

# DIÁRIO DE BORDO

para trabalhadores e gestores em  
Percurso de Desinstitucionalização

Rosana Onocko Campos  
Bruno Ferrari Emerich  
Mariana Barbosa Pereira  
Carine Sayuri Goto  
Lara de Sousa Blanes  
Ana Carolina Diniz Rosa-Cómitre



REALIZAÇÃO:



GRUPO DE PESQUISA  
Saúde Coletiva e Saúde Mental  
Interfaces-OSCF/UNICAMP



UNICAMP



Prefeitura de  
SOROCABA

# Créditos

## CONSULTORES:

Prof. Dr. Silvio Yasui / UNESP.  
Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos / UFRJ.  
Prof. Dr. Thiago Lavras Trapé / USP.

## ILUSTRAÇÕES:

Suzana Pêgo dos Santos

Capa: "Ocupando o existir"  
Pág 5: "O nascimento da clínica (manicomial)"  
Pág 8: "A mortificação do Eu e o processo de objetificação do ser humano"  
Pág 11: "Pragmatismo higienista"  
Pág 12: "Polvo"  
Pág 16: "Desospitalização"  
Pág 18: "O território é vivo!"  
Pág 24: "Construindo o aconteSER"  
Pág 25: "Cuidado fragmentado"  
Pág 28: "Liberte-se das ideias manicomiais"

## AGRADECIMENTOS:

Agradecemos aos 168 participantes do 'Percurso Formativos' pelas construções e proposições que geraram este Guia; aos trabalhadores e gestores do município de Sorocaba que receberam os participantes em seus serviços, e os acompanharam no cotidiano das unidades; aos professores que compuseram as Exposições Dialogadas do 'Percurso', qualificando as discussões com aportes teóricos em diálogo com a experiência prática; aos Consultores pelas contribuições acerca do formato, estilo e conteúdo do material; e aos facilitadores que acompanharam pontualmente algumas turmas durante o processo de formação: Thiago Marques Leão, Erika Marinheiro e Carlos Eduardo Menezes Amaral. Em especial, agradecemos também a participação da Renata Magalhães, pontualmente na função de facilitadora, com quem partilhamos projetos, sonhos e a luta por uma sociedade mais igualitária, múltipla e viva!

UNICAMP  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
BIBLIOTECA

Ficha catalográfica elaborada por  
Rosana Evangelista Poderoso  
CRB 6652

D542

Diário de bordo para trabalhadores e gestores em percursos de desinstitucionalização [recurso eletrônico] / Rosana Onocko Campos, Bruno Ferrari Emerich, Mariana Barbosa Pereira, Carine Sayuri Goto, Lara de Souza Blanes, Ana Carolina Diniz Rosa-Cómitre. - Campinas, SP : UnicampBFCM, 2017.  
32 p. ; PDF

Modo de acesso: World Wide Web:  
<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=79538&opt=1>>  
ISBN 978-85-68467-08-4

1. Desinstitucionalização. 2. Educação em saúde. 3. Saúde mental. 4. Serviços de saúde mental. I. Campos, Rosana Onocko. II. Emerich, Bruno Ferrari. III. Pereira, Mariana Barbosa. IV. Goto, Carine Sayuri. V. Blanes, Lara de Souza. VI. Rosa-Cómitre, Ana Carolina Diniz. VII. Título.

CDD. 616.89

# Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil tem vivido o redirecionamento dos cuidados aos usuários em intenso sofrimento psíquico, com diminuição dos leitos em Hospitais Psiquiátricos e ampliação de diferentes serviços territoriais que devem atuar de forma articulada na construção de cuidados singulares aos sujeitos.

Tal mudança se sustenta em pesquisas e experiências internacionais e nacionais que apontam que a internação no manicômio apaga a história e as características dos sujeitos, massificando o cuidado e aumentando o estigma em relação à loucura. O cuidado em saúde mental se torna mais eficaz quando se respeitam os vínculos estabelecidos pelos usuários com seu entorno, quando considera as relações da vida no território onde sujeitos adoecem, mas onde também podem construir estratégias para produzir saúde.

Em que pesem esses avanços, ainda temos no Brasil cerca de 26.000 leitos em Hospitais Psiquiátricos (HP), distribuídos por 23 estados.

Fechar esses leitos constitui-se, então, tarefa necessária e urgente. Porém, apenas a desospitalização não encerra o desafio de qualificar a assistência a quem necessita. A Desinstitucionalização, um dos alicerces da Política Pública de Saúde Mental em nosso país, deve compreender também uma série de outras ações, como o aumento do financiamento na saúde mental, a participação efetiva de usuários e trabalhadores nos processos decisórios, a ampliação e qualificação dos pontos da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e o investimento na formação de estudantes e profissionais para que esses estejam em consonância com os ideais da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica em curso, considerando os desafios inerentes a esse processo e as possibilidades de atuação sustentadas pela Atenção Psicossocial (Fiocruz, 2015).

Chamamos a atenção para esse último item: a formação de profissionais para atuação nos serviços comunitários de saúde mental.

A formação é sempre processual e parcial. Nunca estamos completamente formados. Fazem-se necessárias a compreensão e crítica de aspectos teóricos relativos à clínica, gestão e políticas públicas, assim como é fundamental reconhecer que as experiências profissionais e aspectos singulares de cada trabalhador podem ampliar o leque de ofertas de cuidado aos usuários.

O material aqui apresentado se propõe a trazer algumas perspectivas a serem consideradas por profissionais e gestores, quando do fechamento de leitos de Hospitais Psiquiátricos e da construção ou ampliação de ações em serviços comunitários (a metodologia usada para construção do material está anexa no final). Ele está organizado em cinco eixos estruturantes, que emergiram das falas de participantes do processo de formação do qual originou-se esse produto:

**INSTITUCIONALIZAÇÃO**

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

**REDE DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL  
(RAPS)**

**AUTONOMIA, EMPODERAMENTO,  
RECOVERY E REABILITAÇÃO  
PSICOSSOCIAL**

**FORMAÇÃO  
PROFISSIONAL**

A partir da voz dos grupos, composta por trabalhadores, usuários, gestores e familiares, foram pensados alguns princípios relativos às temáticas apresentadas, assim como armadilhas a serem evitadas quando do trabalho frente à estas estes temas e desafios/recomendações para preservar os princípios e evitar cair nas armadilhas.

Como todo produto que discute questões complexas, esse não se propõe a direcionar ações ou modos de fazer universais, e sim a trazer alguns aspectos que foram considerados importantes a partir de uma experiência de Desinstitucionalização.

## SAIBA MAIS

### TEXTO:

FIOCRUZ. Fundação Calouste Gulbenkian Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil.

Seminário Internacional de Saúde Mental. Documento Técnico. Rio de Janeiro, RJ, 2015.

FUNDAP. Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014 / organizadoras Alina Zoqui de Freitas Cayres ... [et al.]; autores Alina Zoqui de Freitas Cayres ... [et al.].

São Paulo : FUNDAP : Secretaria da Saúde, 2015



# Institucionalização



“Temos exemplos de todos terem que fazer a barba e cortar o cabelo igual, do horário de banho às 5 da manhã, de uma mesma roupa bonita ser usada por vários pacientes, por revezamento, em dias de visita.”

“Quando questionamos se ensinam usuário a ver hora, por exemplo, profissionais dizem que usuários aprenderão automaticamente quando saírem. Isso também acontece, quando precisam de ajuda para lidar com o dinheiro, ou quando usuário recebe roupas da família, mas usa roupas que não são as dele, pois estas ficam sujas e ninguém o ajuda a lavar, a conseguir cuidar das roupas de forma diferente.”

## PRINCÍPIO

Mortificação do eu. O Hospital psiquiátrico massifica o tratamento, apagando a singularidade dos internos. O interno tem que se adaptar ao funcionamento do Hospital, sendo desconsiderados seus desejos e necessidades. Imagine, rapidamente, isso no seu dia a dia...nada lhe pertence, roupa, cama, lugar que habita; sua vida regulada por horários determinados: mesma hora de almoçar, jantar, dormir, acordar; tudo o que fizer, pensar e sentir será desqualificado como coisa de louco. Agora, imagine isso no dia inteiro do usuário, por muitos anos.

## ARMADILHAS

Mesmo em processos de Desinstitucionalização, quando se coloca em cena a desconstrução do manicômio, os profissionais são convidados a reproduzir a lógica clássica do funcionamento hospitalocêntrico, pois o pior dos manicômios são aqueles dentro de cada um de nós, nossos manicômios mentais.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

Institucionalmente, é necessário pensar no trabalho. Na pressa de se fazer, muitas vezes se perde o espaço da reflexão. As reuniões de equipe e Supervisão Clínico-Institucional são fundamentais. Para cuidar é preciso tempo e liberdade.

É necessário chamar o usuário para participar das decisões do tratamento e do processo terapêutico. Construir maiores graus de autonomia e considerar a singularidade do sujeito deve começar durante a internação, e não após a saída.

## SAIBA MAIS

### YOUTUBE:



“EM NOME DA RAZÃO”

### FILME:



“UM SONHO DE LIBERDADE”  
Direção de  
Frank Darabont, 1995.

### TEXTO:



GOFFMAN, E.  
Manicômios, prisões  
e conventos.  
São Paulo, Editora Perspectiva, 2005.  
EDINGER, C. Madness.  
England: Dewi Lewis Publishing, 1997.

“Acreditamos que o nível de comprometimento dos pacientes está ligado à medicalização, ao tempo em que viveram institucionalizados e às condições que viveram no hospital. A apatia, a sonolência são resultados da rotina do hospital, que não pode ser quebrada.”

“Tiramos dessa experiência que o ambiente é adoecedor. Não tem como trabalhar saúde mental num ambiente desse. Você perde noção de tempo, de espaço... A gente fica angustiada no pouco tempo. Imaginamos como é isso pra quem passou uma vida ali...”

## PRINCÍPIO

O Hospital Psiquiátrico borra a fronteira do tempo e do espaço. Tudo acontece no mesmo espaço, sob a vigilância dos mesmos profissionais. O tempo é medido a partir do cotidiano institucional, separado da vida de verdade, que ocorre pelo mundo afora.

## ARMADILHAS

Mesmo a céu aberto, somos convidados a continuar decidindo as coisas pelos usuários: com quem deve morar, de que atividades deve participar, que caminhos na vida deve escolher. Corremos constantemente o risco de controlar o tempo e restringir os espaços de circulação dos sujeitos que acompanhamos.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

Seja qual for o grau de autonomia ou de limitação dos internos, o cuidado com a dimensão do tempo e espaço deve ser considerado quando do processo de Desinstitucionalização e quando da inserção em serviços comunitários de saúde mental.

## SAIBA MAIS

### YOUTUBE:



“A CASA DOS ESQUECIDOS”

### FILME:



“NISE, NO CORAÇÃO DA LOUCURA”

Diretor Roberto Berliner, 2016.

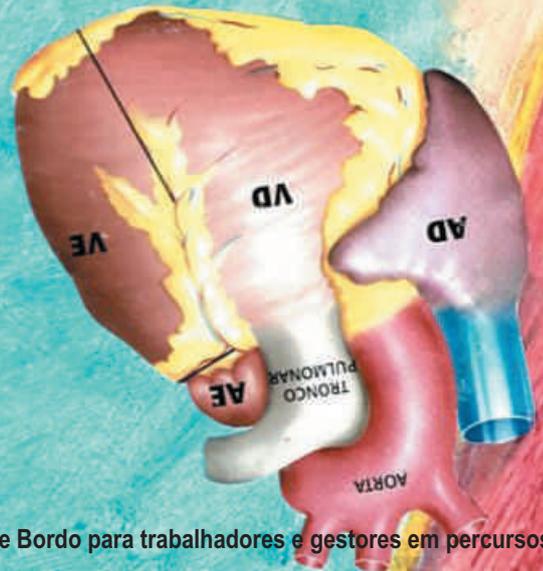
“HOLOCAUSTO BRASILEIRO”

Diretores Daniela Arbex e Armando Mendz, 2016.

### TEXTO:



ARBEX, D.  
Holocausto brasileiro.  
São Paulo: Geração Editorial,  
2013.



Suzana  
2018

“Porque no hospital ficamos com a sensação de estar em um zoológico de gente... tivemos a mesma percepção de quando vamos num zoológico: ala das girafas, alas das crianças... Existem as alas dos que precisam demais cuidado, existem aqueles que são mais autônomos, os que são violentos e assim vão as classificações e segregações.”

## PRINCÍPIO

O sujeito é reduzido à doença, que passa a representar a totalidade de sua vida, e qualquer ação que toma é interpretada como sintoma de seu adoecimento. Retira-se da pessoa a possibilidade de experimentar, conhecer, falhar, e fazer algo com tudo isso.

## ARMADILHAS

O predomínio das patologias como definição das pessoas é algo muito comum, quando pensamos no cotidiano do HP. Mesmo nos processos de Desinstitucionalização, corremos o risco de repetir isso. O nome da pessoa é mais importante do que o diagnóstico.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

Pensar que cada pessoa tem uma formação psíquica que responde de determinada maneira diante de adversidades, sem que isso seja uma doença, é um dos preceitos da Atenção Psicossocial. Vivemos em um mundo onde um modo de formação psíquica é mais aceito, mas isso não significa que os outros tenham que ser excluídos.  
Toda forma de amar e viver vale ser vivida.

## SAIBA MAIS

### YOUTUBE:

“BADARÓSS: OS TRAÇOS E A HISTÓRIA DO ‘BASQUIAT DA CRACOLÂNDIA’”

“SUFOCO DA VIDA”  
HARMONIA ENLOUQUECE



### TEXTO:

CAMPOS, GWS.  
Clínica Ampliada. InCampos  
GWS. Saúde Paidéia.  
São Paulo: Hucitec; 2003.



“Por outro lado, ficamos trancados no lugar fez com que nos aproximássemos da experiência de internação dos internados: sensação de não participar das coisas, sem definição de objetivos claros, apenas observando o que aconteceu.”

“Aquilo foi construído como um labirinto, pra pessoa se perder mesmo lá dentro. Eu fiquei perdido ali dentro. Você fica doido só de estar lá dentro. Eu me senti um rato literalmente, só que sem queijo. ai de lá e parecia que eu tinha carregado um caminhão de areia, de tão cansado.”

## PRINCÍPIO

A experiência e abertura para o que nos toca podem trazer transformações nas relações e na prática profissional. Isso pode gerar potência de agir ou paralisação, de acordo com o contexto em que ocorreu com o sentido que nos é possível construir para a vivência.

## ARMADILHAS

O fato de o interno ter vivido tanto tempo dentro de um HP, em condições tão adversas, pode nos trazer o sentimento de pena, fazendo com que ajamos mais pela tutela do que pela autonomia. Estar e caminhar ao lado é sempre uma tarefa complexa, repleta de escolhas éticas.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

Nunca escolhemos gratuitamente nossa profissão e campo de trabalho, por mais que pesem diversos fatores (necessidade de pagar as contas, construção de lugar social, etc...). Por que você escolheu trabalhar neste núcleo de formação profissional? Por que escolheu trabalhar com saúde mental? Mais importante do que as respostas, talvez seja o processo de compreensão do que nos aproxima dessas escolhas e das vivências dos usuários que nos propomos a acompanhar.

## SAIBA MAIS

### YOUTUBE:



“PASSAGEIROS DA SEGUNDA CLASSE”

### TEXTO:



GARCIA, MRV.  
A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos.  
RevPsicolPolit. 2012; 12(23).

“Algumas pessoas internadas disseram não gostar do nome ou não ter nome. No primeiro caso porque o nome com o qual a chamavam era um nome dado pelos profissionais do hospital, não o nome dado pelos pais. Os nomes escolhidos não foram nomes com os quais os internos se identificaram.”



## PRINCÍPIO

Ataque à identidade dos internos. O nome é uma das principais inscrições da construção de nossa identidade nas relações sociais, e, via de regra, é violentado nas instituições hospitalares. Da mesma forma, a escolha e manutenção de objetos pessoais são desrespeitadas.

## ARMADILHAS

De modo menos intenso, mas ainda perigoso, podemos reproduzir o apagamento da identidade dos sujeitos a céu aberto. Quando reduzimos o cuidado ao diagnóstico, quando não negociamos a medicação com os usuários, ou quando durante uma crise o retiramos do lugar de negociação e de escolhas.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

Os usuários que atendemos são sujeitos de desejo e de direitos em todas as situações e momentos da vida.

## SAIBA MAIS

### YOUTUBE:



“EM NOME DA RAZÃO”

### FILME:



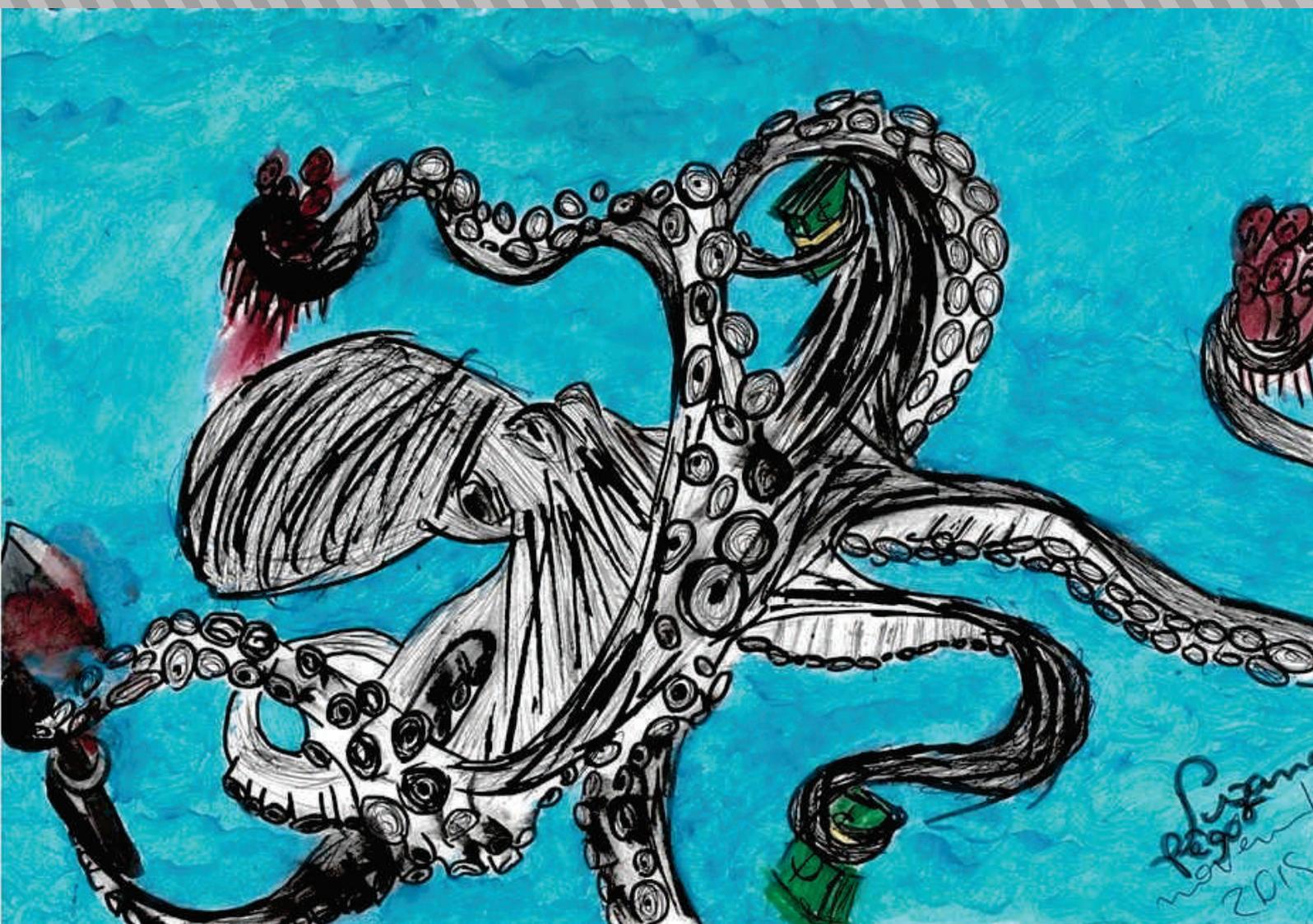
“UM ESTRANHO NO NINHO”  
Direção de  
Milos Forman, 1976.

### TEXTO:



EMERICH, BF; YASUI, S.  
“O hospital psiquiátrico  
em diálogos atemporais”  
Interface-Comunicação,  
Saúde, Educação, v. 20, n. 56, 2016.

# Desinstitucionalização



“Precisa mostrar que o manicômio não trata, que não é um lugar de cuidado como era vendido. Precisa mostrar pras pessoas que o manicômio toma o lugar do sujeito, faz escolhas por ele e causa inúmeras perdas.”

## PRINCÍPIO

Com exceção dos técnicos e dos internos, as pessoas não entram no HP. Isso está relacionado ao controle exercido no espaço, ao controle exercido sobre os internos e à necessidade de manter clara a separação entre os “loucos” (internados) e “sãos” (que vivem fora do Hospício).

## ARMADILHAS

Acreditar que essa separação é necessária para a segurança do próprio interno, diante de uma sociedade que não quer conviver com os sujeitos ditos loucos.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

O melhor cuidado é aquele que se faz em liberdade.

## SAIBA MAIS

### FILME:



“BICHO DE SETE CABEÇAS”  
dirigido por  
Laís Bodanzky, 2000.

### TEXTO:



CARRANO, A.  
Canto dos Malditos.  
Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D.  
“Desinstitucionalização, uma outra via”.  
In: ROTELLI, F; LEONARDIS, O;  
MAURI, D; RISIO, C. (Orgs)  
“Desinstitucionalização”.  
São Paulo: Hucitec, 1990.

“Alguns de nós entendemos que a sociedade tem uma dívida com essas pessoas, é um problema nosso, um problema coletivo. Essas práticas institucionalistas de reclusão e exclusão não devem nunca mais acontecer. É um dever nosso tentar reparar, apesar de não ser possível reparar, porque a vida já foi roubada.”

## PRINCÍPIO

O HP encarna a metáfora da dupla exclusão do louco, já denunciada por Basaglia. Ao mesmo tempo em que legitima a necessidade de um espaço exclusivo para o tratamento de loucura e coloca profissionais da saúde (sobretudo os ligados ao modelo da psiquiatria tradicional) como guardiões do tratamento e da tutela, faz com que a sociedade não tenha que se haver com a relação com a diferença e com as contradições que ela mesma produz.

## ARMADILHAS

Pensarmos que a exclusão dos sujeitos é uma questão individual deles, sem interface com as construções coletivas e contextos históricos, políticos, econômicos e sociais.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

Na saída dos internos do HP para Serviços Residenciais Terapêuticos é necessário construir aproximação com os moradores do bairro e com os vizinhos. Ajudar nessa aproximação e articulação com o território é obrigação dos profissionais. Habitar um lugar é construir vínculos, sentir-se pertencer a um tempo e um espaço singular e coletivo.

## SAIBA MAIS

### FILME:



“ESTAMIRA”  
Direção de  
Marcos Prado, 2006.

### TEXTO:



BASAGLIA, F.  
Escritos selecionados.  
Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2005.

ARTAUD, A.  
Carta aos Médicos-chefes dos  
Manicômios (1925).  
Disponível na internet.

“Outra de nós comenta que algumas vezes pensamos nos hospitais psiquiátricos como o lugar de paredes concretas, muros altos, mas as práticas manicomiais podem estar presentes em muitos serviços de uma forma simbólica. Diz que usuários do CAPS verbalizam práticas manicomiais, medicalização sem necessidade, receitas que são repetidas sem avaliações médicas, e outras coisas (...).”

## PRINCÍPIO

Apostar na criação de possibilidades-probabilidades, como nos diria Rotelli, e em relações baseadas no vínculo-oportunidades, como nos diria Venturini, é condição primeira para desconstrução de saberes, práticas e culturas que excluem os ditos loucos.

## ARMADILHAS

O profissional do serviço substitutivo deve estar atento às suas práticas, mesmo trabalhando fora do HP.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

Importância de discussões sobre saúde mental em outros espaços/setores da sociedade, para além dos serviços/setores da saúde. Construir redes de conversações, diálogos permanentes, contatos e encontros.

## SAIBA MAIS

### YOUTUBE:



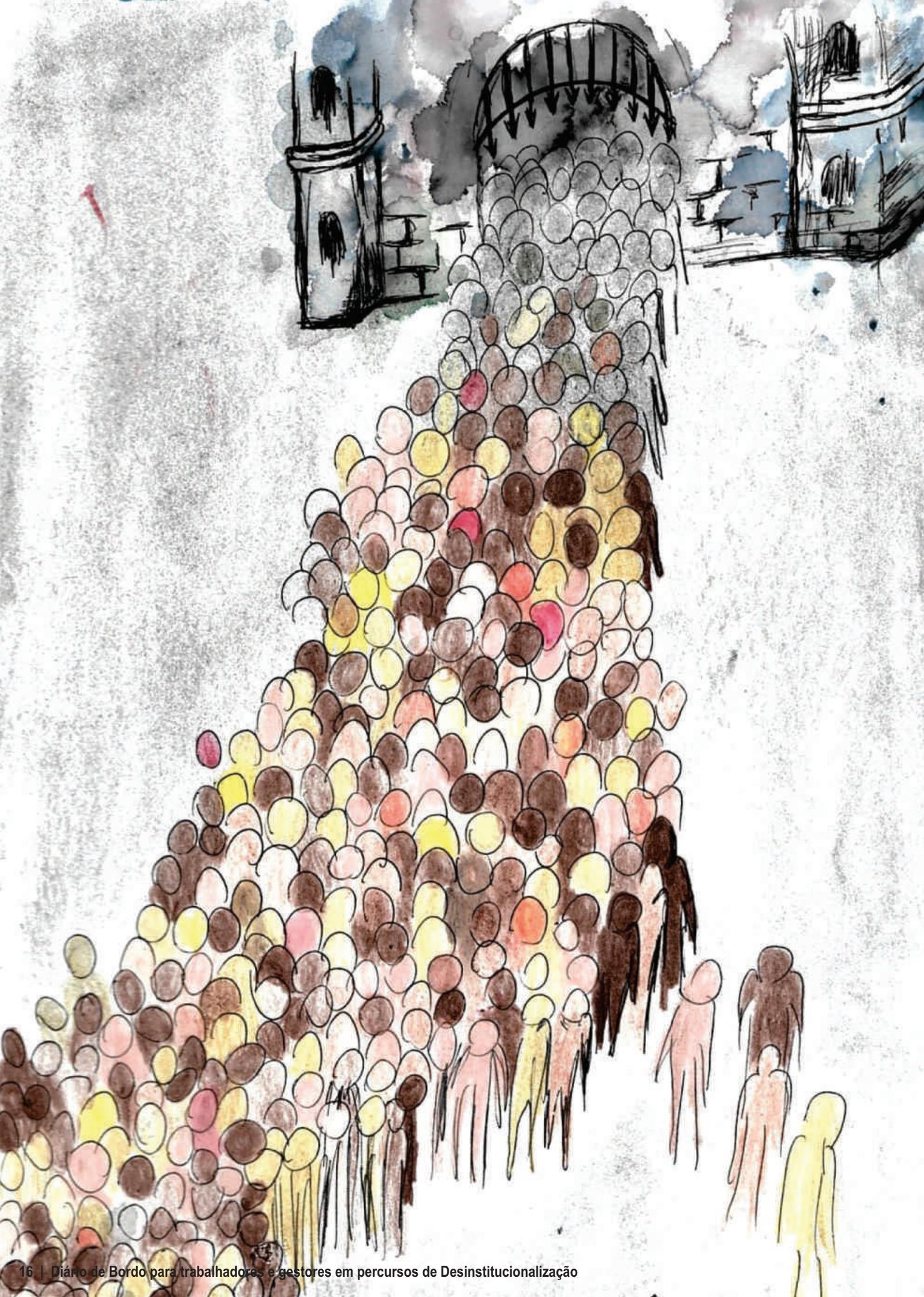
“O CONDICIONADO”

### TEXTO:



ROTELLI, F. A  
instituição inventada.  
In: ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI,  
D; RISIO, C. (Org) “Desinstitucionalização”.  
São Paulo: Hucitec, 1990.

VENTURINI, E.  
A linha curva: o espaço e o tempo da  
Desinstitucionalização.  
Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.



“Outra preocupação é com os nossos próprios medos, com relação à saída deles, como eles vão lidar com as escolhas, com as situações inesperadas. Mas será que podemos garantir uma saída 100% segura? Seja para o paciente ou para qualquer pessoa, há riscos. Afinal, o que é um paciente estar preparado para sair? Estamos procurando curar? É possível curar? E curar o quê, as “esquisitices” e o que é mal visto socialmente? Não vemos nisso o objetivo do processo de desinstitucionalização. É só vivendo, experimentando e abrindo a possibilidade para novas experiências que as coisas acontecem.”

## PRINCÍPIO

A desospitalização é um passo fundamental, mas não encerra o processo de Desinstitucionalização. A construção do protagonismo do sujeito no seu tratamento e em sua vida; a ampliação e qualificação dos serviços comunitários e das ofertas de cuidado; a formação de profissionais para este contexto, dentre outras questões, são fundamentais para o processo de Desinstitucionalização.

## ARMADILHAS

Acreditar que a desinstitucionalização teria seu principal papel na aceitação social do sujeito com sofrimento psíquico através de sua adaptação à sociedade. Além de cuidar dos sujeitos em sofrimento, é importante refletir sobre como todos nós lidamos com a diferença. A loucura faz parte de todos nós. Tolerância, muitas vezes, não é sinônimo de inclusão e de convivência.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

Para a perspectiva de recovery, a valorização das experiências de vida e de adoecimento se torna central na medida em que a doença não é considerada um processo de, e para a vida toda, com necessária evolução negativa. É a partir dessas experiências que as pessoas podem dizer de suas limitações, mas também de suas potências; dos recursos que ajudam, mas também daquilo que não ajuda, e do seu direito de escolher entre eles. A ideia é que as pessoas tenham autonomia não apenas no que se refere a seu tratamento de saúde, mas em relação a seus direitos e deveres enquanto cidadãos.

## SAIBA MAIS

### YOUTUBE:



RECOVERY  
(REESTABELECIMENTO):  
VIVÊNCIAS E PRÁTICAS”-  
CONSELHO FEDERAL  
DE PSICOLOGIA.

### TEXTO:



MONTEIRO, MFJ; MATIAS, J  
Atitudes face ao recovery  
na doença mental em utilizadores e profissionais  
de uma organização comunitária: Uma ajuda  
na planificação de intervenções efectivas?.  
"Análise Psicológica. 2007; 25 (1).

DEEGAN, P.  
Recovery como uma jornada do coração.  
Psychiatricrehabilitationjournal. 1996, 19 (3).

# RAPS – Rede de Atenção Psicossocial



“Acreditamos que não é possível apenas fechar o HP, é preciso montar uma rede que seja articulada, é preciso que todos saibam e conheçam o que é e como funciona (...).”

“Essa questão também é colocada para outros de nós, que relatam que em seus municípios não há CAPS, e não se sabe como as pessoas retornarão das institucionalizações(...) O município não tem mais HP de referência, mas também não há outro lugar para receber os pacientes. Comenta-se também que a região tem restrições em receber pacientes de saúde mental em serviços de urgência e emergência “comuns”, embora seja essa a orientação.”

“Os profissionais, por sua vez, precisam admitir seus limites, reconhecer que não podem fazer tudo sozinhos e que precisam de outros serviços.”

## PRINCÍPIO

A montagem de rede territorial ampla e diversificada é fundamental para a desospitalização e para o processo de Desinstitucionalização. As pessoas devem ser atendida integralmente, de acordo com suas necessidades. Os serviços e profissionais devem ser maleáveis.

## ARMADILHAS

Constantemente, o CAPS e serviços comunitários são convocados a assumir a totalidade dos cuidados dos usuários: tratamento clínico, ofertas culturais, espaço de convivência, etc...

Do mesmo modo, muitas vezes trabalhadores são convidados a tutelar os usuários, decidindo por e para eles. CAPS é uma estratégia de articulação da rede de cuidados no território e não uma instituição para totalizar o cuidado.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

As reuniões de equipe são fundamentais para discutir as dúvidas, impasses, angústias. Sobretudo para discutir o processo de trabalho e construção clínica dos casos. Mais importante ainda é o usuário ser o protagonista do processo: ele é o maior expert no tratamento, devemos acompanhá-lo, de modo cogestivo, nos caminhos que trilha para sua vida. Espaços em que os serviços se encontrem também são importantes. Encontros entre trabalhadores de CAPS, reuniões frequentes de rede intersetorial, fóruns de discussão sobre Álcool e outras drogas, Apoio Matricial, etc... Isso aumenta a coresponsabilização pelos casos e pelas articulações de cuidado, diminui solidão dos serviços e qualifica a assistência e a política de saúde mental dos municípios.

## SAIBA MAIS

### TEXTO:

YASUI, S.  
Rupturas e encontros:  
desafios da reforma psiquiátrica  
brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

Portaria da RAPS - BRASIL.  
Ministério da Saúde.  
PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE  
DEZEMBRO DE 2011.



“Discutimos as diferenças entre o cuidado no Hospital Geral e no Hospital Psiquiátrico. Por mais que o atendimento em Hospital Geral não esteja perfeito, que muitos não aceitem atender usuários, que profissionais sejam resistentes, é um passo importante. Quando o profissional vai junto com o usuário, discute com profissionais do Hospital Geral, sustenta a necessidade, a possibilidade de acontecer o cuidado adequado aumenta.”

## PRINCÍPIO

Os leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (HG) são pontos importantes da RAPS, que devem dar suporte aos usuários quando necessários cuidados clínicos ou quando necessário acolhimento integral, em momentos de crise.

## ARMADILHAS

Desresponsabilização dos serviços pelos casos, quando encaminham usuários para o HG e não compartilham o cuidado.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

A internação do usuário no HG deve estar ligada ao Projeto Terapêutico do usuário. Desta forma, é necessária continuidade de assistência, por parte do serviço de referência, enquanto o usuário estiver internado. Isto inclui discussão de caso compartilhada entre equipes; proximidade do profissional de referência; continuidade de ações com a família pelo serviço de referência, durante a internação; discussão e articulação de alta entre os serviços; etc... A responsabilidade do serviço de referência aumenta, quando interna o usuário em outro serviço. São fundamentais discussões entre os pontos da RAPS para qualificar esta articulação, o que pode incluir encontros entre trabalhadores, ações das gestões municipais e das unidades de saúde, dentre outros.

## SAIBA MAIS

### TEXTO:



DIAS, M. K.;  
GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G.  
Leitos de Atenção Integral a Saúde  
Mental no HG: Configurações atuais  
e Novos desafios da Saúde Mental.  
In: Vasconcelos, E.M. (Org.) Desafios Políticos  
da Reforma Psiquiátrica. – São Paulo:  
Hucitec, 2010.

**“Eles não têm a casa como deles porque os profissionais não deixam. Imagina você ter que pedir pra abrir a geladeira da sua casa!”**

## PRINCÍPIO

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são moradias ou casas destinadas a usuários que ficaram longo tempo institucionalizados, e/ou que apresentam pouco suporte social e laços familiares.

## ARMADILHAS

Tornar a casa dos usuários um espaço de procedimentos.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

O SRT é a casa do usuário, e muitos modos de morar são possíveis, não apenas os nossos. Os usuários devem ter protagonismo na invenção do seu cotidiano, e os trabalhadores devem acompanhá-los nesta construção de possibilidades e sentidos.

A proximidade entre profissionais de referência e usuários que moram nas casas é fundamental para lidar com as delicadezas que aparecem no dia a dia das moradias. Apostar na potência dos usuários, na circulação pelo território e na ampliação de relações (vizinhos comércio, igrejas, etc...) é muito importante. E sempre lembrar que a CASA É DO USUÁRIO, mesmo que ele tenha muitas limitações, ou que ela esteja ligada a um serviço de saúde. Isso vale na hora de pedirmos para entrar na casa, de reconhecermos o espaço do outro, de legitimarmos as escolhas, de pensarmos com ele como está o cotidiano, etc...

## SAIBA MAIS

### YOUTUBE:



**“A CHAVE DA NOSSA CASA”**

### TEXTO:



**FURTADO, JP;  
NAKAMURA, E. (Orgs).  
Inserção social e habitação de  
pessoas com sofrimento mental  
grave.  
São Paulo: Editora  
FAP-Unifesp, 2014.**

“Em relação ao matriciamento, fazemos diferentes apontamentos: em alguns lugares o desafio é estabelecer momentos de conversa, pois muitas vezes a Atenção Básica encaminha o usuário sem antes conversar com a equipe dos CAPS (...). Para outro, que trabalha na UBS, é importante conhecer o matriciamento e poder cobrar do CAPS depois. O matriciamento também pode ajudar a questionar a lógica de encaminhamentos.”

## PRINCÍPIO

A Atenção Básica também compõe a RAPS e tem responsabilidade intermitente pelo acompanhamento dos casos. Ninguém tem (ou deveria ter) alta da Atenção Básica! As Unidades Básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Consultório na Rua constituem-se como espaços/ações de cuidado para os usuários, o que pode ocorrer pelo uso de diferentes ofertas: atendimentos individuais, atendimentos grupais, visitas domiciliares, promoção de saúde, ações intersetoriais, etc...

## ARMADILHAS

Na queda de braço ou distanciamento entre Atenção Básica e CAPS, o usuário pode ficar desassistido. Até mesmo o matriciamento pode se tornar um espaço restrito à passagem de casos entre os serviços, mantendo a lógica da fragmentação e do cuidado restrito aos especialistas.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

As equipes da Atenção Básica e dos CAPS devem ter proximidade. Tempo e espaço para encontros, trocas, composições. O Apoio Matricial tem se mostrado como importante recurso para articulação de rede, assim como a atuação de Apoiadores Institucionais e do exercício da função gestão (municipal e das unidades de saúde) na sustentação e responsabilização por ações de cuidado compartilhadas e corresponsáveis. O cuidado é uma trama complexa de ações de distintas dimensões e setores.

## SAIBA MAIS

### YOUTUBE:



APOIO MATRICIAL/FORMAÇÃO EM DEBATE. DISPONÍVEL EM [HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=-CVT4V64J9M](https://www.youtube.com/watch?v=-CVT4V64J9M)

### TEXTO:



CHIAVERINI, DH (Organizadora)... [et al.]. Guia prático de matriciamento em saúde mental/ [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p – Disponível na Internet.

ONOCKO CAMPOS, R; GAMA, C. Saúde mental na Atenção Básica. In. CAMPOS, GWS; GUERRERO, AVP (Orgs). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. Saúde em debate. Hucitec, 2010.

**“A Secretaria tem que cobrar prazos na comissão do TAC (Termo de Ajustamento de Conduta), o que não está acontecendo. Isto é necessário: se peixe grande não falar, a coisa não vai (...). De forma geral, temos a impressão de que Organização Social contratada e Secretaria não se conversam. E terão que conversar para que o processo funcione.”**

## PRINCÍPIO

Mesmo com a defesa do Movimento da Reforma Sanitária pela prestação de serviços de saúde diretamente pelo Estado, por nós também compartilhada, a complementaridade tornou-se uma das diretrizes do SUS, disposta na lei 8080/90. Ela autoriza a contratação de serviços ofertados pela iniciativa privada, desde que esses se submetam às normas técnicas, administrativas, princípios e diretrizes do SUS.

## ARMADILHAS

Em que pese a responsabilidade legal do município quando da contratação, fiscalização e avaliação das instituições que a ele prestarão serviços, muitas vezes isto não acontece, ficando a instituição contratada para fazer o que/como quiser.

A terceirização tem trazido muitos prejuízos para trabalhadores e usuários: precarização do trabalho; ataque aos direitos trabalhistas; pouca ou nenhuma participação dos trabalhadores em processos de gestão e avaliação; desassistência a usuários; dentre outros.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

Caso o município opte pela contratação de serviços, é responsabilidade da gestão local o acompanhamento e fiscalização da instituição contratada. O contrato que vai intermediar a relação tem que responder aos objetivos da política e ser monitorado por uma instância de avaliação e controle própria do município com a participação da sociedade civil.

Da mesma forma, a construção e investimento de espaços em que os efeitos da terceirização sejam discutidos com trabalhadores, gestores e comunidade são importantes. Fóruns, encontro de trabalhadores com gestão, pautas em Conselho Municipal, etc...

No contexto de Desinstitucionalização, isso se faz ainda mais necessário. Interesses conflitantes entram em cena, e negá-los pode fazer com que muitos prejuízos fiquem para usuários e trabalhadores.

## SAIBA MAIS

### TEXTO:



**EIBENSCHUTZ, C.(Org).**  
**Política de saúde: o público e o privado.**

Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

# Autonomia, recovery, empoderamento e reabilitação psicossocial



“Discutimos o quanto é difícil quando a gestão é autoritária e hierárquica, porque daí o profissional não tem autonomia e só deve obedecer às regras. Como a gente pensa na autonomia dos usuários se a própria equipe não tem autonomia? Se para quem participa de reunião já é difícil, como fica para quem não participa?”

“Quando a equipe está com dificuldades é um termômetro de como está o processo de trabalho. Nesse momento é importante parar e olhar para o processo de trabalho. É importante que o trabalhador e que a equipe tenham um momento para falar de seu processo de trabalho, de suas angústias e opiniões. Neste ponto está a importância da voz do trabalhador ser ouvida, a participação e o protagonismo de seu trabalho devem ser respeitados. Quando essas discussões são feitas estamos empoderando e possibilitando maior grau de autonomia a autonomia.”

“Vemos que muitos profissionais são institucionalizados e não conseguem fazer uma reflexão mais aprofundada. Alguns coordenadores de CAPS não têm o mínimo de preparo, mas ocupam esses cargos por serem efetivos no serviço público, como condição em alguns municípios, ou por serem amigos de políticos, no caso de cargos comissionados.”

## PRINCÍPIO

A construção de maiores graus de autonomia está ligada à possibilidade do sujeito depender de uma rede maior de pessoas, e a partir disso construir cogestivamente modos de lidar com as questões que se colocam em sua vida.

Isso vale para o cuidado com o usuário, mas vale também na relação entre profissionais de equipe. O modo como os trabalhadores conseguem discutir, decidir e gerenciar seu processo de trabalho está diretamente ligado à clínica que os serviços constroem com os usuários.

## ARMADILHAS

O modelo de funcionamento vertical e hierarquizado é a tônica do funcionamento do HP. Porém, não o deve ser nos equipamentos substitutivos e nos outros equipamentos de saúde.



## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

O cuidado com o processo de trabalho é fundamental. A mesma equipe que executa ações deve ser estimulada a planejá-las, avaliá-las e se responsabilizar por elas. A função do gestor é primordial neste processo. Deve ser uma figura capaz de sustentar as experimentações da equipe, colocar em análise as relações institucionais, acompanhar compartilhadamente o cotidiano do serviço, sem deixar de exercer as cobranças e limites necessários.

Alguns arranjos, como Colegiado Gestor nas unidades, também são potentes estratégias para a democratização da gestão.

A supervisão Clínico-Institucional é um importante dispositivo para compreensão do processo de trabalho e cuidado com os trabalhadores, o que reflete no tratamento dos usuários.

## SAIBA MAIS

### TEXTO:



ONOCKO CAMPOS,  
R.A gestão: espaço de  
intervenção, análise e  
especificidades técnicas.  
In CAMPOS, GWS. Saúde Paidéia.  
São Paulo:Hucitec, 2003.

“Em nosso entendimento, é preciso tratá-los como sujeitos capazes de estabelecer um diálogo, explicar a eles, e não tratá-los como se não fossem capazes de compreender ou saber sobre o processo. A hiperproteção e a infantilização dos pacientes, ainda que com boas intenções, podem ser muito prejudiciais para o ganho de autonomia deles.”

“Um de nós comenta sobre um artigo que sugere que a 'Desinsti' começa primeiro dentro de cada um de nós. A prática manicomial tende a se desenvolver por desejo de poder e dominação, por isso é importante que o profissional esteja sempre atento, reconhecendo e falando de seus limites, para se desinstitucionalizar e produzir a 'Desinsti' de fato.”

## PRINCÍPIO

Autonomia é um processo. Não se trata de algo que a pessoa não tem, e alguém lhe dá. A construção de maiores graus de autonomia deve ser um norte do cuidado com o usuário. Considerando-se seus desejos, suas possibilidades, o contexto em que vive e a aposta em projetos futuros. A tarefa do profissional é apostar nas possibilidades e planos do usuário. Com ele. Sempre!

## ARMADILHAS

Achar que o sujeito não é capaz de construir maiores graus de autonomia, por conta do adoecimento ou do longo tempo de internação.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

Constantemente, somos convidados a repetir a exclusão dos sujeitos, deixando de investir em seu empoderamento.

Entendemos por empoderamento “o aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (Vasconcelos, 2003)

## SAIBA MAIS

### TEXTO:

ONOCKO CAMPOS, R;  
CAMPOS, GWS.

"Co-construção de autonomia o sujeito em questão" In CAMPOS, GWS; MINAYO, MCS; AKERMAN, M; DRUMOND JÚNIOR, M; CARVALHO, YM (Orgs). Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

VASCONCELOS, EM. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.



“Pessoas que não imaginávamos capazes de expressar sua vontade, hoje escolhem, decidem.”

## PRINCÍPIO

Recovery consiste na superação do estigma da doença mental incorporado no indivíduo. Além da recuperação do transtorno mental, a recuperação do projeto de vida da pessoa, depois do diagnóstico, está na base da noção de recovery. Assim sendo, teríamos com o recovery maior ênfase nas consequências do adoecimento psíquico (não só no plano mais imediato dos sintomas) no que concerne às necessidades de moradia, trabalho e relacionamento social apresentada pelos portadores de transtorno mental grave.

## ARMADILHAS

No Brasil, devido à grande desigualdade social e mesmo considerando as conquistas dadas no reconhecimento da cidadania das pessoas portadoras de doença mental e seus familiares, o usufruto restrito da cidadania tem feito com que o acesso a alguns direitos sociais ocorra somente após o diagnóstico médico. Assim, acesso a transporte, benefícios continuados por doença crônica, moradia, etc. permanecem regulados pelo diagnóstico e não possuem caráter universal. Essa situação cria um paradoxo no qual a doença abre perspectivas ao mesmo tempo que traz limitações para a vida diária.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

Além da necessidade de maior horizontalização da relação entre profissional de saúde e usuário, possibilitando a atuação do indivíduo no planejamento das intervenções pensadas para seu plano terapêutico, os profissionais/serviços devem priorizar ações que extrapolem o âmbito da saúde, do tratamento. O foco na inclusão dos usuários na sociedade enquanto cidadãos também deve ser uma meta na formulação dos PTS.

## SAIBA MAIS

### FILME:



“DÁ PARA FAZER”  
direção de  
Giulio Manfredonia, 2008.

### TEXTO:



ANASTÁCIO, CC.  
FURTADO, JP.  
Reabilitação psicossocial  
e recovery: conceitos e influências  
nos serviços oferecidos pelo  
sistema de saúde  
mental. Cadernos Brasileiros de  
Saúde Mental. 2012,4 (9).

# Formação Profissional



“Há algumas características pessoais dos trabalhadores que podem ajudar no exercício da profissão”.

## PRINCÍPIO

Jean Oury aponta que, assim como há complementaridade entre as diferentes formações profissionais em uma equipe, há complementaridade entre diferentes jeitos de ser e histórias de vida de cada profissional. Se cuidadosamente investido, isso pode trazer potência terapêutica para os pacientes.

## ARMADILHAS

Pensar que o modo do usuário viver as relações deve ser o mesmo que o nosso.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

Não se trata de deixar de lado o aspecto técnico da formação em saúde, muito pelo contrário: como, a partir do jeito e do estilo profissional de cada um, colocamos nossa formação técnica a serviço dos usuários? A partir das discussões de caso e do processo de trabalho da equipe isso pode ser investido. A Supervisão Clínico-Institucional pode ajudar nesse percurso.

## SAIBA MAIS

### TEXTO:

ONOCKO CAMPOS, R.  
Psicanálise e saúde coletiva.  
São Paulo: Hucitec Editora, 2012.

Oury J. Itinerários de formação. Rev Pratique. 1991;(1).

EMERICH BF, ONOCKO CAMPOS, R. Formação de trabalhadores para a saúde mental: a experiência da Residência Multiprofissional no Projeto “Percurso Formativos em Desinstitucionalização”. In ROSA SD, VASCONCELOS, EMA; ROSA-CASTRO, RM (Orgs). Formação em saúde mental: experiências, desafios e contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde. Curitiba: Editora CRV, 2016



“Entendemos que é papel dos profissionais, também, apoiar o paciente para que se aproprie desses direitos e de seu status de cidadania. Os próprios profissionais tratam de forma diferenciada os pacientes de saúde mental, com medo constante de se aproximarem deles.”

“É complicado você trabalhar com direitos sociais numa instituição que fere os direitos sociais. O morador está internado no hospital psiquiátrico, sem o direito de ir e vir. Como você trabalha se ele está lá preso? Trabalhar com direitos sociais na sociedade já é complicado, com pessoas que foram privadas desse direito, então...”

## PRINCÍPIO

Os usuários têm seus direitos assegurados por arcabouço jurídico na Reforma Psiquiátrica. Conhecer esses direitos é obrigação dos trabalhadores e gestores, e trabalhar isso com os usuários é bastante desejável e necessário. Nisso, incluem-se: a possibilidade de recusa à medicação, acionar a justiça quando se sentir prejudicado, escolher quem pode ou não ter acesso a informações do seu tratamento, acessar prontuário sempre que quiser, dentre outros.

## ARMADILHAS

A informação é fundamental para os usuários. Porém, para além dela, é necessário investir na emergência de um sujeito de direitos, numa relação em que o profissional sustente o exercício da vivência do direito por parte do sujeito. Seja nas relações dentro do serviço, seja na construção de maior empoderamento para este exercício em outros espaços.

## ALGUNS DESAFIOS / RECOMENDAÇÕES

Os direitos dos usuários devem ser parte estruturante da construção dos PTS. Espaços informais de conversa também podem se constituir como potentes nesse sentido, assim como a realização de Assembléias, Rodas de Conversa e estruturação de Conselhos Locais de Saúde.

## SAIBA MAIS

### TEXTO:

“Carta de Direitos dos Usuários da Saúde”.

BRASIL. Lei 10216. 2001

VASCONCELOS, EM (Coordenação). “Manual dos direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas.” Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2014.



# Anexo - Metodologia de construção dos dados

Esse Diário é um dos produtos finais do projeto “Percurso Formativos em Desinstitucionalização”, encomendado e financiado pelo Ministério da Saúde e coordenado pelo Grupo de Pesquisa “Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces”, da UNICAMP, implementado no município de Sorocaba (SP).

O “Percurso” em Sorocaba durou 18 meses e teve por objetivo geral realizar a capacitação de profissionais com foco na troca de experiências entre a rede de atenção psicossocial preceptora de Sorocaba (que recebeu os trabalhadores) e as redes de atenção psicossocial em formação de 5 cidades participantes, que enviaram trabalhadores: Rio Branco e região do Baixo Acre/AC, Rio Verde/GO, São Sebastião do Paraíso/MG, Ubá/MG, Juiz de Fora/MG.

Participaram do processo 168 pessoas, dentre trabalhadores (nível superior e médio), gestores, usuários, familiares e Residentes em Saúde Mental; divididas em 10 turmas, com um mês de duração cada. Quatro temas serviram como balizadores para a formação na perspectiva da Desinstitucionalização. Foram eles:

**1. Reforma Psiquiátrica -  
nascimento e a crítica ao  
Hospital Psiquiátrico.**

**2. Desinstitucionalização: da  
invalidação dos sujeitos aos  
direitos de cidadania.**

**3. Saúde Mental: Reabilitação  
Psicossocial, Autonomia,  
Recovery, Empoderamento.**

**4. Rede de Atenção  
Psicossocial (RAPS).**

Semanalmente, foram realizadas exposições dialogadas com convidados especialistas nas temáticas referidas, com abertura para discussão entre os participantes, que tiveram leituras obrigatórias prévias sobre os temas discutidos.

Após, as pessoas que compuseram cada turma se dividiram em grupos (Grupos de Apreciação Partilhada- GAP) para discussão das temáticas propostas e das vivências profissionais de cada uma, com o objetivo de indicarem o que consideravam fundamental no processo de Desinstitucionalização a partir do tema apresentado. Os grupos foram mistos entre os integrantes das diferentes cidades, mantendo a composição fixa durante todo o mês, e nestes espaços as discussões foram transformadas em narrativas coletivas, validadas pelos integrantes.

Com anterioridade às exposições e aos GAPs, os participantes realizavam imersões nos serviços de saúde mental de Sorocaba, nos quais acompanhavam o cotidiano de funcionamento das unidades de saúde, junto aos profissionais desses serviços. Essa etapa constituiu-se como a mais investida no processo.

Atreladas à imersão em campo, foram realizadas pelos participantes atividades práticas, que nomeamos de “Atividades de Dispersão”. Elas consistiram em observações e busca de informações e dados a respeito do assunto a ser discutido no encontro seguinte. Dessa forma, o encadeamento das ações aconteceu do seguinte modo, para todas as temáticas:



Após a finalização do processo, foi realizada uma Oficina de Construção de Consenso com alguns dos participantes, com o objetivo de se construírem apontamentos que pudessem balizar as ações de outros trabalhadores e gestores acerca de processos de fechamento de Hospitais Psiquiátricos e redirecionamento do paradigma de cuidados.

A partir das falas destes atores acerca das vivências em diversas RAPS do Brasil e das críticas e proposições provenientes da imersão no processo de Desinstitucionalização em Sorocaba, são abordadas diferentes temáticas. Este desenho metodológico foi baseado em experiência de pesquisa anterior.

## SAIBA MAIS

### TEXTO:

FURTADO, JP; ONOCKO-CAMPOS, R; MOREIRA, MIB; TRAPE, TL. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. Cad. Saúde Pública. 2013, 29 (1).

FURTADO, JP, ONOCKO CAMPOS, R; TRAPÉ, TL, EMERICH, BF; SURJUS, L. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: Resultados de um desenho participativos. Saúde em Debate. No prelo.

