



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E
COLETIVA

RACHEL FRANKLIN

A REFORMA DO COTIDIANO: O ECO
TERRITORIAL DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

CAMPINAS

2016



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E
COLETIVA

RACHEL FRANKLIN

**A REFORMA DO COTIDIANO: O ECO
TERRITORIAL DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Trabalho de conclusão da residência multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas – FCM (Unicamp) sob coordenação de Prof.^a Dra. Rosana T. OnockoCampos e orientação da Prof. Ms. Bruno Emerich.

CAMPINAS

2016

DEDICATÓRIA

Á Renata Magalhães e a tantos colegas que como ela dedicaram e dedicam a vida à militância pelo fim dos manicômios e das práticas manicomiais.

Ao meu querido e saudoso Pai, o Sr. Jorge, que mesmo sem acessar tamanha dimensão deste trabalho ficaria orgulhoso de me ver continuando a lutar, mesmo diante de tantos lutos.

AGRADECIMENTOS

“Somewhere over the rainbow
Way up high
And the dreams that you dreamed of
Once in a lullaby
Somewhere over the rainbow
Blue birds fly
And the dreams that you dreamed of
Dreams really do come true”

(E.Y. Harburg)

Agradecer por esta produção significa valorizar meu percurso de formação e a concretização do sonho de fazer a residência. Neste caminho, muitas pessoas se fizeram necessárias e essenciais. E aqui desejo registrar a minha gratidão a elas por cada contribuição e o apoio que tive.

Esse trabalho é produto das minhas vivências e das minhas relações nos últimos dois anos. Impossível dizer com precisão, tamanha importância das contribuições que tive.

Em primeiro lugar desejo agradecer o apoio incondicional da minha família desde quando sonhava em entrar para residência, na aprovação no processo seletivo, e principalmente no momento de mais difícil da minha vida até hoje... Enfrentar a perda do meu pai! Continuar essa produção teria sido impossível sem amor e a companhia de minha mãe, Ogeny e minhas irmãs Adriana e Carol. Gratidão por sempre acreditarem que eu poderia, assim como papai também fazia.

À Renata Barros, amiga, irmã e parceira na luta por uma enfermagem mais fluida e aberta, zelosa e verdadeira. Gratidão pela parceria de sempre, na vida! Por me proporcionar tanto aprendizado e formação e por confiar a mim, suas mais ousadas reflexões sobre o ser humano, as relações, a enfermagem, a saúde mental e a sobre a vida. Por ser intensamente envolvida e comprometida com o que se propõe a fazer e me lembrar a todo o momento porque estamos onde estamos.

À Annelise Denzin por me apresentar a intensidade das reflexões a respeito da prática clínica e da importância de um trabalho consciente, de escolhas advertidas e comprometidas. Gratidão pela paciência de me escutar em muitos devaneios de mesa de bar e permitir acesso a sua clínica subjetiva e ações na saúde mental. Pela contribuição na composição deste trabalho Por me levar ao encontro com a música e o projeto do Coletivo da Música que deu o tom de sentido as minhas ações na residência.

À Juliana Sette, preceptora incomparável e amiga da vida por tamanha recepção, parceria e trocas intensas da nossa prática de trabalho enquanto enfermeiras da saúde mental. Por acreditar sempre que eu poderia. Por me apoiar e me lembrar que o SUS é encantador e sonharmos juntas na potência do nosso trabalho. Por ser exemplo de ética e compromisso com sua escolha profissional e campo de trabalho. Gratidão pelo afeto e cuidado com a minha (nossa) formação e contribuição com este trabalho também.

À Ana Carolina, pela sua dedicação enquanto preceptora no campo do NR. Por ser tão compreensiva e sensível no período que não acreditei ser possível continuar. Por endossar cientificamente meus questionamentos sobre as ações de enfermagem em saúde mental e principalmente no que é ser enfermeira. Nas trocas entre campo e núcleo entre Terapia Ocupacional e enfermagem. Gratidão por ser exemplo de dedicação e valorizar o contato com os usuários me ensinando a visitar a sensibilidade e delicadeza das relações.

Em memória à Renata Magalhães, por ser exemplo de militância da reforma psiquiátrica e de me estimular a protagonizar espaços políticos e questionamentos de ações manicomiais. Pelas trocas no planejamento do meu percurso como enfermeira na Saúde Mental. Pelo seu legado no registro legítimo em sua tese de mestrado sobre o processo de fechamento do HP no Candido Ferreira. O que contribuiu imensamente a minha escrita deste trabalho.

Ao Rodrigo Castro, amigo e parceiro de casa! Por topar comigo mudanças significativas na vida e me apoiar e estimular o viver, o brincar, o sentir e o fazer. Gratidão por qualificar junto comigo a minha prática em campo e pelas trocas nas reflexões do cotidiano e do trabalho. Pela paciência e

respeito com meu tempo e por ouvir repetidas vezes a leitura deste trabalho em construção.

À equipe do NR pela recepção e pelo acolhimento. Por permitirem adentrar seu espaço e acompanhar as discussões e as angustias do processo de fechamento dos leitos de internação. Por dividirem comigo esse momento rico na história da instituição e da Saúde Mental de Campinas.

À Residência Multiprofissional em Saúde Mental com coordenação de Rosana Onoko Campos pela possibilidade de vivenciar a intensidade do projeto de residência. Por acreditarem no meu potencial, para fazer parte disso. E pela oportunidade de amadurecer pessoal e profissionalmente.

Aos supervisores Bruno Emerich e Ellen Ricci pelo apoio durante esses dois anos. E pela disponibilidade em viver essa experiência conosco, aprendendo e amadurecendo junto. Co-construindo com clareza espaço democrático de formação direcionada para o trabalho ético, clínico e político no SUS. Estimulando sempre a participação política e militante.

À minha turma de residência, companheiras de reflexões, estudo e produções de muitas receitas da vida, de amadurecimento e de experimentação das relações fraternas. Gratidão pela força coletiva nos momentos tristes e pela leveza dos momentos de festa e de afeto.

Gratidão a todas essas pessoas que fizeram parte desse meu percurso e que tantas formas possibilitaram a escrita deste trabalho e a conclusão da minha formação enquanto enfermeira da saúde mental.

EPÍGRAFE

*Alzira bebendo vodka defronte da Torre Malakof
Descobre que o chão do Recife afunda um milímetro a cada gole
Alzira na Rua do Hospício, no meio do asfalto, fez um jardim[...]
[...]Alzira virada pra Lua, rezando na igreja de são ninguém
Se o mundo for só de mentira, só ela acredita que existe além
Que existe outra natureza que venha ocupar o lugar do fim
Em que paraíso distante, Alzira, ela espera por mim?
Em que paraíso distante, Alzira, ela espera por mim?
(Lenine)*

RESUMO

Este presente trabalho versa sobre a experiência de uma residente multiprofissional em saúde mental e saúde coletiva, no acompanhamento do processo de fechamento dos leitos do hospital psiquiátrico Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira em Campinas. Perpassa pelo fechamento do HP e a história das conquistas em relação à reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização no mundo e no Brasil, mais especificamente no município de Campinas. Explicita uma gama de questionamentos da própria equipe em relação ao processo de fechamento, posturas ético-políticas entre a equipe e também em relação à gestão. Traz dados concretos deste processo desde o ano de 2014, que ajudaram nas reflexões finais e para a própria formação em saúde mental e coletiva da residência multiprofissional.

OBJETIVO

Este trabalho visa discutir, a partir do meu percurso de formação enquanto residente multiprofissional em saúde mental e coletiva da Unicamp, o processo de fechamento do hospital psiquiátrico em Sousas: Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira - no município de Campinas no ano de 2016, abordando os movimentos institucionais e suas repercussões para o território.

INTRODUÇÃO

- **A Desinstitucionalização da Loucura**

*“Dizem que sou louco por pensar assim,
Se sou muito louco por eu ser feliz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz.”
(Balada do Louco - Os Mutantes)*

Ao longo da história, a loucura transitou entre os contextos sociais, culturais e de saúde. A partir do Séc. XVII, o paradigma psiquiátrico separou e isolou da sociedade, doentes mentais, prostitutas, criminosos e leprosos. O Internamento era o acolhimento da época, de caráter desumano com privações de necessidades básicas como água e comida.

A Revolução Industrial na Europa aumentou a exploração da mão de obra e também as diferenças sociais e a classificação daqueles considerados improdutivos. Estes então são também marginalizados com justificativa de problemas de ordem social, sempre com objetivo de organizar a relação da sociedade burguesa com a mendicância, daqueles ditos improdutivos (SADE, 2014). A necessidade da marginalização das pessoas também passava pelo crivo do desvio moral, isolando além dos improdutivos socialmente, aqueles julgados como fora da lei, moralmente desvalidos.

No final do século XVIII, a psiquiatria passa a ser reconhecida por um saber próprio do tratamento de doentes mentais. Anteriormente vista como alienação, a loucura então passou a instigar os estudiosos tanto a estudá-la, como classificá-la e tratá-la. Concebeu-se a partir daí que seria necessário um lugar apropriado e separado para o tratamento de doentes mentais, com o interesse científico de atestar pela medicina a incapacidade jurídica dessas pessoas, ainda trancafiadas, isoladas e tuteladas, sendo obrigadas a agirem de acordo com os valores

institucionais e a assim perderem sua identidade. Essas pessoas, avaliadas e consideradas loucas, eram encaminhadas para os manicômios e isoladas. Neste momento ficavam á margem da sociedade, mas dessa vez em locais específicos e exclusivos de loucos (SADE, 2014).

Visto que este movimento de exclusão e separação do que é considerado anormal se dá a partir de aspectos sociais, é possível segundo Goffman (2010) entender esses locais de isolamento, como Instituições Totais. São identificadas pelo autor como aquelas que têm barreiras físicas em relação ao mundo social externo. Proibindo aos internos esta relação, através de cercas, portas fechadas, arames farpados e muros.

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 2010, p. 11).

Para a sociedade ocidental pode haver variadas representações dessas instituições, como por exemplo: Cadeias, campos de concentração, quartéis, escolas (internatos), etc.

A que nos interessa para este trabalho é o formato direcionado ao acolhimento de pessoas consideradas incapazes de cuidarem de si mesmas e/ou ameaçadoras para a comunidade.

- **Movimento da Reforma Psiquiátrica no Mundo e no Brasil**

“... há tanta vida lá fora...”

(Como uma onda - Lulu Santos)

Com tantas questões e a descoberta da psiquiatria enquanto saber científico, diferentes atores buscaram por mudanças no modelo

assistencial de tratamento de doentes mentais. Importantes mudanças ocorreram mais fortemente em Trieste-Itália.

Franco Basaglia foi um dos fortes nomes da reforma psiquiátrica pelo país. Ele formulou bases conceituais e políticas, questionou a psiquiatria enquanto ideologia e propôs outra forma de lidar com as pessoas em sofrimento mental (AMARANTE, 2014 apud SADE, 2014, p. 12).

Neste contexto de complexas e intensas reflexões quanto às abordagens da loucura, Basaglia traz à tona a necessidade de se falar e pensar sobre o tema a partir de outras perspectivas.

Na intenção de quebrar o estigma, na prática, ele coloca a doença entre parênteses, para dar voz à loucura. Esse movimento é um verdadeiro rompimento com a Instituição Total, que pretende provocar mais do que a humanização do cuidado em psiquiatria, do ponto de vista ideológico, ou estimular transformações institucionais: deseja que a loucura apareça na sua mais pura versão, ressequida do saber da ciência. (VENTURINI, 2016). Que a loucura passe a ser vista pelos profissionais com olhar muito mais ampliado e valorizando a subjetividade e integralidade de cada um, e não como simplesmente um corpo carregado de sintomas psiquiátricos.

Essa ideia questiona o modelo psiquiátrico baseado na hospitalização médico-centrada. Com isso, Rotelli *et. al.* (1990 apud AMARANTE, 2007, p.63) sugerem pensarmos essas transformações para o campo da saúde mental, como um processo dinâmico, social e complexo, não como um modo fechado de tratamento ou um sistema de saúde mental com a finalidade de propiciar movimento e transformações permanentes. Movimento este que pressupõe o surgimento de novos atores sociais, com novas ideias, interesses, ideologias das mais diversas visões de mundo. Tais mudanças constituem-se de aspectos conflitantes, paradoxais, consensuais e também contraditórios (AMARANTE, 2007).

Na prática a transformação nas instituições perpassa por caminhos tortuosos, em que é preciso elaborar afetos, ideologias e o compartilhamento de processo de trabalho. É preciso compreensão de

que para as mudanças acontecerem, os próprios membros precisam se movimentar, entendendo que eles, enquanto trabalhadores é que são a instituição em ato (ENRIQUEZ, 1991).

Ao ampliarmos um pouco a visão sobre as instituições totais podemos perceber que transformar a lógica de cuidados e assim transpor muros e grades não é uma tarefa fácil. Segundo Deleuze (1992), apud Pelbart (2000), vivemos em uma sociedade do controle em que as relações extrapolaram os muros das instituições e se dão através de câmeras, celulares e aparelhos eletrônicos, que nos denunciam e marcam nossos passos a todo o momento. As fronteiras entre dentro e fora se diluem, e o controle a céu aberto se evidencia concomitante a mudanças sociais e assim a lógica que anteriormente ocorria dentro das instituições, agora ocupa completamente o campo social.

Diante deste contexto sócio-cultural e histórico da lógica do controle e da exclusão, propor o fechamento de um manicômio e abertura de novas possibilidades de tratar a loucura na sociedade, torna-se um desafio maior do que somente criar políticas públicas e mudanças estruturais, ideológicas do modelo assistencial a saúde mental que garantam o embasamento das ações em saúde. Exige que as mudanças se dêem no cotidiano do cuidado e das relações dentro de fora das instituições. *“É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais.”* (AMARANTE, 2007 p. 71).

É possível perceber que o movimento de resgate da valorização dos sujeitos adoecidos, perpassa principalmente pela desinstitucionalização cultural da loucura na sociedade como um todo. Ação intrínseca à cultura de um povo, que nasce e é criado em um sistema que valoriza o que é produtivo, o que é comerciável, rentável. Neste sentido, Rotelli (1990) afirma que o fechamento do HP deve ser feito de dentro para fora, ou seja, utilizar-se de problemas e recursos internos para dar início as transformações, corroborando com as palavras de Enriquez (1991) quando diz que as mudanças institucionais quem fazem são os próprios membros.

Muitas ações políticas foram criadas com o propósito de externalizar a loucura dos muros institucionais. A criação de serviços

substitutivos e da RAPS fortaleceu os ideais da Reforma Psiquiátrica promovendo a reabilitação psicossocial, garantindo em muitos casos autonomia, qualidade de vida e cidadania às pessoas e familiares na comunidade.

Acompanhando esta onda de mudanças estruturais a respeito do modelo assistencial em saúde mental, no Brasil em 2001 a Lei 10.2016 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, embasando as políticas públicas propiciando um movimento mais fortemente direcionado para as transformações institucionais.

A portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 também contribuiu com as mudanças no formato de atendimento a essas pessoas. Ela 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).

- **Histórico do Manicômio Candido Ferreira**

*“... Me deram uma gaiola como casa,
Amarraram minhas asas
E disseram para eu ser feliz...”
(A carta – Djavan)*

Com vasto histórico no cuidado de doentes mentais, o Sanatório foi construído em Sosas na segunda década do século XX. Fundado em 1924, até 1980 seguia os modelos tradicionais de tratamento psiquiátrico. É a primeira instituição filantrópica encarregada de oferecer cuidados a doentes mentais no estado de São Paulo e até sua existência, os loucos da região eram trancafiados no porão da cadeia pública de Campinas, juntamente com os pobres, como forma de afastá-los do convívio social. Apenas na década de 80, acompanhando uma tendência internacional, é que as formas de tratamento vigentes entram em crise e o espaço manicomial começa a ser repensado.

Em 1989, o Seminário de Saúde Mental de Campinas discutiu no município a reformulação do modelo de assistência e pela primeira vez, surge a proposta da criação de serviços alternativos à internação integral. Nos anos 1990 o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira iniciou o sistema de gestão compartilhada da instituição com a Prefeitura Municipal de Campinas (PMC), a co-gestão e então pôde promover mudanças radicais de modelo e de gestão. A criação do Hospital-Dia se deu em 1991 com a proposta de atendimento a pacientes em crise, sem internações e/ou carreira psiquiátrica de longa permanência. O desejo inicial era que o HD se constituísse em uma lógica de intermediar o cuidado entre o espaço de internação integral e a rede básica de saúde em todo o município de Campinas.

O Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira é reconhecido desde 1993 pela Organização Mundial de Saúde, como modelo de tratamento no Brasil, a exemplo do processo de abertura manicomial, com criação de diferentes projetos, buscando novos modos de tratamento dos doentes mentais, abandonando as antigas terapias baseadas no eletrochoque e no confinamento (HARARI, VALENTINI, 2001).

Passou por diversas mudanças ao longo dos seus anos de existência e foi se reformulando, e também as propostas de cuidado, o modelo de atenção a crise. A grande mudança da instituição foi investir na criação de uma rede de saúde mental pautada nas leis e portarias ministeriais que propõem o surgimento de serviços substitutivos, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência (CECOS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT). Com isso o Sanatório mudou sua prática clínica, e propôs a humanização da assistência, garantindo uma composição com esta nova rede de saúde mental. Esta configuração se constituiu então favorecendo e ampliando o cuidado em saúde mental em nível territorial (SUS). Ou seja, a instituição Cândido Ferreira cresceu e ampliou o campo assistencial em saúde mental com novos serviços no território, mas manteve seu funcionamento como espaço de internação ofertando assistência humanizada apoiando os casos em crise.

Na Itália em Gorizia, Basaglia contribuiu para o processo de fechamento de um dos principais manicômios no final dos anos 1970. E lá o percurso da RP ocorreu de outra forma, priorizando o fechamento do HP concomitante a constituição da rede substitutiva de saúde mental. Para além do fechamento concreto e abertura de novos serviços que substituíssem a assistência em saúde mental, conseguiram a aprovação da Lei 180, conhecida como “lei Basaglia” que reconhece as necessidades e direitos da pessoa em sofrimento mental. Esta conquista explicita que a responsabilidade por este cuidado é dever do Estado e direito Constitucional (SADE, 2014)

Importante ressaltar aqui a grande diferença do processo de reforma psiquiátrica nas duas situações. Enquanto na RP Italiana, o fechamento concreto aconteceu e a rede se constituiu enquanto corpo para assistência em saúde mental e atenção à crise, a Campineira vai se constituindo a partir da premissa, da manutenção do HP humanizado, em que este compõe a rede e os recursos para atenção a crise.

Desde 2002 o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira vem passando por mudanças clínico- institucionais e de gestão. E em todo o momento os questionamentos da equipe e às vezes também da rede de saúde giraram em torno de ideias para chegar à melhor forma de manutenção daquele espaço destinado a internação dos usuários. Muitas sugestões e novas ideologias compuseram o processo institucional de reconhecimento de uma identidade. Reformulando inclusive a sua missão de acordo com o momento institucional e político (MAGALHÃES, 2016).

Esta maneira de funcionar se modificou com mais força, em 2014 a partir do movimento da equipe no então Núcleo de Retaguarda, com propostas que tinham como foco principal o fechamento completo do espaço de internação. A equipe conseguiu se posicionar inclusive para a gestão macro (superintendência e executiva) do SSCF neste ano, após recusar o resultado de um processo seletivo de substituição de gestão local. Movimento que mediante uma resistência, gerou a identidade de uma equipe e propiciou a construção de propostas mais encorpadas para o funcionamento do NR, nomeando-o agora como hospital

psiquiátrico e identificando junto à gestão macro o lugar que este ocupava na rede. Um novo canal de comunicação com a gestão se abriu e discussões sobre o modelo de cuidado e diferentes concepções de crise apareceram, sendo possível desconstruir o modelo do funcionamento antigo (cuidado isolado e humanizado) e repensar propostas para um modelo que pudesse responder a que se destina um hospital psiquiátrico nesta rede. O que se pôde perceber é que o cuidado em crise foi repensado e houve tentativas de discussão em conjunto com a própria rede substitutiva para definir o lugar e o modelo de atuação do HP naquele momento (MAGALHÃES, 2016).

De 2014 até o início do processo de fechamento do HP, o Núcleo de Retaguarda somava um total de 72 leitos, sendo 40 leitos para transtornos mentais graves, 10 Leitos para usuários de álcool e/ou outras drogas, 06 Leitos 72 horas, 06 Leitos Clínicos, 10 Leitos Noite para retaguarda (CAPS ad).

Nesse mesmo ano, podemos encontrar dados que justificam a necessidade de repensar a existência destes leitos como oferta de cuidado e atenção a crise para pessoas em transtornos mentais graves.

Segundo Magalhães (2016), o maior número de encaminhamentos para os leitos de transtornos mentais graves no HP no ano de 2014, (64,60%) é originário dos serviços substitutivos a lógica manicomial. E 31,68% foram encaminhados de serviços de urgência e emergência no município. Representando então um déficit na articulação de rede por tais serviços, que alimentam o fluxo de internações em leito de HP, ao invés de priorizar e reordenar este fluxo para o atendimento a crise nos serviços do território.

A média de dias em permanência em leitos dos CAPS III no mesmo ano traz indícios de como se dá o cuidado em rede para atenção a crise, sendo uma media anual geral dos CAPS III de 7,73 dias, enquanto que o tempo de internação no hospital psiquiátrico a média anual foi de 43,80 dias. Estes últimos dados representam o grande diferencial do modelo utilizado pela rede para ofertar atendimento e tratamento para doenças como os transtornos mentais graves.

Tantas novas construções movimentaram a rede e gerou polêmica nos ambientes de discussão da saúde no município. E de forma geral, a loucura fora dos manicômios acaba incomodando a sociedade e a resposta imediata mais usual até então para a contenção destas crises é a medicalização e isolamento daqueles que estão em sofrimento.

O uso da internação em HP ainda é visto como resposta de local protegido para a contenção da loucura. Como também o uso de medicação é essencial na maioria dos casos na manutenção da loucura no território.

Com as referidas propostas de mudanças de modelo, principalmente de ofertar atenção a crise no território, a instituição total, se diluiu em meio as novas políticas públicas e novas práticas humanizadas, inclusive nos serviços que se destinam a serem substitutivos ao modelo antigo.

Entretanto no caso de Campinas os muros do HP ainda permanecem isolando a loucura. Tendo como expectativa de suas ações, suprimir as crises e devolver o sujeito à sociedade dentro da “normalidade”, “curado”.

Da escolha à experiência

*“Ce que nous arrive”
(BONDÍA, 2002)*

Olhar para o campo prático, Núcleo de Retaguarda (NR), foi uma escolha a partir do desejo de conhecer o espaço de internação e mais que isso, viver esse espaço. Escolhendo e planejando compor as estratégias possíveis de interlocução entre HP e RAPS.

As escolhas que me trouxeram até aqui perpassam pelo desejo de encontrar o novo, mas também de reencontrar antigas dificuldades e dúvidas em relação ao funcionamento do espaço de internação e o lugar que este ocupa não só para rede, mas também para mim enquanto

cidadã e profissional que se engaja na área da saúde mental como carreira profissional.

Oury (1991) coloca que as nossas escolhas sofrem influencia da sensibilização pessoal para determinado trabalho e que no caso da saúde mental é necessário um engajamento que envolva as preferências, os gostos e as paixões e, portanto esta não se encaixa com as delimitações de uma escolha passageira.

Posto isto, com o intuito de entrar em contato com espaço de internação, escolhi o NR como campo pratico com a ideia de compor as ações de saídas da equipe para o território, as quais contribuíssem para o processo de fechamento do HP.

A proposta ou a missão da equipe do NR naquele momento era de aproximar os vínculos com os serviços de saúde mental, com a finalidade de estimular espaços de discussão dos casos com demanda para internação, podendo assim desconstruir a ideia da manutenção do HP para esse tipo de demanda.

A equipe se dividiu de acordo com os territórios no município, em uma configuração que possibilitasse maior contato junto ao usuário internado, com tempo maior de dedicação para um menor numero de pacientes por referencia. Este novo arranjo favoreceu também maior circulação da equipe do NR pela rede aproximando as discussões com produções de sentido para os pedidos de internação qualificando-os entendendo a internação como parte do PTS e não como um fim (MAGALHÃES, 2016).

Como em outros tantos momentos de transformação desta instituição, foram necessárias muitas reuniões com supervisões e discussões em equipe para lidar com a constante gama de mudanças e desafios que essa proposta do fechamento do hospital gerou.

Durante minha vivência prática junto à equipe pude sentir na pele as dificuldades, os desafios, as pressões e a solidão de propor a desinstitucionalização em uma RAPS desinvestida politicamente e atualmente com cada vez menos recursos para sustentar as crises no território, devido ao sucateamento político da rede de saúde no município. A ponto de sufocar-se com as demandas urgentes, ese

mobilizar pouco com o movimento da desinstitucionalização. (MAGALHÃES, 2016)

Como visto, instituições totais são estruturas fortes de controle da sociedade e grande fonte de interesse das classes dominantes. Além dessas características, o Candido Ferreira tem marcado no início de sua história como um dos maiores manicômios da região, mas também carrega a bagagem do pioneirismo da reforma psiquiátrica no estado de SP. Aumentando ainda mais a contradição dos processos de trabalho e das ideologias instituídas até então.

Os movimentos aconteceram e os primeiros passos foram dados, e muito se falou sobre a desinstitucionalização das pessoas em tratamento. Nesta fase, o investimento foi de a equipe do NR se debruçar em propostas de cuidado, que fossem contrárias a lógica manicomial. Desconstruir a idéia que segundo Amarante (1995), o hospital psiquiátrico é uma “instituição de cura”, um “local protegido” para tratamento de doentes mentais. Como em toda mudança de modelo (lógica de trabalho), esta, provocou ricas construções e diferentes pontos de vista, em que dividiu opiniões e ações para dentro da equipe. Carregadas de afetos, envolvimento e dedicação de uma vida toda ao trabalho que até então estava cristalizado e acomodado no modelo psiquiátrico humanizado. Em muitas das reuniões a equipe entrou em conflito, discutindo manejos e ações de cuidado, divergentes da proposta inicial, como por exemplo, aplicar revista em pacientes do Leito Noite (retaguarda noturna para CAPS ad) para evitar entrada de SPA's no espaço, manejo de agitação psicomotora utilizando da medicação e contenção mecânica como primeiros recursos, ou seja, manejos contrários a proposta inicial de atenção a crise com atendimento dos usuários de escuta qualificada e discussão dos casos em equipe multiprofissional e em conjunto com equipe dos serviços encaminhadores. Em muitos momentos houve cisão na equipe do NR, em que se questionavam quanto à verdadeira função daquele espaço. Definir a que se destina o espaço de internação é uma tarefa difícil que pode variar muito no caso a caso, mas também que visa atender expectativa, de contenção da crise, dos serviços encaminhadores,

familiares e a comunidade do território e até mesmo da própria equipe que em alguns momentos agia em prol de um funcionamento cristalizado, sem perceber o quanto algumas ações estavam impregnadas no fazer e também na estrutura física do ambiente manicomial.

As discussões para dentro do hospital, também giraram em torno do conceito de crise e de como administrar esse cuidado em rede em conjunto com os serviços substitutivos, na intenção de que o hospital psiquiátrico não fosse mais uma das respostas de fluxo nestes atendimentos. Que ele não encubra mais as falhas e as faltas de respostas da rede para com os usuários e familiares. Ou seja, que a equipe e a rede possam encontrar um meio de funcionamento do hospital para atenção a crise, que não cause desassistência, enquanto o mesmo permanece aberto e funcionando.

Este ponto tem sido um nó crítico de discussão da equipe, para acessar um processo de trabalho que qualifique a assistência, porém que problematize a existência do hospital psiquiátrico. Tais questões foram sendo discutidas em reunião de equipe com ajuda dos supervisores institucionais, Fabio Luiz Alves e Maria Elizabete Meola.

Com o Fábio, a equipe organizou o planejamento das ações no que diz respeito ao processo de fechamento focando principalmente nas ações com a rede. Sempre na expectativa de criar espaços para discutir e desconstruir a necessidade da manutenção do HP.

Na primeira supervisão/planejamento que eu participei, no começo do ano em 2016 falou-se sobre manter e aprimorar o contato com os serviços que já estavam afinados e trabalhando em uma lógica de atenção a crise, que contribuía para este processo institucional. O segundo ponto foi intensificar o contato com aqueles serviços ainda distantes e pouco abertos a discussão desse tema. Outro ponto importante foi acessar trabalhadores que pudessem contribuir de maneira política para o movimento do fechamento junto às reuniões institucionais de planejamento e gestão e também na relação com a PMC.

Em outros momentos, algumas discussões a respeito da clinica do cuidado surgiram e movimentaram a equipe a questionar sua unidade/identidade referente a posturas clínico-políticas que contradiziam ou retardavam o caminhar para o fechamento do HP.

A identificação com a proposta, com as mudanças se equilibra em uma corda bamba, sendo tema da maioria das supervisões que participei. Bastante visível nos mínimos detalhes das ações do cotidiano, dos manejos clínicos e também nas articulações com a rede.

Castoriadis (1990/1) discute sobre a crise no processo de identificação e quanto aos papéis sociais. Na instituição (HP), considerada por ele, também como uma representação social, usa a metáfora, comparando-as:

“... se estabelece uma verdadeira colméia de papéis sociais, onde cada um é simultânea e paradoxalmente, auto-suficiente e complementar dos demais: escravo/livre, homem/mulher, etc.” (CASTORIADIS, 1990/1 p. 149)

Querendo dizer com isso, que para um processo de identificação acontecer, é necessário compreender os papéis sociais que cada membro representa, e o que cada um deles, entende do funcionamento geral desta representação.

Desta forma o conjunto de trabalhadores concentrados naquele espaço movimentou e promoveu uma clinica que atende as necessidades de proteção, redução de riscos e de tratamento. Baseados na tecnologia do cuidado e desejosos de qualidade na assistência, vez ou outra ultrapassavam os limites da clinica, contradizendo o movimento proposto inicialmente de conduzir internações cada vez mais curtas e mais resolutivas, focadas na remissão de sintomas, para a construção da inserção e adesão do tratamento ser articulada pela rede de saúde, com usuário no território. Esta contradição apareceu nos momentos de desejo da equipe em construir um projeto de cuidado ampliado para os usuários durante a internação, nas situações em que avaliavam não ser possível realizar no território. Ou ainda quando era discutido com os serviços territoriais e encontravam barreiras para as articulações necessárias.

O espaço dito protegido, em algumas ocasiões, também confere esta qualidade para os trabalhadores, tanto da equipe do hospital como dos serviços da rede em que ambos assim o justificam em relação ao tempo de permanência do usuário que está internado.

Diante desse cenário, o ideal em relação à proposta do fechamento do hospital deveria ser concomitante a inversão de investimentos de recursos, que componham a assistência a saúde mental no município. A equipe propõe em diversos momentos o investimento na abertura de vagas de internação integral em hospital geral, que implica em uma vasta reformulação do funcionamento de rede e em sua constituição.

Em muitas situações que vivenciei, é possível exemplificar estes momentos, como na discussão de casos de pacientes que não teriam indicações reais de internação e poderiam ser assistidos no território. Inicialmente a equipe vai retomando e colocando para os serviços substitutivos que o HP não acolhe mais alguns tipos de demanda como anteriormente e qualificando a negativa dessa vaga, colocando-se a disposição para construção de alternativas de cuidado para os casos em questão. Discutir a partir de contradições de manejos clínicos equivocados em que a rede constrói uma expectativa de que o NR ainda oferece tratamento baseado no “local protegido” e “livre de riscos”.

Um trabalho que gera tensão também nas ações cotidianas da própria equipe, pois propõe desconstruir um cuidado cristalizado, baseado na proteção e na ausência de riscos. Com um corpo de enfermagem hospitalar e medicocentrada em sua maioria na equipe e também parte da equipe mais antiga, com práticas enraizadas e com forte tendência a resistir às novas propostas de cuidado.

Contudo, Amarante (2007) coloca que a proposta do fechamento não se restringe somente a mudanças da estruturação técnica, mas a uma reconstrução de saberes para um novo modelo, uma nova cultura do trabalho, da assistência em saúde mental. O que pode ajudar a gerar sentido para as ações de uma equipe que trabalha para o seu fim.

Algumas discussões giraram em torno da possibilidade dos profissionais do NR saírem para compor as equipes da rede. Nessas circunstâncias o questionamento feito em reuniões e que também ecoa pelos corredores do

hospital, com uma resposta em constante construção tem sido norte de muitas reflexões importantes para equipe do NR como um todo. *“Em qual lugar e de que maneira essa equipe quer se colocar na rede de SM?”*

O movimento de dentro pra fora inclui estabelecer metas e planos para o pós-fechamento. E de uma, surgem tantas outras questões com as quais a equipe tentou se debruçar em alguns momentos. *“Como uma equipe se propõe acabar com a própria fonte de emprego? Como uma rede consegue entender e aceitar o fechamento de uma instituição que dá vazão e respaldo a muitas de suas demandas e também ocupa lugar de origem e de construção de si mesmos?”* *“De que jeito construir uma nova saúde mental e experienciar o luto da finalização de um jeito de funcionar que foi pioneiro e promoveu ganhos significativos para a RP no município?”*

Em Campinas – SP o processo de desinstitucionalização provocou mudanças significativas no fluxo de atenção a crise na RAPS do município. A redução progressiva de leitos do NR que iniciou em 2015 e a mudança da lógica assistencial promoveram uma circulação diferente dos usuários pela rede. Alguns dos que antes iam para instituições asilares e não voltavam, ou passavam muitos meses internados, agora passaram, a ter garantido o direito ao seu retorno ao meio social, mas nem sempre se sustenta pela assistência à saúde mental substitutiva à internação psiquiátrica (MAGALHÃES, 2016).

De abril a julho de 2015 foram fechados 22 leitos e o hospital se configurou num total de 50 leitos (40 leitos de internação Integral e 10 Leitos Noite para retaguarda - CAPS ad).

À minha chegada no serviço em 2016, encontrei esta constituição, sendo que pela primeira vez, foi possível ocupar somente um dos prédios do espaço de internação, revelando o maior avanço em relação ao fechamento.

Em junho de 2016 foram fechadas 10 vagas de internação integral. Em agosto, reduzidas mais 10 vagas. E em novembro ocorreu o último movimento do ano e foram fechadas as 10 vagas direcionadas para leito noite (retaguarda para CAPS ad.), com vinculação a transformação do CAPS ad Antonio Orlando até então CAPSII em CAPS ad 24horas. Desde o final de 2016 até hoje, restam 20 leitos gerais de internação integral para atendimento a crise.

Todas essas mudanças culminaram em transformações necessárias para a reorganização da rede na atenção a crise direcionada aos casos dos

CAPS ad. Das 10 vagas de leito noite do CAPS ad Antonio Orlando, 05 vagas são destinadas aos usuários do CAPS ad Independência, que agora passam a compartilhar os cuidados dos usuários.

Para além de todo este processo, a instituição SSCF passa por uma crise, diante da qual está sendo necessário um alto corte de gastos referente aos mais diversos fatores (Material, alimentação, revisão de aluguéis e RH...etc.). A macro – gestão reorganizou então, tais questões, modificando inclusive formas de trabalhar nos serviços em geral. A equipe do NR não ficou de fora desta reorganização, vivendo simultaneamente ao processo de fechamento e o futuro deslocamento dos profissionais, o apontamento de que seria necessário realizar a demissão de certo número de trabalhadores mediante a avaliação de desempenho dos mesmos.

Concomitante a isso, foi necessário realizar o remanejamento de pessoal, visto que havia um redirecionamento de recursos (financeiros, materiais e de pessoal) que eram destinados ao espaço de internação para a abertura dos leitos no CAPS ad.

Esse remanejamento e a possibilidade das demissões afetaram diretamente a vida profissional e pessoal dos trabalhadores do NR. Foi um processo que sensibilizou a gestão e equipe, para realizar da melhor forma mudanças com tantas delicadezas e, portanto a partir de uma comissão formada pela gestão local e gestão dos CAPS ad, as principais questões foram sendo discutidas também em supervisão de equipe com a supervisora Maria Elizabete Meola que ajudou a construir sentido, desejos e critérios para essas seleções. Como resultado destas ações, ficaram na equipe da retaguarda os profissionais que desejavam e/ou foram selecionados para tal.

Acompanhando essas reuniões e conversando com alguns trabalhadores da equipe, percebi que esta não foi uma experiência fácil para ninguém. A equipe sofreu semanas a fio, com dificuldade de viver um luto, que era, mais uma vez presenciar a equipe se desfazendo.

Pela segunda vez acontecia um remanejamento e dessa vez pessoas seriam demitidas. A angústia tomou conta do ambiente e dedicar-se para o trabalho não era prioridade no momento. Mesmo com os acolhimentos oferecidos pela gestão a equipe sentiu-se acuada por precisar definir nomes para saírem. Sair naquele momento podia soar como desistência do projeto

inicial de fechamento. Circulava pelo hospital uma pressão velada para que fosse definida a equipe que de fato carregaria a bandeira do fechamento até o final. Escolher/aceitar estar em um serviço da rede, significou em determinadas circunstâncias, (e em muitas, questionadas pelos supervisores institucionais) ausência de militância e de comprometimento com a causa do fechamento do HP. Pareceu difícil para algumas pessoas a compreensão e aceitação, de que o compromisso com militância e o apoio ao fechamento poderia também ser feito de fora do hospital.

Na instituição, na rede, nas reuniões, fóruns, encontros entre trabalhadores e entre gestores surgiram dúvidas em relação tanto aos profissionais que permaneceram para trabalhar no HP como os que escolheram sair para trabalhar na rede de saúde mental. E os questionava para um posicionamento clínico político, que justifique determinada escolha. Os posicionamentos possuem defesas com características tão opostas e radicais, que acabam produzindo desencontros entre as pessoas (trabalhadores, gestores, usuários, familiares... etc) que os impedem em alguns momentos de aproximar de uma construção ética e política do fazer saúde mental direcionada para o usuário, para as famílias e comunidades.

Como já foi dito anteriormente, Oury (1991) ressalta a importância da busca de sentido que o trabalhador deseja para o próprio engajamento de dedicação para o trabalho. Afirmando que o trabalhador da área de saúde mental precisa estar advertido de seu envolvimento baseado nos desejos e paixões pessoais, possibilitando um encontro mais real com a práxis das relações.

A cada saída, a cada mudança, era como um pedaço a menos do corpo hospitalar. A última mudança de prédio físico foi concretamente a realização do maior movimento de redução de leitos. Trabalhar com 20 leitos exigiu a reformulação do formato da hospitalização dos usuários. A partir de agora, todos são tratados no mesmo espaço, sem diferenciação por diagnósticos. Os antigos espaços NAC 1, NAC 2 e NADEQ, não estavam mais sendo utilizados para internação. Que também tem construções de novos projetos a se realizarem naqueles lugares.

Ao final de todo este processo, a equipe se reconstituiu e retomou a organização do processo de trabalho. Muitas mudanças aconteceram em um

ano. Muitas saídas, muitas idas, muitas perdas... Hoje a equipe vive um novo processo de identificação institucional e de reformulação, inclusive da proposta inicial de estar no território de aproximação da rede. Nas últimas reuniões percebo a equipe desejosa de energia e de estímulos para ver e dar sentido a militância em prol do fechamento, sem deixar de qualificar assistência enquanto ainda existe um espaço de internação no HP.

Acompanhar por um ano este processo me possibilitou uma percepção longitudinal a qual a equipe foi transitando entre um estado fluido e outro mais rígido, de momentos de ambivalência e contradição em relação ao desejo pelo fechamento. A minha sensação é de que carregar a bandeira do fechamento é um movimento solitário da equipe. Entretanto não acredito que todos os esforços de ampliar esse movimento foram esgotados.

Inclusive, o papel de maior influenciador deste movimento pela rede é da equipe do NR, que tem facilmente acesso aos atores que fazem o trabalho em saúde acontecer nos territórios. Mesmo com o êxito da redução dos leitos de internação ao máximo possível (restando somente 20), há de se reconhecer que é necessária ainda maior qualificação das trocas entre os serviços envolvidos dos casos que são internados. E a partir desses compartilhamentos, delinear em conjunto com esses atores o modelo de assistência ofertada, para diminuir a necessidade do uso do espaço de internação em HP.

Contudo, enxergo a função gestão deste HP, como a mais importante atuação para o desenvolvimento de tantos entraves no decorrer do processo. Assumir o protagonismo dessa militância não é uma tarefa fácil. Realizar enfrentamentos dos mais diversos contextos de uma postura clínico-política. É necessário investimento de energia para lidar com tais situações, além de liderar uma equipe com suas subjetividades e ambivalências.

Esse trabalho discutiu o processo de fechamento dos leitos de HP, a partir da perspectiva da equipe, porém, é importante descrever a vivência, do meu contato com os usuários que circularam pelo espaço de internação neste período.

O investimento possível neste contato foi no dispositivo de roda de conversa, em que a ideia era parar o serviço e ouvir os usuários em espaço grupal enquanto coletivo. As rodas de conversa, (hoje, única atividade grupal existente na internação) historicamente pensadas e discutidas pela equipe de acordo

com o que se fez necessário em cada momento deste processo de redução de leitos, ocorriam semanalmente às quintas-feiras à tarde, com espaço aberto para discutirmos as questões pertinentes a convivência, ambiência e também ao significado do fechamento do espaço de internação para os usuários.

Sendo possível acessar com eles, a intensidade de como a ideia do espaço de internação neste formato é culturalmente considerado necessário. Uma condição histórica e social que foi aprendida e hoje, é procurada na maioria das vezes como a única/última salvação de um indivíduo.

Espaço que vivemos juntos a desconstrução e construção das ofertas de tratamento, atenção a crise e outras possibilidades acessíveis que substituam o espaço de internação em HP. Desse jeito, considero esses momentos, estimuladores de reflexões da própria prática clínica para a equipe. Identifiquei, porém que apesar de intenso investimento e construção da roda de conversa realizado em um primeiro momento, esse projeto foi perdendo força. Tocar a roda e investir cotidianamente nesse espaço coletivo implica em ações de manejo feitas por todos. Entretanto percebi nitidamente um descompasso entre discurso e prática no dia a dia da equipe. À medida que foi ocorrendo a redução de leitos e de profissionais atuantes, o espaço foi perdendo força e sentido, visto que a idealização do dispositivo, perpassou então, pela militância e investimento pessoal dos profissionais e não um movimento institucional.

Este contato nos permitia acessar as angústias e dificuldades do usuário em compreender e acompanhar as discussões de mudanças para o fechamento. Ouvimos variadas expressões de apoio, e também contrárias. O efeito dessas conversas aparecia e influenciava o manejo clínico e a construção de PTS no período de internação e também no pós alta.

As últimas discussões em equipe, foram abordadas, novas formas de investir no contato coletivo e em ofertas grupais dentro do HP. Já que muitas vezes esses recursos são classificados como desnecessários, entendendo que as internações agora, funcionam com tempo mais curto, e segundo a equipe, impossibilita ações de longa continuidade.

Hoje, este espaço da roda de conversa, também se transformou, acompanhando as mudanças internas de equipe e de número de leitos. O seu andamento perpassa pelos mesmos aspectos, porém com encontros diários de meia hora. Focando mais nas demandas da convivência e permanência no

espaço cotidiano. As interações sendo mais breves geram uma rotatividade maior de usuários que participam da roda, porém, ocorrendo todos os dias, facilita a organização da rotina e aproximação do funcionamento coletivo dos usuários presentes.

CONCLUSÃO

*“O paradigma da contenção/afastamento traz à nossa mente, ângulos e agudezas, geometrias frias sem inventividade. O poder da opressão contém linhas quebradas, pontiagudas, linhas divergentes, jamais coincidentes. Ao contrário, a **linha curva** suscita uma sensação de calor [...] De imediato, é provável que não permita ver ao longe como uma linha reta, mas isso acontece por uma razão: Tal processo recusa a pressa, exige um tempo dilatado, requer leveza.” (VENTURINE, 2016 – p. 13)*

Quando eu cheguei, encantada, logo imaginei, posso isso, posso aquilo. Enxerguei longe, reto, e não curvo. Na minha fantasia, tinha planejado cada passo, cada possibilidade, cada encontro, mas não tinha imaginado, a intensidade de experimentar no seu mais íntimo respirar, o funcionamento de um hospital psiquiátrico. Passei dias pensando nisso. Mas só fui desconstruir minhas fantasias quando concretizei na prática as realidades vividas lá, as regras, as portas e as chaves.

A instituição Cândido Ferreira, tem um histórico vasto no que diz respeito ao cuidado em saúde mental em Campinas-SP, mas hoje ainda possui, para além dos serviços substitutivos, um equipamento como o HP, com regras, portas e chaves.

Um hospital que anos atrás abriu suas portas, dando liberdade e voz à loucura, ampliando seus ramos com dispositivos criados para substituírem-no. Entretanto o HP não saiu de cena e continuou compondo a rede de saúde mental substitutiva. Fato que nos trouxe até este momento histórico da possibilidade de concretizar o fechamento do sanatório de anos atrás.

Pensar numa “retaguarda” para garantir a segurança dessas ações iniciais da RP não é algo de outro mundo. Mas configura e cristaliza a relação de dependência da comunidade e principalmente da sociedade como um todo, com essa instituição e o próprio desejo pela sua continuidade. Fechá-la chega a soar como a perda de um membro, como a perda de uma história e de conquistas. Significa abrir mão de valores antigos para chegada de novos, de novas pessoas e idéias, é desapegar-se de uma ideologia que em algum momento fez sentido para a instituição e para as pessoas e comunidades. É complexo e ambíguo o sentimento de fechar o lugar que deu origem ao que tem construído a partir de tantas experiências que a abertura do SSCF como manicômio proporcionou. Inclusive de serviços “substitutivos” que até os dias de hoje produzem a saúde mental em Campinas.

A proposta do fechamento é um tanto quanto solitária. Os militantes dessa visão são vistos como ameaça para aqueles que o afeto tangencia a defesa de manutenção do HP.

Rotelli e Basaglia (SADE, 2014) compõem um pensamento que contribui para a desinstitucionalização entendendo que esta se dê de dentro para fora do HP, colocando que o próprio trabalhador é quem precisa se movimentar, se aproximar, dialogar a respeito dos casos em contato com os serviços substitutivos.

Algumas questões prendem a minha atenção mesmo agora com a redução de leitos quase que total. Uma delas é pensar em *como manter o HP funcionando bem, até que se feche por completo?* E a outra complementar é *como desinstitucionalizar uma rede que se constituiu para compor com a manutenção do HP?*

O “bom” funcionamento do HP seria mesmo diante desse contexto e da recente implantação do novo modelo com tempo de internação mais curto, atender aos objetivos propostos para a internação de usuários, para então experimentar a mudança do paradigma da atenção à crise acontecendo a cada caso e a cada discussão.

É importante ressaltar a relevância de cada discussão com o território, pois é aí que de fato se dará a mudança de paradigma. Porém, isto não é fácil. No cotidiano é nítido perceber na equipe, dificuldade de compartilhamento/composição multidisciplinar das leituras dos casos e também

na comunicação com as equipes dos serviços territoriais envolvidos nas discussões dos casos. Outros entraves também nos manejos clínicos perpassam pelas diferenças ideológicas de cada serviço em seus diferentes contextos territoriais.

Para mim, o sentido dessa rica experiência é desmistificar o processo de internação e do isolamento como espaços protegidos e de risco zero para os usuários. Acredito que o HP que funciona em conjunto com a própria rede substitutiva apresentará mais obstáculos frente ao seu fechamento. Pois acaba sendo internalizado, naturalizado como recurso disponível para uso. Reforço que a possibilidade da equipe do NR estar em contato presencial com a rede, neste caso, pode contribuir para avanços na militância do fechamento. E o estar “la fora” da equipe, propiciar trocas de experiências de atenção a crise no território.

Este ano também me possibilitou acreditar mais na potencia e na capacidade dos usuários e de suas famílias, no jeito de estarem no mundo. Proporcionou-me segurança para bancar ações de reabilitação, desmedicalizantes. De entender a crise como uma fase de desequilíbrio, um momento da vida das pessoas, que pode ser acompanhada com a composição de muitas alternativas anteriores a necessidade da internação/isolamento em HP.

BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2007.

BONDÍA, J. L. **Notas sobre a Experiência e o Saber de Experiência**. Revista Brasileira de Educação nº 19(jan/abr – 2002).

PELBART, P. P. **A Vertigem por um fio: Políticas da Subjetividade Contemporânea**. São Paulo: Iluminuras, 2000.

ENRIQUEZ, E. **O trabalho da morte nas instituições in: A instituição e as instituições**. KAËS, R. et al. Cap.3, Casa do Psicólogo, 1991.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 8ª Edição. São Paulo: Perspectiva, 2010.

HARARI, A., VALENTINI, W. **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano**. Hucitec, São Paulo, 2001.

MAGALHÃES, R. O. S. **Dos indicadores às narrativas de vidas a internação em hospital psiquiátrico no contexto de uma rede substitutiva**. Mestrado. (Saúde Coletiva) - Unicamp. Campinas: 2016.

OURY, J. **Itinerários de Formação**. Revue Pratique nº 1–1991. p. 42-50, 1992.

SADE, R. M. S. **Portas abertas: Do manicômio ao território: entrevistas Triestinas**. Marília: Cultura Acadêmica, 2014.

Willrich, et al. **Os sentidos construídos de atenção a crise no território: o centro de atenção psicossocial como protagonista.** (2013) – Revista da escola de enfermagem da USP – SP 47(3); 657 –63