao serviço, associada a falta de clareza da portaria elegendo ao gestor local a autonomia de decisão sobre a utilização do recurso. A equipe busca superar esta questão contando com o apoio do CAPS ad, mas que aponta também para a necessidade de participação dos técnicos nas decisões quanto ao uso dos recursos. Nas palavras da participante:

[...] Eu acho que (as portarias) nos esclarecem pouco, eu acho que deveriam ser mais específicas, nós temos uma verba de 27 mil que vem mensal, mas não especifica quanto que eu posso usar daquele valor pra salário por exemplo. Então acaba que fica muito a critério do próprio gestor do município. Se ele quiser usar a verba inteira pra salário ele usa [...]. Hoje eu não tenho uma licitação do Consultório na Rua pra alimentação, o que eu faço? Eu uso a do CAPS AD, eu ligo pro AD, aí a nutricionista bota coisa a mais pros meus usuários. [...] No caso assim, eles me dão um pacote de bolacha inteiro, grande, que pra mim não me serve. Teria que ser um pacote individual, [...] Eu vejo que falta participação dos profissionais nessa

questão de portaria, a gente discutir junto o que é importante e até penso que a gente teria no município, teria que ter uma, não sei se um núcleo uma comissão que discutisse essas portarias. Mas, quem sabe um dia né? Quem sabe um dia?! (Bárbara)

Como principais ganhos do Consultório na Rua, verificamos que apesar das dificuldades, a colaboradora compreende o surgimento do serviço como um ‘divisor de águas’ para as pessoas em situação de rua. Para ela:

[...] a chegada do consultório na rua, uma parte da população que nem existia, passou a existir. É claro que o social atendia, mais atendia dentro da questão social né [...] Hoje em dia, eles tem acesso ao serviço de saúde que eles não tinham antigamente, então por exemplo, se eu ter que levar alguém pra atender num posto de saúde eu consigo levar mesmo sendo argumentado, mas eu consigo levar, porque eu tenho um aval do, da secretaria de saúde, de que eles são nosso pacientes e vão ser atendidos, independente se tem cartão do SUS ou se não tem, se mora em algum lugar, se não mora na área que eles tiver. No começo do consultório na rua não era assim, a gente tinha um posto, que era um posto central, que atendia a gente duas vezes por semana, com dois números, do atendimento médico. [...]. No caso do crack por exemplo, quando a gente chegou no primeiro ano tivemos treze casos de tuberculose na rua, e aí com o cachimbo sendo distribuído, a gente diminuiu pra um caso ano passado, que nem era morador de rua. (Bárbara)

4.2.6 Período 2006 a 2010 - Outras transformações da assistência de saúde mental no município de Criciúma: associação com acontecimentos da história nacional

Para além das transformações apontadas, o período foi marcado ainda, por movimentos de tentativas de desinstitucionalização com aprovação de projeto de resistência em relação ao avanço da proposta de inserção das Comunidades Terapêuticas como dispositivos da RAPS;

intenso esforço para convencimento da gestão da saúde para implantação do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e do Consultório na Rua abordado acima; construção de um Fórum Permanente de Redução de Danos; representação do coordenação municipal de saúde mental no Gabinete de Gestão Integrada do Município (GGIM) referente a política de segurança pública. Estes movimentos são descritos da seguinte forma pelo participante:

[...] quando veio assim o, que a comunidade terapêutica quis se inserir no espaço do SUS, e o Ministério da Saúde disponibilizou um edital, pra começar esse diálogo [...] nós ganhamos a seleção no edital. Poucas pessoas foram encaminhadas para comunidade terapêutica, porque era extremamente rígido o nosso edital [...]. Depois nós pensamos na, nos moradores da casa de Saúde do Rio Maina, e saiu um edital de desinstitucionalização, aí fomos aprovados no edital. [...] depois veio o edital do Ministério da Saúde também do Consultório na Rua, foi extremamente difícil, foram dois projetos difíceis de passar na Secretaria de Saúde (municipal), é, teve que ter muita articulação, muita justificativa, pra dizer o quanto era importante o residencial terapêutico, o quanto era importante uma equipe de Consultório na Rua, então, foi difícil. [...] existia um movimento, que entendia que, os projetos deveriam se pagar por si só. [...] "não adianta fazer projeto pra saúde mental porque no final quem banca é a atenção básica". [...] os projetos da saúde mental não eram bem vistos. Mas a gente conseguiu. Foi com muita luta né, foi conseguido convencer a gestão de que era necessário isso. [...] para a gente poder trabalhar nessa rede, e eu participava de muitos, de muitos espaços coletivos, e a gente construiu espaços coletivos também, como por exemplo, um grupo que trabalhava com redução de danos [...] e aí se formou, um Fórum Permanente de Redução de Danos no município [...] participei também do GGIM, Gabinete de Gestão Integrada do

Município que discutia política pública, no sentido de segurança pública. [...] a gente precisava ser visto, e precisava discutir que saúde mental ela está em muitos lugares. [...] tu vai discutir álcool e drogas, por trás tu tens que discutir miséria, tem que discutir pobreza, [...] (Huba)

O período foi marcado também pelas investidas de articulação com o hospital psiquiátrico, com iniciativa da gestão municipal de saúde mental. O objetivo era acessar dados sobre o funcionamento e sobre os internos do Rio Maina, numa perspectiva de diagnóstico para construção de uma estratégia de desinstitucionalização dos moradores, de acordo com o colaborador Huba. De acordo com o mesmo, a estratégia de aproximação ocorreu na lógica da conversa onde se apresentou o projeto de desinstitucionalização que objetivava dar maior qualidade no atendimento aos internos e “desafogar” a demanda. Huba avalia que o projeto foi aceito pela instituição, e que a mesma apontou para a relevância da parceria. Para o colaborador:

[...] a minha intenção era o seguinte, a rede tem que ser substitutiva, mas eu não preciso bater no hospital, pra dizer que ele não presta. Eu qualifico a rede e a rede não encaminha pra ele, e aí ele começa a não fazer sentido nesse espaço. Então eu fui nessa lógica... (Huba)

Por fim, enquanto compreensão sobre as principais transformações, Joana refere que a forma de atendimento, de relação entre os diversos serviços de saúde e saúde mental e as comunidades, foram também importante transformação. Segundo a mesma, a descentralização pulverizou as práticas de cuidado em saúde mental, reconfigurando o desenho de da assistência desta no município e apresentando novos lugares, novos cenários de práticas em saúde mental. Ela relata esta questão da seguinte forma.

[...] a partir de que se descentralizaram os serviços deu-se uma nova cara eu acho para a saúde mental também. Por que foi lá desde a atenção primária até a atenção de CAPS, [...]. Eu acho que, o psicólogo e outros profissionais

passaram a ter um outro olhar talvez, pra, que tá na rede, pra que deveria ter esse cuidado, [...] comecei a ir nas unidades, e isso vai dando uma, “ah, mas o que uma psicóloga está fazendo aqui?”, “temos casos de saúde mental aqui”. Eles chegam na unidade, eles podem ser atendidos na unidade, eles podem ser atendidos em grupo, não precisa ser só individual, não precisamos sempre encaminhar ao psiquiatra, não precisamos sempre medicar, existem outras formas de cuidado, que não os que a gente já está acostumada, por que antes era tudo ou era medicado ou era encaminhado pra frente ou não era cuidado (Joana).

Apontamos que apesar da descrição de um desenho da assistência em saúde mental, com base na portaria da RAPS, outros programas e serviços do município também são compreendidos como pontos de atenção em saúde mental. Estes são concebidos de acordo com as especificidades decorrentes do tipo de serviço que os colaboradores da pesquisa se encontram / encontravam.

Os serviços como: atendimentos de psicólogos e psiquiatras nas unidades de saúde; Ambulatório Multi Especializado (AME) - centro de testagem e aconselhamento em DST/AIDS; leitos em hospitais gerais na Região Carbonífera; ONGs; serviços universitários; Núcleo de Prevenção as Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS); Núcleo de Cooperação Educacional (NCE) da Secretaria de Municipal de Educação; e atividades sócio comunitárias como os Clubes de Mães; não são apontados de forma unânime como dispositivos de saúde mental. O Hospital psiquiátrico também é apontado também como um dos pontos de atenção.

Contudo, avaliamos que alguns desenvolvam ações nesta perspectiva de forma direta, e outros promoveram saúde mental sem esta compreensão ou objetivação. Estes dispositivos são apontados pelos participantes da seguinte forma:

[...] existiam, existiam, se entendia que fazia parte da saúde mental, mas não é uma coisa muito bem desenhada, o atendimento de psicologia, e de psiquiatria, nas regionais de saúde, que hoje são distritos sanitários. Existiam alguns profissionais que faziam alguns

atendimentos, na Educação, que sempre houve também o NCE, [...]. E as universidades, que faziam um, alguns encaminhamentos, mas eram coisas mais pontuais. (Huba)

[...] Esqueci de falar, UNESCO, outros serviços substitutivos né? Eu digo: “ah, não vou mais pro CAPS”; “ah! tem psicólogo na rede, vou lá”, [...] (nas) unidades de saúde. “Ah, não estou mais no artesanato e agora?”, “Ah tem o clube de Mães”. Entende? (Vitória)

A Casa de Saúde Rio Mania, mas que, pouca acessada assim, pela demanda do CAPS ad, aí a gente trabalha, pra quando precisava de desintoxicação a gente tinha o Hospital em Morro da Fumaça [...] a gente chegou a trabalhar fortemente com o AMA, fazendo a redução de danos, na época com as ONGs, através do AMA. [...] (Fiona)

Evidenciamos que o CAPS ad foi o espaço de fortalecimento da associação enquanto espaço de protagonismo dos usuários inicialmente, e de usuários e familiares posteriormente, com composição de técnicos em sua configuração. Na fala de uma técnica membra-fundadora da associação, esta descreve:

Eu sou uma das, membros fundadoras da associação de saúde mental [...]. Foi dali das assembleias (do CAPS ad) que surgiu a associação dos usuários de saúde mental no município. Foi desse momento, desse movimento do usuário fazer parte desse serviço, se sentir parte desse serviço e querer brigar por esse serviço. Então foi dentro desse mesmo movimento que a gente teve mais na frente, depois, a criação da associação de usuários e familiares (Bárbara)

Contudo, a formação inicial de movimento que configuraram a Associação de Usuários e Familiares de Saúde Mental de Criciúma,

tiveram início em momentos anteriores. Os participantes da pesquisa apontam os movimentos iniciais de configuração da seguinte forma:

[...]desde 2007 ali do ambulatório, já houve um movimento de uma associação, [...] e aí como essa associação estava criando força dentro do ambulatório, foi pra dentro do CAPS ad também. Então sempre passou por processos de, de autonomia desses usuários, mas também com muita dificuldade, por uma série de questões, mas sempre teve um movimento social assim, horas mais forte, horas mais fraco, horas inexistente. (Huba)

(No CAPS II) A S.V., assistência social, foi uma peça também para formação da Associação. Eu acho que a P.S., também que, foi nossa colaboradora, e ela tinha também uma visão também política muito interessante [...] ela foi também muito importante para formação das, da associação. [...] (Esperança)

Neste sentido, desde 2005 identificamos que houve movimento de construção e fortalecimento da Associação de Usuários, iniciado no CAPS II e posterior ganhando força no CAPS ad. Movimentos estes ora mais intensos, ora menos, de promoção de fortalecimento do protagonismo dos usuários, na compreensão da participação social como princípio do SUS e base da Reforma Psiquiátrica. Mas foi a partir de 2010 que se verificou movimentos mais sólidos no que diz respeito a participação ativa da associação junto aos serviços de acordo com as participantes:

[...] teve uma época que eu não lembro, então vamos falar assim, cinco ou seis anos atrás, a associação ela funcionava de uma maneira mais formal. Ela funcionava melhor que dessa associação (atual). Foi criado até a ideia de um grupo de geração de renda, que na época, já teve dentro do CAPS (II) um grupo de geração de renda [...] (Cacau)

[...] O que eu me lembro da associação a época que ela foi assim mais ativa foi de 2012 a 2013. Foram os anos assim ó, em que a associação funcionou muito bem, que era quando o J. tava na presidência da associação, que é uma pessoa maravilhosa. [...] (Joana)

Os movimentos feitos pela Associação nem sempre foram bem vistos por parte das equipes técnicas e gestores. Duas gestões da associação neste período são caracterizadas da seguinte forma: a primeira como uma gestão que exigia atendimento de qualidade por parte das equipes técnicas, e a segunda que fiscalizava e cobrava o investimento dos recursos financeiros nos serviços. Nestes momentos em que a Associação exerceu o papel de controle social, fiscalização e cobrança, seus movimentos provocaram tensões que são descritas por alguns participantes da seguinte forma:

[...] quando o movimento de usuário é muito forte, cria uma pressão, uma tensão na gestão, a gestão não acho interessante isso acontecer. [...] eu lembro que a intenção da gestão na época era desarticular o movimento, porque existia muita pressão, tanto dentro da Secretaria de Saúde, como dentro do sistema econômico, quanto no gabinete do prefeito. [...] a partir da pressão da Associação, culminou numa audiência pública, pra discutir saúde mental, para discutir recurso [...] porque não se via investimento, todo mundo sabia quanto entrava no CAPS, todo mundo sabia quanto era gasto no CAPS. [...] foi em 2013. Então houve, o J.P. e o S.S., são marcados por uma pressão muito grande. O S.S. por uma pressão em cima do trabalhador, pra dar assistência de qualidade. E o J.P. marcado por uma pressão em cima da gestão, pra dar resultado financeiro, investimento, qualificação, material. Então são bem distintas as duas gestões assim... (Huba)

[...] aí eles ficam em cima cobrando, em algumas situações. Em outras situações fica uma coisa, até meio que chato. É, porque eles cobram

mesmo. As vezes isso pode dar problema até para um profissional. Se querem, eles vão lá e tira um profissional, [...] e também o próprio profissional ser perseguido, porque achavam que, estava instigando, dando muitas asas para a Associação. [...] assim, coisas desse tipo aconteceram. (Vitória).

A forma de eleição para composição de Associação era através de votação direta. Criavam-se as chapas, que deveriam ter membros de cada dos CAPSs, usuários, familiares e profissionais.

[...] pra que todo mundo fosse atendido dentro das necessidades da associação. Não sei se ainda tá assim, né? Se pensava em cada um de um serviço, criava uma chapa pra cada um de cada serviço, e a partir dali fazer as votações direitas, e votava (Bárbara)

Ao final do período, a Associação foi percebida pela participante da pesquisa como um movimento desvirtuado da proposta inicial e da forma como vinha se constituindo.

No CAPS ad era mais efetiva assim a associação, [...] mas depois que o D.F. saiu da coordenação... aí eu participei de mais uma reunião depois enquanto psicóloga da unidade de saúde, [...] mais que eu senti que tava completamente desvirtuada daquilo que era pra ser. Com um discurso extremamente político, político no sentido partidário, [...] enquanto era no CAPS ad, discutia-se política de saúde mental, discutia as ações do município, fazia-se reuniões com os usuários, com os colaboradores, com a secretaria de saúde, e depois isso foi se perdendo, era mais uma questão de briga política partidária mesmo. De que tem que colocar o vizinho trabalhar no CAPS, mais ou menos isso tá, uma coisa bem vulgarizada mesmo. (Fiona)

No final deste período, com a desmobilização da Associação, um dos colaboradores anuncia ter sofrido perseguição política, decorrente do

movimento de empoderamento dos usuários. O participante avalia a situação como uma forma também de preceito, ao desqualificar os usuários quanto sua capacidade de articulação e atuação no controle social em saúde mental.

[...] quando a gente conseguiu fortalecer o movimento social, e que eles ficaram fortes e autônomos, a gestão simplesmente desconsiderou a possibilidade de eles construírem isso sozinhos, então eles me colocaram como o articulador disso. E que eu estava colocando os usuários para, contra, contra gestão. E aí nesse momento eu sofri a maior perseguição política que eu poderia ter sofrido nessa minha história de SUS. Á, uma tremenda perseguição política, inclusive de tentar tirar os meus direitos de licença prêmio [...] só com a intervenção do sindicato, que eles conseguiram aliviar um pouco essa pressão em cima de mim. [...] E hoje três anos depois, eu ainda tenho uma marca, né? Da minha saída, ainda em algum espaço eu sou apontado como aquele que incomoda gestão, que articula, que enfim. [...] Mas assim, eles não reconhecer que foram eles que buscaram, foi assim, a desqualificação, ‘porque são loucos’, ‘porque são drogados’, e não dão conta disso, teve que ter o cara por trás deles, isso me entristece, isso me entristece, mas só isso! E não a condição de ter me perseguido, que isso aí a gente se defende. (Huba)

Em âmbito nacional, este período foi marcado por mudanças importantes a partir de processos políticos e sociais, conquistas e desafios. São alguns dos eventos deste período apontados por Vasconcelos (2008): eventos comemorativos conjuntos de vinte anos do movimento, particularmente o Encontro de Bauru (SP), em dezembro de 2007, buscando criar condições para reativar a comunicação entre as tendências e lideranças antimanicomiais, bem como para a criação de uma agenda comum de lutas e reivindicações; entrada de vários grupos de estudantes universitários e de seus respectivos centros acadêmicos para o movimento representa uma conquista significativa para o conjunto da luta em nosso país; desinvestimento em programas destinados a grupos sociais mais vulneráveis e com menor capacidade de pressão política (indígenas,

usuários da saúde mental, portadores de HIV, deficientes, etc.); desaceleração na criação de serviços substitutivos em saúde mental; desaceleração da redução de leitos psiquiátricos; maior abertura para criação de serviços privados ou terceirizados, entre outros. Este é um campo em que a atual Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde reconhece que não tem condições de garantir adequadamente as reivindicações de nosso campo, já que elas dependem muito do posicionamento e mobilização das coordenações estaduais e municipais.

As precárias condições de trabalho, das instalações, dos imóveis, dos itens de custeio regular e dos serviços básicos cotidianos (alimentação, limpeza, segurança, etc.) em muitos Caps e demais serviços substitutivos no país: isso tem causado profundas implicações na qualidade dos serviços em muitas cidades do país (VASCONCELOS, 2008).

4.3 PERÍODO 3 (2013 A 2016) - MUDANÇAS NO MODELO DE GESTÃO MUNICIPAL EM SAÚDE MENTAL E A CRISE DOS “LEITOS PSIQUIÁTRICOS”: NA CONTRAMÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O terceiro período é marcado por alguns fatores, sendo os principais abordados pelos narradores como sendo: a) mudança de coordenação de saúde mental trazendo um novo olhar sobre a política de atenção neste campo; b) paralisação na implantação dos dispositivos de saúde mental em curso, na construção da RAPS; c) sucateamento dos serviços, com cortes de recursos para questões básicas como alimentação e materiais de trabalho; d) demissão de um grande número de servidores não concursados a partir de Termo de Ajuste de Conduta (TAC) que afetou diretamente os serviços de saúde mental; e) desmobilização da associação de usuários; f) desarticulação dos encontros coletivos de debates entre trabalhadores de saúde mental; g) aumento de práticas medicalizantes e nos dispositivos de atenção psicossocial; h) realização de audiência pública em novembro de 2013 após denúncia da associação de usuários quanto à não utilização dos recursos da saúde mental nos serviços; i) desenvolvimento de estratégias de resistência na perspectiva do protagonismo de usuários e familiares com entrada de novos atores; j) abertura de um novo hospital psiquiátrico privado com internações e o início de um período de judicialização de internações para crianças e adolescentes.

Todas as transformações deste período ocorreram na mesma perspectiva do que vinha (e vem) ocorrendo no cenário das macro

políticas no campo da saúde mental. Em Criciúma, este movimento é sentido e relatado pelos participantes evidenciando alguns aspectos de forma mais impactantes como marcos desse período. Neste sentido, avaliamos que as questões que mais marcam esse período partem da mudança de olhar da gestão pública mais especificamente na saúde mental.

Alguns colaboradores narram suas percepções sobre esta questão de forma mais geral, da seguinte maneira:

[...] muitas coisas mudaram né? [...] a gente percebe que tinham outros interesses também, como o que a gente observa hoje em nível nacional. Interesse mesmo em que a coisa não dê certo, pra que os interesses particulares se sobreponham. Então a gente tá assistindo isso no SUS, e não é diferente na psiquiatria, na Reforma Psiquiátrica, e isso eu, me assusta muito, me assusta muito e me deixa muito triste assim... (Esperança)

[...] coisas que aconteciam e que aí pararam de acontecer tipo um período, eu acho que a partir do momento que mudou a coordenação de saúde mental do município, que mudou a gestão, o negócio começou a morrer assim. [...] eu acho é 2013 foi quando o negócio começou tipo, “não é mais assim que a gente vai cantar a música, vai mudar a melodia”. E aí a visão que a gente tinha, de trabalho em equipe, do usuário como um ser integral, mudou pra uma visão medicocêntrica. Que é o médico que resolve, o médico que dá o jeito. E aí a gente perdeu um pouco daquilo que era equipe de saúde mental. (Bárbara)

Compreendemos que esta mudança de olhar da gestão, tratam de questões referentes aos conflitos de intensões nos modelos de saúde. Estes conflitos referem de um lado, os princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS, e de outro, os interesses do campo privado na saúde.

Ainda, em uma avaliação mais geral da atenção em saúde mental no município, percebemos que os impactos da mudança de gestão foram avaliados pelos participantes pela falta de espaços de dialogicidade, pela burocratização das relações de trabalho entre gestão e serviços e, como

consequência disso, pela fragilização da comunicação entre os serviços. Estas questões dão início com a desarticulação dos encontros coletivos de debates entre trabalhadores de saúde mental e são descritas pelos participantes da seguinte forma:

[...] eu lembro que assim, a gente tinha reuniões de coordenadores, passamos a não ter mais, a gente passou a não saber mais quem trabalhava no outro CAPS, as equipes foram sendo mudadas, e a gente não sabia mais pra quem a gente nos serviços [...] pra discutir um caso. Essa troca, essa comunicação que existia, que já existiu entre os CAPS e entre a rede isso tudo piorou vou te dizer que de 2014 até final de 2016 foi bem ruim, teve sim uma visão assim mais médica tá, foi todo um olhar né não vou nem dizer ah, se foi bom ou se foi ruim, foi diferente. No meu entendimento em termo de saúde mental piorou, por que as relações entre os serviços e a comunicação entre as pessoas ficou muito, fragilizado. Então era tudo muito do quantitativo, as vezes faltava o olhar mais qualitativo das relações e tal. [...] o movimento da gestão era um movimento muito mais burocrático, era um movimento que não era pensado assim, no dia a dia dos serviços e nas pessoas dos serviços. [...] o G.F. assim ó, até pela carga horária que ele tinha e por ser médico ele tinha uma outra visão. Então assim, as coisas passaram a não ser mais discutidas, ele dizia assim “não, tu lá no teu serviço tu decide”. Ele dava autonomia, mas no mesmo tempo ele, não era uma coisa participativa. (Joana)

[...]. Outra coisa foi a desarticulação das equipes. Então assim, as equipes elas não se encontram mais, tem profissionais que nem conhecem, então existia uma relação de proximidade. De contato pelo menos visual uma vez por mês, e hoje as pessoas não se conhecem. Uma coisa que sempre houve no, mesmo nesse modelo de encontro é, o, o fluxo de um CAPS pro outro,

principalmente CAPS II, CAPS III, CAPS ad. O CAPS II manda pro ad, o ad diz que não é, diz que é do II, então assim, não existe uma, já teve uma melhor relação [...] também acho que, o olhar da Reforma Psiquiátrica dentro do modelo atual, também não, não foi construído, não foi estabelecido. Então ainda as pessoas não sabem muito bem o papel social do CAPS, isso eu vejo que é um problema. Antes se tinha um pouquinho melhor, não era bom, [...] mas era um pouquinho melhor, porque? Porque tinham pessoas estratégicas que tentavam discutir, "o que é isso aqui que eu estou trabalhando?" (Huba)

[...] quando o coordenador é, que é, que é um médico psiquiatra assumiu foi ficando cada vez mais complicado. Na época eu fiz alguns movimentos de ir até as secretarias de saúde junto com a psicóloga que foi a C.D., que entrou como concursada e a gente não teve portas abertas [...] não entendia o diálogo como algo que a gente quisesse discutir pra acrescentar, pra melhorar né, então foi bem, bem difícil trabalhar, a gente trabalhava, bem limitadas sabe? Era um atendimento clínico [...] (Fiona)

A audiência pública ocorreu em 27 de novembro de 2013, cuja ata informa tratar-se do inquérito Civil nº 1.33.003.000142/2013-73, "convocada pelo Ministério Público Federal (MPF) para debater o atendimento em saúde mental, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na região Sul de Santa Catarina" (MPF, 2013).

Apesar do desfecho da audiência pública, este período é marcado até o final do período pela paralisação na implantação dos dispositivos de saúde mental, que se encontravam em curso, com vistas ao fortalecimento da atenção em saúde mental na perspectiva da RAPS. Dentre os processos em andamento estavam: a) efetivação de cooperativa de geração de renda na atenção básica; b) construção do equipamento do CAPS II ad e transição deste serviço para CAPS III; c) implantação do Serviço Residencial Terapêutico.

[...] conseguimos mandar (Projeto Cooperativa LateMia na AB) para o Ministério da Saúde, foi aprovado, veio recurso, isso em 2013. Nós estamos em 2017 e talvez não se saiba nem onde está esse dinheiro. Outra coisa assim, que em 2010 nós fizemos todo um mapeamento de terrenos, teve um período em que o Ministério da Saúde tava bancando a construção de espaços. E então [...] eu reuni novamente o pessoal [...] nós elegemos alguns lugares [...]. Só veio esse recurso em função do, do “Programa Crack é Possível Vencer”, que foi lançado em 2010, então o recurso veio pra, passar o CAPS II ad pra III, entrou recurso, nós estamos em 2017, até hoje, não aconteceu [...] (Huba)

Na ata da audiência pública, a gestão comprometeu-se com a implantação dos SRT, com a ampliação das equipes e com a priorização das necessidades deste setor da saúde. As divergências de intencionalidades impactaram os dispositivos existentes de formas diferentes. As influências do modelo tradicional biomédico, na perspectiva da medicalização foi outro fator que promoveu tensões e embates nos diferentes cenários de prática.

No campo da atenção básica em saúde, estas tensões são avaliadas como de fechamento para a realização de ações que não fossem as consultas ou grupo psicoterápicos nos moldes tradicionais. As ações de desinstitucionalização foram desconsideradas como práticas de cuidado neste cenário, enfatizando o psicólogo como profissionais “especialista” numa perspectiva ambulatorial de atendimento. A participante narra sua experiência deste contexto:

[...]com a mudança de gestão, que também morreu, que aí onde foi onde entra o psiquiatra como nosso coordenador. [...] as ações que nós fazíamos extra CAPS, de desinstitucionalizar de verdade, foram abolidas. [...] como um fator complicador, era entendimento muito torto da saúde mental, que voltou a fazer filas, voltou a tirar a capacidade do psicólogo de fazer avaliações. Isso ficou muito evidente quando se proibiu psicólogo de encaminhar, os usuários da atenção básica, por exemplo, direto com uma

avaliação ao psiquiatra. Ele tinha que passar de novo pelo clínico geral e o clínico médico é que tinha esse poder e não mais o psicólogo. E aí, claro que a gente teve um aumento de fila nas unidades pelo clínico geral [...] eu não pude fazer o grupo com as agentes comunitárias, porque eu ia perder o meu atendimento, [...] por uma questão de produtividade, foi o que foi alegado assim na época. Então era bem, a gente se transformou em psicólogas clínicas, eu mantinha o grupo de mulheres já há quatro anos né, que eram mulheres com história de depressão e ansiedade, mas eu não fazia nada mais além disso, muito estreito. (Fiona)

No CAPS esses processos de medicalização das práticas do cuidado também são percebidos como efeitos das mudanças do período. Esses processos são reconhecidos na falta de flexibilização organizativa dos serviços com: a) o engessamento das “grades de atividades” e atendimentos tecnicistas; b) a compreensão equivocada sobre o acolhimento, entendido como procedimento de triagem agendada; c) a falta de espaços de conversas informais nos serviços; d) a redução / esvaziamento de atividades sociais e culturais. Estas questões são detalhadas nas narrativas das participantes:

[...]em alguns serviços, tem regras assim, “se não chegar até as 9h00 não almoça”, “se não participar do grupo tal não tem lanche à tarde”, então, o que a gente tá vendo é que muitas coisas mudaram [...] Eles (usuários) chegam vão tomar café! 9 horas, né? 9 e meia, 10 horas, tem grupo, vão pro grupo. Depois quem vai embora, vai embora, quem não vai fica ali, almoça e aí tem outro grupo, a 1 e meia, 2 horas, tem o grupo, acabou grupo, toma café e vai embora. [...] aí depois do café tem que começar a levar embora porque se não, o motorista passa da hora, e aí tem que pagar hora extra e daí não pode [...]. Essa é, é a convivência. [...]. (pausa) eu acho que a gente fazia mais visita domiciliar, a gente entrava mais na casa, no território do usuário, (pausa), tu sentava mais do lado, caminhava mais do lado.

Hoje eu vejo muito um na frente do outro. Antigamente a gente tava circulando, era um embaralhado, emaranhado, tu chegava no serviço tu não sabia quem era quem, quem era o usuário, quem era profissional [...] isso mudou. [...] embora as, as portarias, elas nos deem também, as diretrizes pra tu, implantar o teu serviço, eu, eu não me apega muito, “ah porque a portaria diz que tem que ter 3 profissionais para atender isso, então tem que ter 3 profissionais para atender!” [...]. Vejo as pessoas muito ligados na, na legislação, e deixando, esse lado mais humano, na berlinda, sabe? (Esperança)

[...] quando eu comecei lá no CAPS dois, o acolhimento era: chegou foi atendido. E hoje não, é por agendamento. [...] a pessoa está tendo uma crise lá, precisa conversar aquele horário, porque que não conversa com ela aquele horário? "A porque teu dia e tal dia, tem que esperar". Será? Será que tem que esperar? [...] não pode conversar um minuto com aquela pessoa? Nem que seja informal? Informal. Não precisa ser formal. Não precise lá dentro dar um atendimento, preencher o prontuário. Conversa só para deixar a pessoa mais calma. Entende? É o acolhimento, agendado assim, eu acho meio complicado. (Vitória)

[...] juntava as equipes faziam uma atividade de festa mostravam pra esses sujeitos que eles também faziam parte de uma sociedade e isso eu vejo que não acontece mais isso é uma coisa que faz falta assim, [...] fui, algumas vezes na noite cultural, no CAPS folia. E eu vejo isso como um, retrocesso, eu vejo que essa mudança de visão nas gestões que acabam assumindo os serviços, elas prejudicam muito na questão da cultura. Porque o que dá pra entender? ‘Louco não precisa de cultura, louco não precisa de festa’ [...] havia falas, “Ah vai levar um usuário de droga pra uma festa?” “Tá, mas ele vai pra festa! Com a gente ou sem a gente. Então não tem o

por que não? O legal é ir junto pra pode orienta
(Bárbara)

Esta questão também é evidenciada no CAPS II, com a retomada das discussões sobre o exercício da autonomia como projeto base das ações no serviço. Numa avaliação das condições mais recentes no serviço, a trabalhadora do CAPS II desabafa:

[...] tanto faz eu dizer assim: “oh, aquela cuba (buffet) tá la no lado de fora? Pra servir o alimento? Vamos trazer essa cuba aqui pra dentro”. E aí “ai ai ai, sabe”? “Gente isso foi assim uma conquista! Isso foi uma construção até chegar essa cuba aqui! Vocês entendem o por que a cuba veio”? Faltava autonomia, as pessoas elas têm que, elas se servirem”! “Mais e aí aquele que vira tudo”? “Calma gente. Vai ter alguém aqui do lado pra tá orientando. Não é assim”? [...] Essa parte assim, ela me dói. De coisas que mexem muito comigo, só a parte do sentimento assim ó, de eu olhar pra eles principalmente na hora da comida sabe? De ver aquele prato pronto ali, “eu te sirvo esse prato, tu come isso aqui”. Isso aqui pra mim não dá. E as vezes como as pessoas, os que tão aqui, a minoria são dessa ideia também, a gente acaba se esgotando assim, por que a gente sabe que é passo de formiguinha, mas a gente quer que os outros entendam também né? Puxa vida! Tu tá aqui não é só pra isso, pra bota o prato ali, um exemplo pra servir “bota, come essa carne aqui, botei bastante feijão”, “eu não quero feijão”, “deixa ali do lado, come o que tu quiser”. Isso pra mim não me serve sabe? (Cacau)

Outra questão apontada pelos participantes da pesquisa é o sucateamento e precarização dos serviços, destacados por cortes de recursos influenciando diretamente questões básicas para o funcionamento destes, como: a) compra de alimentação e de materiais de trabalho; b) fechamento dos leitos do CAPS III no períodos noturnos e finais de semana; c) falta de profissionais, principalmente para serviços de higienização e cozinha; d) falta de manutenção das estruturas físicas

dos CAPS, provocando a interdição do CAPS i final de 2016; e) necessidade de intervenção do Conselho Tutelar e do Ministério Público para dialogar com a gestão em relação aos problemas apresentados no CAPS i. Joana e Esperança detalham alguns destes processos:

[...] eles fecharam os leitos (do CAPS III), eles resolveram fechar os leitos! Eles fecharam em dois momentos [...] em setembro a novembro. Em novembro veio o Estado aqui, mandou reabrir, eles reabriram um dia, foram pro secretário de saúde, o secretário determinou que fosse fechado. E aí eles fecharam até [...] fevereiro desse ano (2017). (Esperança)

[...], nós estamos há muito tempo sem fazer grupo (no CAPS i), isso é uma coisa que me irrita. [...]. Aí a gente teve que se reorganizar, teve uma época que a gente bateu o pé, que tava sem material, que tava a parte da casa lá de trás, tava interditada, tava sem profissional, então a gente criou um documento, mandou pro conselho tutelar, mando pra secretária, “ó não vamos mais fazer atendimento, a gente só vai atender os pacientes que já estão em atendimento”. E ficamos quase 60 dias até que o Ministério Público começou a pedir explicações, Conselho Tutelar pediu explicações pra gestão e daí fizeram uma reunião, e daí fizeram algumas contratações. Mas a casa continuava daquele jeito, [...]. (Joana)

As questões detalhadas pelas participantes traduzem mudanças que desconfiguram a modalidade de serviço/casa de lógica comunitária dos CAPS, bem como descaracterizam os serviços quanto sua principal vocação, redirecionamento dos atendimentos em modalidade ambulatorial.

Em outros dispositivos, a questão do sucateamento e da precarização também são sentidas. O GRIT/SOMAR tem seus problemas referentes a dificuldade de local adequado intensificados, mudando para salas inadequadas. Primeiro para uma sala da prefeitura no prédio do terminal rodoviário impedindo a continuidade de algumas atividades realizadas até então. Posteriormente em um mezanino no camelô (antiga

prefeitura), que só foi possível graças à parceria com a Associação dos Deficientes Físicos de Criciúma (JUDECRI). Vitória narra estas questões da seguinte forma:

Ah, foi em 2013, ou em 2014 a gente foi pra, pra cima da rodoviária, era uma sala pequena, aí não dava pra..., cortou tudo, cortou a dança, cortou a música, aí ficamos com a pintura em tela, e os trabalhos manuais. [...]. Depois nós fomos ali pra JUDECRI. [...] (saímos da Rodoviária) porque a guarda municipal ia toda lá pra cima. [...] eles tiveram que sair também. Aí tiveram que tirar todas as salas porque a guarda municipal ia pra lá. [...] neste mezanino (em cima da JUDECRI) a acessibilidade é zero, até meio perigoso, tinha degrau de madeira que estava meio bamba, aí volta e meia a gente pedir para alguém da prefeitura ir ali dar uma olhada, aí nós colamos umas fitas também, antiderrapante. [...] a gente fez uma parceria com eles. Eles deram a salinha deles pra nós, aí nós chegamos também, a, fazer algumas oficinas com, com participantes deles também. E aí íamos atender em baixo. Porque eles não podiam subir, eles queriam visitar lá em cima, mas não podiam porque, com a cadeira não dava né? (Vitória)

No Consultório na Rua, a questão do sucateamento apareceu atrelado a invisibilidade das pessoas atendidas. Estes equipamentos costumam ser os primeiros a sofrer impactos de cortes de recursos, uma vez que é próprio das políticas neoliberais a compreensão de que as populações marginalizadas.

Neste sentido Bárbara descreve os esforços da equipe para conseguir desenvolver seus trabalhos:

[...] pra mim foi o marco principal né, no retrocesso. Paramos aqui e vamos voltar pra trás, por que a gente ficou muito desamparado nesse período assim, mas muito desamparado. A ponto de por exemplo, a gente ter que trabalhar com nossos carros por que a gente nunca tinha um veículo, tava estragado sei lá. A gente não tinha

telefone celular a gente usava os nossos pessoais pra fazer ligação. A gente ia pros lugares de ônibus, cansei de fazer curativo por exemplo, tava no centro, tipo, ah, tem um fulano de tal lá no pinheiro, de pegar o meu cartão de ônibus com a minha enfermeira da equipe, ir lá fazer o curativo na criatura por que não tinha um carro pra gente ir até lá. Então isso aconteceu, foi bem traumatizante pra equipe também né por que a gente sentia desamparado (Bárbara).

Além disso, os movimentos de troca na gestão do início deste período promoveram desgastes intensos na transição de modelo de atenção deste dispositivo. Este processo durou mais de um ano, no qual o serviço ficou sem gerência a qual se reportar. Além disso, outras ações governamentais de outros setores ocorrem na lógica da higiene social, impactaram as ações do Consultório na Rua. A participante descreve este processo da seguinte forma:

[...] por exemplo, na época o consultório na rua era da saúde mental, mas era Consultório De Rua. O que aconteceu? A gestão nova não reconhecia o Consultório Na Rua como dispositivo de saúde mental, e a atenção básica ainda não tinha recebido a gente. O Consultório Na Rua fico praticamente um ano e meio no limbo! Não tinha uma coordenação pra quem se dirigir, a gente tinha que se virar com o que a gente tinha, [...] até a gente virar atenção básica [...]. Foi bem complicado, então acho que foi isso que eu te digo que pra mim foi o marco principal né, no retrocesso. Paramos aqui e vamos voltar pra trás, por que a gente ficou muito desamparado nesse período assim, mas muito desamparado. [...] outra situação, é a visão que as pessoas têm de “vamos afastar”, “vamos esconder”, “vamos tirar”. Aconteceu por exemplo no final de 2014 uma limpeza nas praças. Então eu é, que tinha uma população fixa na praça Maria Rodrigues, que eu atendia e que eu acompanhava, teve uma ação do social na época junto com a polícia militar e expulsou os

guris dali. Então aquilo que era fácil pra eu atender, foi pros bairros aí eu tive que migrar pros bairros pra achar as pessoas que sumiram, que desapareceram e eu não tinha como saber onde estavam. E tudo, gente que estava em tratamento, gente que tomava medicação pra HIV, que tava tomando remédio pra sífilis, que tava tomando remédio pra tuberculose. E aí a gente teve que caçar esses sujeitos por que eles foram convidados a sair. E tu fica em uma situação complicada, não falamos a mesma língua então é muito complicado assim, bem complicada a questão. (Bárbara)

Neste período, outro evento marcante destacado pelos participantes foi a desmobilização da Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental de Criciúma/SC. A questão do protagonismo de usuário e familiares vinha apresentando movimentos de fortalecimento no segundo período deste estudo, porém com resistências. A falta de compreensão de que a participação social é preceito importante na saúde mental (assim como no SUS), parece ter sido sempre motivo de tensões. Estas tensões surgem, entre outras razões, da noção de que o “louco” é desprovido de razão, logo não sendo capaz de participar nas tomadas de decisão. Percebemos esta desmobilização na redução / exclusão das assembleias gerais no CAPS ad; no aparelhamento da associação as ações governamentais, e, neste sentido, a reformulação dos formatos de reuniões que se tornaram reduzidas e antidemocráticas;

Os participantes detalham alguns destes movimentos:

Primeiro a desarticulação do movimento social. Isso foi assim, feio inclusive! No CAPS ad por exemplo, hoje não tem assembleia de usuários, que era semanal. [...]. (Huba)

No CAPS ad era mais efetiva assim a associação [...] a assembleia, foi montada por políticos, foi uma estratégia, uma jogada assim, e aí eu participei de mais uma reunião [...] fui convidada pra ir em uma dessas reuniões que aí foi com assembleia, mas foi lá no CAPS II. Mas que eu senti que tava completamente desvirtuada daquilo que era pra ser. [...] aí depois eu fui

perdendo contato, mais em quanto era no CAPS ad, discutia-se política de saúde mental, discutia as ações do município, fazia-se reuniões com os usuários, com os colaboradores, com a secretaria de saúde, e depois isso foi se perdendo assim, era mais uma questão de briga política partidária mesmo. De que tem que colocar o vizinho trabalhar no CAPS, mais ou menos isso tá, uma coisa bem vulgarizada mesmo. (Fiona)

Foi em 2013, 2014 eu acho que foi! [...] foi depois de 2013. É por que daí naquela época a gente ainda participou de algumas reuniões. Mas depois que mudou a presidência a gente não foi mais chamado [...] não foram mais tão bem quistos assim. Daí a gente não conseguiu mais levar eles pras reuniões de saúde mental [...] até onde eu me lembro (a eleição da associação) foi uma chapa única, não teve uma discussão de coisa. A presidência não ficou na mão de um usuário, ficou na mão de um familiar que eu acho que aí, foi um erro pra mim [...] (Bárbara)

Demissão de muitos servidores não concursados afetou diretamente os serviços de saúde mental. Nas palavras de uma das participantes:

[...] eu acho que perdeu muito, que se perdeu muito quando foram demitidas várias pessoas que já tavam começando, por que é um processo que eu tô engatinhando assim, tô bebendo leite ainda, tô aprendendo na saúde mental. E aquelas pessoas ali, também que estavam desde o início (no CAPS II) [...]. Isso foi em 2016 ano passado né então a equipe [...] então eu acho que, não sei se da parte dos gestores, que não olham com carinho, talvez por não conhecerem o que que é a saúde mental, as pessoas não acham que saúde mental são pessoas. E eu acho que a gente nesse momento mesmo, posso te dizer que nós fomos totalmente desprovidos de tudo. (Cacau)

[...] em maio de 2016 várias pessoas foram demitidas, isso também foi algo que afetou o trabalho em equipe, o andamento do serviço por que era a gente tinha uma equipe que tava junto há muitos anos, então isso dificultou. [...] Metade da equipe, não era concursada. Então foi bem cruel, foi bem cruel. (Joana)

Como movimento de resistência as situações postas, umas das ações realizadas foi a execução do projeto “Tecendo a Rede: o desafio do empoderamento de usuários e familiares na rede de atenção psicossocial de Criciúma/SC” pelo edital da Chama de projetos de protagonismo de usuários e familiares. O projeto foi submetido ao edital pela ONG ACR. A inserção destes atores no cenário de práticas de saúde mental foi lembrada por uma das entrevistadas:

[...]. Mas, houve também participação daí, com outras entidades, ONG. Como teve a ACR, que é Anarquistas Contra o Racismo. Então houve participação, dos usuários nesses projetos. (Vitória)

O projeto foi realizado de junho a dezembro de 2015, e teve como principais atividades a realização de oficinas de direitos humanos em saúde juntos a usuários, familiares e profissionais. Estas oficinas ocorreram no CAPS ad, no CAPS i e no CAPS III. Além disso, o projeto promoveu uma capacitação aos trabalhadores em saúde mental, ministrado pela psicóloga S.V., na época gestora de saúde mental em Joinville/SC e militante antimanicomial. No momento, os profissionais presentes registraram a importância do Encontro, de poder coletivizar a discussão em torno das temáticas referentes a saúde mental do município.

Registramos que o período é também marcado por uma espécie de reinauguração da importância do papel do hospital psiquiátrico neste cenário. Neste sentido, surge o novo hospital psiquiátrico, privado, com internações para crianças, adultos e idosos. Na mídia local (rádios, jornais e mídia online) este dispositivo aparece como moderno recurso de cuidados em saúde mental.

Evidenciamos a captura de trabalhadores em saúde mental do SUS, que passam a refletir sobre uma necessidade deste dispositivo. A participante, retrata esta questão da seguinte forma:

[...] até sobre essa questão da luta antimanicomial, o ano passado (2016) foram abertos os leitos de internação pra criança e adolescente em uma cidade vizinha aqui na região carbonífera. Então isso partiu lá da instituição privada, e da pessoa do G. E claro como eu e a M. trabalhamos com o G. muito tempo, ele nos convidou pra fazer parte da equipe, em muitos momentos eu e a M. sentamos, “será que vamos”? Porque de alguma forma parecia que aquilo ia contra o que a gente enquanto profissional da psicologia entendia, só que claro a gente trabalhou muito tempo no CAPS e a gente percebia que claro, tinha muitas situações em que o adolescente precisava, de um suporte hospitalar. Porque a família não dava condições, porque o caso era grave enfim, e entendendo que a internação tem que ser diferente, de como é com o adulto, é que não poderia ser de longa duração, que teria que ser uma coisa breve. A gente tinha muito como modelo lá de Joinville, o H., que é de 15 a 20 dias, tem um pedagogo, tem uma equipe que trabalha atividades lúdicas, então a criança não vai ficar lá ociosa, ela não vai ficar lá dopada, [...]. E mesmo assim, mesmo sabendo que aqui teria isso nós chegamos, [...] um dia sentamos e “vamos aceitar? Por que a gente pelo menos a gente aceitando a gente tem um olhar do que não pode ser”. E a gente daí resolveu aceitar o desafio. Por que foi um desafio, daí teve todos os percalços do hospital de xx, passou para o xx, parece agora que vai voltar a funcionar. E sabe que foi muito diferente do que a gente imaginava, por que a gente recebeu casos lá uma das coisas que nos deixou um pouco intrigada, as vezes a gente atendia casos lá menos graves do que a gente atendia aqui. Por que? Porque vem lá do interior do estado, onde não, de uma cidade muito pequena, que não tem nada. [...] nenhum dispositivo e acaba vindo. Então até a gente mesmo tinha assim um preconceito com a internação, muito mais internação pra criança e

adolescente. Mas por outro lado né, teve casos que a gente percebeu “não, realmente precisava dessa internação”. E saiu melhor dessa internação e pode acompanhar o tratamento depois da internação. Né, então assim mais em alguns momentos a gente pensou “ah, vamos mesmo”? [...] lá é particular. [...] então, algumas prefeituras até tentaram parcerias, convênios. Eles queriam tipo alugar um leito quando disponível poder utilizar. Teve algumas regiões de Tubarão que não tem CAPS i por exemplo, outros que procuraram, Criciúma como tem outros dispositivos né, as duas internações que tiveram lá foram judiciais. As de Criciúma, a gente atendeu na verdade muito mais adolescentes que não são de Criciúma, principalmente norte noroeste do estado de Santa Catarina assim. Então mais, foi uma experiência legal nesse sentido assim de entender o outro lado. E claro tem casos que precisam, e casos que não precisam, tem casos bem graves (Joana)

Por fim, identificamos a necessidade de ações de matriciamento e de desenvolvimento de habilidades inventivas dos trabalhadores em saúde mental, com vistas a recuperar o potencial substitutivo do sistema de atenção em saúde mental no município. As participantes trazem estas questões em suas falas:

[...] as pessoas não conhecem o CAPS, e nós não conhecemos as unidades de saúde. [...] tem que ser criado alguma coisa. Porque ninguém se conhece, a verdade é essa. (Cacau)

E também assim uma coisa assim que me incomoda muito, de ouvir “Ah [...] quando eu entrei há muito tantos anos atrás, já era assim, então eu fui fazendo assim”. Quer dizer, tu faz sem questionar! Tu pega o bonde andando, e tu caminha do jeito que ele está andando? Não, para lá! tem uma pedra no sapato, pára e tira a pedra. Para o trem, mas não, as pessoas não

param o trem, elas continuam andando, do jeito que está, [...] se a maioria diz que tem que ser assim, eu digo "será que não pode ser assim?" [...] (Esperança)

Junto a esta questão da falta de articulação das ações de rede (como o matriciamento), compreendemos este terceiro período da história da saúde mental de Criciúma-SC, também marcado pela captura dos trabalhadores menos experientes pela lógica medicalizante. Estes passaram a compreender que seus papéis era de ofertar consultas, medicações e técnicas terapêuticas focadas na redução dos sintomas e na melhora da “doença”. O relato dos profissionais consultados na pesquisa é de que se perdeu, de forma significativa, as ações socioculturais que promoviam a inclusão de fato dos usuários, principalmente daqueles com maior grau de cronicidade

5 CONCLUSÃO

Neste estudo, buscamos compreender a história da atenção em saúde mental de Criciúma/SC, no período de 2001 a 2016, e analisar os processos de constituição desses processos em sua relação com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política Nacional de Saúde Mental.

Verificamos que duas grandes fases dos processos macro políticos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, compreendem ao período em estudo no município de Criciúma/SC. Estas fases são descritas por Vasconcelos (2008; 2016) correspondendo aos anos de 2001 a 2010 como terceira grande fase, e 2010 aos dias atuais, como quarta grande fase.

O estudo destes períodos indica que o início da terceira grande fase da RP brasileira é caracterizado por saltos importantes para a estruturação de uma política nacional de saúde mental com base nos preceitos do SUS e na lógica da desinstitucionalização. Este período é marcado principalmente por: a) uma série de eventos (Congressos, Encontros, entre outros) acadêmicos e dos movimentos sociais; b) aprovação de legislações importantes, dentre as quais a lei 10.216/2001; c) a consolidação da hegemonia de uma política de saúde mental que tira o Hospital Psiquiátrico do centro da atenção em saúde mental.

Contudo, este período é marcado pela percepção do surgimento de um contexto social, político e econômico de fortalecimento de políticas neoliberais, de desmobilização e fragilização dos movimentos sociais, e de embates entre os campos público e privado influenciando as práticas de cuidado, nos mais diversos cenários, incluindo a saúde mental.

Os processos de constituição da atenção em saúde mental em Criciúma, foram descritos em três períodos, divididos por processos mais gerais de crescimento ou de retrocessos, na efetivação de uma política local de saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. O primeiro período (2001 a 2006) e meados do segundo período (2007 a 2013) das transformações em saúde mental em Criciúma correspondem a terceira grande fase descrita por Vasconcelos (2008; 2016).

Verificamos as influências deste período da RP brasileira nas transformações locais, a partir de: ampliação das ações de cuidado na antiga Unidade de Referência em Saúde Mental (URSM); inauguração do CAPS II; reestruturação do ambulatório ad (álcool e drogas); e a transição dos profissionais de psicologia para a atenção básica em saúde. Estas transformações tiveram como principais motivações: a crítica às formas de atenção em saúde mental (com base nas internações psiquiátricas e atendimentos ambulatoriais) e inspirados pela Reforma Psiquiátrica

brasileira; o olhar sensível para o princípio de integralidade nas práticas de cuidado;

As influências da política nacional de saúde mental em Criciúma ganharam força no segundo período deste estudo, mobilizando a implantação de diversos serviços como: CAPS II ad; CAPS i; CAPS III; GRIT/SOMAR; Consultório na Rua; e NUPREVIPS. Neste momento, Criciúma vivenciou também um período marcado pelo protagonismo da associação de usuários, mais especificamente em 2012 e 2013.

A quarta grande fase da Reforma Psiquiátrica brasileira (2010 a atual), é descrito por Vasconcelos (2008 2016) como de retrocessos neste campo, promovendo a redução/paralisação dos incentivos para a abertura de novos dispositivos substitutivos. O contexto sócio político neste cenário é de maior sensação do impacto da crise econômica e de retrocessos nas políticas públicas de bem-estar social e de combate às desigualdades. Em 2015, em âmbito nacional, assume a coordenação de saúde mental pela primeira vez, um gestor não legitimado pelos movimentos em defesa da Reforma Psiquiátrica e do MNLA.

Em Criciúma, o final do segundo período (das transformações locais), é desenhado por tensões entre governo local e trabalhadores, que fragilizaram as ações da gestão municipal de saúde mental. Estas configuraram a desmobilização e aparelhamento da associação de usuários e a paralisação da implantação de dispositivos substitutivos. Principalmente, após a troca de gestão na coordenação municipal de saúde, configurando um olhar diferente das gestões anteriores.

Estas transformações frustraram trabalhadores e gestores dos serviços, que coletivamente vinham apontando as necessidades do município neste campo. Estas frustrações foram expressadas principalmente pelo fechamento dos espaços de discussão entre serviços e pela não efetivação do processo de implantação das propostas em andamento, como o SRT e a cooperativa de geração de renda das mulheres atendidas na atenção básica (Projeto LateMia). Bem pelo sucateamento e a precarização dos serviços corroborando com o que vem ocorrendo em âmbito nacional.

Avaliamos neste sentido, que Criciúma viveu no último período expresso na presente pesquisa, um retrocesso nas políticas públicas de saúde mental, afetando o dia a dia dos trabalhadores, mas principalmente de usuários e familiares. Este retrocesso é sentido pelos participantes da pesquisa, pelo desinvestimento no sistema de saúde mental e pela negligência das necessidades apontadas no decorrer do trabalho, principalmente em 2016 com o fechamento dos leitos do CAPS III e a interdição da casa do CAPS i.

Avaliamos como principais ganhos deste estudo, o registro de momentos que referem a atenção em saúde mental como um espaço de visibilidade a cidadania dos usuários, com a realização de ações culturais iniciadas no primeiro período e fortalecidas no segundo período. Ocorreram neste sentido, a participação dos usuários em exposições e feiras, o Café Colonial no CAPS, os CAPS Folia, a Bateria Show, o Inter CAPS e o OlimCAPScom, as Gincanas e Competições de Quadrilhas em Festas Juninas, e a Noite Cultural de fim de ano. Estes foram alguns eventos que encontramos que marcaram a inserção das pessoas com transtornos mentais na vida comunitária, atribuindo novos papéis e lugares a estes sujeitos.

Por fim, compreendemos que existe um potencial de desenvolvimento de ações desinstitucionalizantes a partir de profissionais que são sensíveis e defensores de práticas de cuidado que respeitem os direitos e a dignidade humana. Consideramos que estes trabalhadores necessitam de apoio para implementação de práticas não medicalizantes e não institucionalizantes, o que solicitaria um diagnóstico mais apurado de cada contexto (serviço).

É importante destacar, de forma geral, a compreensão de que os microespaços podem promover grandes transformações. É preciso para tanto investir em estratégias de educação permanente em saúde e de supervisão clínica institucional, que possibilitem (re)inventar modos de fazer cuidado em saúde mental, de acordo com a realidade e necessidades de cada serviço/equipe. Para isso, acreditamos que o papel da coordenação municipal de saúde mental é estratégico para mobilização destes processos junto à participação dos movimentos social, do fortalecimento das políticas públicas incluindo a saúde mental.

Para além destas considerações analíticas conclusivas sobre o processo histórico em foco, a finalização deste trabalho permitiu vislumbrar melhor alguns aspectos importantes de sua relevância potencial para os futuros leitores, particularmente no contexto atual de fortes retrocessos na política de saúde mental tanto nacional quanto em Criciúma. Em conjunturas como essa, estudos históricos como este possibilitam:

- Recuperar e sistematizar a história de um processo complexo, com muitas idas e vindas, mas sem dúvida alguma com muitas vitórias e conquistas, sem deixar que esta memória se perca para as novas gerações;
- Identificar os atores e as estratégias de luta mais eficazes para a consecução de objetivos ligados aos interesses da reforma

psiquiátrica e da luta democrática e popular em geral, o que é essencial para a nova geração de trabalhadores que hoje entra no campo, principalmente tendo em vista a alta rotatividade de recursos humanos gerada pelo atual processo de precarização do trabalho e terceirização maciça de trabalhadores dentro do SUS;

- Estimular estratégias de resistência de médio e longo prazo na atual conjuntura de retrocessos, ao mostrar como é intrínseco à história a variação de períodos de “vacas magras e gordas”, mas que a história continua, e que essa resistência é extremamente necessária nas conjunturas de retrocessos, mesmo que ainda em ações micropolíticas e as vezes invisíveis, mas serão elas que poderão certamente crescer e se difundir nos períodos futuros mais favoráveis.

REFERÊNCIAS

ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. 171 a 180p.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 132p.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p.144

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.123p.

_____. **Teoria e Crítica em Saúde Mental**: textos selecionados. São Paulo: Zagodoni Editora, 2015.160p.

ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CARBONÍFERA (AMREC). 10 DE fevereiro de 2018. Disponível em: <http://www.amrec.com.br/#> Acesso em: 10 de fevereiro de 2018.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL: 07 de fevereiro, 2018. Disponível em> http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/criciuma_sc Acesso em: 07 de fevereiro de 2018.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 326p.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Em Tese**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan. 2005. ISSN 1806-5023.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, mar. 2012

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Imprensa Nacional, 1988.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. **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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 1. ed.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 20p.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 549**, de 10 de outubro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 370, de 28 de outubro de 2009.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2010a, 72p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2010b. 44p.

_____. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **Cadernos de Atenção Básica**: n. 34. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.176p.

_____. **O que é HumanizaSUS?** Departamento de PNH do Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p.

_____. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS (DATASUS): TABNET Indicadores: 2016. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201> Acesso em 24 de dezembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32**, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CUNHA, Gustavo Tenório; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **Práxis e Formação Paideia**: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2013. 432p.

CLANDININ, D. Jean. CONELLY, F. Michael. **Pesquisa narrativa**: experiências e história na pesquisa qualitativa. Tradução: Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores ILEEL/UFU. Uberlândia: EDUFU, 2011

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta de estabelecimentos. 12 fev. 2018. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp> . Acesso em: 12 fev. 2018.

CONCER, Gabriela Sartor. **Perfil Epidemiológico dos Transtornos Mentais e Comportamentais nos Municípios da Microrregião de Criciúma/SC**. 2011. Monografia apresentada à Diretoria de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, (Especialização em Saúde Mental). Criciúma, 38p.

CRICIÚMA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Mental: CAPS II ad. **Projeto de implantação do Projeto de Geração de Renda e Inclusão pelo Trabalho GRIT**. Criciúma: 2010.

_____. Câmara municipal. Poder Legislativo. **Comissão Temporária Especial para tratar da situação de resolução das atividades Hospital Psiquiátrico do Rio Maina e das Obras de Ampliação do Hospital Materno Infantil Santa Catarina**. (Criada pela resolução número 001/2013 de 21 de fevereiro de 2013).

Disponível em:

<http://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/comissao-temporaria-especialpara-tratar-da-situacao-de-resolucao-das-atividades-hospital-psiquiatrico-do-rio-maina-e-das-obras-de-ampliacao-do-hospital-materno-infantil-santa-catarina-criada-pela-resolucao-numero-001-2013-de-21-de-fevereiro-de-2013-15987>. Acesso em 07 mar. 2018

FACCHINETTI, Cristiana et al. **No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.733-768.

FIGUEIREDO. **Acolhimento em saúde mental na unidade básica: uma revisão teórica**. Coletiva. Belo Horizonte, 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

FIOCRUZ. **Dicionário histórico-bibliográfico das Ciências da saúde no brasil – 1832 a 1930**: Casa de Oswaldo Cruz.

FOUCALT, Michael. **Arqueologia do saber**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, 236p.

_____. **Microfísica do poder**. 23ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007. 295p.

_____. **A História da Loucura: na Idade Clássica**. 10ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2014. 555p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia dos sonhos possíveis**. São Paulo: UNESP, 2001. 300p.

G1 SANTA CATARINA: Justiça determina que pacientes do único hospital psiquiátrico do sul de SC sejam transferidos: 13.06.2017
Disponível em: <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/justica-determina-que-pacientes-do-unico-hospital-psiquiatrico-do-sul-de-sc-sejam-transferidos.ghtml> Acesso em 07 abr. 2018

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1961. 312p.

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. 176p.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 399-407, abr. 2007.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa. Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 17, n. 3, p. 115-122, dez.2006.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, out. 2004.

MEIHY, José Carlos S. B. **Manual de História Oral**. 5ª ed. São Paulo: Loyola, 2005. 296p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

MENDES, Rita de Cássia. **Casa de Saúde Rio Maina**: “cuidado com a cambreta”. 2001. Monografia apresentada ao curso de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, (Especialização em História Local e Regional). Criciúma, 2001. 41p.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a

agenda atual. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, mar. 2014.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF). Procuradoria da República em Santa Catarina. **Ata de audiência pública: Inquérito Civil nº 1.33.003.000142/2013-73**: de 27 de novembro de 2013. Disponível em: file:///C:/Users/dipau/Downloads/Ata%20audiencia%20publica%20saude%20mental.pdf Acesso em: 27 fev. 2017.

MOREIRA, Janine; LIVRAMENTO; Rafael Machado do. **Do Hospital Psiquiátrico à Reforma Psiquiátrica**: um breve relato das políticas públicas de saúde mental desenvolvidas na Região da AMREC entre os anos 1968 e 2004. Revista de Iniciação Científica ediunes. Local: Criciúma p. 255 – 254.

NUNES, Aretusa Dagostim. **A casa cor-de-rosa**: representações da Instituição Psiquiátrica de Rio Maina (1968 –1978). 2005. Monografia apresentada à Diretoria de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, (Especialização em História Social e História Cultural). Criciúma, 2005. 44p.

ODA, Ana Maria G. Raimundo. História da Psiquiatria. A teoria da degenerescência na Fundação da Psiquiatria Brasileira: contraposição entre Raimundo Nina Rodrigues e Juliano Moreira. **Psiquiatry on line Brasil**: v.6, n.12, dez. 2001.

OLIVEIRA, Verônica Macário; MARTINS, Maria de Fátima; VASCONCELOS, Ana Cecília Feitosa. **Entrevistas “em profundidade” na pesquisa qualitativa em administração**: pistas teóricas e metodológicas. In: Simpósio da Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais (SIMPOI), 15. 2012, São Paulo. Anais.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014.

PITTA, Ana (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 158

REVERBEL, Carmem Maria Fernandes. Desinstitucionalização: a construção de cidadania e a produção de singularidade. **Psicol. Cienc. prof.**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 4-11, 1996.

SARACENO, Benedetto. **Reabilitação Psicossocial**: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13 a 18

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. **Saúde Pública ou Saúde Coletiva?** Revista Espaço para a Saúde. Londrina, v. 15, n. 4. p. 07-21, out/dez. 2014.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. **O SUS em perspectiva**. In CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de saúde coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 559 a 590.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 343p.

. **Abordagens Psicossociais, volume II**: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 335 p. (Saúde Loucura; v. 27)

. **Reforma Psiquiátrica, Tempos Sombrios e Resistência**: Diálogos com o Marxismo e o Serviço Social. 1ª ed. Campinas: Papel Social, 2016. 228 p.

APÊNDICES

APÊNDICE 01 – ROTEIRO DE ENTREVISTA (PROFISSIONAIS)**Dados participante pesquisa**

Nome: _____

Endereço: _____

Contato telefônico: _____ / _____

Código para identificação na pesquisa: _____

E-mail: _____

Data da coleta de dados: _____

Local de realização da entrevista: _____

Horário entrevista - Início: _____ Fim: _____

1. VÍNCULO TRAB:	<input type="checkbox"/> Concursado	<input type="checkbox"/> Contratado	<input type="checkbox"/> CLT: _____	<input type="checkbox"/> Outros: _____
2. SEXO	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino		
3. IDADE:	<input type="checkbox"/> 18 a 20	<input type="checkbox"/> 21 a 30	<input type="checkbox"/> 31 a 40 anos	
_____ ANOS	<input type="checkbox"/> 41 a 50	<input type="checkbox"/> 51 a 60	<input type="checkbox"/> mais de 60 anos	
4. COR (segundo definição IBGE)	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Pardo	<input type="checkbox"/> Amarela
5. ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Divorciado
6. RELIGIÃO	<input type="checkbox"/> Católico	<input type="checkbox"/> Espírita	<input type="checkbox"/> Espiritualista	<input type="checkbox"/> Ateu
	<input type="checkbox"/> Evangélico: _____	<input type="checkbox"/> Outro: _____		
7. ESCOLARIDADE	<input type="checkbox"/> Ens. Fund. incompleto	<input type="checkbox"/> Ens. Fund. completo		
	<input type="checkbox"/> Ens. médio incompleto	<input type="checkbox"/> Ens. médio completo		
	<input type="checkbox"/> Ens. Sup. incompleto	<input type="checkbox"/> Ens. Sup. Completo		
	Curso: _____			

8. TITULAÇÕES ACADÊMICAS Mestrado / Ano: _____ Doutorado / Ano: _____

Especialização:

1. _____ / Ano: _____

2. _____ / Ano: _____

3. _____ / Ano: _____

9. Há quanto tempo você trabalha em serviço de Saúde Mental?

_____ DATA DE INÍCIO: _____

10. Qual foi o primeiro serviço de saúde mental que você trabalhou? (informar período)

CAPS II CAPS III CAPS i CAPS Ad

SOMAR Consultório Rua UBS

Outro: _____

11. Quais serviços de saúde mental você já trabalhou? (informar período)

CAPS II CAPS III CAPS i CAPS Ad

SOMAR Consultório Rua UBS

Outro: _____

12. Qual o local e a função de trabalho que você atua no momento? (informar período)

CAPS II CAPS III CAPS i CAPS Ad

SOMAR Consultório Rua UBS

Outro: _____

Perguntas relacionadas ao objeto de estudo:

13. Fique à vontade para contar a sua história, vivências dentro da saúde mental de Criciúma-SC.

14. Conte como foi o seu primeiro contato com um serviço de saúde mental?

14.1 Em que época (ano) ocorreu?

14.2 Como foi a experiência com o serviço?

14.3 Como era o ambiente do atendimento?

14.4 Quais profissionais trabalhavam neste local?

14.5 Como era a relação dos profissionais com os usuários e seus familiares?

14.6 Que dispositivos de cuidado em saúde mental existiam na época?

15. A partir da sua vivência, conte como ocorreram as transformações na atenção em saúde mental em Criciúma-SC?

15.1 Quais foram as transformações ocorridas na atenção em assistência em saúde mental de Criciúma-SC, desde a sua primeira experiência?

15.2 Em quais épocas (anos) você percebeu que ocorreram transformações?

15.3 Qual a sua opinião sobre as transformações que ocorreram na saúde mental de Criciúma-SC?

15.4 Para você, quais foram as motivações para criação de diferentes serviços de saúde mental?

15.5 Você percebeu algum tipo de dificuldade e/ou facilidade no processo de implantação destes serviços? Se sim, quais foram estas dificuldades e facilidades?

15.6 De que forma você participou desse processo de implantação da atenção em saúde mental? Lembra, ou soube quem mais participou deste processo (quem foram os líderes / protagonistas)? Havia representação de quais segmentos? Na sua opinião, quais foram as contribuições destes atores nas transformações na rede de saúde mental de Criciúma?

15.7 Como você percebe as ações da associação de usuários para a constituição da atenção em saúde mental de Criciúma?

16. Fale o que você pensar sobre os serviços prestados em saúde mental desde a implantação dos serviços?

16.1 Como você percebe o atendimento prestado pelos diferentes serviços de saúde mental de Criciúma-SC?

16.2 Como você compreende a atenção em saúde mental de Criciúma-SC? Conte como você orienta ou como deve ser o atendimento ao usuário/família que necessita de atendimento.

16.3 Qual a sua opinião sobre a relação dos profissionais dos novos serviços com os usuários e familiares atendidos?

16.4 Na sua opinião, quais foram as principais coisas que mudaram no atendimento ao usuário/familiar em um serviço de saúde mental de Criciúma-SC? O que poderia ser diferente na sua opinião?

17. Você lembra de mais alguma história que gostaria de falar a respeito deste processo?

18. Você possui algum registro da sua trajetória (objetos da época, fotos, cartão, livro, documentos ou quaisquer outros objetos)?

APÊNDICE 02 – ROTEIRO DE ENTREVISTA (GESTORES)

Dados participante pesquisa

Nome: _____

Endereço: _____

Contato telefônico: _____ / _____

Código para identificação na pesquisa: _____

E-mail: _____

Data da coleta de dados: _____

Local de realização da entrevista: _____

Horário entrevista - Início: _____ Fim: _____

1. VÍNCULO TRAB:	<input type="checkbox"/> Concursado	<input type="checkbox"/> Contratado	<input type="checkbox"/> CLT	<input type="checkbox"/> Outro:
2. SEXO	<input type="checkbox"/> Masc.	<input type="checkbox"/> Fem.		
3. IDADE:	<input type="checkbox"/> 18 a 20	<input type="checkbox"/> 21 a 30	<input type="checkbox"/> 31 a 40 anos	
_____ ANOS	<input type="checkbox"/> 41 a 50	<input type="checkbox"/> 51 a 60	<input type="checkbox"/> mais de 60 anos	
4. COR (segundo definição IBGE)	<input type="checkbox"/> Branca		<input type="checkbox"/> Preta	
	<input type="checkbox"/> Pardo		<input type="checkbox"/> Amarela	
5. ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viúvo	
	<input type="checkbox"/> União Estável		<input type="checkbox"/> Divorciado	
6. RELIGIÃO	<input type="checkbox"/> Católico	<input type="checkbox"/> Espírita	<input type="checkbox"/> Espiritualista	<input type="checkbox"/> Ateu
	<input type="checkbox"/> Evangélico: _____		<input type="checkbox"/> Outro: _____	
7. ESCOLARIDADE	<input type="checkbox"/> Ens. Fund. incompleto		<input type="checkbox"/> Ens. Fund. completo	
	<input type="checkbox"/> Ens. médio incompleto		<input type="checkbox"/> Ens. médio completo	
	<input type="checkbox"/> Ens. Sup. incompleto		<input type="checkbox"/> Ens. Sup. Completo	
	Curso: _____			

8.
TITULAÇÃO
S
ACADÊMICA
S

Mestrado / Ano: _____ Doutorado / Ano: ____

Especialização:

1. _____ / Ano: _____

2. _____ / Ano: _____

3. _____ / Ano: _____

9. Há quanto tempo você trabalha em serviço de Saúde Mental?

DATA DE INÍCIO: _____

10. Qual foi o primeiro serviço de saúde mental que você trabalhou? (informar período)

CAPS II CAPS III CAPS i CAPS Ad

SOMAR Consultório Rua UBS

Outro: _____

11. Quais serviços de saúde mental você já trabalhou? (informar período)

CAPS II CAPS III CAPS i CAPS Ad

SOMAR Consultório Rua UBS

Outro: _____

12. Qual o local e a função de trabalho que você atua no momento? (informar período)

CAPS II CAPS III CAPS i CAPS Ad

SOMAR Consultório Rua UBS

Outro: _____

Perguntas relacionadas ao objeto de estudo:

13. Fique à vontade para contar a sua história, vivências dentro da saúde mental de Criciúma-SC.

14. Conte como foi o seu primeiro contato com o serviço de saúde mental?

14.1 Em que época (ano) ocorreu?

14.2 Como foi a experiência com o serviço?

14.3 Como era o ambiente do atendimento?

14.4 Quais profissionais trabalhavam neste local?

14.5 Como era a relação dos profissionais com os usuários e seus familiares?

14.6 Que dispositivos de cuidado em saúde mental existiam na época?

15. A partir da sua vivência, conte como ocorreram as transformações na atenção em saúde mental em Criciúma-SC?

15.1 Quais foram as transformações ocorridas na atenção em assistência em saúde mental de Criciúma-SC, desde a sua primeira experiência?

15.2 Em quais épocas (anos) você percebeu que ocorreram transformações?

15.3 Qual a sua opinião sobre as transformações que ocorreram na saúde mental de Criciúma-SC?

15.4 Para você, quais foram as motivações para criação de diferentes serviços de saúde mental?

15.5 Você percebeu algum tipo de dificuldade e/ou facilidade no processo de implantação destes serviços? Se sim, quais foram estas dificuldades e facilidades?

15.6 Você participou desse processo de implantação da atenção em saúde mental? Lembra, ou soube quem participou deste processo (quem foram os líderes / protagonistas)? Havia representação de quais segmentos? Na sua opinião, quais foram as contribuições destes atores nas transformações na rede de saúde mental de Criciúma?

15.7 Como você percebe as ações da associação de usuários para a constituição da atenção em saúde mental de Criciúma?

16. Fale o que você pensar sobre os serviços prestados em saúde mental desde a implantação dos serviços?

16.1 Qual a sua opinião qualitativa sobre o atendimento prestado pelos diferentes serviços de saúde mental de Criciúma-SC?

16.2 Como você compreende a atenção em saúde mental de Criciúma-SC? Conte como você orienta um usuário/família que necessita de atendimento.

16.3 Qual a sua opinião sobre a relação dos profissionais dos novos serviços com os usuários e familiares atendidos?

16.4 Na sua opinião, quais foram as principais coisas que mudaram no atendimento ao usuário/familiar em um serviço de saúde mental de Criciúma-SC? O que poderia ser diferente na sua opinião?

17. Você lembra de mais alguma história que gostaria de falar a respeito deste processo?

18. Você possui algum registro da sua trajetória (objetos da época, fotos, cartão, livro, documentos ou quaisquer outros objetos)?

APÊNDICE 03 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da Pesquisa: “Transformações na rede de atenção em saúde mental de Criciúma/SC: olhares sobre a loucura na perspectiva da História oral”.

Objetivos: Conhecer a história da assistência em saúde mental de Criciúma, identificando seus protagonistas e as motivações dos processos de transformação da rede de atenção em saúde mental no município, entre os anos de 2001 a 2016; analisar os processos de construção e transformações da rede de assistência em saúde mental e sua relação com a Reforma Psiquiátrica Brasileira

Período da coleta de dados: 01/03/2017 a 31/05/2017

Tempo estimado para cada coleta: em torno de 2h por encontro (entrevista), sendo que o(a) senhor(a) participará de no mínimo dois encontros, os quais serão agendados conforme a sua disponibilidade de horários.

Local da coleta: Visto o tempo de coleta de dados, a coleta (entrevista) ocorrerá no local e horário em que você (participante) considerar mais cômodo, podendo ser inclusive em sua casa.

Pesquisador/Orientador: Dra. Fabiane Ferraz **Telefone:** (48) 98833-3243

Pesquisador/Acadêmico: mestranda Dipaula Minotto da Silva
Telefone: (48) 99964-7098

Cursando Mestrado em Saúde Coletiva da UNESC.

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa e objetivo acima intitulados. Aceitando participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando informar sua decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como o(a) senhor(a) não terá despesas para com a mesma. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pelas Resoluções nºs 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), podendo o(a) senhor(a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Para tanto, esclarecemos também os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Como se trata de uma pesquisa de história oral, os dados serão coletados por meio de entrevistas em profundidade, para a qual será utilizado um roteiro semi-estruturado. As entrevistas serão realizadas em local e horário pré-agendados e definidos por você, enquanto participante. Visto o tempo de coleta de dados, ocorrerão no mínimo dois encontros para realização das entrevistas. Para a realização das entrevistas, pedimos autorização para o uso gravador digital a fim de que possamos transcrever as mesmas. Contudo, será assegurado a(o) senhor(a) o direito de solicitar que o gravador seja desligado quando desejar que algo não seja registrado. As transcrições serão apresentadas a(o)_ senhor(a) para sua validação antes da análise.

RISCOS

Os riscos serão mínimos, visto que se o(a) sr(a) aceitar participar do estudo, irá participar de uma entrevista individual. Para tanto, será garantido que a entrevista ocorrerá em local reservado, de modo que outras pessoas não ouçam, bem como a pesquisadora garante sigilo absoluto da sua identidade, não divulgando o seu nome, nem outras informações que possam identificá-lo. Como se trata de uma entrevista em profundidade, o maior risco é do(a) senhor(a) ficar cansado(a) em responder, nesse sentido, a pesquisadora ficará a sua disposição para fazer dois ou mais encontros em horários que você decidira. A possibilidade de um número maior de encontros lhe permitirá lembrar de fatos importantes para a história da rede de saúde mental de Criciúma-SC. Você tem total liberdade em desistir a qualquer momento da pesquisa e a pesquisadora estará a disposição para ouvir e mediar qualquer desconforto emocional que a pesquisa possa lhe causar.

BENEFÍCIOS

Ao aceitar participar desta pesquisa, você estará colaborando com uma pesquisa científica, para conclusão de dissertação de mestrado na área de Saúde Coletiva, que visa promover a compreensão da história da assistência em saúde mental no município de Criciúma, no sentido de proporcionar a identificação dos seus protagonistas, bem como a mobilização de diversos sujeitos e instituições, e do papel ativo de atores no processo de transformação para chegar na realidade atual.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidos, sendo que para tanto, firmo ao final a presente declaração em duas vias de igual teor e forma ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

Em caso de dúvidas, sugestões ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723 ou pelo e-mail cetica@unesc.net.

ASSINATURAS	
Voluntário/Participante	Pesquisador Responsável
<hr/> Assinatura	<hr/> Assinatura
Nome: <hr/> CPF: _____.____.____ - ____	Nome: Fabiane Ferraz CPF: 951.924.330-53

Criciúma (SC), ____ de _____ de 2017

APÊNDICE 04 - NARRATIVAS DAS LEMBRANÇAS AFETIVAS

Lembranças referentes ao período 01:

[...] uma das coisas que muito me marcou D., eu penso assim bah! Eu usei muita coragem, é que ligaram de uma unidade de saúde já faz um tempo, parece também que esse senhor já até faleceu, ligaram de uma unidade de saúde dizendo que lá no bairro tal, na casa tal, tinha um senhor que ele estava em surto, ele tava surtado, e que ele tinha um quintal atrás da casa dele e que ele tava com uma inchada Uma ferramenta, e ele queria jogar essa ferramenta na esposa, e ele estava totalmente agressivo e eles precisavam que fosse alguém lá. E, que eles nem iam, por que não tinha como chegar perto do senhor, e daí eu lembro que era um outro motorista na época. [...]. Não. E aí alguém tinha que ir lá sabe? E eu me encorajei, só eu e o motorista. E fui. Que loucura tem gente... aqui se diz que eu sou meio filhote de A.L.. Tem coisa que eu digo assim “ai gente, não dá nada, vamo!”, mas não pode ser assim também... Tá, mais enfim, aí eu fui D., chegamos lá, aí tinha que descer um barraquinho assim, a casa dele era lá atrás, a esposa dele era uma senhorinha já de 70, ele também e ela apavorada dentro de casa, “aiaiai, ele tá lá atrás, não deixa eu chegar perto dele”. Aí eu disse “tá, então me conta aqui o que tá acontecendo? Ele toma medicamento? O que que é? Como é que é? Ele já foi internado”? “Ele tem que ser internado de novo no Rio Maina. Tem que ser internado quando ele fica assim. Hoje ele nem chegou dentro de casa, e ele tá com uma enxada na mão, e já pegou a foice, e disse que vai me matar”. Eu disse (pensei) “pai amado! o que eu vou fazer”? E então, é uma das que me marcou também, que eu disse (pensei) “meu Deus! O que eu vou usar pra chamar (atenção) desse homem”. E ele tava lá em baixo, e eu acho assim também, uma das coisas, é chamar a pessoa pelo nome, e aí tu faz isso, tu cria faz, de conta, “opa eu entendo tudo”. Não entendo m. nenhuma né? Entende né? Não entende nada. “Sr. A., o sr. A.”! E o motorista atrás de mim, ele me olhou com a enxada (na mão) e eu pensei “ele vai vir a pau com aquela enxada”. “Oi sr. A., o meu nome é fulana de tal”. “Eu vim aqui conversar com o senhor um pouquinho. E aí? O senhor tá plantando”? E tal, “é! Eu tô plantando”, e ele foi se aproximando e no caminho eu fui brincando com ele, e daí, eu as vezes, tem que usar de algumas experiências tua, da tua vida própria pra poder [se aproximar] E aí como meus pais eram da lavoura. E tal, tal. “O sr. A.! O senhor tem lavoura aqui atrás da sua casa”? “A eu tenho”. Eu disse “mas o meu pai também, quando ele tinha

lavou ele deixava a enxada lá no cantinho pra vir conversar com as pessoas, agora vem o senhor com essa enxada na mão. O senhor vem aqui nos receber”? E ele veio vindo, ele largou a ferramenta e eu disse (pensei) “opa, já é um passo, ele largou a ferramenta”. E ele veio, veio, aí eu disse assim “A., o senhor já ouviu falar no caminhão da casa feliz”? Por que daí a esposa dele, quando eu cheguei, eu vi na casa tinha uns carnezinhos que eles compravam uns carnes. Eu disse “o sr. A., o senhor já ouviu falar naquele carnezinho da casa feliz”? “ah, já ouvi falar, já ouvi falar”. E aí eu disse “o senhor compra”? “Ah eu compro”. Aí eu disse “ai que legal! Eu também compro”. Então assim, sempre tentando entra na dele né? E eu disse “o senhor toma medicamento seu A.”? “Aí eu tomo medicamento, mas agora eu tô sem medicamento”. Aí eu apresentei o serviço pra ele, eu disse “seu A. eu trabalho em um serviço, no CAPS, e já que o senhor tá sem medicamento, se o senhor confiar em mim, aqui tá o motorista, o senhor quer ir lá conhecer esse serviço agora? Lá nesse momento tem o médico, o senhor não vai ficar internado, só pro senhor ir lá conhecer esse serviço”. Daí ele disse “eu vou. Eu vou”. Eu disse “o senhor vai no nosso carro, eu vou sentar com o senhor, e eu vou contando história”. Daí ele pediu pra trazer a gaitinha de boca, ele tocava gaita de boca, e daí eu disse “não, leva a sua gaita de boca, nós já vamos fazer uma cantarola nesse carro aí”. E o motorista só olhava pra mim, e vim no banco de trás, aquilo me marcou muito D.. E lá fomos, eu acho que era Metropol o bairro dele, até lá na rua São José, não, já era na Alfredo, já era nesse outro CAPS (outro endereço) ali. E ele veio tocando a gaitinha de boca dentro do carro, e aí eu já tive “posso te abraçar seu A.”? “Pode, pode me abraçar”. E aí eu acho que teve já uma transferência de pai e filha assim sabe? Eu olhava pra ele e parecia meu pai e isso foi bem legal. E ele vinha assim tocando nas estradas e aí cada carro assim que parava, eu lembro que ele dizia “ó, a placa de fulano de tal”. Ele lia, tava lendo, eu disse assim “então o senhor tá lendo sr. A.? O senhor já tinha esquecido disso aqui”? “É, já tinha esquecido tudo tudo”. E tocava e tocava e ele chegou no CAPS e passou pelo Dr T.H. o Dr T.H. atendeu ele, e ele foi inserido no plano terapêutico e pronto. E o sr. A. começou a vir, começou a frequentar e foi assim então essa, é uma das histórias que me marcou bastante. (Cacau)

Eles falavam “ah lá vem a Esperança e seus louquinho”, assim que eu era conhecida. E aí a gente, eu era ousada! Eu levava eles pra secretaria de saúde, pra sala do secretário, a gente conversava, entrava, eu, enfim... [...] nós tínhamos um paciente, um usuário, hoje ele já não está mais nessa, nessa, nesse mundo, mas ele tinha uma, eu tinha uma relação

muito forte com ele. E ele tinha um psiquiatra, uma relação com um psiquiatra fora do CAPS. Que era psiquiatra dele antes de ele ser paciente do CAPS. E esse psiquiatra veio a falecer, e no dia do enterro, do velório e do enterro, ele fez uma crise e, ele quis ir no cemitério e, e, e eu disse que levava ele. As pessoas me chamaram de louca, “por que tu é capaz? Ele vai fazer um escândalo lá no cemitério”! Eu disse: “o que é que tem? Ele tá sofrendo! Ele pode fazer mesmo, ele tem que chorar”. E fomos, eu levei ele no cemitério, ele chegou lá, meio que desmaiou, sentou no chão, eu sentei no chão do lado dele, choramos nós dois, enfim. Foi, era uma época muito legal assim, porque a gente vivia loucura junto com eles [...] (Esperança)

Eu lembro de uma cena que foi marcante, tinha uma mulher que eu atendia individualmente, duas vezes eu tinha atendido ela, era violência doméstica e eu sempre dizia para ela “vem no grupo”. E um dia ela veio, ela recém havia apanhado do marido, ela veio com os dois olhos roxos. E ela tirou o óculo e eu ajudei ela a contar a história dela, e no começo todo mundo no grupo irritado “ah, como que ela deixa”? E depois todo mundo “opa, não é bem assim”! Então lá o grupo era sempre cheio, sempre tinha o grupo, os 4 anos que eu fiquei na Próspera, eu sempre tive grupo no A. M. (Joana)

Aí, eu lembro de tantas com carinho, mais eu acho que teve uma, eu vou falar da M. (risos). Da M. C. Prontuário 410. A M. foi uma usuária que eu ganhei de presente vinda lá do CAPS 2, pela psicóloga D. com a referência né, na época era ambulatório de dependência química, e aí eu como passei a atender ela ali, e foi um dos meus primeiros atendimentos de saúde mental, então eu fui com aquela sede assim de querer transformar de querer tirar aquela depressão daquela mulher, de que ela tinha que ser diferente, mais de uma maneira tão, pouco, de ir contra aquilo que ela precisava né? Eu muito inexperiente, e aí eu lembro que ela chegou é com história de dependência de benzodiazepínicos e uso de álcool e no dia que ela chegou pra mim ela tava com um mal cheiro muito forte, eu lembro do cheiro dela, de misturar tudo isso e com as unhas sabe quando uma serra passa na unhas assim como se ela tivesse cortado um pouco com dente, e muito suja. Eu to falando esse detalhe porque na época foi o que me levou a dizer assim ó, aí ela tá com depressão profunda, na minha inexperiência é isso que ela tem que melhorar, e que era o mínimo né, que era o, não era o que eu tinha que olhar naquele momento, e daí eu lembro que eu disse pra ela que a gente iria trabalhar com tarefas e eu comecei por essa questão visual assim né, muito torta.

E aí ela falta no segundo atendimento, aí no terceiro atendimento ela foi. E aí ela realmente cortou as unhas, lixou, limpou, e aí ela disse pra mim que não era aquilo que ela tinha ido buscar ali, que ela queira mesmo é já se matar, e aí ela começo já nesses atendimentos sinalizar a questão do risco de suicídio. E eu falo desse início assim né, porque era uma visão muito torta que eu tinha do que era tratar uma depressão do que era tratar uma pessoa com dependência química, do que eu podia oferecer pra essa pessoa, que não era aquilo que ela foi buscar né, e aí com o tempo nas diversas tentativas de atendimentos semanal e a M. demonstrava um declínio gigantesco de uma semana pra outra, de tomar 60 diazepam, e aí tinha chegada a minha vez e tinha uma cartinha dizendo que ia se matar e aí mais como né, a gente não vê a evolução, e aquela usuária que cansava muito que dava uma rasteira assim, de uma semana pra outra na gente no atendimento. Parece que ela voltava sempre pra trás. E aí quando a gente foi pro CAPS AD eu conheci muitas M.s, então a M. C. do prontuário 410, que tinha um calhamaço de evolução e um monte de cartinhas, foi a pessoa que me mostrou que precisa ter muita persistência, que não era meu tempo, que nem tudo é aquilo que eu aprendi na vida acadêmica, era aquilo que ela precisava e era aquilo que eu precisava colocar em prática e ela foi a pessoa que mais me deu força, motivação pra continuar. Que me ensinou a lidar com ela, a ponto de ela não mais referenciar o suicídio, a vontade, escrever cartas nesses sentidos. A ponto de devagarinho retomando sua vida social novamente, de acreditando em si mesma, de mostrar que as cicatrizes ainda podem ter um sentido na vida, porque muitos momentos eu pensei em desistir da M.. Muitos momentos, eu me achei incapaz e que eu dizia mais nuca vou poder ajudar ela, e de depois entender que o sintoma dela era as características dela faziam parte daquilo que ao mesmo tempo podia ser motivador a história dela. Então a M. é uma pessoa que me ajudou muito, muito na saúde mental, a entender muitas M.s que vieram depois da figura de homem, na figura de criança, e enfim. E foi uma relação muito forte, muito forte, desde trabalhar né, o desapego, a nossa, o nosso vínculo de terapeuta e usuária né de profissional e usuário, mas tipo a forma muita afetuosa, muito cuidadosa e muito terapêutica no sentido saudável né, do sentido terapêutico, eu acho que ela foi, que teve o significado maior pra mim, em tudo isso e também vir pra unidade de saúde. Eu sempre digo assim ó, que todo profissional de psicologia deveria passar pelo o centro especializado, pela atenção básica, não dá pra ficar só no serviço anos e anos, e um ganho muito forte que eu tive, a potência que é aquela comunidade é uma potência. E se eu tivesse poder, aí se eu tivesse poder pra todo

profissional de psicologia assim ter essa experiência e mudar tudo que tá acontecendo. (Fiona)

Eles falavam “ah lá vem a G1 e seus louquinho”, a “G1 e seus louquinho”, assim que eu era conhecida. E aí a gente, eu era ousada! Eu levava eles pra secretaria de saúde, pra sala do secretário, a gente conversava, entrava, eu, enfim... andava, eles andavam no meu carro pra cima e pra baixo, nós tínhamos um paciente, um usuário, hoje ele já não está mais nessa, nessa, nesse mundo, mas ele tinha uma, eu tinha uma relação muito forte com ele né, e ele tinha um psiquiatra, uma relação com um psiquiatra fora do CAPS né? que era psiquiatra dele antes éééé, de ele ser paciente do CAPS, e esse psiquiatra veio a falecer, e no dia do enterro, do velório e do enterro, ele entrou, ele fez uma crise e, ele quis ir no cemitério e, e, e eu disse que levava ele, e as pessoas me chamaram de louca, “por que tu é capaz? Ele vai fazer um escândalo lá no cemitério!” Eu disse: “o que é que tem? Ele tá sofrendo! Ele tem que fazer mesmo, ele tem que chorar, ele tem que né?”... e fomos, eu levei ele no cemitério, ele chegou lá meio que desmaiou, sentou no chão, eu sentei no chão do lado dele, choramos nós dois, enfim. Foi, era uma época muito legal assim, porque a gente vivia loucura junto com eles, né, então... bom! [...] eu nunca trabalhei (no hospital psiquiátrico), mas já tinha participado do hospital, como professora de estágio né, já tinha acompanhado acadêmicos lá, e, já tinha, até uma vez, ido lá em busca de emprego, assim, pra conhecer porque, esse, esse mesmo amigo, esse psiquiatra que acabou falecendo depois, me convidou e “vai lá, vão trabalhar lá, e leva teu currículo” né? e eu fui, passei uuuuuumas horas lá com ele, e conheci o hospital, e, não levei o currículo e não fiquei né? [...] hummm aquilo não, não era aquilo, não tinha tratamento, não tinha cuidado, não era sabe? Ir lá pra dar remédios pras pessoas? Eu era enfermeira, eu queria cuidar! das pessoas, né, eu não queria... ir lá... e medicar, e as pessoas não interagiam contigo, porque estavam todas dopadas, né? E nem te olhavam, nem te conheciam, nem te reconheciam, então assim meu Deus! Que relação é essa? Eu não queria aquilo, né. (Esperança)

Lembranças referentes ao período 02:

Olha passei por cada coisa na rua que não imagina. O consultório na rua mesmo é o campeão de preconceito com a gente. De entrar no mercado e segurança seguir a gente, profissional de crachá e

de uniforme, por que a gente tá lá na praça com os guris, acham que a gente ia roubar alguma coisa no mercado! Umás coisas assim que olha gente pelo amor de Deus! Aconteceu uma vez no mercado, por que a gente ficava no mercado com os guris, a gente sabe que os guris fazem furto, a gente sabe disso, por que eles vivem disso muitas vezes, de pequenos furtos e tal. Aí a gente, o que aconteceu? A gente tava na praça e uma de nós foi no mercado compra uma água. Mercado bem pertinho né? Ah vou no mercado buscar uma água”. Entrou no mercado e os seguranças ficaram se interfonando, por dentro do mercado, e avisando que ela tava pelos corredores, e iam seguindo ela no mercado, veladamente, seguindo ela. Achamos que era coincidência. Tá deixamos pra lá. De novo, foi outra vez essa situação, cada uma de nós foi a mesma situação. Até que eu tive que ir no mercado falar com o gerente, explicar o que era o consultório na rua pra ele entender que a gente tava ali como profissional, que a gente tava ali pra comprar, que a gente não ia roubar nada. Mas agora tu imagina só a vergonha que é a gente sendo seguida no mercado por que a gente ficava na praça com os guris. Só acontece no consultório na rua é isso, aí (risos) e a gente teve que explica né: “não, é assim e tal”. Mas aconteceu muito isso aí com a gente. (Bárbara)

Lembranças referentes ao período 03:

Narrativa 01: Quando eu tava na atenção básica, que aí foi na época que mudou muito assim, que daí já tava esse outro coordenador, muito fechado assim, quase que zero as parcerias. Na atenção básica a gente, trabalhei muito sozinha. [...]. Eu lembro de um dia que eu fiquei na unidade, que um menino que teve uma recaída, e aí ele ficou na unidade né, ele disse muito que queria voltar pro ad, e não tinha vale transporte, ele não tinha condições financeiras, se ele sáísse da unidade de saúde, talvez eu não conseguísse mais ter outro contato com ele. E daí eu liguei pra lá (CAPS ad) pra ver se tinha a possibilidade de ser atendido naquele dia, e aí ele tava muito debilitado. Mesmo que tivesse dinheiro pra passagem ele não conseguiria chegar até lá. E aí eles, eu pedi que o motorista passasse ali com o carro do AD e pegasse ele, e levasse para o acolhimento, para fazer a avaliação com alguém lá. E aí quando, o coordenador que veio com o motorista, quando ele chegou, ele humilhou esse rapaz na frente de outros usuários de saúde, mais humilhou muito, muito. Eu tive que chamar ele lá na rua e falar tudo pro coordenador que era o M., assim ó, eu não jamais esperava essa atitude de um serviço de um CAPS ad vir aqui na comunidade, na unidade de saúde e humilhar o usuário aqui dentro. Jamais esperava isso e aí ele contextualizou: "Ah,

porque ele falta, porque não sei o que", eu disse, "mas se tu não entender, quais são os sintomas e características das pessoas que frequentam o CAPS ad, aí eu não sei mais quem que eu vou chamar pra vim aqui me ajudar". E aí enfim, assim houve esse tipo de discussão. Que eu quero dizer, porque tinha que argumentar muito e mostrar pra ti assim: "Olha, tu é a pessoa que pode me ajudar, esse é o serviço que tu pode ajudar esse cara que tá aqui agora na comunidade. Então sempre foi muito, depois que mudou a coordenação, muito difícil. (Fiona)

Teve outra vez no carnaval, que a gente fez os panfletos [...] de redução de danos [...]. Imagina que eu fui chamada na secretária de saúde por causa disso. Por que "onde já se viu uma equipe de saúde entregando esses panfletos na rua". Aí eu disse: "mas gente, eles vão usar, então se eles vão suar que pelo menos eles usem sabendo que eles podem eles podem fazer isso, isso e isso. E que não vai causar nenhum dano pra eles, nem pra ninguém né"? Então fui chamada atenção, por que "onde já se viu um serviço de saúde fazer esse tipo de abordagem com os moradores (de rua)"? Por que a gente entregou na praça, sempre fica um ou outro espalhado por ali, alguém entregou aquele negócio lá, [...] imagina! (Bárbara)

[...] pessoas mesmo, que chegavam e pensavam junto sabe, que entendiam, e que botavam aquilo pra puxar a gente, precisa disso. [...] e era o que ia dar resultado e que deu. Dava, já tava começando como, fosse uma sementinha, foi preparada a terra, a sementinha foi colocada, a arvorezinha já tava crescendo, quando a arvorezinha ia começar a dar frutos arrancaram a arvorezinha (Cacau).

ANEXOS

ANEXO 1: PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 1.941.750

CAAE: 64828617.6.0000.0119

Pesquisador (a) Responsável: Fabiane Ferraz

Pesquisador (a): Dipaula Minotto da Silva

Título: "TRANSFORMAÇÕES NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE CRICIÚMA-SC NA PERSPECTIVA DA HISTÓRIA ORAL"

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 24 de fevereiro de 2017.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Renan Antônio Ceretta'.

Renan Antônio Ceretta
Coordenador do CEP