



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA

**MARCELA ADRIANA DA SILVA LUCENA**

**DESCRENCIAMENTO DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE (SUS):  
engrenagens da operação**

**Recife  
2011**

**MARCELA ADRIANA DA SILVA LUCENA**

**DESCRENCIAMENTO DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE (SUS):  
engrenagens da operação**

Dissertação apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, na área de concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde, como pré-requisito à obtenção do título de Mestre.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adriana Falangola Benjamin Bezerra

**Recife**

**2011**

## Lucena, Marcela Adriana da Silva

Descredenciamento de hospital psiquiátrico do Sistema Único de Saúde (SUS): engrenagens da operação / Marcela Adriana da Silva Lucena. – Recife: O Autor, 2011.

137 folhas: 30 cm.

Orientador: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2011.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

**1. Gestão. 2. Desinstitucionalização. 3.**

**Reabilitação psicossocial. 4. Cuidado. 5. Hospital**

**psiquiátrico. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin.**

**II. Título.**



Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde  
Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da  
Universidade Federal de Pernambuco



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)  
MESTRAND(O)A

**MARCELA ADRIANA DA SILVA LUCENA**

No dia 25 de maio de 2011, às 9:00h, no Auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública, da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Doutora do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Iracema da Silva Frazão (Doutora do Departamento de Enfermagem da UFPE) Membro Externo e Paulette Cavalcanti de Albuquerque (Doutora do Departamento de Saúde Coletiva do CPqAM/FIOCRUZ) Membro Externo, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, arguíram o(a) mestrando(a) Marcela Adriana da Silva Lucena, sobre a sua Dissertação intitulada: *"Descredenciamento de Hospital Psiquiátrico do Sistema Único de Saúde (SUS): engrenagens da operação"*. Ao final da arguição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Aprovada

Profa. Dra. Iracema da Silva Frazão

APROVADA

Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Aprovada

## AGRADECIMENTOS

Esta dissertação demarca uma fase da minha vida, porque nela vem imbuída toda minha trajetória, não apenas profissional, acadêmica, mas, sobretudo a experiência de vida, das trocas, das vivências, do emaranhado de sentimentos que me acompanharam ao longo desse mestrado.

Assim foi cursar essa pós-graduação:

Primeiro, a coragem de tomar a decisão de fazê-la, e, neste sentido, as amigas irmãs Telma Melo, Nelma Melo, Emília Lacerda (*In memoriam*), Elizabete Freitas e o querido Antônio de Pádua Ramalho foram fundamentais para que eu desse este passo. Ao longo do processo, em diferentes momentos e de variadas formas foram interlocutores importantes para troca de ideias.

Depois, fazer o primeiro ano, as disciplinas, tendo sido maravilhosa e companheira nas trocas e no apoio mútuo a turma de 2009, especialmente meus queridos amigos Jarbas, Raquel Aquino, Raquel Oliveira, Mário e Marina, que, seja em meio aos estudos, seja como meus parceiros no cotidiano, me ajudaram a viver com leveza a correria e as pressões advindas da agenda acadêmica.

E todo o corpo de professores do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGIS), que com suas aulas e exposições provocaram reflexões, construção de conhecimento e instigaram, instigaram bastante. Com carinho, um agradecimento especial a Moreira, que foi competente no suporte e nas orientações relativos aos processos acadêmicos.

Um terceiro momento, a qualificação, cujas professoras Iracema Frazão e Ana Ludermir proporcionaram grande contribuição para a maturação do trabalho.

E o encontro no meio do caminho foi encantador. Refiro-me a Leila Andrade, que realizou todas as entrevistas, trocou ideias, foi amiga, e que juntamente com Telma Melo participou da discussão da análise dos resultados na etapa de sua validação.

Também, os meus agradecimentos:

Aos usuários dos serviços de saúde mental, principalmente os oriundos do Hospital José Alberto Maia, que muito me inspiram e me provocam movimentos que me fazem buscar e acreditar na possibilidade de construir uma sociedade mais justa e inclusiva.

À equipe da área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde e a Pedro Gabriel Delgado, pelo apoio.

À toda equipe de saúde do município de Camaragibe em nome de Ricarda Samara, principalmente aos profissionais que integraram a equipe de desinstitucionalização.

À equipe da Secretaria Estadual de Saúde, especialmente aos técnicos da Gerência de Atenção à Saúde Mental, pela presença e apoio no cotidiano. Não poderia deixar de fazer um registro especial a Ana Maria Albuquerque, com quem dividi no ano de 2010 a vivência relativa ao processo do Hospital José Alberto Maia, objeto desse estudo.

Ao meu filho Rafael e à minha mãe, Socorro, pela paciência e compreensão dispensadas durante este processo que de nós roubou tempo e momentos de compartilhamento.

À Márcia, que da minha casa e do meu filho cuidou, colaborando para que eu pudesse conciliar o trabalho com o mestrado.

À Adriana Falangola, que foi paciente, companheira e orientadora para que eu pudesse chegar até aqui.

Gostaria de agradecer a Deus, pela força, sabedoria e esperança que de mim fez brotar durante este processo para lidar com todas as dificuldades, e que de uma forma muito especial, tem me abençoado e me permitido oportunidades de crescimento como pessoa e profissional.

Quero simplesmente dizer obrigado a todas as pessoas que nestes últimos dois anos e três meses cruzaram o meu caminho e que direta ou indiretamente contribuíram para a produção dessa dissertação.

Esse trabalho foi norteado também pelo coração e com todas estas pessoas e tantas outras que se sentirem por ele interessadas, o compartilho.

Obrigada!

## RESUMO

Esta dissertação apresenta como objetivo geral a análise das estratégias governamentais desenvolvidas para descredenciamento do hospital psiquiátrico José Alberto Maia do Sistema Único de Saúde (SUS), situado em Camaragibe no estado de Pernambuco – Brasil entre 1964 e 2010. Utiliza-se para isso da metodologia qualitativa, centrando a investigação num estudo de caso mediante triangulação de métodos e privilegiando a análise de discurso como a via metodológica para tratamento dos resultados da pesquisa. No marco teórico são abordados os aspectos históricos e paradigmáticos da saúde mental, assim como os elementos conceituais e operacionais relativos à engrenagem da desconstrução do hospital psiquiátrico à construção de uma proposta de cuidado territorial, considerando a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial como eixos. Tais reflexões são atreladas à dinâmica do SUS no que se refere às relações intergovernamentais e a relação entre o público e privado por entender que esta dimensão configura no Brasil um cenário próprio referente a processos de institucionalização dentro de hospitais psiquiátricos. Em relação à descrição e análise dos resultados do estudo, a opção foi por um recorte temporal situando as macro-estratégias governamentais desenvolvidas para efetivação do descredenciamento do hospital de acordo com as conjunturas políticas. Encontramos como resultados as estratégias desenhadas por cada esfera de governo a partir da municipalização do hospital e o mapeamento dos atores e ações envolvidos no processo de descredenciamento do mesmo mediante uma decisão tripartite. Com a identificação do campo de forças, interesses e entendimentos em jogo, categorizam-se as ações governamentais na dimensão da clínica, da política e da gestão, elaborando assim algumas conclusões. Os resultados evidenciados foram considerados como sendo de processo e estruturantes para efetivar, após o período da pesquisa, a saída de todas as pessoas internadas no hospital e, conseqüentemente, seu descredenciamento. As estratégias sistematizadas e desenvolvidas foram nomeadas como “requisição parcial de serviços, organização de rede, transinstitucionalização e articulação política”. Pontuaram-se como principais questões da requisição parcial de serviço os cuidados clínicos direcionados às pessoas internadas no hospital e início do trabalho em prol da desinstitucionalização. Em relação à organização de rede, se valorizou a ação voltada para criação e ampliação de residências terapêuticas e outros dispositivos territoriais de saúde mental, trazendo como repercussão a interiorização dos serviços residenciais terapêuticos. A transinstitucionalização foi apontada como uma estratégia-meio para efetivação do descredenciamento da unidade hospitalar e passagem para o processo de desinstitucionalização, traduzindo-se, porém, suas contradições e delicadeza pensando a perspectiva da desinstitucionalização. Por fim, a abordagem realizada foi referente à articulação política, cuja produção se constituiu numa dinâmica retro-alimentadora considerando que simultaneamente as várias instâncias articuladas para o diálogo e parceria direcionaram as definições de tempo e metas, construindo sua própria legitimidade. Considerando os resultados assinalados, algumas recomendações são realizadas, atreladas a uma leitura crítica sobre os dados levantados na tentativa de construir possíveis contribuições para experiências semelhantes ao objeto deste estudo, a saber: processos de qualificação dos trabalhadores de saúde mental, a desinstitucionalização como pauta para pactuação de gestão e ação tripartite com co-responsabilização nas ações e financiamento.

**Palavras-chaves:** Gestão, Desinstitucionalização, Reabilitação Psicossocial, Cuidado, Hospital Psiquiátrico.

## ABSTRACT

The general objective of this dissertation is the analysis of governmental strategies developed in order to disaccredit the national health system(SUS) the psychiatric hospital José Alberto Maia, located in Camaragibe in the state of Pernambuco, Brasil, between 1964 and 2010. For this purpose, qualitative methodology is used, focusing the research on a study of cases by using triangulation methods and emphasizing the discourse analysis as the methodological via for processing the search results. Through the theoretical base, the study of historical and paradigmatic aspects of mental health are approached, as well as the conceptual and operational elements related to the gears of deconstruction of the psychiatric hospital in order to build a territorial care proposal, considering the deinstitutionalization and psychosocial rehabilitation as axes. Such reflections are linked to the dynamics of SUS in relation to intergovernmental relations and to the relationship between public and private sectors understanding that this reality sets in Brazil a particular scenario in the processes of institutionalization in psychiatric hospitals. Regarding the description and analysis of results of the study, the choice was for a meaningful and specific time situating the macro-governmental strategies developed to effect the disaccreditation of the hospital according to political circumstances.

As results we have the strategies designed by each sphere of government from the municipalization of the hospital and the description of the actors and actions involved in the process of disaccreditation of the hospital through a tripartite decision. By the identification of the power field, interests and understandings being considered, the government actions are categorized in clinical, policy and management extensions, thus developing some conclusions. The results which were found were considered as the structuring process developed to confirm that all hospitalized people leave the hospital and consequently its accreditation. The developed and systematized strategies were named as "partial requested services, network organization, transition among institutions and political articulation". The clinical care related to people who are admitted to the hospital and the beginning of the work in aid of the deinstitutionalization are punctuated as main issues of partial request of service, such as the qualification of workers in mental health assistance, deinstitutionalization as guideline for management negotiation and tripartite involvement with co-responsibility in the financing of assistance actions in the field of mental health.

Regarding the organization of network, the action aimed at the creation and expansion of residences and other therapeutic locations of mental health assistance was focussed, bringing as repercussion the displacement of some of the therapeutic residential services to the countryside of the state. The transition among intitutions strategy is seen as means to effect the disaccreditation of the hospital and to move to the deinstitutionalization process, presenting, however, contradictions and delicacy reflecting on the perspective of the deinstitutionalization. Finally, the approach analyzed is regarding the political articulation that produces a retro-serving dynamics, considering simultaneously several instances are articulated for dialogue and partnership determined the time and aims definitions and legitimated them. Considering the results reported, some recommendations are made, attached to a critical reading of the data collected in an attempt to elaborate possible contributions for similar experiences to the subject of this study, which follows: the qualification processes of workers in mental health assistance, deinstitutionalization as the guideline for management negotiation and a tripartite with co-responsibility in actions and finance involvement in the field of mental health.

**Key Words:** Management. Deinstitutionalization. Psychosocial Rehabilitation. Caring. Psychiatric Hospital.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
<b>2.1 OBJETIVO GERAL</b>	<b>13</b>

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	<b>14</b>
3.1 ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS E PARADIGMÁTICOS DA SAÚDE MENTAL	14
3.2 DA DESCONSTRUÇÃO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO À CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DE CUIDADO TERRITORIAL: CONCEPÇÕES E INTERVENÇÕES	18
3.3 A GESTÃO DE PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	26
3.4 AS ENTRELINHAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): AS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS E A RELAÇÃO ENTRE O PÚBLICO E PRIVADO	31
<b>4. CAMINHO METODOLÓGICO</b>	<b>38</b>
4.1 DISCUSSÃO METODOLÓGICA	38
4.2 CAMPO DO ESTUDO	39
4.2.1 Contextualizando o cenário	39
4.2.2 Delimitação do campo	39
4.3 COLETA DE DADOS	40
4.3.1 Pesquisa e análise documental	40
4.3.2 Entrevista com informantes-chaves	41
4.3.3 Diário de campo	42
4.4 ANÁLISE DE DADOS	43
<b>5. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>46</b>
5.1 AS PRIMEIRAS INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS	46
5.1.1 As estratégias da gestão municipal	46
5.1.2 As estratégias da gestão federal	50
5.1.3 O período de latência	58
5.1.4 As estratégias da gestão estadual	59
5.2 AÇÃO TRIPARTITE: A DECISÃO POLÍTICA DO DESCRENCIAMENTO	62
5.2.1 Requisição parcial de serviços	72
5.2.1.1 Fornecimento de refeições e medicamentos	73
5.2.1.2 Co-responsabilização do hospital	73
5.2.1.3 Gestão clínica dos cuidados	75
5.2.1.3.1 Contratação de equipe multiprofissional	75
5.2.1.3.2 Definição de coordenação clínica	86
5.2.1.3.3 Instituição de uma junta médica:	87
5.2.2 Organização de serviços territoriais	89
5.2.3 Transinstitucionalização	92
5.2.4 Articulação política	96
5.2.4.1 Conselhos de classe	96
5.2.4.2 Familiares	96
5.2.4.3 Universidades	97
5.2.4.4 Imprensa	98
5.2.4.5 Controle social	99
5.2.4.6 Ministério Público	99
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE</b>	<b>122</b>
<b>APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA</b>	<b>123</b>

<b>APÊNDICE B - CARTA DE APRESENTAÇÃO AO GESTOR</b>	<b>124</b>
<b>APÊNDICE C - ROTEIRO DE QUESTÕES PARA ENTREVISTA</b>	<b>126</b>
<b>APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO</b>	<b>127</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO A</b>	<b>130</b>
<b>ANEXO B</b>	<b>131</b>
<b>ANEXO C</b>	<b>137</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A atual política de saúde mental no Brasil vem se pautando pela revisão epistemológica, assistencial e legal da loucura e da psiquiatria.

Neste sentido, visa progressivamente o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos em face de uma crescente implantação de serviços substitutivos a estes. Acrescenta-se a essa proposta a construção de vínculos e de responsabilidades - por parte das equipes de saúde - na oferta de cuidados com base territorial.

Uma operação que vem exigindo do poder público uma organização de ações que possam ir além de um programa de altas, mas que seja capaz de instituir uma forma de cuidado que possibilite às pessoas com anos e anos de internação psiquiátrica viver fora de instituições fechadas e reinserir-se na sociedade.

Com um passado de privilégios destinados à rede hospitalar privada no Brasil, hoje a maior parte dos leitos em psiquiatria são particulares e contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), requerendo para o processo de descredenciamento ações específicas do Estado.

Assim, é necessário estabelecer práticas de gestão integradas, estratégias terapêuticas e intervenções sociais destinadas às pessoas submetidas a este tipo de tratamento, de modo que se busque e seja proporcionada sua reabilitação psicossocial.

A dissertação em pauta propõe estudar as estratégias das instâncias governamentais do SUS para desenvolvimento do descredenciamento do Hospital José Alberto Maia em Camaragibe, Pernambuco, um dos últimos macro-hospitais psiquiátricos<sup>1</sup> do Brasil até o ano de 2010 (BRASIL, 2011).

Pelo fato da política nacional de saúde mental estar em processo de transição do modelo centrado no hospital para um modelo de base territorial, consideramos ser esta pesquisa de fundamental importância, já que trabalha um tema atual e relevante para o campo da saúde mental, cuja carência de investigações relativas à dimensão dos processos de gestão é uma realidade.

---

<sup>1</sup> O Ministério define macro-hospital psiquiátrico como instituição com mais de seiscentos leitos (Brasil, 2011).

Este trabalho apresenta para fins do estudo a descrição dos objetivos norteadores da pesquisa e o desenvolvimento de um marco teórico com abordagem dos aspectos históricos e paradigmáticos da saúde mental, das concepções e intervenções para a desconstrução do hospital psiquiátrico e construção de uma rede assistencial territorial, dos processos de desinstitucionalização e de reflexões sobre o SUS.

Traz no seu bojo o desenho da metodologia aplicada, pontuando a discussão metodológica em jogo, o campo de estudo, assim como os processos de coleta de dados e a análise de resultados, seguido de considerações gerais acerca da pesquisa.

A justificativa desta dissertação se dá em três dimensões: científica, política e pessoal. Do ponto de vista científico, acreditamos que a sistematização da engenharia da proposta de desmonte da estrutura assistencial de base hospitalar para dar lugar à construção de uma rede substitutiva tem grandes chances de produzir referências para outras experiências. Esta afirmativa é reforçada pela predominância de estudos que, de uma forma geral, enfocam mais resultados ou aspectos clínicos dos processos de desinstitucionalização do que propriamente seus aspectos gerenciais.

Na perspectiva política, dado o lugar do hospital aqui referenciado, quer hoje no âmbito local, quer no nacional, compreendemos que a repercussão do estudo se dará num escopo mais amplo, para além do cenário municipal e estadual, situando-se aqui sua importância política no sentido de contribuir para outros desafios de semelhante natureza.

Por fim, a dimensão pessoal, devido ao envolvimento da pesquisadora com o objeto de estudo, visto que a vivência cotidiana na Gerência de Atenção à Saúde Mental do estado de Pernambuco (GASAM)<sup>2</sup> suscitou questões e inquietações que demandaram um olhar e uma discussão mais sistematizada para a construção de entendimentos mais consistentes.

Considerando o registro da relevância e justificativa deste trabalho, seguem adiante a explicitação de todas as etapas, elementos norteadores (teóricos e metodológicos) e resultados da pesquisa, condensados nesta dissertação.

---

<sup>2</sup> Desde outubro de 2009, a pesquisadora realiza a gestão da saúde mental no âmbito estadual, tendo como um dos focos de trabalho a efetivação de processos de desinstitucionalização e organização de rede territorial de saúde mental para acolhimento, cuidado e reinserção social das pessoas com sofrimento psíquico.

## **2. OBJETIVOS**

### ***2.1 OBJETIVO GERAL***

- Analisar de forma sistemática as estratégias governamentais desenvolvidas para descredenciamento de um macro hospital psiquiátrico do SUS.

### ***2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS***

- Realizar um breve histórico do hospital em estudo, na condição de prestador contratado do SUS, descrevendo as iniciativas de gestão governamental direcionadas para este.
- Expor a proposta governamental de descredenciamento do Hospital do SUS, mapeando os operadores institucionais governamentais do processo e sistematizando as ações por eles desenvolvidas.
- Analisar as estratégias elencadas para o processo de descredenciamento do hospital, assim como suas repercussões.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### ***3.1 ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS E PARADIGMÁTICOS DA SAÚDE MENTAL***

O atual modelo assistencial da saúde mental significa mudança de paradigma e inovação de tecnologias. Para construção de entendimento acerca dessa afirmativa, é necessário recorrer à história da loucura a fim de compreender as diferentes concepções e formas de abordagem que ao longo do tempo foram sendo instituídas na sociedade.

Buscando Foucault (1978), veremos que as referências à loucura desde a antiguidade foram imbuídas de uma conotação mística (advinda do divino). Observa-se que na Idade Média ocorre um reforço dessa visão religiosa, que com certa ambivalência retrata o destino itinerante dos loucos através das “naus dos loucos”, que transportavam as pessoas de cidade em cidade, sem um lugar ao certo, exprimindo na época, ao mesmo tempo, a aceitação e a rejeição destas por parte da sociedade.

O referido autor nos aponta que à loucura, assim como a todos aqueles identificados como “expurgos” da sociedade, eram destinados a caridade e a compaixão em nome de uma ordem social que precisava ser instituída. Os hospitais aqui com sentido de hospedarias vão assumindo o papel de configurar-se como local de acolhimento e abrigamento.

Com relação aos loucos, contudo, diante do entendimento então vigente da impossibilidade de “regeneração” para o mercado de trabalho e por especificidades da sua condição, o hospital vai se delineando como um lugar próprio de segregação. Importante ressaltar que no século XVII, com influência do mercantilismo, que trazia no seu bojo o combate à ociosidade, emergem fortemente formas de disciplina e controle social por parte da sociedade.

Verificamos, contudo, que, com a Revolução Francesa em 1789, se passa a preconizar através dos seus ideais uma sociedade livre, igualitária e fraternal, trazendo à tona princípios éticos e morais em contraposição ao poder do rei e de Deus. Nesta perspectiva de constituição do Estado de Direito, à loucura é atribuído um novo espaço. “Iniciava-se um mundo positivo, construído e dominado pelo

homem, capaz de ser transformado pela ciência, que então assumiria o novo lugar da verdade” (AMARANTE, 2003a, p.10).

É nesse contexto que a medicina se apropria da loucura como objeto de saber, quando especificamente em 1793, Philippe Pinel introduz a proposta de libertar os alienados e para eles desenhar um espaço próprio. Funda-se aqui a psiquiatria e o seu primeiro paradigma com repercussões até os dias de hoje: “o isolamento” para fins de constituir um conhecimento científico, baseado nas ciências naturais, ou seja, isolar para observar, descrever, comparar e classificar.

Neste sentido, ao mesmo tempo vão se constituindo formas de abordagens e tratamentos baseados numa ordem asilar, mediante a definição de rotinas e uma relação de autoridade entre médico e paciente, que vai cristalizando a concepção de tutela como a principal moldagem para ligação entre ambos no campo da psiquiatria.

Amarante (2003a) ainda chama a atenção para a configuração que o hospital vai tomando com a reforma travada por Pinel, que classifica a loucura agora como alienação mental, estimulando o tratamento moral, a “reeducação da mente alienada”, baseada em um conjunto de estratégias terapêuticas disciplinares, a saber: ordens, castigos e trabalho. Forma-se o hospital psiquiátrico constituído em si mesmo como o próprio remédio para a pretendida cura: o retorno do alienado à realidade e o seu enquadramento às regras da sociedade.

As referências acima mostram o isolamento como fundamento principal da psiquiatria (científico e terapêutico) e também como medida de segurança, já que processualmente a alienação vai sendo associada no decorrer dos anos à periculosidade. Embora caducas, são essas argumentações que ainda hoje sustentam os discursos que respaldam o hospital psiquiátrico.

À medida que a medicina se apropria mais da loucura, vai sendo elaborada uma nosografia médica e se formatando um saber fundante para a psicopatologia e a conseqüente consagração da própria loucura como doença mental. O hospital psiquiátrico vai então se instituindo como instrumento único e exclusivo para tratamento (AMARANTE, 1995).

Dadas todas as repercussões dos processos de institucionalização, a história revela que a própria sociedade se encarrega, com o nascimento de novas teorias e experiências humanas devastadoras, de levantar questionamentos sobre a instituição que ela mesma legitimou. Especialmente após a Segunda Guerra Mundial, tempo que apresentava uma demanda político-social na perspectiva de

rever as instituições, de cuidar das pessoas fragilizadas pela guerra e de reestruturar a sociedade.

Neste período, também co-existia e se impunha como demanda social e econômica a constituição e a sustentação de uma força de trabalho, ao que o hospital psiquiátrico não respondeu por conter um determinado contingente de pessoas e não ter dado conta de certo mandato de recuperação. Desta forma, é colocado em questão (AMARANTE, 2003b).

A psiquiatria entra então como um campo a ser repensado, que não traz no primeiro momento a necessidade de rever a concepção de loucura, mas as práticas institucionais voltadas para a mesma. É o que alguns teóricos denominam como reformas psiquiátricas.

Birman e Costa (1998) apontam que essas reformas se deram em três grandes grupos. O primeiro diz respeito à abordagem da psiquiatria a partir do próprio modelo do hospital psiquiátrico, propondo uma remodelagem da organização institucional.

Temos, pois, em meados da década de 1950, a Psicoterapia Institucional na França, cujo precursor foi François Tosquelles, e as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, capitaneadas por Maxwell Jones. Ambos os movimentos focavam a sociabilidade, criticando o espaço asilar e buscando instituir o caráter benéfico do aparato institucional manicomial.

Para isso, foram criadas algumas tentativas de horizontalizar as relações, organizar o espaço hospitalar e instituir grupos terapêuticos e coletivos de decisão envolvendo um processo reflexivo junto a todos que adentravam a instituição (técnicos, pacientes e familiares). Importante ressaltar que é especificamente neste período na França que a psicanálise começa a ganhar força e que os estudos de Lacan acerca da psicose servem de base para se repensar a terapêutica para este contingente populacional.

O segundo grupo contempla a incorporação da comunidade como ponto central para o desenvolvimento do tratamento, indicando uma abertura do hospital para o território e dando à instituição asilar o caráter de complementar. Aqui podemos destacar a Psiquiatria de Setor na França, instituída por Lucien Bonnafé, e a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos da América, concebida por Gerald Caplan. Trazem no seu bojo um ideal de sistema de saúde mental, preconizando a extensão da psiquiatria ao espaço público e promoção da “saúde mental” na

comunidade em geral: chegar onde as pessoas estão instituindo terapêuticas numa perspectiva mais coletiva e enfocando a ação preventiva na comunidade.

No caso da Psiquiatria de Setor, ainda na década de 1940, se começa a considerar a referência de território geográfico e adscrição de clientela, quando o hospital passa a se organizar de forma a responder e interagir com as demandas do território. Iniciam-se as primeiras noções de equipe de referência e inserção social.

A psiquiatria preventiva na década de 1960 vai, portanto, transportar algumas idéias do modelo da história natural da doença e propor a inversão do foco doença mental para saúde mental, buscando de forma mais incisiva a promoção da saúde mental e prevenção da doença nos níveis primário, secundário e terciário. Para isso, vai investir na formação de equipes multiprofissionais e na intersectorialidade. Neste sentido, em nome da detecção precoce da doença mental, vai também reconfigurar as relações no âmbito da sociedade.

O terceiro grupo, contudo, passa a questionar a própria psiquiatria: seus saberes e suas práticas. Propõe, assim, uma ruptura com a instituição asilar com um viés fortemente ideológico e político. São paradigmas deste movimento de reforma psiquiátrica: a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática. A primeira tem lugar na Inglaterra, com David Cooper, Ronald Laing e Aaron Esterson, preconizando um questionamento ao saber e prática psiquiátricas em relação à doença mental. Eles propõem uma ruptura com as diversas formas de violência atribuídas a essas pessoas em nome da cura e traz a necessidade de recomplexificar a condição de doente no seio da família e sociedade.

Por sua vez, na Itália, década de 60, a Psiquiatria Democrática com Franco Basaglia vai trazer a ruptura radical com o aparato asilar na sua estrutura e lógica, influenciada pelas idéias de Foucault, Gramsci e tantos outros de corrente marxista e da fenomenologia. Para isso, propõe uma negação da instituição asilar apostando na sua decomposição/ desconstrução processual em contrapartida à invenção de outra instituição que não funcione em torno de sua própria sobrevivência e auto-alimentação, mas das necessidades de reconstrução subjetiva e objetiva para garantir o retorno à vida das pessoas com sofrimento mental.

A Psiquiatria Democrática traz no seu bojo a idéia de colocar a doença entre parênteses, em oposição ao que a psiquiatria tradicional historicamente construiu. Vê-se agora o sujeito e a sua existência, suspendendo o conceito de doença e todo o seu aparato de sustentação, sem, entretanto, negar a presença do sofrimento. Vai

imprimir mais fortemente a liberdade como condição fundamental para qualquer pessoa, a continuidade do trabalho terapêutico como diferencial para a sustentabilidade das pessoas na sociedade, o trabalho no território para além da configuração geográfica e a interdisciplinaridade e intersectorialidade para constituição de um novo sujeito. Inaugura-se com a Psiquiatria Democrática um novo paradigma para a saúde mental: a “desinstitucionalização”.

Essas reformas psiquiátricas foram responsáveis pela criação de novas configurações epistemológicas e assistenciais no campo da psiquiatria, tendo a experiência italiana privilegiado os eixos da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial, determinantes para experiência brasileira e fundamentais, a nosso ver, para a compreensão da engrenagem colocada como objeto deste estudo.

### ***3.2 DA DESCONSTRUÇÃO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO À CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DE CUIDADO TERRITORIAL: CONCEPÇÕES E INTERVENÇÕES***

Para abordar este tema faz-se necessário discutir sobre os significados que a instituição “hospital psiquiátrico” traz no seu bojo à luz da natureza e dinâmica das instituições totais.

Ao teorizar sobre este assunto, Goffman (1996) vai descrever as instituições totais como aquelas capazes, tendo como base relações de poder e de controle, de destituir de sua subjetividade aqueles a ela submetida. É o que chama, mediante uma construção processual, calcada em aparatos coercitivos, de “mortificação do eu”.

Ongaro, (1985, p. 273) a partir destas idéias, aponta que na instituição psiquiátrica total:

(...) o enfermo, logo que internado no hospital, é definido como doente, e todas as suas ações, participações e reações são interpretadas e explicitadas em termos de doença. Logo, a vida institucional se baseia sobre a negação de valores aprioristicamente definida, para o internado, que é considerado irreversivelmente objetivado pela doença, o que justifica, no plano prático-institucional, a relação objetivante com ele instaurada.

A autora sustenta que a transformação de uma instituição dessa natureza passa pela ruptura com o sistema coercitivo e por sua própria problematização.

Nesta perspectiva, essa transformação vai além de um processo de desospitalização e é diferente da transinstitucionalização, foco de algumas das propostas de reformulação da assistência psiquiátrica no mundo.

Chamamos de desospitalização uma política de altas hospitalares com subsequente redução gradual do número de leitos, sem a simultânea construção de uma lógica e de um sistema que substituam o aparato hospitalar. Neste sentido, não permite efetivamente o acolhimento e a invenção de novas formas de cuidar que remetam a um processo de responsabilização pelos sujeitos.

A transinstitucionalização, por sua vez, segundo Vasconcelos apud Baptista, Zwarg e Moraes (2002, p.63), é definida como “o deslocamento da clientela psiquiátrica para instituições similares de outro tipo, tais como, delegacias, penitenciárias, asilos de idosos, casas de enfermagem, reformatórios, etc”.

Para que possa ocorrer uma real mudança estrutural na assistência às pessoas com sofrimento psíquico e com internação psiquiátrica de longa permanência, a desmontagem do aparato hospitalar deve passar, necessariamente, por uma proposta de desinstitucionalização. Com base na Reforma Italiana, o tema é abordado como:

(...) um processo social complexo que tende a mobilizar como atores, os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de saúde mental que substituem inteiramente a internação em hospital psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão de recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001, p.18)

Segundo estes autores, a desinstitucionalização não é um procedimento ou um conjunto de ações no sentido de reverter a assistência psiquiátrica tradicional, mas um processo contínuo que consiste na transformação dessa instituição e numa reorganização sanitária dos projetos, perpassando pela dimensão da relação terapêutica (das concepções e práticas de tratamento) e da construção de uma nova política no campo (das concepções e práticas da ação política).

Ainda na perspectiva dos autores citados, é possível afirmar que a grande questão que marca a psiquiatria e que deve ser o alvo de crítica é o isolamento proposto por ela “do fenômeno doença, da existência dos sujeitos e do seu corpo social”. Sobre esta aparente separação se construiu um conjunto de aparatos

científicos, legislativos e administrativos materializados pela “instituição”, reafirmando e legitimando a doença.

Percebe-se uma tendência das instituições de atender às demandas a partir de suas competências, perdendo a dimensão da integralidade, e, de alguma forma, reafirmando os sujeitos naquilo que ela institui como verdade acerca da compreensão dos mesmos. O paradigma da desinstitucionalização, então, propõe desmontar essa dinâmica com todos os seus aparatos para retomar o contato com a existência dos sujeitos.

Estamos falando de um rompimento com a busca incisiva e histórica pelo entendimento etiológico da loucura enquanto doença e de uma “reproposição” de solução centrada na existência do sujeito e sua relação com o meio social, formatando a ação terapêutica na perspectiva de transformação institucional em prol da “invenção da saúde” e “reprodução social do paciente”.

A partir das leituras de vários autores acerca do presente tema, especialmente de Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) e Albuquerque (2006), podemos dizer que o processo de desinstitucionalização implica basicamente em três fatores. O primeiro é a mobilização de todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional (trabalhadores, gestores, familiares, pacientes e outros agentes).

O segundo fator é a transformação das relações de poder entre a instituição e os pacientes. Como já colocado anteriormente, a transformação começa das micro-relações: a mudança de uma relação de tutela por uma de contratualidade, na qual a troca é o foco. Quem cuida passa a “tomar encargo” no sentido da responsabilização e ao mesmo tempo reconhece o sujeito como protagonista da sua própria história, independente da sua condição psicopatológica.

Finalmente, o terceiro fator é a utilização de todo o aparato interno da instituição para sua própria decomposição e construção de uma nova instituição. Ou seja, usar os mesmos recursos (de pessoal, estruturais, materiais, financeiros), só que com nova formatação que permita processos de mudança. Assim, um mesmo recurso institucional sendo utilizado de forma diferente gera novos conflitos que vão provocar reflexões e nova intervenção, modificando, assim, a cultura dos atores em jogo, a ação institucional.

Esta possibilidade de reconversão de recursos institucionais possibilita a organização de novas estratégias terapêuticas, baseadas agora no vínculo e numa relação contratual com escuta qualificada e atividades mais horizontalizadas que

estimulem criatividade e protagonismo das pessoas. Contribui para diluir processualmente as formas interventivas mais verticais, invasivas e de objetivação do sujeito, como por exemplo, a superdosagem de medicação, a sedação sistemática das pessoas, a proibição de contato do interno com familiares, o isolamento em sala fechada, o uso abusivo da contenção mecânica, etc.

A desmontagem de uma dinâmica institucional requer imediatamente uma alternativa que, no campo da saúde mental, os autores Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) apontam como: a construção de uma nova política com conseqüente mudança na forma de administrar os recursos públicos (de pessoal e financeiros); a centralização do trabalho terapêutico no sujeito e não no doente, constituindo uma nova concepção de resolutividade; a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio com base no território<sup>3</sup>, no trabalho em rede e no processo de responsabilização<sup>4</sup>.

Entendemos que o eixo da desinstitucionalização e suas proposições são referentes a processos que são inacabados e que exigem perpétua inovação do jogo institucional. A sua concretude advém da singularização do olhar e do cuidado a partir da reconstrução das práticas mediante produção de estratégias balizadas na reabilitação psicossocial.

Esta proposta é referendada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira que visa à reconstrução da concepção de loucura, enfocando a questão do sofrimento psíquico e repensando as formas de cuidado. Assim, propõe um redirecionamento do modelo assistencial, antes centrado no hospital psiquiátrico, para uma atenção integrada, em rede, baseada no território e provocando transformações nas dimensões também culturais e legais. Em síntese, visa sustentar as pessoas com suas diferenças na sociedade.

Estamos essencialmente falando de uma mudança de paradigma “do hospital ao território”, “do doente ao sujeito”, “da relação de tutela à de contrato”, “do tratamento ao cuidado”. Estabelece-se uma exigência permanente de intervir diferente.

---

<sup>3</sup> Baseados em Dell’Acqua e Mezzina (1991), definimos território como o local de vida das pessoas, contendo a rede de suas relações, os problemas materiais e concretos, os afetos.

<sup>4</sup> O processo de responsabilização consiste em estender a potencialidade dos serviços sobre as demandas da comunidade no território, indo ao seu encontro e pautando sua ação a partir de suas necessidades na perspectiva de construção de respostas (DELL’ACQUA e MEZZINA, 1991). Campos (2007: 303) escrevendo sobre o assunto, aponta que cabe às equipes “a responsabilidade pela abordagem integral de cada caso em seu nível de competência”.

Ayres (2004, p.27) afirma que para a construção do cuidado é necessário debruçar-se:

(...) sobre as raízes e significados de adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação.

Esta reconstrução da prática necessita para sua realização, ainda segundo o autor (2004, p.18), baseada em Habermas:

(...) de esforços coletivos e pragmáticos, entendidos nos termos habermasianos de um processo público de interação entre diversas pretensões, exigências e condições de validade das diversas proposições e interesses em disputa.

Esses esforços no campo da saúde mental podem ser traduzidos pelas tentativas de efetivar as mudanças de concepções, superando o modelo asilar e consolidando o modelo psicossocial com produção de estratégias de reabilitação.

Antes de seguirmos nomeando de forma propositiva as novas possibilidades de intervenção, se faz necessário tomarmos o conceito aqui empregado de reabilitação psicossocial.

A partir das idéias de Saraceno (1996), compreendemos a reabilitação psicossocial como uma “estratégia global”. O mesmo aponta que todas as pessoas têm um determinado nível contratual e que isto permite que elas se utilizem no cotidiano desse poder de negociação, alguns mais, outros menos. Esta habilidade é construída ao longo da vida, perpassando por vários cenários: família, escola, trabalho, círculo de amizades... Cenários estes legitimados pela sociedade que se apresentam dinamicamente em contínuo processo de mudança, chamados pelo autor de “espaço de troca, espaço social”, local onde as relações se estabelecem.

(...) todos nós atuamos em três grandes cenários: cenário habitat, cenário mercado e o cenário de trabalho [...] onde acontece o desenrolar das cenas, das histórias, dos efeitos, de todos os elementos: dinheiro, afetos, poderes, símbolos, etc. (IDEM, 1996, p.15).

Há pessoas, porém, que não desenvolvem o seu poder contratual, e, neste sentido, estariam num estado de desabilidade: alguns por não terem casa ou rede social e outros por terem limitações e baixa capacidade de produção social. Ou seja, por não produzirem algo que provoque um reconhecimento da sociedade e os façam

se sentir efetivamente integrantes e participantes da mesma, firmando nela um lugar próprio.

Kinoshita (1996, p.55) chama a atenção para o fato de que uma pessoa que recebe o atributo de doente mental traz implícito certa negatividade que anula seu poder de contrato: “os bens dos loucos tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis, os afetos desnaturados”, anulando qualquer valor que a assegure como sujeito capaz de fazer trocas.

As pessoas que por muitos anos estiveram sob a tutela de uma instituição manicomial (conhecidas como pessoas com internação de longa permanência ou as ditas “crônicas”) tiveram toda sua manifestação de poder atribuída a uma negatividade pura do sintoma, submetidas a um lugar de “troca zero”, o que as colocam numa constante condição de desqualificação para o intercâmbio com a vida social.

Neste sentido, vale a pena uma reflexão sobre cronicidade. Delgado (1992) traz um questionamento sobre o estatuto de crônico atribuído a muitos pacientes com doença mental, se suas características comportamentais de fato próprias (embotamento afetivo, isolamento, hábitos grotescos, dificuldade de realizar ações práticas, etc.) são decorrentes de sua patologia ou da vida asilar a que foram submetidos anos e anos. Isto já nos coloca de imediato a idéia de que a condição de cronificação construída também pode ser desconstruída.

Albuquerque (2006) afirma que Barton, na tentativa de melhor explicar a condição acima relatada, desenvolveu o conceito de “neurose institucional” produzida pelos dispositivos institucionais manicomiais: perda do contato com a realidade externa, ócio forçado, submissão a atitudes autoritárias de médicos e restante do pessoal técnico, perda de amigos e propriedades, sedação medicamentosa, condições do meio ambiente nos pavilhões e enfermarias e perda da perspectiva de vida fora da instituição.

O desafio centra-se na desmontagem desse aparato e a reabilitação psicossocial mostra-se como meio de operacionalizar concretamente esta tarefa junto aos sujeitos. Deste modo:

(...) reabilitar pode ser então entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia... Entendemos autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente (KINOSHITA,1996, p.56).

Assim, Saraceno (1996) aponta duas grandes variáveis para determinar resultados positivos para o processo de reabilitação psicossocial: uma micro, que está na dimensão “da afetividade, da continuidade, é o real vínculo paciente-profissional, ou seja, o gasto de tempo, energia, afetividade, etc. que se tem nesta relação” (IDEM, 1996, p.16) e a macro:

(...) a maneira como o serviço está aberto à comunidade, se ele tem a aprovação de seus usuários, se satisfaz minimamente as pessoas que atende e, também aos profissionais que nele se inserem, se ele se utiliza de recursos vindos da comunidade, ou somente recursos institucionais. Estas grandes variáveis, que são variáveis de políticas de saúde mental, determinam se as técnicas, sejam elas quais forem, estão funcionando ou não (SARACENO, 1996, p.17).

A questão é: como concretamente operacionalizar esta noção? Especialmente junto a pessoas em situação de maior vulnerabilidade ou em desvantagem social?

Ao colocar as abordagens psicossociais na direção contrária às abordagens clínicas convencionais, Vasconcelos (2008, p.146) expõe alguns elementos que devem ser considerados como objeto da reabilitação psicossocial:

- O conhecimento crítico da realidade, das relações de poder e das contradições e lutas sociais na sociedade;
- A luta pela transformação das condições concretas de vida, de moradia e trabalho e de reprodução social dos usuários;
- O amplo reconhecimento das necessidades específicas dos indivíduos e grupos sociais, aumentando a oferta, a universalização a dispositivos adequados de atenção e cuidado;
- A mudança dos serviços, políticas sociais e saberes científicos e profissionais envolvidos no processo psicossocial;
- A ampliação e a defesa dos direitos civis, políticos e sociais dos usuários no sentido do seu empoderamento;
- A reinvenção de modos de viver no sentido de maior criatividade e inovação, estimulando indivíduos e grupos sociais a uma maior criticidade à sua condição construída, para que ampliem o rol de possibilidades e a aceitação das diferenças existenciais na vida social e cultural, exatamente na direção contrária da adaptação e ajustamento.

Consideramos que Ayres (2004, p.26) ao explorar as heterodoxias terapêuticas, abordando a questão da humanização da assistência, traz algumas contribuições para a proposição do cuidado que podem ser aproveitadas no campo psicossocial em relação à materialização das intervenções. Quando aponta a necessidade dos serviços de saúde no desenvolvimento de ações para além de si, cita:

(...) apoio à escolarização e aquisição de competências profissionais, desenvolvimento de talentos e vocações, atividades físicas e de vivências corporais, atividades de lazer e socialização, promoção e defesa dos direitos, proteção legal e policial, integração a ações de desenvolvimento comunitário e participação política.

Kinoshita (1996), retomando a teorização de Saraceno a respeito dos processos construtivos de autonomia e do poder contratual, aponta que, dada a situação das pessoas institucionalizadas, uma das formas potentes de construir este cuidado é emprestando ao usuário o poder contratual do técnico, “o fazer junto”, até que ele construa paulatinamente e de forma singular e possível a sua própria trajetória.

Essa idéia aplica-se bem aos processos de reabilitação de pessoas com alto grau de vulnerabilidade social e com história de institucionalização, nos quais a prática de cuidado consiste em “reconstruir pessoas” (ROTELLI, 2001).

Como reconstituir pessoas? Ativar para a vida, trazer à tona a potência de vida, criando espaços para o exercício do desejo, das pequenas coisas às grandes realizações: ter um lar, ter um quarto para descansar e guardar seus objetos pessoais, ir ao comércio, organizar a casa, sentar na calçada para conversar com os vizinhos, ir à padaria, comprar o pão, fazer a feira, tomar banho, definir os próprios horários, tomar decisões, enfim, construir um cotidiano capaz de criar pontes para habitar a cidade.

Resgatando a ideia dos autores que discutem o tema em questão, podemos constatar que toda ação transformadora perpassa pelas dimensões do cuidado propriamente dito e da política, o que nos leva a pensar que as práticas de cuidado também são direcionadas pelos modelos gerenciais na saúde.

Como então desenvolver uma gestão comprometida com projetos de vida? Transformando a dureza das diretrizes normativas e financeiras da política de saúde

numa ação concreta e objetiva, mas também poética. Poética no sentido da produção de vida.

Há necessidade de certa engenharia que requer do gestor, em processos complexos como os de desinstitucionalização, a utilização dos recursos institucionais e, ao mesmo tempo, desenvolver uma forma de gerir comprometida com a mudança de paradigma.

### ***3.3 A GESTÃO DE PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO***

A pergunta que fazemos é: como moldar o arcabouço de estratégias interventivas institucionais para planejar e produzir ações com alma? Que entrelinhas, capazes de dar a cor, podemos desenhar num processo duro como fechar leitos e abrir novos serviços, correr contra o tempo e escalar obstáculos burocráticos?

Recorrendo a teóricos que exploram a discussão do cuidado e da humanização na saúde, como Ayres (2004), Teixeira (2003) e Merhy (2002), arriscamos dizer que só incorporando os componentes de uma prática de cuidado é que temos mais chances de desenvolver um raciocínio gerencial coerente com o paradigma psicossocial, imprescindível para abordagem de problemas complexos.

Ousamos então aplicar os componentes do cuidado em saúde à dimensão da gestão de processos de desinstitucionalização, fazendo considerações em torno da operacionalização de referências gerenciais nesse campo.

#### *Conhecer*

Ao teorizarem sobre território e saúde a partir das ideias de diferentes autores, Pereira e Barcellos (2006) afirmam que o reconhecimento deste se configura como passo básico para caracterização da população e seus problemas de saúde.

Esse reconhecimento é realizado através da observação das condições no espaço para a produção, circulação, residência, comunicação para o exercício da política e das crenças, para o lazer e como condição de vida (MONKEN e BARCELLOS apud HYGEIA, 2006:51).

Trazendo a aplicação destas idéias para o contexto em questão, apontamos como essencial conhecer:

- O hospital psiquiátrico no território: a representação que tem, o uso dele feito pela população e como a rede de serviços se porta em relação a ele.
- A população com internação psiquiátrica de longa permanência: de onde são as pessoas originalmente, quantas são, quem são - suas histórias, sua condição clínica, seus vínculos familiares e comunitários, se existirem.
- Os atores em jogo: os opositores da Reforma Psiquiátrica, os declaradamente defensores, os potenciais aliados, os aliados, os trabalhadores, os familiares e tantos outros.
- A rede: seus recursos, sua dinâmica, suas fragilidades e suas potências.
- A política de saúde mental: seus paradigmas e ferramentas de gestão.

### *Acolher a demanda*

Fazendo referência às ideias desenvolvidas por Teixeira (2003) e transportando para a dimensão da gestão, consideramos que acolher a demanda está associado à capacidade de escutar os atores envolvidos com os problemas e escutar a si mesmo diante das diferentes situações, estabelecendo uma relação interativa e dialógica de forma permanente.

### *Responsabilizar-se*

Tomar para si, na condição de gestor, o desafio de articular a construção das respostas. “Tomar encargo”, “ir ao encontro” (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991). Isso na gestão significa olhar, dirigir atenção, priorizar, colocar na pauta, articulando para isso todos os recursos no sentido da construção das respostas.

Campos (2007) define a responsabilidade como “macro e micro sanitária”. A primeira trata do encargo sanitário de cada cidade e organização do sistema de saúde e a segunda foca a constituição de vínculos entre equipes e pacientes/familiares a partir do processo de reorganização do trabalho.

### *Decidir*

A decisão possibilita acontecer. Tomar uma decisão é:

(...) tender a uma posição amplamente determinada por uma situação que precede o momento da decisão, mas, que se reestrutura para e pelo sujeito da decisão a partir do momento em que, junto ao outro, atualiza seu projeto existencial na decisão tomada (HEIDEGGER apud AYRES, 2004, p.24).

### *Compartilhar*

Partilhar algo com alguém. Fazendo uma alusão à ideia de Sérgio Arouca (BRASIL, 2003a) ao falar da Reforma Sanitária como civilizatória, podemos dizer que realizar processos de desinstitucionalização é apostar numa proposta civilizatória. - sendo isto pelas repercussões singulares produzidas para os sujeitos e para a sociedade - uma vez que acolher a diferença no meio social é construir um caminho de tolerância, de reconhecimentos da positividade das diferenças, de ser mais humana.

Considerando que a dimensão das repercussões de processos de desinstitucionalização se expande para a vida nas suas várias facetas, podemos dizer que o caminho para atingi-la é pelo compartilhamento de responsabilidades, de ideias, de ações, de recursos.

É fundamental transportar a elaboração de uma ação intersetorial para a pauta de trabalho cotidiana com envolvimento dos vários setores nos processos de desinstitucionalização e nos cuidados dispensados no território. Só coletivamente se consegue construir enfrentamentos de grandes problemas.

### *Agir*

- Produzir ação com capacidade de responder a problemas imediatos (a sobrevivência e diminuição de agravos e riscos) e construir estruturas capazes de mudar a realidade.
- Intervir simultaneamente dentro e fora do hospital, criando viabilidade para os sonhos e projetos numa costura que abarque uma variedade de retalhos formando uma colcha inacabada, mas ao mesmo tempo sintonizada pelas cores e formato.
- Pôr em prática o poder.

Consideramos que este elemento traz na sua essência o movimento da atitude, uma vez que pressupõe como seus antecedentes a atenção, responsabilização e investimentos. Ao teorizar sobre o cuidado, Leonardo Boff (1999) aponta que a atitude é a essência deste encargo porque representa ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.

Considerando os elementos acima como essenciais para fazer gestão, é necessário também utilizar os recursos existentes para viabilidade dos processos de forma concreta e objetiva, haja vista que o Ministério da Saúde aponta uma estimativa de que 35% da população internada em hospitais psiquiátricos no país são de longa permanência (BRASIL, 2007).

Além dos princípios do SUS, temos como grandes referências para a construção de intervenções no âmbito da gestão em prol de processos de desinstitucionalização a Lei Estadual de Pernambuco 11.064/94 (PERNAMBUCO, 1994) que “dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental e regulamenta a internação psiquiátrica involuntária, dentre outras providências” e a Lei Nacional 10.216/01 (BRASIL, 2001a) que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

A política de saúde mental traz ainda no seu bojo referências claras que, materializadas em portarias e recomendações - dadas suas potências e limites - podem possibilitar ao gestor, focando-se nos processos de desinstitucionalização, desenvolver:

- a. Processos regulatórios e de planificação de leitos junto aos hospitais psiquiátricos: O Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH) - Portarias MS/GM 52 (BRASIL, 2004a) e 53/04 (BRASIL, 2004b) e o Programa Nacional de Avaliação Hospitalar (PNASH/Psiquiatria) - Portaria MS/GM 251/02 (BRASIL, 2002a).
- b. Projetos voltados diretamente para o processo de desinstitucionalização e reinserção social, a saber: O Programa de Volta Para Casa - Lei Nacional 10.708/03 (BRASIL, 2003b), que “institui o auxílio-reabilitação para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações”; Os Serviços

Residenciais Terapêuticas - Portaria MS/GM 106/00 (BRASIL, 2000); Projetos de Geração de Renda - Portaria MS/GM 1.169/05 (BRASIL, 2005a) e os Centros de Convivência - Portaria 396/05 (BRASIL, 2005b).

- c. Projetos voltados para a assistência: Saúde Mental na Atenção Primária - Portarias MS/GM 154/08 (BRASIL, 2008) e 2843/10 (BRASIL, 2010c); Leitos em Hospitais Gerais - Portarias MS/GM 189/91 (BRASIL, 1991), 1.612/05 (BRASIL, 2005c) e 2.842/10 (BRASIL, 2010b), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - Portaria MS/GM 336/02 (BRASIL, 2002b) e outros dispositivos ambulatoriais territoriais – Portaria SNAS 224/92 (BRASIL, 1992). Importante ressaltar que, embora algumas das portarias aqui mencionadas direcionem a atenção a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, entendemos que fazer referências a estas é importante por compor o escopo tanto da atenção primária como dos leitos em hospital geral dentro da configuração da assistência.

Outros marcos fundamentais da política em discussão e que podem balizar os processos de gestão são as referências das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), imprescindíveis para a implantação da proposta atual, especialmente a III CNSM em 2001 (BRASIL, 2001b) e em 2010 a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial – IV CNSMI (BRASIL, 2010a). Ambas produziram diretrizes para a atual política de saúde mental no Brasil.

A IV CNSMI se instituiu na formulação, organização e realização de forma intersetorial, como resposta às reivindicações de usuários e trabalhadores organizados através do Movimento de Luta Antimanicomial com a Marcha dos Usuários à Brasília, em 2009. Uma ação que reuniu 2.500 pessoas de todas as regiões brasileiras, realizando audiências com vários ministérios, dentre eles o da saúde e com a chefia da casa civil, exigindo a realização da IV CNSMI. Além disso, tal ação solicitou mais diálogo e agilidade na efetivação da proposta de saúde mental: desativação de leitos e ampliação da rede substitutiva por uma “Reforma Psiquiátrica Antimanicomial”, enfocando conhecimento e paradigma no campo, prática da crítica anti-institucional, economia social e inclusão, comunicação e denúncias de violação de direitos humanos (BRASIL, 2009c).

O processo da constituição da atual política de saúde mental é marcado por críticas e alguns dissensos, ora declarada por opositores da reforma psiquiátrica na

tentativa de retroceder e privilegiar o modelo hospitalar, ora pelo movimento social do campo no sentido de complexificar e agilizar as formas de efetivação do modelo psicossocial, situação esta que implica uma série de questões a serem enfrentadas do ponto de vista ideológico, político e assistencial.

Compreendendo a dimensão da política de saúde mental e se apropriando de suas diretrizes e instrumentos, é necessário aprimorar e refinar as ferramentas de gestão por dentro da dinâmica do sistema de saúde de forma tal que possa dar conta da complexidade de um processo de desinstitucionalização e responder às demandas advindas do percurso de desmontagem do hospital psiquiátrico à organização da rede.

Consideramos que olhar para a saúde mental, especificamente para os processos de engrenagem do desmonte hospitalar e para a construção de um modelo territorial dentro da realidade brasileira, requer em sua operação, no âmbito da gestão, debruçar-se também sobre os aspectos relativos à dimensão público-privado e às responsabilidades dos ente federados que compõem o SUS.

### ***3.4 AS ENTRELINHAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): AS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS E A RELAÇÃO ENTRE O PÚBLICO E PRIVADO***

Recorrendo à história do sistema brasileiro de saúde, é importante ressaltar que as relações intergovernamentais neste campo iniciam mais enfaticamente sua configuração a partir da constituição do SUS com o princípio da descentralização. A relação entre o público e privado, por sua vez, se dá a partir de diferentes cenários político-assistenciais que refletem tempos e tendências colocadas pela posição do Estado no campo das políticas públicas.

A fim de melhor compreender a afirmativa acima, faremos um recorte histórico tomando o período militar como ponto de partida. Isto porque, na versão de muitos autores, essa época é considerada crítica para o agravamento das questões da saúde, dentre outras, e, paradoxalmente, devido às lutas sociais pela redemocratização do país, importantes para a abertura de espaço em relação à mobilização de intelectuais, técnicos e movimentos sociais em prol de uma reforma sanitária.

Escorel, Edler e Nascimento (2005) retratando o período citado afirmam que a centralidade da gestão do sistema de saúde e o predomínio financeiro frente a uma

burocracia técnica induziram uma crescente mercantilização da saúde baseados num modelo curativo e contributivo, deixando à margem uma série de cidadãos, dentre eles trabalhadores informais e rurais.

Neste cenário, observa-se pouca priorização da saúde pública com tímidos investimentos financeiros e altas taxas de mortalidade - um período em que a rede privada ganhava força.

Na década de 1970, a assistência médica financiada pela previdência social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Entretanto, prestados pelas empresas privadas aos previdenciários, os serviços médicos eram pagos por Unidade de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção. A construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com dinheiro público, mais especificamente com recursos financeiros da Previdência Social, associado ao enfoque da medicina curativa, foi concomitante à grande expansão das faculdades particulares de medicina por todo o país (ESCOREL, EDLER e NASCIMENTO 2005, p.61).

Bahia (2005) aponta a existência de 3.157 hospitais e 192.673 leitos no final de 1970. Observamos que uma das áreas da medicina com maior crescimento da rede privada hospitalar foi a da psiquiatria.

Amarante (1997) revela que, em 1977, 96% dos recursos gastos com saúde mental eram destinados à rede hospitalar e o restante à rede extra-hospitalar (ambulatorial).

A política de privatização do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) era acompanhada de um expressivo lobby no interior e em torno de sua máquina administrativa, o que afastava qualquer possibilidade de inversão na política de compra de serviços. Assim, enquanto os leitos psiquiátricos públicos passaram de 21.079 em 1941 para 22.603 em 1978, os privados passaram de 3.034 para 55.670 no mesmo período. O crescimento maior destes últimos foi observado a partir do final dos anos 60: em 65 existiam 100 hospitais privados conveniados, enquanto em 1979 este número chegava aos 276 (IDEM, 1997, p.167).

Conforme as ideias de Bahia (2005), é no contexto de crescente privatização da saúde que nasce o movimento de reforma sanitária, em meio a uma onda de questionamentos e proposições de mudanças na reestruturação das questões de saúde, passando pela alteração das normas, revisão da natureza institucional,

composição e distribuição de serviços de saúde, relações da saúde com outros setores e participação da sociedade nas deliberações.

É nesse sentido que mais adiante se constitui o SUS, trazendo no seu bojo os princípios definidos pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988a) de:

- a. Universalização – a saúde como direito – extensão do acesso a todos os brasileiros em território nacional, o que coloca o Estado como detentor dessa responsabilidade e explicita o seu dever para com a saúde.
- b. Equidade – garantia da igualdade respeitando as diferenças no âmbito das necessidades da população no que se refere à oferta e ao acesso à saúde.
- c. Integralidade – um sistema resolutivo capaz de articular ações de promoção, prevenção e recuperação/ reabilitação.
- d. Descentralização – descentralização das ações de saúde do âmbito federal para estadual e municipal mediante construção de co-responsabilidade de todas as instâncias de governo na gestão do SUS.
- e. Participação popular – garantia de participação da sociedade nas deliberações acerca da saúde, construção de demandas e da direcionalidade da política (formulação e planejamento).

Bahia (2005) afirma que o redirecionamento dos recursos financeiros para estados e municípios e a abertura da saúde para participação popular na perspectiva de cumprir o mandato da universalização associados à ocupação de cargos estratégicos do Governo por integrantes de partidos de esquerda e movimentos sociais reorientou a política de privatização engendrada pelo regime autoritário e pelo sistema previdenciário.

Na operação do SUS, instrumentos legais passaram a regular e nortear as relações intergovernamentais no sentido de efetivar a descentralização e moldar a relação entre público e privado, dos quais podemos citar: o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS (Brasil, 1988b), as Leis orgânicas 8080/90 (Brasil, 1990a) e 8142/90 (BRASIL, 1990b) e as normas operacionais básicas (NOBs) de 1993 (Brasil, 1993) e 1996 (BRASIL, 1996), definindo a engenharia do novo sistema de saúde, o SUS.

O relatório da 8ª CNS em relação à reformulação do sistema nacional de saúde aponta o SUS como o principal objetivo:

(...) com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta a progressiva estatização do setor. Os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público (BRASIL, 1988b, p.385).

Analisando tal premissa, verificamos na proposta a presença de uma indução à descentralização que, a nosso ver, vai fundar as relações intergovernamentais no SUS.

Isso é bem demarcado pela NOB 96 (BRASIL, 1996) ao redefinir papéis e responsabilidades de cada esfera de governo, criando novos instrumentos gerenciais e condições para gerir o SUS nos diferentes níveis e atrelando ao repasse de recursos financeiros fundo a fundo, já instituído pela NOB 93 (BRASIL, 1993). Como avanço nessa esfera, temos recentemente o Pacto pela Saúde<sup>5</sup> em 2006 e 2007, que embora não operado na sua totalidade, se configura como uma tentativa de construção de maior autonomia financeira e política dos municípios mediante estabelecimento de compromissos de gestão no sentido de avançar com o processo de descentralização.

Campos (2007) aponta como um dos desafios para a sustentabilidade do SUS a criação de mecanismos organizacionais capazes de definir responsabilidades (macro e micro-sanitária) dos entes federados com estabelecimento do “encargo” com compromissos e co-financiamento na relação intergovernamental.

Podemos dizer que as relações intergovernamentais no SUS mediante compartilhamento de responsabilidades e transferência de poder decisório e financeiro estão na pauta do momento do sistema e se configura como viés

---

<sup>5</sup> O Pacto pela Saúde através do pacto pela vida (prioridades de saúde), pelo SUS e pela gestão, consiste no fortalecimento do SUS com a radicalização da descentralização e integralidade. Busca a mudança na lógica de gestão: da normatização e habilitação para adesão, compromisso com resultados e responsabilidade e mudança da lógica de financiamento: de blocos para incorporação de teto financeiro atrelado aos compromissos assumidos por cada gestor (BRASIL, 2006a).

importante para a realização de enfrentamentos que se colocam para sua sustentabilidade.

Retomando a citação anteriormente referida do relatório da 8ª CNS, observamos também aspectos relativos à relação público-privado, que desenha para o Estado um papel mais forte no processo de regulação. Isso vai ser abordado pela lei orgânica 8080/90 (BRASIL, 1990a) ao definir no segundo parágrafo do artigo 4º que “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde – SUS, em caráter complementar“, delineando referências claras para essa relação no capítulo II, a saber:

Art. 24 Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde – SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo Único A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 26 Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde – SUS.

Fica evidente em que patamar deve ser montada a relação entre o público e privado, porém, indagamos se ao longo dos anos da operação do sistema proposto foram criados mecanismos e fluxos para garantir de fato a universalização e responsabilização dos gestores na perspectiva apontada. Bahia (2005) afirma que a regulação das interfaces entre o público e privado não entrou de forma central na agenda de debates.

As articulações e contraposições entre as políticas governamentais presumidamente destinadas a maximizar a equidade e aquelas voltadas à visualização dos processos de acumulação de bens e serviços privados de saúde continuam pouco visíveis e quase sempre sombreadas por acepções sobre uma possível expansão do SUS regulada apenas pelo incremento de recursos financeiros. A implementação de uma política sistêmica de regulação de preços orientada pelas necessidades de saúde, a busca de padrões crescentes e universais de qualidade e humanização da atenção, monitorada por indicadores de desprivatização e desmercadorização das relações entre cidadãos, profissionais e instituições de saúde, a participação das instâncias subnacionais na regulação dos planos e seguros de saúde e a adoção de barreiras ao livre trânsito de agentes e interesses entre as instituições públicas e empresas privadas constituem pontos de uma agenda essencial à expansão

das coberturas do SUS e dos direitos à saúde e cidadania (IDEM, 2005, p.446).

Embora a autora esteja se referindo prioritariamente à relação *público e privado*, focando os planos e seguros de saúde, consideramos suas ponderações pertinentes também para a dimensão da relação com os prestadores conveniados ou contratados do SUS.

Importante ressaltar que no campo da saúde mental, área do presente estudo, a ausência ou fragilidade dos processos regulatórios se agrava ainda mais, especialmente porque uma grande parte da prestação de serviços contratados pelo SUS se concentra na rede hospitalar filantrópica ou privada, calcada num modelo hospitalocêntrico, cuja existência se encontra em fase de redirecionamento, como já discutido anteriormente.

Apenas na virada do milênio, com o desenvolvimento de algumas portarias normativas e do Programa Nacional de Avaliação Hospitalar/ Psiquiatria (PNASH/ Psiquiatria) e a Proposta de Reestruturação da Assistência Hospitalar em psiquiatria é que a regulação dos prestadores de saúde mental começou a se delinear de forma mais contundente no âmbito nacional. Isto porque toda legislação da década de 1990 norteava os gestores nessa relação no que se refere à compra e oferta de serviços, mas as iniciativas e intervenções ficavam muitas a cargo dos gestores locais, trazendo para o bojo da política nacional de saúde mental mudanças pouco impactantes em relação à reconfiguração do modelo na perspectiva da regulação, na nossa percepção.

Entendemos que ao longo do trabalho, há a necessidade de lançar mão de instrumentais que fazem parte da intervenção mais dura do sistema em relação aos processos de descredenciamento de hospitais privados ou filantrópicos ligados ao SUS. Por outro lado, também consideramos não ser possível fazer enfrentamentos mais complexos sem uma pactuação entre as instâncias governamentais, dadas as implicações jurídicas, dentre outras, e a necessidade, na maior parte dos casos, de reforço técnico, político e financeiro para organização da rede territorial e a viabilização das propostas de desinstitucionalização.

Nesta perspectiva, o que cabe então aos gestores? Dependendo da sua sustentabilidade política num dado governo, tem-se uma capacidade de poder e controle capaz de induzir processos de mudança e promover o enfrentamento dos obstáculos.

Referindo-se a este assunto, Merhy (2002) sinaliza esta capacidade como: a de formular política na arena institucional, controlar financiamento público, fazer uso de aparato estatal, de induzir o uso de tecnologias, de criar mecanismos de acessibilidade aos prestadores, de produzir possibilidades governamentais oriundas das relações entre os diferentes atores, redefinindo permanentemente potências e regras.

O ato de gerenciar implicará sempre disputa de projetos e requer para uma efetiva transformação de cenários certa flexibilidade e dinamismo no sentido de permear os elementos técnicos e não técnicos na constituição de uma “sabedoria prática” (AYRES, 2004).

A engrenagem do desmonte de uma instituição manicomial concomitantemente a uma montagem de uma rede territorial são questões chaves postas no debate da saúde mental no SUS.

## **4. CAMINHO METODOLÓGICO**

### ***4.1 DISCUSSÃO METODOLÓGICA***

A partir das idéias de Minayo (1996), tomamos a pesquisa como uma atividade científica pautada na capacidade de elaborar indagações em prol da construção de conhecimento da realidade precisamente atreladas à vida prática. Para isso, optamos por um desenho metodológico de abordagem qualitativa, considerando a necessária articulação dos aspectos objetivos e subjetivos para construção de compreensão dos fenômenos estudados.

Dada a complexidade do objeto em questão e a necessidade de definir um caminho mais consistente e transparente, realizamos a triangulação de métodos, permitindo a multiplicidade destes e de técnicas para ampliação e complexificação dos possíveis olhares e uso de diferentes instrumentos de coleta de dados. Utilizamos, portanto, a entrevista, diário de campo e análise documental de forma articulada.

Simultaneamente, se buscou um rigor metodológico e o desenvolvimento de uma investigação permeada pela criatividade e flexibilidade, a fim de apreender a complexidade do objeto estudado. Devido ao fato da realidade da nossa pesquisa se restringir a uma unidade de análise, utilizamos a estratégia de estudo de caso objetivando descrever esta unidade em profundidade e em detalhes, seu contexto e sua dinâmica, levando em consideração os vários aspectos e informações advindos do estudo (TOBAR e YALOUR, 2001).

Este trabalho é definido, portanto, como um estudo de caso descritivo, focando-se nos aspectos históricos e operacionais do processo de descredenciamento do Hospital José Alberto Maia, com realização da devida delimitação do campo.

A fim de relacionar a discussão realizada ao presente trabalho, apontamos a teia de técnicas desenhadas e utilizadas em torno da operação desta pesquisa mediante exposição do campo de estudo, coleta e análise de dados.

## **4.2 CAMPO DO ESTUDO**

### **4.2.1 Contextualizando o cenário**

O cenário do estudo em questão está relacionado ao Hospital José Alberto Maia (HJAM), especificamente ao seu processo de descredenciamento desenvolvido pelas três instâncias governamentais no âmbito do SUS (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe).

O referido hospital, inaugurado em 1964 e descredenciado em 2010, de natureza privada sob gestão municipal, caracterizava-se como uma unidade psiquiátrica contratada pelo SUS situada na BR 408, s/n, Km 17 no bairro José Alberto Maia, em Camaragibe.

Conhecido no meio da saúde mental local como “hospital de crônicos” e tendo no passado comportado mais de 1000 leitos, sempre preservou a característica de realização de internações de longa permanência, ou seja, internações de mais de dois anos sem interrupção (CAMARAGIBE, 2009a).

Apresentava nove enfermarias, chamadas de pavilhões, com 572 pessoas internadas no início do estudo, em janeiro de 2010. Estes pavilhões eram distribuídos da seguinte forma: dois femininos (Otávio de Freitas e Joaquim Loreiro) e sete masculinos (Anita Paes Barreto, Aduino Botelho, Alcides Codeceira, Comunidade Vicente Matos, Jarbas Pernambucano, Leonel Miranda e Roberto Agra).

### **4.2.2 Delimitação do campo**

Como delimitação do campo no estudo de caso HJAM, nomeamos a relação das instâncias governamentais do SUS (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe) em prol do descredenciamento desta instituição.

Tomamos como recorte temporal para fins do estudo o período entre a municipalização em 1999 e o desenvolvimento do Termo de Compromisso Tripartite (Pernambuco, 2009a) nos seus primeiros oito meses, considerando o teto máximo do estudo até junho de 2010. O termo citado foi assinado em novembro de 2009

com a explicitação da decisão e compromisso dos entes governamentais para efetivação do descredenciamento do referido hospital.

O recorte para levantamento da história do hospital e das iniciativas de gestão em sua direção foi considerado a partir da municipalização da instituição. Em relação ao estudo aprofundado das estratégias governamentais com fins de descredenciamento do hospital, consideramos o período relativo às propostas pactuadas a partir de novembro de 2009, quando assinado o termo de compromisso anteriormente referido.

### **4.3 COLETA DE DADOS**

Para coleta de dados, como já apontado, utilizamos a entrevista semi-estruturada, diário de campo e análise documental.

Após aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa (ANEXO A) e da assinatura das cartas de anuência (APÊNDICE A) dos gestores das instâncias governamentais envolvidas na pesquisa, foram realizadas as entrevistas. Posteriormente, foi enviada a cada representante governamental uma carta com informativos sobre a proposta e com solicitação de agendamento para execução do trabalho de campo (APÊNDICE B).

Segue abaixo a descrição processual das etapas desenvolvidas no trabalho de campo, assim como os instrumentos aplicados para coleta de dados.

#### **4.3.1 Pesquisa e análise documental**

A análise documental foi realizada pela própria pesquisadora com consultas a documentos fornecidos pelas Secretarias de Saúde de Camaragibe e de Pernambuco, como também pelo Ministério da Saúde.

Foram considerados como documentos importantes para pesquisa e análise aqueles que historiavam a fundação do hospital e seu desenvolvimento enquanto unidade asilar contratada pelo SUS no município de Camaragibe. Outros documentos no âmbito governamental nacional, estadual e municipal relativos ao hospital desde o seu processo de municipalização (1999) também foram avaliados.

Analizamos relatórios, convênios, comunicações oficiais, notas técnicas e portarias, assim como termos e decretos existentes, tanto das instâncias

governamentais, como de outros órgãos envolvidos no processo dentro do recorte temporal apontado no tópico delimitação do campo.

Considerando os aspectos multifacetados que envolvem esta pesquisa, desde a configuração dos atores envolvidos até a complexidade da demanda com dimensões que transitam entre a cultura, saberes e práticas instituídas, elegemos também como fonte documental as questões relativas ao estudo veiculadas na imprensa escrita. Partindo do pressuposto que a pesquisa qualitativa é caracterizada pela centralidade na linguagem e que esta emite sentidos através de diferentes códigos, consideramos com base nas referências da pesquisa de comunicação (Sassoon, 2005) ser possível incorporar esta fonte. Neste estudo de caso, o meio de comunicação exerceu um papel ao pautar por várias vezes o tema, apontando diferentes fatos e posicionamentos que permearam o objeto de estudo, num recorte temporal.

#### **4.3.2 Entrevista com informantes-chaves**

Baseando-se nas idéias de Fraser e Gondim (2004), podemos dizer que as entrevistas se constituem como técnicas principais das abordagens qualitativas, usando a palavra e a relação dialógica para aprofundar questões da realidade e permitindo apreensão de valores, significados e opiniões.

Usamos entrevistas semi-estruturadas, com definição de um roteiro de tópicos indicando perguntas abrangentes no sentido de abrir brechas para as várias impressões do entrevistado.

Realizamos entrevistas com oito (08) informantes-chaves que no processo proposto foram estratégicos para interlocução e construção do estudo, a saber:

- No âmbito nacional – dois (02) representantes da Área Técnica de Saúde Mental e de Atenção à Álcool e Outras Drogas/ Ministério da Saúde foram entrevistados.
- No âmbito Estadual - dois (02) representantes do Governo do Estado foram entrevistados.
- No âmbito municipal – quatro (04) representantes da Secretária de Saúde de Camaragibe foram entrevistados.

As entrevistas se deram na sede das instâncias governamentais apontadas e tiveram como roteiro de questões o conteúdo do APÊNDICE C. Das nove (09) propostas de entrevistas inicialmente previstas no projeto desta pesquisa foram realizadas oito (08), com perda parcial de material relativa a três entrevistas, oriunda de problemas mecânicos no processo de gravação das falas.

Para melhor compreensão do conteúdo das entrevistas, os sujeitos entrevistados foram nomeados por letra, tanto na transcrição, como na descrição das falas no capítulo posterior.

Em relação aos entrevistados, foi entregue a cada um deles a carta de consentimento livre e esclarecimento (APÊNDICE D), seguida de explicações acerca da dinâmica referente à realização das entrevistas. Todas estas foram gravadas e realizadas em local de escolha do entrevistado e de forma presencial. O conteúdo da gravação e dos registros escritos está sob a guarda da pesquisadora e em absoluto sigilo.

Dada a inserção da pesquisadora no processo em questão e relações estabelecidas com os vários atores governamentais nele envolvidos, foi eleita uma terceira pessoa da saúde coletiva, definida e convidada pela própria pesquisadora para realização de forma voluntária das entrevistas, com fins de evitar viés no estudo.

Suas observações e elaborações foram apreendidas a partir de anotações no seu diário de campo quando ela mesma ocupava o cargo de Gerente de Atenção à Saúde Mental do Estado de Pernambuco com implicação direta na condução do processo em estudo.

### **4.3.3 Diário de campo**

Usamos abordagens dos registros de diário de campo, uma vez que a própria prática profissional se constituiu como fonte de informações fundamentais para a pesquisa a partir das sistematizações realizadas, o que demandou também uma constante reflexão sobre a prática desenvolvida.

Minayo (1996) afirma que o diário de campo é onde o pesquisador detalha a rotina de trabalho realizada, um instrumento que viabiliza registro de percepções, angústias, questionamentos e informações que não são fornecidos por outros meios.

A coleta de dados se deu na tentativa de apreender a dimensão das estratégias no campo da gestão, enfocando as articulações políticas, orçamentos, desenhos de intervenção e recursos humanos.

Outra esfera norteadora da coleta de dados foi a dos cuidados dirigidos diretamente aos pacientes internados na perspectiva da desinstitucionalização, pontuando o processo de trabalho desencadeado junto aos pacientes (cuidados clínicos, proposta terapêutica, cuidados básicos para sobrevivência, articulação com os recursos para além do hospital e os investimentos direcionados às famílias).

#### **4.4 ANÁLISE DE DADOS**

A perspectiva qualitativa busca a tradução da configuração singular dos indivíduos e grupos, o que aponta para uma leitura dos dados coletados voltados para os aspectos históricos, de contexto e dos atores envolvidos – pesquisador e pesquisado.

Deslandes e Assis (2002, p.206) afirmam que essa perspectiva “não se destina à interpretação de fatos, mas, à interpretação das interpretações dos atores sobre os fatos, as práticas e as concepções”. Falamos da construção de uma interpretação conceitual que se forma na leitura interpretativa do mundo social, considerando um trabalho empírico.

No que se refere à dimensão mais subjetiva, apontamos em relação à análise de dados, no que diz respeito à carga complexa do objeto, que a melhor forma de compreender as informações obtidas é situando-as radicalmente em seus contextos.

Neste sentido, usamos para a análise de dados o método hermenêutico – dialético proposto na obra de Minayo (1996). O método propõe uma análise do contexto e dos discursos. A autora defende que a produção final de uma pesquisa deve ser compreendida numa perspectiva provisória e aproximativa.

Como passos para análise de discurso, percorremos os caminhos:

- a. A seleção e leitura de documentos de diversos âmbitos relativos ao estudo em questão.
- b. A transcrição das entrevistas pela própria pesquisadora com detalhamento do conteúdo de áudio e elaboração de notas analíticas simultaneamente.

- c. Escuta por repetidas vezes das gravações, acompanhada de leitura do material transcrito, com esforço de construir uma “mentalidade analítica” conforme descrito por Sheinkein apud Gill (2002).
- d. A construção de uma codificação baseada na proposição do projeto desta pesquisa, qualificado em abril de 2010, e no universo dos conteúdos produzidos nas próprias entrevistas. Constituímos uma espécie de categorização das informações coletadas para fins de análise, a saber: a compreensão do processo, estratégias de gestão (de desconstrução do hospital e de formação de rede), estratégias clínicas (processo de trabalho junto aos pacientes), estratégias políticas (de construção de sustentabilidade do processo) e repercussões do processo.

Tomamos como referência para a análise: os sentimentos dos atores, as propostas desenhadas, as operações, as variáveis surpresas do processo, implicações do trabalho desenvolvido, utilizando para cada dimensão as referências do marco teórico exposto.

A etapa de análise de resultados se constituiu como a mais delicada, visto como já registrado anteriormente o envolvimento da pesquisadora com o processo proposto para o estudo. Consideramos que, ao mesmo tempo em que foi importante refletir sobre a prática viva, foi também melindroso o imbricamento da pesquisadora com o objeto estudado.

Esta situação gerou num determinado momento um emaranhado de sentimentos e reflexões, porque ora existia uma proximidade significativa e um sentimento de pertencimento ao processo, ora uma auto-análise crítica na tentativa de afastamento do objeto e de minimização da direcionalidade do olhar. Uma vivência que durante a análise de resultados foi intensificada produzindo a cada fase discutida uma série de indagações a si própria, um exercício metodológico importante.

Neste sentido, reconhecemos a existência de uma forte identificação entre pesquisadora e objeto e um determinado viés ideológico adotado na abordagem teórica. Lévi-Strauss apud Minayo (1996, p.14) afirma que “numa ciência, onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador, ele mesmo, é uma parte de sua observação”.

Para enfrentamento dos dilemas citados de forma previsível foram propostos pelo projeto desta pesquisa e pela banca de qualificação, além do espaço já pré-definido de orientação, algumas indicações para validade da análise dos resultados, dada a complexidade não só do estudo, mas da inserção da pesquisadora no mesmo.

Assim, com fins de validar o estudo, utilizamos a triangulação de métodos e dados, usando também várias fontes de informações e realizamos discussões com outros atores não envolvidos na pesquisa para exposição dos “pontos cegos” (FLICK, 2009).

Foi realizada uma discussão virtual durante a etapa de análise de dados com dois interlocutores acadêmicos definidos juntamente com a orientadora. A referida discussão se pautou em envio da dissertação parcial para os primeiros a fim de emitirem considerações acerca do capítulo referente à “Descrição, Análise e Discussão de Resultados”. Para isso, as considerações foram refletidas pela pesquisadora com incorporação de alguns aspectos e compartilhadas com a orientadora para discussões e retificações necessárias. Para comprovação do processo os e-mails com os registros das considerações estão arquivados e sob os cuidados da pesquisadora.

No projeto inicial desta pesquisa, havia uma proposição de dois encontros presenciais com os interlocutores acadêmicos acima referidos, um durante o trabalho de campo e outro durante a análise de dados. Considerando que o trabalho de campo se constituiu como a própria vivência da pesquisadora e que este percurso foi marcado por infinitas trocas com atores que transitam entre a gestão e a academia, foi avaliado como desnecessário o momento de discussão com atores externos à pesquisa. Foi priorizada, então, a discussão sistematizada durante a análise de dados, não no formato presencial como recomendado, mas de forma virtual, considerando as limitações de prazos referentes à produção da dissertação e as dificuldades no sentido de conciliar a agenda dos interlocutores, da orientadora e da pesquisadora.

## **5. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Temos como eixo central da análise o Hospital José Alberto Maia (HJAM) e seu descredenciamento: mapeamento e análise das estratégias governamentais e suas repercussões. Para isso, desenvolvemos a seguir a descrição, análise e discussão dos resultados do estudo a partir de recortes temporais que retratam os diferentes momentos políticos do processo com seus percalços, melindres e repercussões.

### **5.1 AS PRIMEIRAS INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS**

#### **5.1.1 As estratégias da gestão municipal**

Em relação à atuação do município, podemos demarcar como primeiras estratégias relativas ao hospital em estudo: a municipalização, o fechamento da porta de entrada e o início do trabalho de supervisão e de controle e avaliação.

O HJAM foi municipalizado em 1999 e em 2002 teve sua porta de entrada fechada através do Decreto 500/02 (CAMARAGIBE, 2002b):

visando à redução gradual de leitos de acordo com as novas orientações do modelo assistencial psiquiátrico, determina que não serão emitidas novas AIHs<sup>6</sup> em substituição de pacientes que receberam alta por quaisquer motivos (IDEM, 2002b).

Em meados de 2001, foi iniciado por parte do município de Camaragibe um trabalho sistemático de supervisão com uma perspectiva mais cotidiana de acompanhar a prestação de serviços ofertados. Isto fica demonstrado na entrevista com representante do respectivo município ao falar do trabalho de supervisão do hospital:

Em... 2001, como supervisora, a gente já tinha atividade. Logo quando a gente iniciou, formou uma equipe de supervisores e aí a gente começou a ver a proposta terapêutica do hospital e aí assim, dentro desta proposta terapêutica tinha os resultados. E a gente foi identificando que não tinha resultados porque não saía ninguém, a alta lá era só por óbitos. Então, a gente começou a cobrar essa melhora na assistência, para que houvesse alta. Só que assim, existia uma resistência muito grande. Praticamente, não existia essa

---

<sup>6</sup> AIH – autorização de internação hospitalar, instrumento de cobrança e pagamento de internações financiadas pelo SUS.

alta. Então, a gente começou. E outro trabalho, fora esse que a gente fazia, era de renovação das AIH quando o paciente tinha alguma intercorrência clínica. Quando voltava para o hospital a gente praticamente renovava a AIH, porque não tinha outra opção de encaminhar eles para outros serviços.” (Sujeito C, representante municipal).

Além de explicitar os primeiros passos da organização de um trabalho de controle e avaliação do hospital, o relato retrata também a resistência da instituição hospitalar em dar altas, assim como a lacuna assistencial no território.

Sobre esta resistência em relação ao procedimento da alta, identificamos que em agosto de 2002 denúncias por familiares e funcionários do hospital chegaram à Promotoria do Estado “acerca da ocorrência de possíveis altas médicas administrativas, praticadas pela Equipe de Supervisão da Secretaria de Saúde do Município” (CAMARAGIBE, 2002a). Isto gerou um Termo de Ajustamento de Conduta que trazia premissas para a Secretaria Municipal de Saúde:

O presente termo de compromisso de ajustamento de conduta tem por objeto a execução de medidas destinadas a assegurar uma melhor qualidade de vida aos portadores de transtornos mentais, internados no Hospital Alberto Maia – Camaragibe/PE, em que as suas respectivas desinternações se tornam uma medida salutar nos termos do que dispõe a Lei n. 10.216/01 (CAMARAGIBE, 2002a).

Ao analisar o documento, percebemos dois pontos a princípio paradoxais: considerações mais complexas acerca do ato de “desinternação”, com processo de responsabilização do município, e, por outro lado, a isenção do hospital sobre suas responsabilidades.

No nosso entendimento, a Promotoria induz a definição de ações para além do que chama de “desinternação”, atribuindo ao processo a dimensão da responsabilidade com a preocupação da garantia de assistência e de dispositivos para reinserção social das pessoas, atentando-se à primeira vista para os princípios da desinstitucionalização com recomendações a serem cumpridas pela Secretaria Municipal:

Comunicação prévia, por parte da compromissária, à Promotoria de Justiça de Defesa de Cidadania de Camaragibe acerca das eventuais indicações de “alta médica administrativa” dos pacientes internados no Hospital Alberto Maia – Camaragibe/PE... Deverá vir acompanhada de um projeto terapêutico para cada paciente, em que a compromissária se responsabilizará, a todo título, pela manutenção dos pacientes desinternados em residências terapêuticas localizadas neste município, em que os mesmos receberão todo o tratamento

psiquiátrico necessário às suas respectivas saúdes (CAMARAGIBE, 2002a).

Em casos de pacientes oriundos do hospital que residiam em outro município, o Termo de Ajustamento ainda afirma que

A compromissária se responsabilizará pelo contido no item anterior enquanto se providencia se for o caso, o seu encaminhamento ao convívio familiar junto à cidade de origem. A compromissária providenciará a distribuição da medicação adequada aos pacientes portadores de doença mental, que foram desinternados... Realizará campanhas de conscientização junto aos familiares dos portadores de transtornos mentais que se encontram internados, conferindo-lhes, inclusive, um incentivo financeiro pelo regresso do paciente ao ambiente familiar. (CAMARAGIBE, 2002a).

Recorrendo ao nosso marco teórico, vemos que um passo importante no processo de desconstrução de uma unidade asilar é desencadear processo para além da desospitalização, ou seja, da alta. É necessária a responsabilização pelos sujeitos, instituindo novas formas de acolher e cuidar no território. Esta indução, a nosso ver, aparece no termo analisado.

Ao mesmo tempo, porém, este aponta atribuições apenas ao poder público, no caso, o município, isentando o hospital com seu corpo institucional da responsabilidade sobre o processo de saída das pessoas lá internadas.

Na nossa percepção, a resistência do hospital em dar altas se constituiu como um conflito básico e permanente do processo, uma vez que a saída das pessoas não trazia à cena apenas as divergentes visões técnicas sobre a questão, mas, também, às implicações desta do ponto de vista também econômico, considerando que alta já se configurava como fechamento de leito sem perspectiva de novos pacientes, dadas as referências do Decreto 500/02 (CAMARAGIBE, 2002b). Claro que outros elementos influenciavam e reforçavam a resistência da instituição, como por exemplo, as dificuldades das famílias em receber seus entes.

Os pareceres dos profissionais do hospital refletem isso quando se colocam, por questões diversas, contrários às altas indicadas pelos supervisores do município, se respaldando muitas vezes na inviabilidade das famílias de receber as pessoas (CAMARAGIBE, 2002a).

Identificamos que o Decreto 500/02 (CAMARAGIBE, 2002b) referido inicialmente, anterior ao Termo de Ajustamento, revela a posição do município de

cobrar a responsabilidade do hospital, daí possivelmente a intensificação dos conflitos

Decreta que os hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS, no município de Camaragibe, deverão estabelecer dentro do seu projeto terapêutico a preparação do paciente para a alta hospitalar. A efetivação de altas hospitalares será considerada um item de avaliação qualitativa do serviço nos processos de supervisão da SSC (CAMARAGIBE, 2002b).

É curioso que neste período o Ministério Público nomeou a equipe do seu Centro de Apoio Técnico (CAT) para realização de parecer dos casos em situações de discordância das altas entre as partes, a fim de subsidiar o promotor quanto à aceitação ou não dos pedidos de saída dos pacientes do hospital.

Analisando estes pareceres emitidos à época anexados ao termo em questão, verificamos que a equipe do CAT se detinha a observar nos dezesseis processos analisados por nós além das características das pessoas avaliadas, o parecer tanto do hospital e da equipe de supervisão para respaldar sua recomendação. Na maior parte das suas posições (quinze das dezesseis), mostrava-se favorável a alta, fazendo para cada caso recomendações quanto ao trabalho com a família e rede territorial para garantir processos facilitadores para reinserção social.

Entendemos que a ação da Promotoria se configurou como uma estratégia voltada para mediação de conflitos neste período, além de reforçar a indicação de algumas das diretrizes da reforma psiquiátrica para o trabalho desenvolvido com as pessoas internadas no hospital.

A proposta do município de Camaragibe trazia no seu bojo uma prática de supervisão que associava qualidade a projetos terapêuticos capazes de viabilizar altas, trazendo à tona também a responsabilidade do prestador e o início de uma ação de regulação por parte do município.

Começam a serem evidenciadas, na nossa perspectiva, as várias disputas e forças que por muito tempo iriam perdurar em nome do bem estar das pessoas internadas, trazendo no seu bojo questões econômicas, políticas e paradigmáticas, sobretudo.

Neste período, fica evidente que no âmbito governamental os esforços advinham, em sua grande parte, da gestão municipal, e que a primeira decisão nasce dessa esfera no mesmo decreto, a saber: “Decreta estabelecer a redução

gradual de leitos psiquiátricos no município e sua substituição por serviços substitutivos ao hospital” (CAMARAGIBE, 2002b).

Uma decisão que assinala a saída dos pacientes como um caminho possível, atrelando a necessidade de construir outras possibilidades ao apontar serviços substitutivos e, ao mesmo tempo, a explicitação de um compromisso a ser assumido pelo município.

Isto nos remete à discussão realizada no marco teórico sobre o desenvolvimento de um raciocínio gerencial coerente com o paradigma psicossocial, que aponta o elemento da responsabilização como primordial para abordar problemas complexos.

Outro aspecto que nos chama atenção é a direcionalidade da política municipal desde então, quando no decreto com a última citação aqui colocada demonstra consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, reafirmada e recomendada através da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica 11.064/94 (PERNAMBUCO, 1994).

### **5.1.2 As estratégias da gestão federal**

Num primeiro momento, consideramos como estratégias do Ministério da Saúde, com repercussões para o processo em estudo, a elaboração do Programa de Avaliação da Assistência Hospitalar (PNASH) através da Portaria Ministerial 251/02 (BRASIL, 2002a) e o pedido de intervenção no HJAM em 2004.

Em 2002, com a instituição do PNASH, o trabalho de supervisão sistemática ganha força no âmbito nacional, iniciando no campo da psiquiatria de forma mais contundente uma forma de regulação da assistência prestada, atrelando avaliação de qualidade ao financiamento. Na nossa compreensão, isto gerou um acirramento das disputas de interesses e desdobramentos para cenários mais duros, como o de Camaragibe.

Resgatando a discussão realizada no marco teórico com Amarante (1997), vemos que, ao longo da história, o sistema público apostou numa política de privatização centrada no modelo hospitalar e curativo e que a psiquiatria foi uma das áreas que mais se beneficiou com este cenário. Consideramos que esta situação somada à ausência de regulação discutida por Bahia (2005), exerceu também uma

influência na perpetuação de internações de longa permanência até os dias de hoje, além, é claro, de todas as questões paradigmáticas.

A nova condução do Ministério da Saúde em relação a prestadores parece responder um pouco às recomendações do relatório da 8ª CNS (BRASIL,1988b) ao indicar a necessidade de expansão e fortalecimento do setor estatal nos diferentes níveis.

No nosso crivo, a medida do PNASH reforçou a ação que já vinha sendo desenvolvida pelo município em relação ao trabalho com o hospital. Trouxe respaldo legal e elementos para moldar os aspectos que não respondiam às orientações básicas da assistência em saúde mental e à ação para o trabalho de desinstitucionalização e diminuição de leitos. Ampliou as responsabilidades para além do município, instituindo tal demanda como sendo dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal).

Os relatórios do PNASH nos anos de 2002 e 2004 evidenciaram uma acentuada baixa na qualidade da assistência ofertada.

Analisando o relatório de 2002 (CAMARAGIBE, 2002c), tendo o hospital neste período 964 pacientes internados, observamos que as questões que vão se constituir como alvo de denúncias em 2008 e 2009 já eram retratadas. Em relação a um dos pavilhões desta unidade, encontramos:

Existe uma área ao lado dos dormitórios onde foi observado fezes espalhadas. Em um armário do posto de enfermagem foi encontrado um grande saco com tiras de panos e que haviam sido identificadas pelos auxiliares como “as roupas das pacientes”; em outro da mesma ala verificamos roupas enfiadas no fundo, algo molhadas, com cheiro ruim, misturadas com pentes e pedaços de plástico (...). (CAMARAGIBE, 2002c).

Referindo-se ainda às condições gerais do hospital

A maior parte do hospital possui camas de madeira em péssimas condições, e no momento da vistoria, todos os estrados se encontravam molhados em contato direto com os colchões... Segundo informações de uma das nutricionistas não é permitido repetir a comida, sendo o cardápio do jantar composto por cuscuz e sopa. No livro da ata das reuniões das chefias do hospital, existem referências ao emagrecimento de vários pacientes... Chama a atenção a quantidade de pacientes solicitando alta hospitalar, o número elevado de óbitos dentro do hospital (27 casos de abril de 2001 a março de 2002), os comentários de uma profissional em uma reunião de chefias: “só falta o rock, porque o sexo e as drogas rolam

soltas” em referência ao hospital a partir das 16:00 horas ficar abandonado... (CAMARAGIBE, 2002c).

Esta situação de aparente abandono e precariedade nos remete a pensar sobre a discussão de Ongaro (1985) ao falar das implicações da instituição psiquiátrica total no que se refere à objetivação do sujeito no plano-institucional e à negação de valores que o define diferentemente da forma como a instituição o nomeia e do lugar que ele é colocado.

Compreendemos que o lugar e a função do hospital ao mesmo tempo em que transmitia uma mensagem à sociedade acerca da loucura, reforçando determinadas formas de concepção, concomitantemente eram legitimados por esta, seja através do poder público quando alimentou de alguma forma via financiamento sua existência, seja pela ciência com a produção de conhecimento sobre o tema e suas direcionalidades, seja pelas famílias que também apresentavam suas questões e interesses.

Chamam-nos a atenção os registros, no relatório referido anteriormente, relacionados às famílias e à sua forma de organização

Pela descrição contida nas atas, as reuniões com os familiares mais parecem palanque para a Associação de Familiares e Amigos dos Doentes Mentais – PE, do que para o hospital e seus profissionais realmente trabalharem alguma questão importante dos seus pacientes com seus familiares (CAMARAGIBE, 2002c).

Tal relato nos remete a pensar sobre as disputas de posições e jogo de forças envolvidas no processo, o que é explicitado em entrevista:

Houve muitas tentativas de intervenção naquele processo, e desde o início muita resistência. Então, já fui algumas vezes à Recife, já fiz visitas ao hospital e a gente via que tinha... Bom, primeiro, a grande resistência foi da própria equipe da direção do hospital. Fizemos muitas reuniões, eu própria participei de algumas, de reuniões muito ostensivas, de muita agressividade. Era sempre muito tenso o processo. Participei de reuniões no Conselho Municipal de Saúde quando, foi até uma coisa muito impactante para mim, uma coisa que não esqueço, chegou um ônibus na porta do conselho, familiares do hospital trazidos pelo dono do hospital, se colocando contrários à Reforma, falando contra os programas de desinstitucionalização, de que isso não valia a pena para o paciente (Sujeito E, representante do Ministério da Saúde).

Em 2004, com a existência de 870 pacientes, o hospital recebeu vistoria para realização de um novo PNASH por representação das três instâncias de governo, desta vez com acompanhamento dos diferentes conselhos de classe (Psicologia,

Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Serviço Social, Fonoaudiologia, Farmácia, Enfermagem e Nutrição) e Comissão Estadual de Reforma da Política de Saúde Mental, onde as questões visivelmente se agravaram, a saber:

A comida não tem bom aspecto. Os pacientes reclamaram muito da qualidade, da frequência de diarreia. A Vigilância Sanitária do município encontrou carne deteriorada, mal acondicionada e sem selo de inspeção... Não há estoque suficiente de lençóis para a quantidade de pacientes... Foi encontrado faixa de contenção no chão de uma enfermaria, e um paciente em cama de cimento, se batendo contra a mesma, sem nenhuma proteção... De outubro de 2003 a março de 2004 ocorreram 16 óbitos e 16 transferências para hospitais clínicos... Eventos sentinela: tuberculose, hansen, AIDS, fraturas ósseas, abscessos, furunculoses e diarreias (CAMARAGIBE, 2004).

A integração de outros atores às vistorias parecia se configurar como uma estratégia de compartilhamento do problema e ampliação da discussão para além do âmbito governamental.

Em setembro de 2004, o Ministério da Saúde anunciou através do ofício 1.141/04 (Brasil, 2004c) o resultado do PNASH 2004, afirmando:

É importante registrar que, em conformidade com o disposto na Portaria SAS n. 251, de 31 de janeiro de 2002, nos casos em que o hospital tiver obtido percentual entre 40 e 61% da pontuação, será oferecido, o prazo de 90 (noventa) dias para que a unidade possa se adequar aos critérios exigidos pelo PNASH/ Psiquiatria (IDEM, 2004c).

O Hospital José Alberto Maia teve como resultado 39,4% e não apresentou adequação no prazo estabelecido, recebendo assim indicação de descredenciamento. Em agosto de 2004, o Ministério da Saúde publicou "Documento Síntese da Reunião para Pactuação do Processo de Intervenção nos Hospitais Psiquiátricos" (BRASIL, 2004d), em decorrência da avaliação do PNASH 2002 e 2003/2004:

Diante das dificuldades enfrentadas pelos gestores locais neste processo, este Ministério avaliou como imprescindível uma atuação ainda mais incisiva por parte do gestor federal na implementação das medidas resultantes das aplicações do PNASH em 2002 e 2003/04. O Ministro da Saúde determinou a intervenção nestes hospitais, para o que se convocou esta reunião com participação dos outros níveis gestores diretamente concernidos àqueles estabelecimentos... Definida a adoção de mecanismos legais de intervenção, preferencialmente em consonância com os demais níveis de gestão do SUS, conforme a situação adotar-se-á a impetração de ação civil

pública ou a pactuação de gestão compartilhada para enfrentamento dos processos de readequação das redes de saúde mental daqueles municípios ou regiões, aprofundando a reorientação do modelo de atenção em saúde mental (BRASIL, 2004d).

Neste sentido, foi anunciado através do referido documento intervenção no hospital, dentre outros, através de ação civil pública solicitando autorização judicial para a realização de compras emergenciais e contratação temporária de pessoal, indicando um técnico de referência para o processo de intervenção, apontando como estratégias iniciais:

1. Garantia de imediato a assistência clínica dos pacientes, a fim de reduzir o índice atual de mortalidade do hospital.
2. Processo de desinstitucionalização das pessoas internadas com a concomitante implementação de rede substitutiva de atenção e de Programas de Reinserção Social: serviços residenciais terapêuticos, Programa de Volta Para Casa, atenção e suporte familiar e comunitário.
3. Articulação com o conjunto dos municípios envolvidos (R, O, JG, P, C, CSA, SLM e outros) para identificação das necessidades de criação e/ou fortalecimento das redes locais de atenção (BRASIL, 2004d).

O ano de 2004 foi marcado pela definição de estratégias direcionadas para a diminuição de leitos em macro-hospitais através das portarias ministeriais 52/04 (BRASIL, 2004a) e 53/04 (BRASIL, 2004b), o que na nossa análise favoreceu os processos locais e vai pautar a atuação do Ministério da Saúde de forma mais incisiva junto aos estados e municípios. No que se refere a esta questão, representante do Ministério da Saúde em entrevista relata:

A gente criou em 2002 o programa de avaliação dos hospitais, depois em 2004 teve o programa de aceleração da redução de leitos que era chamado Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar e vários outros mecanismos. O Alberto Maia foi indicado para o descredenciamento pelo PNASH. É um mecanismo interessante porque ele pega estrutura, processo e resultado... Então ele dá um bom panorama mesmo, de como tá funcionando o hospital. E aí, na verdade, o hospital já não tinha boa avaliação antes do PNASH. Já havia denúncia de violação de direitos. No hospital já havia vistorias locais de conselhos e isso seguiu ao longo do processo até hoje. Depois vistoria de vigilância. Então, sempre teve ali uma avaliação muito ruim daquele hospital. Do ponto de vista da Política Nacional ele já é identificado como um macro hospital que é prioridade, inclusive, no fechamento, na redução... já era um foco de preocupação desde a política nacional até a local (Sujeito E, representante do Ministério da Saúde).

Como desdobramento da decisão das várias intervenções por parte do Ministério da Saúde em hospitais psiquiátricos, nascem as portarias ministeriais 2.276/04 (BRASIL, 2004e), criando a Comissão Nacional de Acompanhamento do Processo de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS e a 707/2004 (BRASIL, 2004f), constituindo a Comissão Estadual de Acompanhamento do Processo de Reestruturação da Assistência Hospitalar e de Intervenção do Ministério da Saúde no Estado de Pernambuco, designando como participantes as três instâncias de governo, expandindo a responsabilidade de composição também para os macro municípios da região metropolitana, assim como para a universidade e atribuindo ao gestor estadual a responsabilidade da coordenação dessa comissão.

Na nossa percepção, a partir de 2002, o Governo Federal vai delineando a relação com os hospitais psiquiátricos, dando um direcionamento em prol dos processos de desinstitucionalização mediante proposições de operações mais objetivas. Lembramos que isso possivelmente se deu em função de uma série de situações que colaboravam para este fim: a aprovação da Lei Nacional 10.216/01 (BRASIL, 2001a), a eleição do tema da Saúde Mental pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 2001 e tantos outros aspectos próprios da época que aqui poderiam ser apontados.

Neste cenário, o Ministério da Saúde vai desenhando uma proposta que vai aos poucos materializando também o necessário papel do estado para a resolução do problema e criando mecanismos de incluir os demais municípios de Pernambuco no processo, algo que até o presente momento tinha sido realizado apenas pontualmente ou de forma quase inexistente.

Em 2005, vão se dando outros desdobramentos à espera da definição da justiça sobre o pedido de intervenção por parte do Ministério da Saúde, tais como:

- a. Criação de uma Comissão Executiva com representação intergovernamental para a condução do processo de desinstitucionalização dos pacientes, acompanhando e participando dos trabalhos da Comissão de Levantamento (BRASIL, 2005d).
- b. Criação de uma Comissão de Levantamento com representação municipal, estadual e ministerial para realizar censo do perfil clínico e sócio-familiar dos pacientes internados, cujo instrumento se encontra no Anexo B (BRASIL, 2005e).

- c. Publicação da Portaria Ministerial 397/05 (BRASIL, 2005f), alterando a composição da Comissão Estadual de Acompanhamento do Processo de Reestruturação da Assistência Hospitalar em Pernambuco e Intervenção do Hospital José Alberto Maia, incorporando agora a Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania do Estado de Pernambuco, Secretaria de Justiça do Estado de Pernambuco, Ministério Público, Comissão Estadual de Reforma da Política de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde e mais dois municípios da região metropolitana.

Observamos com estas medidas um desenho que vai fundamentar mais adiante as próximas formas metodológicas para o trabalho dentro do hospital até o seu fechamento. Trata também da ampliação das responsabilidades não só para os entes federados da saúde, mas também para outros setores, e, ainda, para o controle social.

Podemos dizer que esta etapa começa a desenhar estratégias mais formais que viabilizariam o desenvolvimento de processos de desinstitucionalização por dentro do sistema SUS e com desenhos coletivos tripartite, intermunicipais e intersetoriais, apontando mecanismos para a desconstrução do hospital e ao mesmo tempo organização de rede.

A esta materialização, nos remetemos a Merhy (2002) quando teoriza sobre a capacidade do gestor para produzir possibilidades de intervenção governamental, transitando entre a formulação da política, controle de prestadores, dentre outros, e articulação de diversos recursos e atores.

Parece-nos, então, que nos vários cenários, é a articulação das possibilidades do sistema com a potencialização do poder na dimensão da gestão que determina a decisão de se fazer com que de fato se viabilize a operação das ações. É claro que a forma, a qualidade, consistência e impacto destas dependerão de outros elementos que são próprios de cada processo.

Esse emaranhado de portarias, recomendações e pactuações no âmbito nacional parecem iniciar uma indução mais concreta e possível na dimensão da gestão, introduzindo a regulação como pauta e articulando às referências da desinstitucionalização.

Importante registrar que, neste período, várias questões eram colocadas na discussão: dificuldades de relação entre o município de Camaragibe e o prestador,

considerando problemas no repasse de recursos, referência a dificuldades com financiamento na saúde mental por parte dos municípios, mobilizações do movimento social no campo e a realização do “I Encontro Regional sobre Reforma Psiquiátrica: construindo o cuidado e ampliando o acesso” em Campina Grande/PB, onde também acontecia processo de intervenção em hospital psiquiátrico (PERNAMBUCO, 2005).

Vamos observando mais uma vez a existência de vários elementos no processo descrito, o que nos remete à discussão realizada no marco teórico sobre o ato de gerenciar, implicando sempre disputa de projetos e requerendo certa flexibilidade e dinamismo para a transformação dos cenários (AYRES, 2004).

Ao resgatar a história, nos deparamos com etapas, estratégias que na nossa concepção foram sendo experimentadas e maturadas ao longo do tempo para possibilitar o momento futuro do descredenciamento, dada, é claro, a correlação de forças existentes no processo que são capazes de se sobrepôr de acordo com as conjunturas políticas e determinar desdobramentos.

Esta ideia se evidencia na entrevista com a representação do Ministério da Saúde quando retrata o percurso referente ao hospital como um processo de amadurecimento:

Eu acho que existe um processo de amadurecimento mesmo, não vou subestimar esse processo mesmo não, de ir vencendo resistências, mas, também de ir criando certa discussão no estado, sobretudo em Recife. Tinha um caldo de amadurecimento político que foi se dando ao longo desse tempo (Sujeito E, representante do Ministério da Saúde).

Paralelamente às negociações e maturação de estratégias, se observa o elevado número de óbitos dentro da unidade, ou seja, a incongruência entre o tempo político e o tempo das vidas, e considera-se este como um dos indicadores mais agravantes desse histórico. Durante os anos de 2005 e 2008 foram registrados 109 óbitos e alta taxa de transferência clínica por complicações, chegando a mais de 50% das 180 saídas identificadas neste período (CAMARAGIBE, 2009a).

Tal situação nos leva a conceber que o processo de amadurecimento apontado pelo Sujeito E não foi suficientemente ágil para responder aos tempos de preservação das vidas, o que nos remete a uma reflexão sobre o ritmo da gestão, discussão a ser retomada mais adiante.

### 5.1.3 O período de latência

Tendo ao final de 2005 sido negada a solicitação de intervenção numa primeira instância governamental, se inicia até 2007 uma lacuna no que se refere à organização de ações – um aparente recuo e silêncio por parte dos envolvidos.

Neste período é realizada em junho de 2005 uma vistoria no hospital pelo Movimento de Luta Antimanicomial “Libertando Subjetividades” da Rede Internúcleos juntamente com conselhos de classe e OAB. Constata-se nessa ação a existência de violação de direitos humanos e se encaminha com isso, em audiência presencial, ao Ministério Público e Secretaria Municipal de Camaragibe, solicitação de “providências quanto à promoção e defesa de ações emergenciais de reversão do quadro caótico e de total desrespeito aos direitos humanos por qual passam os pacientes” (NELALS/ RENILA e CRP, 2005).

No ano de 2008 o referido movimento elege o dia 18 de maio (Dia Nacional de Luta Antimanicomial) para organização de um ato público “Pernambuco de Luto, Pernambuco na Luta” em protesto contra a morte ocorrida dentro do hospital. Tal ato se estendeu à entrega de uma carta, em audiência presencial, ao governador de Pernambuco, situando os problemas de saúde mental no estado e solicitando investimentos e resolução das questões referentes às instituições psiquiátricas, especialmente o HJAM, com enfoque na diminuição de leitos, desinstitucionalização dos pacientes e averiguação das denúncias de violação de direitos humanos (NELALS/ RENILA, 2008b).

Em meio às mobilizações referidas, começa por parte das esferas governamentais em 2007 até 2008 uma tentativa de negociação com o hospital para estabelecimento de altas progressivas. Neste período se procurava focar: a qualidade da assistência, a diminuição dos óbitos e o trabalho de desinstitucionalização das pessoas internadas (CAMARAGIBE, 2009a).

Havia um interesse particular do hospital em diminuir leitos para alcançar uma classificação que permitisse uma maior diária, e, na nossa avaliação, isso facilitou a retomada do diálogo entre o poder público e o hospital.

#### 5.1.4 As estratégias da gestão estadual

Consideramos que os primeiros passos concretos na dimensão do estado relativos ao hospital se deram entorno da constituição de mecanismos para construção de um modelo local. Inicia-se a etapa de estabelecimento de convênios entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Prefeitura de Camaragibe, centrando esforços no abastecimento de cuidados imediatos para os pacientes relativos à sua sobrevivência, deixando, porém, o processo de desinstitucionalização num segundo plano.

Em 2008, é estabelecido o convênio 066/08 (PERNAMBUCO, 2008a) entre estado e município, com repasse de recursos financeiros no valor de R\$ 980.000,00 (novecentos e oitenta mil reais), destinados à melhoria do atendimento do hospital com a compra de medicamentos, insumos, equipamentos e alimentação para os pacientes a serem realizadas pelo município e entregues à unidade, além de contratação de profissionais para iniciar o trabalho de desinstitucionalização.

Uma das integrantes dessa equipe que desenvolveu trabalho posterior em 2010 em prol do fechamento do Hospital José Alberto Maia ao associar os dois momentos, afirma:

A equipe era mínima de cinco pessoas. Então a gente não dava conta de fazer o trabalho que está sendo feito agora. Então, na realidade, o resultado desse trabalho realizado nesse momento, tem relação sim com a equipe que foi contratada para trabalhar com esse fim (Sujeito B, representante do município).

Na nossa concepção, o enfoque da sobrevivência se deu possivelmente, dentre outros motivos, pela intensificação de denúncias que se acumulavam, como por exemplo, a de uma matéria veiculada na mídia escrita em 2008 com o título “Entregues à Própria Sorte - Contrariando reforma psiquiátrica pacientes são tratados como bichos em hospitais conveniados do Estado”. Uma matéria na qual o diretor do hospital refere que “A situação é extremamente delicada. Espero que o Governo Federal se sensibilize, pois assim os pacientes poderiam ser melhor tratados.” (VASCONCELOS, 2008).

A declaração evidencia o ponto de vista do hospital e em que balizava a explicação referente à situação dos pacientes. Até o final do processo, justificava todos os problemas alegando os baixos valores das diárias pagas pelo SUS como insuficientes para manter a assistência. Nesta perspectiva apresentou em 2009 ao

Ministério Público de Pernambuco uma carta explicitando que acumulou dívidas no montante de R\$ 34.650.533,30, trinta e quatro milhões, seiscentos e cinquenta mil e trinta centavos (HJAM, 2009b), fato este que viria a dificultar mais adiante qualquer tentativa por parte dos Governos de uma nova intervenção pela inviabilidade financeira, uma vez que esta ação implicaria em assumir o passivo do hospital.

A este respeito, o Sujeito C representante do município diz: “Chegou onde chegou não era culpa deles, era culpa do SUS, mas, a gente provou que a gente repassava o dinheiro, então foi a má administração deles que chegou a esse ponto”.

Importante registrar que o referido convênio foi alvo de críticas do controle social, tendo a Comissão de Reforma da Política de Saúde Mental do estado solicitado vista do mesmo ao Conselho Estadual de Saúde.

Objetivando intensificar a discussão sobre a situação das pessoas internadas no hospital, dentre outros motivos, o Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades passou a assumir a secretaria nacional da Rede Internúcleos e realizou denúncias junto à Ouvidoria do Ministério Público Estadual.

Após vários contatos junto ao Governo do Estado para resolver a situação de violação de direitos humanos por que vem passando os pacientes do Hospital José Alberto Maia, recorremos a essa ouvidoria na tentativa de solucionar o problema e dar conhecimento das constantes irregularidades que identificamos...(NELALS/RENILA, 2008a).

A equipe contratada com recursos deste primeiro convênio juntamente com outros atores participantes da operacionalização das ações voltadas para a desinstitucionalização dos pacientes afirma em relatório:

Que este convênio embora tenha mudado a vida de 16 pacientes e provocado a mobilização dos municípios e de movimentos sociais, compreendemos que ele nesta formatação não é estruturante para a mudança da situação precária em que vivem os pacientes do HJAM. Entendemos que este tipo de modelo é apenas um paliativo. Resolve algumas questões financeiras do hospital, mas, não muda a realidade das pessoas portadoras de direitos que lá estão internadas, dado que: os óbitos continuam acontecendo em número significativo, sem, portanto, a redução do índice de mortalidade; que as questões relativas à hotelaria, alimentação e de higiene permanecem precaríssimas; que a assistência clínica prestada é de baixa qualidade, considerando o número pequeno de funcionários e demissões continuadas frente ao contingente de pacientes - **589** (CAMARAGIBE, 2009a).

Ao analisarmos os vários documentos, vamos constatando uma desresponsabilização da direção do hospital e o agravamento da situação, assim como pressões por parte do Ministério Público, movimento social, conselhos de classe e imprensa.

O Conselho Regional de Medicina de Pernambuco após vistoria ao hospital, através do ofício 001027/09 (CREMEPE, 2009) vai demandar a Secretaria Estadual de Saúde:

Neste sentido, vale salientar que cerca de um terço dos pacientes internados são oriundos do município de Recife e o restante provenientes de outros municípios do Estado, com predominância da área metropolitana e a minoria da própria cidade de Camaragibe. Esta situação já ensejou discussões nas esferas do Conselho Estadual de Saúde, Ministério Público Estadual e Federal e Ministério da Saúde, através de consultoria local, sem que providências concretas tenham sido viabilizadas no sentido de enfrentamento à triste realidade em que se encontram os pacientes ali internados. Considerando que a situação vigente no Hospital José Alberto Maia contraria todos os princípios dos direitos humanos inclusive a Lei Federal N. 10.216 de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, solicitamos a V. Exa posicionamento atual dessa instituição face à grave situação exposta (CREMEPE, 2009).

Parece ser inaugurado um momento onde se constata nos diversos âmbitos, que a complexidade do problema demandava esforços de outras esferas para além do município de Camaragibe e onde se coloca para a gestão estadual a responsabilidade da condução, trazendo ao cenário uma necessária revisão das relações intergovernamentais em jogo.

Diante do crescente agravamento da situação dos pacientes, o Ministério Público do Estado realiza recomendação conjunta com o Ministério Público Federal à Secretaria Estadual de Saúde:

Que adote as medidas necessárias para suprir o Hospital Psiquiátrico José Alberto Maia, de todos os recursos necessários ao funcionamento de um hospital, inclusive gêneros alimentícios, em caráter complementar;

Que encaminhe relatório circunstanciado a Promotoria da Justiça de Camaragibe com atribuição na Promoção e Defesa da Saúde, sobre as medidas adotadas, no prazo de 10 dias úteis a contar do recebimento desta recomendação. (PERNAMBUCO, 2008b).

Em abril de 2009 é realizado um novo convênio na mesma perspectiva do 066/08 (Pernambuco, 2008a), o 025/09 (Pernambuco, 2009b), contemplando o mesmo objeto e valor, sem no entanto primar pela contratação da equipe para apoiar o processo de desinstitucionalização.

Compreendemos que em 2008, depois de uma lacuna em termos de intervenções mais concretas, ressurgiu em meio a uma série de mobilizações fora do âmbito governamental uma tentativa de retomada do processo centrada na sobrevivência dos pacientes. Contudo, não havia uma posição mais clara quanto ao destino dos mesmos e do hospital.

Paradoxalmente, distanciado da meta da desinstitucionalização e do fechamento do hospital, percebemos que vão sendo criados, pela primeira vez, mecanismos específicos de financiamento por parte do estado através de convênios para o processo em questão. Desenha-se certo protagonismo do mesmo, diferentemente do momento anterior alavancado pelo Ministério da Saúde na oferta de condições e direcionamento, tendo o município agora não só como co-participante do plano de ação, mas o executor propriamente dito.

## ***5.2 AÇÃO TRIPARTITE: A DECISÃO POLÍTICA DO DESCREDENCIAMENTO***

Com o contexto dos últimos acontecimentos, desde a tentativa de intervenção por parte do Ministério da Saúde as instâncias governamentais começam a retomar a ideia de entrar na instituição, agora na perspectiva de uma proposta de gestão técnica-administrativa do hospital (CAMARAGIBE, 2009b).

Neste sentido, vai se maturando a nova proposição, chegando ao consenso entre as instâncias governamentais (municipal, estadual e federal) sobre a necessidade de descredenciar o hospital e desenvolver um trabalho de gestão clínica dos pacientes. É assinado o Termo de Compromisso Tripartite (PERNAMBUCO, 2009a), que vem explicitar a decisão de descredenciamento num prazo de seis meses a partir da data da assinatura (17-11-09), podendo ser renovado por igual período.

Constitui objeto do presente instrumento a assunção pelo Poder Público, a saber, pelo município de Camaragibe com apoio da Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde, da gestão clínica dos pacientes do Hospital José Alberto Maia, com progressivo processo de desinstitucionalização e posterior descredenciamento do

Hospital, através do desenvolvimento de trabalho (PERNAMBUCO, 2009a).

A retomada do processo por parte do poder público depois de uma trajetória histórica não linear parece agora focar a desinstitucionalização dos pacientes e o conseqüente fechamento do hospital como alvos a serem alcançados.

O termo em questão traz dois pontos a nosso ver cruciais: um relativo ao apoio financeiro e técnico a ser desenvolvido pelo governo estadual e federal e o outro é o foco do trabalho com as devidas responsabilidades.

O documento afirma que à Secretaria Municipal de Saúde caberia o fornecimento de três refeições: a contratação de equipe multiprofissional de apoio para desenvolver conjuntamente com a equipe do hospital os cuidados clínicos com fins de diminuição do número de agravos e óbitos, bem como o aceleração do processo de desinstitucionalização.

Tais cuidados envolvem avaliação e acompanhamento dos pacientes, de apoio multiprofissional, definição da proposta terapêutica (medicação, tratamento clínico, abordagens psicossociais), alta e trabalho com a família (PERNAMBUCO, 2009a).

Estabelece ainda que

(...) a Secretaria Estadual de Saúde, com o apoio do Ministério da Saúde, realizará trabalhos de articulação e pactuação com prefeitos e secretários de saúde dos municípios da região metropolitana e interior de Pernambuco, com o objetivo de implantação de moradias – residências terapêuticas e/ou desenvolvimento de proposta de retorno dos pacientes ao seio familiar. Com a progressiva saída dos pacientes, o Hospital José Alberto Maia será descredenciado do SUS (PERNAMBUCO, 2009a).

Percebemos a preocupação no sentido de responder a um processo de desinstitucionalização, uma vez que a proposta nos modos colocados parece buscar, resgatando Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), uma transformação da instituição hospitalar em prol de uma reorganização sanitária no momento que as diretrizes do termo apontam tanto para projetos terapêuticos como para uma ação mais política de ampliação de rede territorial.

Consideramos esse termo como um divisor de águas no processo, uma vez que depois da tentativa de intervenção será a primeira vez em que se explicita a decisão política pelo descredenciamento do hospital e se desenvolvem recomendações que vão desde a resposta de demandas emergenciais para o bem-

estar dos pacientes (presentes em propostas anteriores) até a organização de rede para efetivação da desinstitucionalização, além do que traz para o âmbito das esferas governamentais o desenho de uma intervenção articulada e com responsabilidades pré-definidas:

Eu acho que com a assinatura do termo houve uma pactuação legítima do processo. Antes houve algumas tentativas desse processo, até do descredenciamento, mas, com esse compromisso firmado entre os três níveis, das três instâncias, pactuado, assinado e com a possibilidade desse recurso financeiro que foi pactuado entre o estado e Ministério da Saúde, com execução do município, possibilitou a viabilidade do processo. Além do compromisso firmado, houve a viabilidade de poder contratar mais profissionais. Porque antes, a gente contava com a articulação da supervisão com os municípios em parceria com o estado, mas, a gente não tinha recursos humanos suficientes para está lá dentro, para está pactuando, para ter essa equipe que hoje tem de profissionais (Sujeito D, representante do município).

Na perspectiva do município, o Termo Tripartite (Pernambuco, 2009a) trouxe a possibilidade real de realizar o processo, considerando seu interesse e suas limitações. A fala retrata como um fator importante a contratação ampliada de profissionais para desenvolver a proposta desenhada.

Entendemos que o referido termo expressa além da decisão, o papel dos entes federal e estadual na obrigatoriedade de dispensar recursos políticos e financeiros para o município de Camaragibe, possibilitando ao mesmo a operação com governabilidade sobre o processo. Uma das representantes do município comunga de tal percepção:

Então era necessária uma articulação bem maior não só junto ao estado como ao Ministério, porque o município por si só não tinha pernas para poder está fazendo um trabalho de desospitalização daquelas pessoas que estavam ali internadas. Vieram consultores do Ministério da Saúde, o próprio Estado começou a chegar, digamos assim, de uma forma bastante tímida, chegou de forma intensa agora... Tem a questão da vontade política, principalmente de duas instâncias governamentais que é a estadual e a federal. (Sujeito C, representante do município)

Na perspectiva do Ministério da Saúde, o diferencial nessa etapa foi o protagonismo do Estado:

O processo lá demorou muito tempo para desenrolar porque tinha uma indefinição muito grande: o papel do estado, o município titubeava muito – às vezes ele bancava, ele recuava.... Teve mudanças de secretário ao longo desse processo e só foi possível

agora mais recentemente, a partir do ano passado, quando: o estado assumiu o seu protagonismo fortemente, o município entrou, com o apoio dos dois entes e o ministério que desde o início já estava se colocando. Então eu acho que só foi possível quando os três entes entraram... (Sujeito E, representante do Ministério da Saúde)

Associando tal experiência à nossa construção teórica, nos remetemos a Campos (2007) ao discutir sobre a sustentabilidade do SUS, apontando a necessidade de definir responsabilidades no âmbito macro e micro-sanitário das diferentes esferas do sistema, com estabelecimento de compromissos e co-financiamento na relação intergovernamental.

Para tal articulação, “a decisão” é fundamental. Trazendo à tona este elemento discutido no marco teórico em relação aos processos de gestão, podemos dizer que para enfrentamento de processos duros é a tomada de decisão que atualiza os projetos e possibilita acontecer (AYRES, 2004).

Dadas as análises iniciais podemos dizer que se inaugura uma nova etapa a partir do Termo de Compromisso Tripartite (PERNAMBUCO, 2009a), que vai demandar o desenho de estratégias produzindo questões e repercussões.

Diante das dimensões de negociação e viabilização financeira e política, verificamos que a operacionalização do termo vai ser centrada nos esforços do estado e município. Podemos explicar tal fato pela própria natureza do papel da instância federal dentro do SUS, o que é retratado em entrevista:

Então a gente vai, induz, mas, tem um recuo para seguir o papel do estado e município. É um acompanhamento que às vezes é muito próximo, mas, tem que haver o distanciamento. O papel é de indução mesmo, mas, também de fortalecimento das outras instâncias. Eu entendo que é importante, mas, tem outras formas de acompanhar. Criar condições e viabilidade do processo acontecer, é o que é nossa tarefa aqui e que muitas vezes fica uma tarefa meio invisibilizada, invisível. Entende? De correr atrás para cadastrar aqueles usuários, de correr atrás para pagar... às vezes amarra na estrutura. Acho que era legal registrar um pouco o que é que tem de subjetivo por trás dessa função federal que também tem uma implicação muito grande e de sentir parte desse processo (Sujeito E, representante do Ministério da Saúde).

Voltamos mais uma vez à discussão da relação intergovernamental que no SUS vai se constituindo ao longo do tempo com o processo de descentralização e trazendo para a pauta da gestão a necessidade de inovar nas pactuações e intervenções, mas garantindo uma sintonia para viabilizar os processos operacionalmente.

Parece que a questão aqui colocada é que a operacionalização de certas instâncias é marcada por uma dimensão invisível, mas fundamental para sua viabilização através do tecimento, no cotidiano, de ações diretamente voltadas para o objeto de intervenção, tornando-o, assim, visível.

A partir desta afirmativa, retomamos a operacionalização do termo que ao ser desdobrado na sua materialização provoca a construção de um cronograma de trabalho antes mesmo de sua efetivação, com a realização de alguns passos na dimensão referida da invisibilidade, que, no nosso crivo, parecem ao ser desenhados e desenvolvidos contribuir para constituição de um cenário propício para desenvolvimento das referências do termo, dando assim materialidade ao processo.

a. Publicização da questão e da decisão

Dada a visibilidade do problema e a compreensão da complexidade na construção de respostas, o primeiro passo após assinatura do termo foi publicizar o problema e a decisão tomada a fim de, como nos parece, não só dar conhecimento, mas, principalmente, implicar o maior número possível de seguimentos da sociedade.

Para isso, anteriormente à própria assinatura do termo (no mês anterior), houve uma redefinição da condução e dinâmica da Gerência de Atenção à Saúde Mental do estado e articulação de universidades, Ministério Público, movimento social e controle social para discussão do problema e do novo caminho que se mostrava.

Isto fica evidente quando em matéria publicada por um jornal de circulação na cidade (Jornal do Comércio, 2009), o então secretário estadual de saúde também vice-governador declara:

Vamos cumprir a desinternação com planejamento, sem desamparar ninguém. Nenhum paciente ficará na rua. Acontece que tínhamos de dar uma solução definitiva a uma crise que se arrastava por dez anos. Não podíamos mais empurrar com a barriga.

Esta afirmativa nos remete a olhar para a trajetória do processo no período de 2002 a 2009, anteriormente discutido. Traz outra explicação em relação ao tempo histórico, embora não excludentes. Diferentemente da análise do amadurecimento sob a ótica da leitura do “período de latência”, assume a forma de ausência de

decisão para o enfrentamento de fato do problema: a desinstitucionalização dos pacientes e descredenciamento do hospital.

Importante registrar que dada a visibilidade do fato e explicitação do possível descredenciamento do hospital, as forças em jogo emergem novamente, produzindo críticas e diferentes sentimentos especialmente nas famílias e nos pacientes, principalmente no que se refere ao futuro. Isso fica claro numa audiência pública na Assembléia Legislativa sobre a Saúde Mental no estado:

“O problema é que estão desativando os leitos nos hospitais sem ter sido implementada a nova política”, criticou o deputado autor da audiência pública. “Temos vários exemplos, entre eles estão o hospital Alberto Maia, em Camaragibe, o HNSG em Aldeia e o HT, que se nada for feito é mais um a ser fechado”. Sem condições para cuidar do irmão, a dona de casa M.J.B.L. disse que vai lutar para que o hospital Alberto Maia, onde J.B.L. está internado há 18 anos, não feche. “Ele tem distúrbios mentais desde criança. Dos 58 anos de vida, passou 38 internados em hospitais psiquiátricos. Ele não reconhece as pessoas e nos momentos das crises tentou me matar várias vezes. Estamos lutando para o hospital não fechar. Ali é a casa deles”, ressaltou M.J. (ELOI, 2010)

Como outra ação de publicização, podemos registrar a audiência aberta no Ministério Público no mesmo dia da assinatura do ato, com representação das três esferas governamentais para dar conhecimento à Promotoria sobre a decisão e proposta para enfrentamento do problema dos pacientes do Hospital José Alberto Maia (PERNAMBUCO, 2009c).

Esta estratégia nos remete à discussão realizada no marco teórico ao tratar o compartilhamento como um elemento a ser considerado no campo da gestão, no sentido de partilhamento de responsabilidades, de idéias, de recursos para desenvolvimento de processos mais complexos.

Na nossa perspectiva, a publicização exigiu também a atualização do cenário para respaldar e legitimar a decisão. Para isso, se recorreu à Vigilância Sanitária, cuja natureza é inquestionável, para mais uma vez comprovar a realidade em discussão. É o que explicitamos a seguir.

#### b. Inspeção sanitária

Foi realizada uma inspeção sanitária no hospital, enfocando, dentre outros, os aspectos de recursos humanos, alimentação, água de consumo, estrutura física, conservação, limpeza, manutenção e assistência farmacêutica.

A conclusão emitida foi a de que:

O hospital José Alberto Maia apresenta irregularidades em todos os setores, verificando-se situações de extrema gravidade, que precisam de urgentes intervenções, até simples não conformidades, que dependem apenas de um gerenciamento eficiente para correção. O somatório das irregularidades constatadas em todos os setores do hospital não garantem uma assistência digna aos portadores de transtornos mentais, além de agravar mais ainda a situação de saúde dos pacientes, impossibilitando alcançar sua recuperação e inserção na família, no trabalho e na comunidade (PERNAMBUCO, 2009d).

Percebemos que o documento em si não traz informações diferenciadas dos últimos relatórios de vistoria (PNASH, 2002; 2004). Entretanto, de forma mais contundente, evidencia a situação precária da instituição, enfatizando as irregularidades e riscos. Entendemos que a inspeção sanitária se constituiu para respaldar a decisão de entrar no hospital.

Outra inspeção volta a acontecer em fevereiro de 2010 após algumas semanas da entrada no hospital de representantes da prefeitura, chegando às mesmas conclusões (PERNAMBUCO, 2010b). Entendemos que esta inspeção funcionou com a mesma lógica, sendo agora também de comprovar as informações emitidas pela equipe da prefeitura que entrou no hospital.

O que percebemos é que o diálogo sobre a questão em estudo com a sociedade se deu pelo viés da subcondição a que as pessoas eram submetidas dentro do hospital. A condição de ser paciente psiquiátrico ainda se colocava nas várias discussões como polêmica, mas terminou num segundo plano, dada a gravidade das questões sócio-sanitárias e a situação de abandono das pessoas internadas. Na nossa compreensão, foi a linguagem referente aos direitos humanos, privilegiada pelos entes federados para abrir o debate.

Dada a decisão e sua explicitação, assim como as articulações para construção da legitimidade desta, se iniciou uma nova etapa que se caracterizava pela elaboração de mecanismos que viabilizassem a proposta.

#### c. Mecanismos para repasse de recursos financeiros

Foram criados mecanismos para repasse de recursos financeiros a Camaragibe por parte, neste primeiro momento, do estado e Ministério da Saúde. O estado repassou para o município, através do convênio 149/09 (PERNAMBUCO, 2009e), o valor de R\$ 1.200.000,00 (um milhão e duzentos mil reais), visando:

A gestão clínica dos pacientes do hospital, especificamente para contratação de equipes interdisciplinar, bem como o fornecimento de refeições e aquisição de medicamentos destinados aos pacientes do referido hospital (PERNAMBUCO, 2009e)

O Ministério da Saúde, por sua vez, repassou igual valor por outro mecanismo, usando o saldo do aumento das diárias, dada a hospitais psiquiátricos em 2009 através da portaria ministerial 426/09 (BRASIL, 2009a). Considerando que o Hospital José Alberto Maia por ter indicação de descredenciamento não poderia ser reclassificado, e, conseqüentemente, receber aumento de diárias, o Ministério da Saúde realizou repasse deste saldo para custear a entrada no hospital. Na verdade, tal estratégia apenas construiu outra forma de repassar o aumento, uma vez que o recurso destinado ao município também seria utilizado para intervenções dentro da própria instituição.

Considerando a preparação para operar o trabalho de forma mais concreta numa dimensão macro, se fazia necessária também a articulação com o hospital, seus atores, para diluir as resistências (nota de diário de campo).

#### d. Aproximação com o hospital

Conforme anotações de diário de campo, identificamos que foram realizadas reuniões para apresentação da decisão e proposta à direção e funcionários do hospital, assim como aos familiares dos pacientes internados. Este passo consistiu na construção de uma pauta de conversas com os atores citados que, durante o processo, apresentaram entendimentos e posturas diferentes.

Neste momento, a direção parecia mostrar-se conformada com a decisão, continuando a justificar o problema pela questão dos baixos valores das diárias, sem nenhuma crítica a sua possível responsabilidade sobre o agravamento da situação do hospital (nota de diário de campo).

Apresentava, a nosso ver, o discurso de uma disponibilidade em contribuir, mas, ao mesmo tempo, uma atuação de pouco comprometimento com as responsabilidades que lhe cabiam: hotelaria, infra-estrutura, higienização e garantia de funcionários para o desenvolvimento do cuidado.

Esta afirmativa é construída a partir da análise do documento de uma audiência pública no Ministério Público em abril de 2010 (CAMARAGIBE, 2010a), onde encontramos a seguinte declaração de representante da prefeitura:

(...) o hospital continua recebendo as AIHs – Autorização de Internação Hospitalar, mesmo após a entrada da equipe de desinstitucionalização, mas, não estão fornecendo devidamente material de limpeza/higienização e água nos bebedouros... (CAMARAGIBE, 2010a).

Em relação aos funcionários, percebemos que a preocupação existente era também com o emprego, além, é claro, de toda dor pelo fechamento do hospital, ao qual estiveram vinculados anos e anos. Isso vai provocar diferentes comportamentos em relação ao trabalho, ora ambivalentes, ora de cooperação, ora de boicote. Na mesma audiência, ainda encontramos como declaração de representante da prefeitura:

(...) o porteiro não deixa as famílias entrarem nos pavilhões do hospital quando as equipes da prefeitura estão presentes, a fim de evitar uma aproximação da equipe com a família dos pacientes. E que alguns funcionários passam informações erradas sobre o trabalho da Prefeitura no local para os familiares dos pacientes, o que dificulta o trabalho das equipes (CAMARAGIBE, 2010a)

Sobre o assunto o representante do hospital declara:

(...) os profissionais de saúde do Hospital Alberto Maia estão desmotivados com o trabalho porque existe a expectativa de demissão diante do anunciado fechamento do hospital (CAMARAGIBE, 2010a)

Ao mesmo tempo, é importante registrar que alguns funcionários passam a contribuir e até a se candidatar a trabalhar como integrantes da equipe de desinstitucionalização, participando das seleções realizadas pelo município. Esta situação gerou uma série de conflitos dentro do hospital. Em audiência pública, afirma o representante deste:

09 (nove) funcionários foram demitidos do hospital e foram admitidos através de seleção pública na equipe de desinstitucionalização da prefeitura, o que está sendo um dificultador, tendo sido esta queixa trazida pelo serviço de enfermagem (CAMARAGIBE, 2010a).

Em relação a esta mudança de posição dos funcionários, lembramos as considerações de Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) ao falar que um processo de desinstitucionalização começa dentro da instituição manicomial com o seu desmonte e que isto implica em reconversão de recursos. Ter uma mudança de entendimento, de compreensão e postura por parte dos funcionários e uma conseqüente absorção destes pelo município parece demonstrar a aplicação desta teoria. Porém, na

prática, esta situação foi vivenciada pelo corpo institucional, aparentemente, como trocar de lado. Talvez este sentimento tenha emergido porque a aposta do trabalho em questão não foi, na sua essência, por falta de governabilidade total do processo e por escassez dos recursos, centrada nas possibilidades institucionais já existentes.

Então, o hospital, ele em si só, não existe mais, existe enquanto estrutura, enquanto a necessidade de se manter, enquanto a gente viabiliza a saída de todos (sujeito D, representante do município).

Retomando a questão da estratégia das reuniões, outro ator buscado foi “a família”, que na sua maioria travou uma postura de resistência, ora preocupada em não “desospitalizar” os pacientes, ora preocupada em não fechar o hospital. Para a maior parte delas não se concebia a possibilidade de saída das pessoas de dentro do hospital para viver em sociedade, e o hospital era referenciado como o lugar adequado (notas de diário de campo).

Isso fica evidente na fala de representante do município em entrevista ao se referir à resistência da família:

O difícil é porque a instituição tinha um papel, que era o papel de: entrou não sai mais. Inclusive, existe um termo no prontuário, quem pegar no prontuário...Se o paciente for a óbito e a família não aparecer, não for localizada, se faz o sepultamento. Então assim, essa família tinha isso garantido, que ele entrava e não saía mais. Entrou no Alberto Maia é até morrer. (sujeito D, representante do município).

Considerando a complexidade do problema, a primeira estratégia desenhada para as famílias foi a realização de grandes assembleias, o que não funcionou, dada a euforia, a revolta, a resistência que não permitia, neste primeiro momento, qualquer diálogo (notas de diário de campo).

A primeira questão era “não” ao fechamento do Alberto Maia e representantes do governo eram chamados de mentirosos ao se referirem às condições dos pacientes dentro do hospital. Assim, a estratégia seguinte adotada foi o investimento em abordagens mais individuais e de pequenos grupos para trabalhar os aspectos do ponto de vista psicossociais e a formação de uma comissão de representantes de familiares para desenvolvimento das discussões políticas. Mais adiante, voltaremos a aprofundar esta discussão.

Tendo a construção de um cenário, se inicia o trabalho propriamente dito, preconizado através de quatro estratégias, a partir da nossa apreensão, definidas

em tempos diferentes, mas, desenvolvidas simultaneamente, a saber: *requisição parcial de serviços, organização dos serviços territoriais, transinstitucionalização e articulação política.*

### **5.2.1 Requisição parcial de serviços**

Através do Decreto 005/2010 (Camaragibe, 2010b), o prefeito de Camaragibe em janeiro de 2010 discorre sobre a “requisição parcial dos serviços” do hospital José Alberto Maia. Tal ação consistiu na entrada da Secretaria Municipal de Saúde no hospital, que passou a assumir a condução terapêutica do trabalho realizado junto aos pacientes e a responsabilidade no fornecimento dos insumos como medicação e alimentação para garantia do bem estar dos mesmos. O documento aponta o alto índice de mortalidade, a relevância do problema no campo da saúde pública e da psiquiatria, a necessidade de uma atuação emergencial para preservar a vida das pessoas internadas e o termo de compromisso firmado como justificativa para o ato a deficiência das ações ofertadas pela instituição com notório prejuízo e riscos para vida humana.

A decisão teve como base o entendimento de que a missão primordial a ser desenvolvida dentro do hospital era a de proporcionar:

(...) cuidados clínicos envolvendo avaliação e acompanhamento dos pacientes, definição da proposta terapêutica - medicação, tratamento clínico, abordagens psicossociais, alta e trabalho com família (CAMARAGIBE, 2010b).

A requisição parcial de serviços, inspirada no modelo de intervenção num hospital psiquiátrico no estado do Rio de Janeiro, teve um prazo inicial definido de 180 dias e priorizou um conjunto de ações para possibilitar a gestão do cuidado dentro do hospital no âmbito da clínica, e não administrativo.

Ao analisar o referido decreto os registros de diário de campo e o conteúdo das entrevistas, consideramos que esta estratégia implicou em subestratégias na perspectiva de garantir a totalidade deste cuidado, a saber: fornecimento diário das três refeições e de medicamentos; co-responsabilização do hospital no processo e a gestão clínica dos cuidados aos pacientes.

Para responder aos objetivos deste estudo, nos deteremos à descrição das sub-estratégias, enfocando suas características e analisando seus significados, potências e limitações.

#### **5.2.1.1 Fornecimento de refeições e medicamentos**

Esta estratégia trazia como foco a questão da sobrevivência e se configurava como essencial para subsidiar os cuidados clínicos e psicossociais a serem desenvolvidos, uma vez que pessoas alimentadas e medicadas além de receber outros cuidados, teriam chances de menor adoecimento e de morte.

Mas, ao longo do processo, vai ficando evidente que o simples fornecimento de tais insumos não garantia uma adequada aplicação. Isto fica explícito numa declaração de representante da prefeitura em audiência no Ministério Público:

(...) alguns funcionários se recusam a dar as medicações e injeções aos pacientes, mesmo prescritas, havendo casos de técnicos de enfermagem conterem os pacientes, de forma espacial, trancando-os sem indicação médica... como também casos de sedarem os pacientes durante a noite para não serem incomodados pelos mesmos (CAMARAGIBE, 2010a).

#### **5.2.1.2 Co-responsabilização do hospital**

No decreto em estudo, temos:

Obrigatoriedade, da direção e equipe do hospital, de cumprimento imediato de toda e qualquer solicitação e/ou informação relativa aos pacientes internados no Hospital José Alberto Maia. Abstenção, por parte dos gestores e empregados do HJAM, de qualquer ato que, direta ou indiretamente, possa obstruir o trabalho ou causar algum transtorno à atuação da equipe multidisciplinar de apoio. A direção do hospital deverá manter os quantitativos da equipe técnica mencionados no inciso II do Art. 20 deste decreto, assim como as condições de funcionamento de seu prédio com o fornecimento de energia elétrica, água potável, limpeza das instalações, infraestrutura elétrica e hidráulica, conservação e segurança predial, vestuário individual, roupas de cama, mesa e banho suficientes para a totalidade dos pacientes (CAMARAGIBE, 2010b).

Em dezembro de 2009, o Ministério Público define em audiência elaborar um termo de compromisso a ser firmado entre estado, município e hospital sobre as

ações para descredenciamento (PERNAMBUCO, 2009f), que não será efetivado, dada a negação da direção do próprio hospital em assiná-lo.

Compreendemos que a recusa vai explicitar uma contraposição ao processo. É como se o hospital por não ter mais o mesmo poder de articulação política como no passado, uma vez que a sua própria situação se tornou indefensável constituísse outra forma de responder: não se colocar e não cumprir com o que lhe cabia.

Durante todo o processo, a direção administrativa do hospital se ausenta e se cala, instituindo apenas uma direção clínica que até o fechamento do hospital vai se comprometer em colaborar com o processo (nota de diário de campo).

Considerando as várias dificuldades encontradas junto ao hospital no cumprimento de sua responsabilidade e todas as exigências do Ministério Público para que os entes federados dessem conta de todas as questões em janeiro de 2010 a Procuradoria Geral do Estado solicita providências à Promotoria em relação ao chamamento da instituição psiquiátrica às suas competências, a saber:

O respeito à ordem jurídica não é tarefa de um só, seja Poder Judiciário, Legislativo ou Executivo (federal, estadual e municipal). Por isso, causa certa surpresa que – no meio desse delicado processo – em que, a juízo do Ministério Público, constataram-se evidências de violação a direitos humanos, o próprio Ministério Público de Pernambuco entenda não lhe caber adotar nenhuma medida e, ao mesmo tempo, exigir única, paradoxal e exclusivamente dos entes federados a solução do problema criado. Sabe-se, é verdade, que se cuida de uma instituição hospitalar de natureza privada. Porém, o manto da personalidade jurídica (de direito privado) não se torna obstáculo intransponível a que essa respeitável instituição, que tão prontamente insta o estado a adotar providências em relação ao Hospital Alberto Maia, não adote qualquer medida judicial ou extra-judicial para instar seus administradores e colaborarem com as medidas corretivas que se procuram implementar. Essa interpretação, sem sombra de dúvida, espanca qualquer dúvida eventual sobre a legitimação do MPPE, para atuar diretamente no caso, o que desde já fica requerido, a adotar tantas providências quanto necessárias a fim de cooperar e colaborar com os Entes Federados na solução buscada, em construção e execução pelos Entes, para o Hospital Alberto Maia – atitude que se espera de entidade revestida de tão relevante missão institucional, a teor do que reza o art. 127 e seguintes da Constituição (PERNAMBUCO, 2010a).

Tal situação, o não cumprimento do hospital com suas responsabilidades e a ausência de mecanismos de cobrança para tal nos remete à vivência de 2002, quando assinado um termo de ajustamento com o município de Camaragibe, onde o

primeiro não é citado como também responsável pelo processo de desospitalização das pessoas internadas.

Olhando para este contexto, vêm à nossa mente algumas indagações: Por que a dificuldade de fazer o setor privado assumir responsabilidades? Por que numa situação de crise que envolve prestação de serviços do privado para a esfera pública, quase sempre apenas o último assume todos os ônus? Entendemos que a fragilidade na cobrança dos compromissos do setor privado pode ser explicada como advinda da ausência histórica de processos regulatórios por parte do poder público e de certa subserviência no sentido de não instituir mecanismos mais duros na dimensão do controle e avaliação.

Reconhecemos a existência de outras explicações para as indagações realizadas se fossemos avaliar as perspectivas de diferentes atores, assim como as do próprio hospital. Possivelmente teríamos como justificativa o subfinanciamento dos serviços prestados e a responsabilidade do Estado sobre a população, o que não se insere no nosso foco de análise, uma vez que a nossa leitura se baseia num determinado contexto e a partir das instâncias governamentais, materializadas neste caso pela Procuradoria Geral do Estado.

Outro aspecto identificado no documento analisado é o pleito de uma necessária ação complementar entre os poderes executivo, legislativo e judiciário para enfrentamento de situações com a característica e complexidade apresentadas.

### **5.2.1.3 Gestão clínica dos cuidados**

A gestão clínica pode ser discutida a partir de três subações: a contratação de equipe multiprofissional complementar à equipe do hospital, a definição de uma coordenação geral para conduzir os processos técnicos desenvolvidos pela equipe contratada pela prefeitura e a instituição de uma junta médica.

#### **5.2.1.3.1 Contratação de equipe multiprofissional**

Esta equipe<sup>7</sup> foi contratada na perspectiva de complementar a equipe do hospital, composta por 51 profissionais e chamada de “equipe de

---

<sup>7</sup> A equipe era composta por “05 assistentes sociais, 05 psicólogos, 08 enfermeiros, 20 técnicos de enfermagem, 04 terapeutas ocupacionais, 07 médicos (04 psiquiatras – sendo 01 cedido pela

desinstitucionalização”. Entrou na instituição com a função de desenvolver de forma complementar os cuidados clínicos.

O trabalho desta equipe funcionou, a nosso ver, como o coração da requisição parcial de serviços. Foi a prática cotidiana dos profissionais desta equipe que deu o caráter operacional às idéias desenhadas para a metodologia de cuidado e ação dentro do hospital. A fim de proporcionar melhor compreensão, ousamos realizar discussão desta atuação, subdividindo as ações em relação:

- a. À organização do processo de trabalho
- b. Ao hospital.
- c. Aos pacientes.
- d. Às famílias.
- e. À rede externa ao hospital.

- a. À organização do processo de trabalho

A distribuição da equipe se deu por pavilhão. Parece-nos que a ideia foi a de diluí-la dentro do hospital para apreender a dinâmica institucional e ter acesso aos vários espaços, formando uma teia de cuidados e de interligação. Isto é evidenciado na fala de uma das pessoas entrevistadas:

(...) quando você entra com a equipe multidisciplinar bem maior, ampliada, você consegue disseminar o seu trabalho no hospital como todo. Porque quando nós entramos tinham uns 525, certo? Então, o que foi que a gente fez? Eram 525, a gente disseminou o trabalho... Quando você divide o trabalho não pesa para ninguém e a gente acaba construindo uma grande teia e é por isso que a coisa flui (Sujeito B, representante do município).

A referida equipe entrou no hospital no dia 25/01/10 após dois dias de oficinas para discussão da proposta, da temática da desinstitucionalização e das referências para o trabalho, apontando inicialmente como metodologia:

(...) oferta de abordagens aos pacientes e familiares, leituras de prontuários, circulação nos espaços para identificação de situações problemas e desenho de estratégias de enfrentamento (PERNAMBUCO, 2010c).

A diretriz principal era o investimento na relação com o paciente porque se acreditava que a partir disso todos os desdobramentos poderiam acontecer. Um

exemplo disso são as anotações de diário de campo que registram acordos construídos em relação a tal dinâmica entre as instâncias governamentais.

Para a organização do processo de trabalho se apontava o desenvolvimento das seguintes ações: plenária semanal com os pacientes, reunião de família semanal, atividades terapêuticas e reunião de equipe. Na nossa perspectiva, havia uma busca de uma atuação interdisciplinar capaz de possibilitar o compartilhamento de responsabilidades.

(...) se você trabalhar numa equipe multidisciplinar todo mundo senta numa mesa e vai discutir o paciente. Você deixa o COREN de lado, o CRM, CRP. Então, todo mundo é igual e todo mundo tem o direito de discutir. O que foi fundamental neste processo foi o trabalho da equipe multidisciplinar. (Sujeito B, representante do município).

Observamos através dos registros de campo que, inicialmente, era realizado um convite aos funcionários do hospital para a reunião técnica semanal da equipe de desinstitucionalização, a fim de discutir conjuntamente estratégias terapêuticas e os projetos dos pacientes de forma processual. A proposta desta interação, entretanto, não veio a acontecer efetivamente, dada uma divisão entre ambas dentro da instituição, demandando o apoio dos conselhos de classe para mediar os conflitos que emergiam de diferentes formas.

Nossa compreensão é de que havia uma espécie de dupla condução em relação aos pacientes e familiares, algo que não era explícito e direto, mas demarcado, como uma disputa na arena institucional. Isto fica claro quando uma das entrevistadas ao relatar a conduta da equipe do hospital junto à família retrata a existência de um jogo que se estabelecia no âmbito da comunicação.

Tivemos dificuldades com a equipe do hospital: por algumas pessoas ter medo de perder o status, o emprego ou por não acreditar. A dificuldade maior também era: as famílias tinham um vínculo muito forte com a equipe do hospital, com o hospital. Então assim, elas escutavam muito mais a equipe do hospital que diziam: eles vão ficar pela rua, a equipe da prefeitura vai tomar o cartão do benefício... Inventavam mil histórias porque aí criavam uma resistência muito grande das famílias de estarem nesta discussão de uma nova proposta. (Sujeito B, representante do município).

Estabelece-se uma cisão entre as duas equipes, salvo algumas parcerias que conseguiram ser realizadas com funcionários do hospital e que posteriormente passariam a compor a própria equipe da prefeitura.

Contudo, visualizamos que para desenvolver o trabalho, atender à missão de efetivar o processo de desinstitucionalização em meio a uma dinâmica marcada por dificuldades e conflitos, o caminho foi de investimento na própria equipe de desinstitucionalização, com alianças entre si e uma discussão cotidiana dos objetivos. Aparentemente, era constituída neste cenário a função da coordenação do processo para manter vivas as idéias, no âmbito da equipe, que norteavam o trabalho:

A importância de a gente está o tempo todo no processo de discussão... Porque existe a diferença: desospitalizar é tirar do hospital, mas, desinstitucionalizar é trabalhar todo comportamento voltado... que era o comportamento que mais a instituição impôs, que eles tiveram como aquilo dali. Trabalhar a equipe nesse sentido para que ela não alimentasse mais esse sentimento institucionalizado dos pacientes e das famílias. Porque assim, às vezes quando você está dentro do processo, se você não tiver numa discussão o tempo todo, se capacitando, você termina reproduzindo. Acaba sendo engolido. Então, uma das coisas que a gente tem um pouco de trabalho, é com a equipe técnica, não digo com todos, mas, uma parte (Sujeito C, representante do município).

Em relação aos fluxos de comunicação, dado o número de profissionais, a complexidade do trabalho, a dinâmica e dimensão do hospital, foi criado um grupo virtual, incluindo todos os trabalhadores da equipe de desinstitucionalização para troca de informações, discussão de algumas situações e realização de orientações.

#### b. Ao hospital

A entrada da equipe no hospital, os primeiros contatos e vivências foram registrados e produziram relatórios no início de fevereiro de 2010, diagnosticando a situação da unidade nas primeiras semanas, focando: estrutura física, roupa hospitalar, recursos humanos, aspectos gerais da assistência e prontuários. A novidade que o relatório traz em relação a documentos anteriores é o detalhamento de alguns aspectos:

Os postos de enfermagem mais parecem um lugar de livre circulação onde estão os prontuários, roupas, vasilhas de comida, medicamentos acondicionados em potes muito sujos, denotando a precariedade da limpeza. Alguns quartos com fezes no chão.

Foram encontrados no quadro funcional do hospital: 03 terapeutas ocupacionais, 03 assistentes sociais, 03 psicólogos, 76 técnicos de enfermagem, 08 enfermeiros, 01 farmacêutico, 01 nutricionista, 20 médicos (02 clínicos assistentes e 06 psiquiatras plantonistas e 12

assistentes). Observa-se que a carga horária da maior parte dos funcionários é bastante restrita, especialmente no que se refere ao corpo médico que faz a assistência.

Ausência de métodos contraceptivos, de barreira e hormonal, tendo identificado-se a princípio situação de duas gestações, das quais uma das mulheres já pariu; irregularidades nos horários da administração de medicação; identificação de três pacientes privadas de circulação... dependendo de uma diarista para monitorar a saída da enfermaria; rotinas rígidas quanto ao recolhimento dos pacientes as enfermarias após o horário das refeições; ausência de rotina de vacinação e de prevenção de alguns agravos; indisponibilidade de água potável para consumo – “os pacientes bebem água de baldes espalhados pelos pavilhões. A maioria não dispõe de canecas próprias, sendo as poucas disponíveis partilhadas por todo coletivo” (PERNAMBUCO, 2010c).

Em relação a talheres, pratos, roupa de cama e banho e vestuário são assinaladas as condições de precárias e insuficientes (PERNAMBUCO, 2010c).

Entendemos que tal diagnóstico teve uma função organizadora para a equipe, uma vez que foi a partir da sistematização dele que sentimentos puderam ser trabalhados e o protejo de trabalho readequado. Ao entrar no hospital, existia a proposição de uma série de ações que precisaram ser adiadas para que o foco fossem as questões de sobrevivência dos internos. Naquele momento, era necessário fortalecer a equipe para lidar com esta situação e todas as suas limitações, já que a condução administrativa da instituição não era deste segmento e sim da direção do hospital. Tal dinâmica fez com que muitas das questões aqui levantadas não tivessem uma intervenção adequada dentro dos prazos estabelecidos, trazendo prejuízos ao processo de trabalho (notas de diário de campo).

#### c. Aos pacientes

Sendo alarmante a situação diagnosticada pela equipe, neste cenário a metodologia de cuidado passa a pautar a sobrevivência e diminuição de agravos, num primeiro momento.

Priorização da sobrevivência com dignidade, focando no primeiro momento aquisição e o uso regular de vestuário para os pacientes, higienização do ambiente e melhora das condições básicas da ingestão de água potável e de fonte adequada (PERNAMBUCO, 2010c).

Este foco foi construído com a ajuda de dois profissionais da cidade de Campinas/SP articulados pelo estado e Ministério da Saúde, que realizaram visita ao hospital e oficina com equipes para dar um suporte ao impacto do primeiro momento e pensar junto estratégias de trabalho.

Nos parece que a ideia era estabilizar minimamente, dentro do possível, estas situações com investimento no vínculo e conhecimento da história das pessoas, objetivando trabalhar pacientes e famílias para a saída.

Em relação ao processo de saída, através dos discursos dos entrevistados, percebemos que havia uma direcionalidade no sentido de estimular a participação dos pacientes no processo.

Aí eles me conhecem, me questionam, me perguntam: essa residência, essa casinha sai ou é enrolação? Estão me enrolando, essa casinha não sai (Sujeito B, representante do município).

Ao analisar os relatos e registros, percebemos que o silêncio, a passividade, a indiferença que marcavam os rostos e as vidas das pessoas internadas começaram a ser transformados. Em muitas das nossas notas sobre as vivências havia apontamentos de que a coisa mais importante que se fazia lá dentro do hospital era olhar para elas, escutá-las simplesmente e isso trazia uma potência para o trabalho. Começava-se a abrir caminhos, mesmo diante de todas as dificuldades, que eram muitas: desde as disputas dentro do hospital até o perfil da própria clientela.

(...) é um paciente difícilíssimo e a gente negociou com ele. A negociação não foi nem com a família, foi com ele. Porque ele é um negociante nato, e aí a família não tinha, a irmã de criação, não sabia das coisas e aí eu tive uma conversa abertamente. Olhe só, seu irmão tem um talento que eu acho que é desperdiçado, se você botar ele em outro canto... E aí ele saiu hoje para casa, porque o sonho dele é ter um quatinho dele, com a vida própria dele, constituir uma família e ele tem todo direito e aí desde que a família viu que a gente não estava enrolando e que tem uma rede por trás, segurando o paciente, ele vai para casa (Sujeito B, representante do município).

A gente negocia, faz alguns acordos, principalmente com o pessoal da residência terapêutica (se referia aos pacientes com indicação para residência terapêutica). É um pessoal que é organizado na medida do possível, que a gente consegue negociar alguns acordos, tipo: vamos ver como você se comporta, não dá para fazer isso, não dá para sair e beber (Sujeito B, representante do município).

Recorrendo às ideias de Kinoshita (1996), verificamos que as pessoas que viveram por muitos anos sob tutela de uma instituição manicomial recebem o

atributo de negatividade e a consequente desqualificação para o intercâmbio social. E o caminho de trabalhar o redirecionamento desta situação é apostar na restituição do seu poder contratual com fins de construir sua autonomia.

Ao analisar o relato do sujeito B, percebemos que o foco da estratégia de cuidado em relação aos pacientes parece aparentemente incorporar estas referências à medida que a relação entre o cuidador e a pessoa assistida vai contemplando as questões reais e concretas da vida e se constituindo numa interlocução baseada na negociação e acordos.

#### d. As famílias

Pelo conteúdo das entrevistas realizadas, o trabalho da equipe com as famílias aparenta apostar também num corpo a corpo e partir da compreensão de que estas também foram vitimizadas pelo sistema, embora tenham tido alguns ganhos com a institucionalização dos seus entes.

(...) a gente tem que ter uma compreensão que a família também é vítima desse processo e isso tudo aconteceu porque todos nós permitimos. De alguma forma, a sociedade civil fechou os olhos, o Ministério Público e o poder público. Então não há culpado, não há vilã e vítimas.... Então acho que a gente tem que ter essa compreensão (Sujeito D, representante do município).

A partir desta compreensão, sistematizamos algumas questões que a nosso ver foram se constituindo também como focos do trabalho com as famílias.

Primeiro, a confusão produzida por entendimentos e posturas diferentes das equipes presentes no hospital.

Quem tinha vínculo com essas famílias eram os funcionários do hospital e nós chegamos com outro processo, outra proposta. E tendo uma equipe, algumas pessoas da equipe dizendo que nós estávamos.... Que era tudo mentira. Essa família fica nessa confusão. Sempre sendo afirmado a essa família que é mentira, que o hospital não vai fechar. Até hoje continua esse discurso que o hospital não vai fechar, que vai diminuir leitos, que vai transferir para outros hospitais de Recife e aí essa família fica... É muito difícil de você trabalhar. Quando vai ligar para elas, elas estão muito armadas porque já disseram um monte de coisa (Sujeito D, representante do município).

Segundo, a insegurança quanto ao acesso a serviços no caso dos pacientes que voltavam para casa:

Então é diferente você trabalhar pacientes que passa longo período dentro de uma instituição e aqueles que passam curtos períodos. Trabalhar até a família fica mais fácil, porque ela sabe que fica ali há menos tempo. Assim, sabe que existem os surtos, que melhoram, que vai para casa. No caso do Aberto Maia não, eles achavam que os pacientes nunca iam sair dali. Não são todas as famílias, mas, muitas famílias retiraram os pacientes sem grandes conversas. A única coisa que elas diziam que precisavam ter era a segurança de que se o paciente entrasse numa crise, teria um local para levar os pacientes (Sujeito B, representante do município).

Tal relato nos mostra que uma das questões colocadas pelas famílias era a garantia de suporte assistencial para o acompanhamento do paciente no território.

Numa matéria da imprensa escrita sobre o processo do HJM (Almeida e Vasconcelos, 2010), um dos militantes do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial da Rede Internúcleos enfatiza em entrevista que “a resistência das famílias é o medo da desassistência”. Consideramos que esta afirmativa coincide com a linha de pensamento apresentada pelos atores focados neste estudo e que a metodologia de trabalho junto às famílias aparentava atentar para esta questão. É o que evidenciamos no relato abaixo:

Mesmo com alguns pacientes que iam todo final de semana para casa, existia uma frase que dizia: “olhe se ele for para casa ele não vai tomar o remédio, ele vai cometer as mesmas coisas que ele cometeu há 20, 30 anos”. Então com o trabalho de passar dois dias, passar três dias, a família começa a perceber que é possível. E o que facilita é a articulação, ela conhecer onde é que ele vai ser assistido, com quem ele vai ser assistido, com quem ela pode contar quando ele não tiver bem. Então isso dá uma garantia para família - a saída deles. Só sai quando tiver articulado. Vai sair para Jaboatão, para onde for, primeiro vai ver o CAPS, depois quem é que vai dá entrada no de Volta para Casa (se referia ao programa federal). Fechou tudo isso, a alta é efetivada. Porque aí ela sabe que qualquer coisa vai procurar Maria, Sebastiana, quem for, mas, ela vai poder contar com alguém. Então, isso dá credibilidade. Então a família a partir do momento que vai poder contar com alguém lá fora, então ela confia (Sujeito D, representante do município).

Em terceiro lugar, podemos apontar o medo de perder o recurso financeiro advindo do benefício do paciente:

O outro ponto que existe também é um ganho secundário em alguns casos - nessa permanência dos pacientes lá, devido ao benefício de prestação continuada. Então, tem algumas famílias que investem no paciente, e até investem de uma forma errada porque existe uma prática no hospital de se deixar uma parte do recurso. Mas, de alguma forma se investe. Tem outras famílias que vivem com esse dinheiro sem nenhum investimento no usuário. Então, para ela a

saída deles significa a perda desse recurso que ela contava com ele como dele e não do usuário. Então, é outra dificuldade quando você vai mexer na saída do paciente para ele ter outras possibilidades - de mexer nesse recurso (Sujeito D, representante do município).

Outro fator que complexifica o problema apontado nas entrevistas é a existência da curatela, cujo acompanhamento e até mesmo a revisão não se dão de forma sistemática e rápida, quando necessário:

Algumas famílias que aí a gente descobre que fica com o dinheiro dos pacientes. O próprio governo que bota o curador com o nome no cartão. Eu não entendia porque o curador se sentia no direito de mandar e desmandar no dinheiro do paciente. O problema é quando o paciente é curatelado, o cartão do benefício vem com o nome do curador. Então para ele, o dinheiro é dele. E aí quando você questiona e pede: traga alguma coisa para ele, um material de higiene... O cabra traz cinco reais e fica com o dinheiro todo e aí diz eu não tenho dinheiro para mim. A senhora faz o que com o dinheiro dele? Outra dificuldade grande, foram as revisões de curatela que nós pedimos e só saiu uma porque a pessoa colocou advogado para poder sair a troca da curatela, foi um problema muito sério. A gente levou desde o início do ano para o Ministério Público e não foi resolvido - a revisão da curatela. Acho que se tivesse um apoio maior, com essa revisão de curatela, muita coisa teria mudado porque tem paciente que não tem indicação de está em hospital psiquiátrico, não toma mais medicação. Tem indicação de ir para abrigo e a gente tem que convencer as famílias tirarem e ir para abrigo porque não querem em casa. (Sujeito B, representante do município).

O discurso nos remete a pensar que a condição de curatelado terminou por facilitar a perpetuação da condição de institucionalização das pessoas internadas, uma vez que a ausência ou fragilidade do sistema previdenciário no acompanhamento e regulação do uso do benefício contribuiu de alguma forma para o estabelecimento do ganho secundário dos familiares com a situação dos seus entes.

Outro aspecto revelado no discurso é a necessidade da previdência e do poder judiciário pautar, visando enfrentamentos no campo da desinstitucionalização, os processos de revisão do ato da interdição e nomeação de curatela em casos como estes.

Um quarto ponto visado pela equipe de desinstitucionalização para o trabalho com as famílias foi a fragilidade ou inexistência de laços afetivos:

Outro dificultador é que a população do Alberto Maia está há 20, 30 anos e os vínculos tão muito, quando existem, fragilizados e uns nem vínculo têm. Eles estão lá e não têm mais esse espaço na casa.

Esse espaço não existe, essa pessoa não existe, essa pessoa existe no hospital e não como parte da família. Então, construir isso com as famílias é muito complicado, mas, apesar de tudo, eu acho que têm muitos avanços (Sujeito D, representante do município).

Analisando o conteúdo expresso, podemos dizer que o laço social se coloca como um desafio para os processos de desinstitucionalização: ajudar a reconstruir os laços dos pacientes com a família, com a cidade, com as pessoas, com outros lugares.

Saraceno (1996) retrata tal questão no marco teórico ao se referir sobre os cenários da vida como palcos para o exercício da contratualidade e o caminho para construção de autonomia.

Entendemos que priorizando os aspectos aqui relatados, a equipe de desinstitucionalização desenhou uma metodologia de trabalho baseada nas abordagens individuais no hospital no momento das visitas, reuniões com familiares por pavilhão e visitas domiciliares em alguns casos (PERNAMBUCO, 2010c).

#### e. A rede externa ao hospital

Para atender à perspectiva da desinstitucionalização, a atuação da equipe dentro do hospital implicava uma intervenção fora do hospital, desde o entorno deste até os locais vizinhos às casas onde as pessoas iriam morar após a alta.

Vou acompanhar, vou visitar, vou fazer visita na residência terapêutica... Infelizmente meu dia só tem 24h (Sujeito B, representante do município).

Se vai para Recife, Distrito IV, então a gente articula. Não só tem o gestor, a coordenação de saúde mental sabendo, mas, a gente quer saber: ele vai poder contar com esse CAPS? O Saúde da Família próximo a essa residência? É fulano? Entendeu? A gente faz tudo isso (Sujeito C, representante do município).

Parece-nos que a busca era construir uma linha de trabalho entre o que estava sendo desenvolvido dentro e fora do hospital:

Uma das preocupações nossas no início do processo era exatamente esta: amarrar com os municípios, dando seguimento do trabalho da gente aqui (Sujeito B, representante do município).

A nossa preocupação para que eles voltem para casa não é simplesmente que as famílias aceitem que ele volte para casa, é deixar bem amarradinho com o gestor para onde eles estão voltando, a continuidade do tratamento (Sujeito C, representante do município).

O tecimento da rede externa ao hospital vai se mostrando necessário com o passar do tempo pela expectativa que o trabalho dentro do hospital vai criando nos pacientes em relação à saída. Contudo, os tempos dentro e fora da unidade parecem não acontecer num mesmo ritmo, gerando diretamente para os pacientes mais sofrimento:

Agora quando a gente trata dos municípios, da gente sentar, dessas pactuações... Quando está acordado e o município vem e depois dá um tempo ou não vem mais, isso é dificultoso para o trabalho. Cria uma expectativa no usuário que está lá e está vendo os outros saírem. Eles estão vendo que as pessoas estão indo para casinha (eles chamam assim) e alguém falou que ele ia para casinha e essa pessoa desapareceu. Então, eu acho que uma das dificuldades do processo é essa, dessa falta de compromisso com que é articulado... Porque isso cria uma expectativa no usuário, o que é muito complicado a gente trabalhar (Sujeito D, representante do município).

Na tentativa de compreender essa questão relativa aos municípios, atrelando ao desgaste provocado aos pacientes, o sujeito D, representante do município, ainda afirma:

Falta de compreensão é que não é, até porque existe várias experiências de residência terapêutica, de Camaragibe, Recife, até nos municípios mais distantes. Então, não é isso, é a questão da vontade política mesmo. Eu atribuo a questão do que é prioridade, porque se a gente coloca... E fica complicado porque cada município que chega... E esses que de alguma forma vão ficando, eles vão querendo entrar... "Me leve". Você colocar na cabeça de uma pessoa que está vendo a possibilidade de sair, que ela não pode, que seu município é outro, isso é uma coisa que dificulta muito o processo (Sujeito D, representante do município).

Outra dificuldade apontada:

A maior dificuldade da gente foi enfrentar os agentes externos, tipo: que nem é funcionário do hospital e nem é família, porque vai perder dinheiro, porque vende lanche na quinta e no domingo e vai ficar sem a boquinha. Entendeu? Infernizaram, jogaram, estimularam os outros a quebrar carro dentre outras coisas (Sujeito B, representante do município).

Verificamos como este processo de desconstrução implicava mudança de vida para além dos pacientes: dos familiares que teriam que reorganizar suas vidas até o fiteiro da rua. Esta última é uma questão que se mostra como novidade no processo, outro segmento com interesses próprios na situação da

institucionalização. Os pacientes tinham o costume de comprar lanches, cigarro, entre outros produtos nas redondezas do hospital.

Ao analisar tal fenômeno, podemos dizer que um dos encaminhamentos a ser dado nestes casos seria o de articular com outros setores, especialmente os ligados a trabalho e geração de renda para reconduzir essas pessoas que também viviam indiretamente do hospital, do ponto de vista econômico. No entanto, no nosso entendimento, disso a proposta de trabalho não deu conta.

#### 5.2.1.3.2 Definição de coordenação clínica

A definição de uma coordenação geral para conduzir os processos técnicos desenvolvidos pela equipe contratada pela prefeitura se configurou como uma estratégia.

Recorrendo aos registros de diário de campo, verificamos que foram definidas três coordenações: uma diretamente ligada à equipe de desinstitucionalização que atuava dentro do hospital e fazia no cotidiano a interlocução com a direção do hospital, além de mediar e sistematizar as informações que circulavam no grupo virtual referido anteriormente. Para isso, agregava as informações numa planilha (Anexo C) que permitia por parte de todos visualizar o andamento do trabalho, vendo a situação de cada paciente e a sua saída.

O que vamos observar é que, dado o envolvimento desta coordenação com a prática do cuidado no dia a dia, esta precisou ser ampliada, incorporando mais duas pessoas que funcionavam como articuladoras – uma ligada ao estado e outra ao município, para garantir uma sintonia do trabalho com as diretrizes gerais e entre as estratégias internas e externas ao hospital. Sobre este assunto, um dos entrevistados coloca:

Então assim, vou semanalmente ao hospital, vejo e faço articulação com o município, levo as questões para o estado quando é de competência dele, para viabilizar o trabalho. E na discussão técnica, então, algumas questões de indicação - a equipe está indicando residência terapêutica e então vem um técnico do município avalia que esse paciente não é para residência terapêutica, aí eu vou intermediar, fazer uma discussão para ver que indicação é essa. Uma equipe que está assistindo e uma equipe que chega e discorda. Então meu acompanhamento é neste sentido, de ver como é que está a discussão, como é que os profissionais estão articulando para fora, como é que está essa articulação com as famílias. No processo

de saída eu faço a articulação e reuniões com as famílias para o processo no caso acontecer. O pessoal fica no contato do paciente com a família e eu fico nesse contato do funcionamento para que a rede possa está acolhendo as indicações, articulando também com os municípios. Então, pacientes que estão para sair, articulando com a coordenação para poder ver qual dia, para agilizar saída, quais os documentos que precisa, preparando todas as xerox para serem levadas, organizando tudo para saída. Trazendo sempre a demanda tanto de lá pra cá, como, daqui pra lá... (Sujeito D, representante do município).

O conteúdo descrito revela mais um elemento para complexificação do processo: as diferentes posições em relação à situação e indicação dos pacientes entre as equipes técnicas, agora entre os trabalhadores da desinstitucionalização e dos municípios que se preparavam para acolher os pacientes. Isto remete às divergências não só no âmbito técnico, mas ideológico e político possivelmente. A nosso ver, a estratégia adotada foi a constituição de uma espécie de mediador/ facilitador presentificado na pessoa do coordenador de campo, do cotidiano para condução destas discussões.

#### 5.2.1.3.3 Instituição de uma junta médica:

(...) com representantes de médicos do hospital e dos que compõem a equipe contratada pela prefeitura para definição das altas a partir das recomendações do corpo técnico, assim como, discussão e encaminhamentos relativos à terapêutica medicamentosa (CAMARAGIBE, 2010b).

Na prática, a junta médica não funcionou. Na nossa compreensão, isto se deve à existência da disputa entre profissionais que se acirrava mais intensamente entre os médicos no que se refere à pactuação de mudança medicamentosa e altas. Tal situação parecia mexer diretamente com o poder que se tinha dentro do hospital.

Num primeiro momento, a tentativa foi construir acordos mediados pelo CREMEPE. Porém, dadas as denúncias que médicos da equipe de desinstitucionalização foram fazendo em reuniões ao relatar inclusive a impotência para transformar a situação, o próprio diretor do hospital, na perspectiva de dar uma solução ao problema, foi assinando as altas, que, por legislação do Conselho, só poderiam ser dadas pelo médico assistente. Para isso, em comum acordo, foi criado um termo em que a alta era justificada a partir da orientação da equipe de desinstitucionalização, responsabilizando esta por toda indicação.

O impasse que se colocava era: o hospital vai fechar, as pessoas estão em risco, os médicos assistentes se recusam a colaborar e os médicos da equipe de desinstitucionalização se sentiam impossibilitados para possíveis intervenções – um campo de conflitos que demandou, no nosso entendimento, um enfrentamento que no campo do código de ética profissional apontava uma nova discussão e proposição ética a partir de parâmetros que se constituíam num contexto atípico.

Fazendo uma análise geral da estratégia da requisição parcial de serviços, vamos através dos discursos construídos nas entrevistas observar que os entraves e repercussões se deram desde a dinâmica da equipe, os percalços do processo até a dureza da máquina estatal com seus processos burocráticos, a saber:

- Medo de instituir, dentre outros, uma violência aos pacientes, considerando os seus tempos e referências.

Porque tem uma questão, um medo muito grande da gente. Eu tinha esse medo assim: eu sei que lá não tem assistência nenhuma, é uma violência que eles passam ali, mas, o meu grande receio era que eles, a saída deles fosse... Que a gente fosse mais violento do que o hospital (Sujeito C, representante do município).

- Sentimentos por não chegar a tempo

Olhe, para mim é emocionante vendo acontecer. Porque eu já vivenciei momentos assim de muita angústia, que quando eu chegava para minhas chefias, a impressão é que estava chegando tarde. Às vezes estou lá vendo um paciente que está melhorando, vejo o trabalho com uma família e quando eu chego de novo aquele paciente foi a óbito. Então, a gente não está chegando a tempo, a tempo de dar o cuidado que ele precisa (Sujeito C, representante do município).

- A assistência que seria complementar na verdade se constituiu como a principal

Enxugando de uma forma irresponsável (se referindo a direção do hospital em relação às demissões que ocorreram ao longo do processo). Porque assim, se não fosse nossa equipe que a gente ainda mantém lá, eu não sei como é que estariam os pacientes. Porque queiram ou não, ainda é feito o repasse das AIH, daquelas pessoas que ainda lá estão internadas, entendeu? Então eles teriam que manter o mínimo de assistência lá pra aqueles pacientes, mas, não mantêm (Sujeito C, representante do município).

- A incongruência entre os processos burocráticos e os tempos reais necessários

O grande problema que a gente vê é que recurso público você não tem como gastar rápido, você tem o empecilho de licitar. Não pode fazer convite, tem que ser pregão. A modalidade pregão para você abrir o processo licitatório tem várias fases que você passa por ele até chegar a conclusão, Então, isso dificulta um pouco porque a situação dos pacientes é imediata, não pode esperar um processo normal. Às vezes eu estou aqui, meu Deus, quanta coisa, aí chega o tribunal de contas, que não deixa a gente livre. A gente já teve duas auditorias em cima desse convênio do Alberto Maia (Sujeito A, representante do município).

### **5.2.2 Organização de serviços territoriais**

A estratégia de organização dos serviços substitutivos nos diferentes municípios ficou sob a responsabilidade direta do estado e do Ministério da Saúde. A negociação para a implantação de serviços residenciais terapêuticos se deu atrelada à discussão da rede de saúde mental de cada cidade a partir da realização de um mapeamento: os dispositivos já existentes no território; as necessidades; a disponibilidade técnica, política e financeira existente para organizar a rede de saúde mental; sensibilização do gestor para acolher pessoas com internação de longa permanência e oriundas do HJAM com procedência original do seu município, mas também, da região circunvizinha, o que foi nomeado de “responsabilidade solidária” (notas dos registros diários).

O trabalho consistiu numa agenda de visitas ao município por parte da Gerência de Atenção à Saúde Mental para discussões, pactuações, sensibilização e formação de equipes, a fim de tratar do tema da saúde mental e da desinstitucionalização. Um bloco de municípios de diferentes regiões do estado aderiu à proposta, somando ao todo oito (08) CAPS e trinta e três (33) serviços residências terapêuticos, além de outros acordos relativos à qualificação da rede.

Ao analisar estes dados referentes às pactuações, verificamos um fator importante: a interiorização das residências terapêuticas. Até o momento, estas só existiam em três municípios da região metropolitana. A questão da interiorização das residências trazem a reboque a ampliação e/ou requalificação dos serviços de saúde mental, além de colocar na pauta dos municípios de menor porte a questão da loucura. Percebemos que estes vêm apresentando maior facilidade de construir as

pontes para as pessoas habitarem a cidade, possivelmente pela capacidade de maior tolerância das diferenças e manter, diferentemente das grandes cidades focada no individualismo, laços sociais mais estreitos e solidários.

Para efetivação dos acordos estabelecidos, o Ministério da Saúde depositou ainda em dezembro de 2009 incentivos para todos os municípios que realizaram pactuações a fim de viabilizar o mais rápido possível a implantação das casas. O custeio das casas era garantido com os valores realocados da AIH (autorização de internação hospitalar) referente às internações realizadas no hospital José Alberto Maia. Entretanto, a realidade trouxe uma série de entraves que dificultaram a concretização dos pactos. Um é relativo ao repasse de recursos da AIH do teto de Camaragibe para os municípios que implantavam a residência terapêutica.

Dois problemas surgem neste caso: os tempos para concretização da realocação dos recursos financeiros pela Programação Pactuada e Integrada (PPI) que envolvia as três instâncias governamentais, com uma demora de três ou mais meses. O outro problema é referente ao repasse de recursos, depois de efetivada a realocação, para os municípios que ainda não tinham aderido ao pacto<sup>8</sup>, especialmente para aqueles que não tinham CAPS no seu território.

Entendemos que o problema levantado aponta para a morosidade dos fluxos do sistema na operação das negociações, muitas vezes incongruentes com os tempos necessários dos projetos. Parece-nos que a outra questão ainda são as dificuldades de moldar os mecanismos de controle e avaliação a partir das diferentes realidades com um olhar mais singular para os municípios.

Além disso, identificamos outro problema: o valor da AIH a ser realocado para os municípios que acolhessem pessoas oriundas do hospital era de R\$ 909,45, porém, no processo de transferência dos recursos para os municípios que não assinaram o pacto, esse não era repassado na sua totalidade, uma vez que, pela produção da residência, baseada nos valores praticados pelo Ministério da Saúde, esse teto não era atingido, o que apenas recentemente, já em 2011, foi resolvido. Se referindo ao problema, o sujeito A, representante do município, explica:

Outra dificuldade, o município de Timbaúba, abriu residência terapêutica e até hoje não recebeu um centavo. Isso aí, está sendo um entrave. Quer dizer o município pequeno já vive numa situação

---

<sup>8</sup> A adesão ao pacto significa assumir compromissos sanitários e a partir disto a condição de autônomo, com plenos poderes para gerir o próprio teto, o que equivaleria no passado, dadas as diferenças, a condição de gestão plena do sistema.

difícil. A gente que é da região metropolitana não tem facilidade, imagine esses menores. A gente conquistar um município para que ele consiga implantar uma residência terapêutica, fazer todo esse trabalho e no fim o município ter que arcar mais isso aí. Isso é porque o repasse não é feito, está havendo algum problema aí. É justamente porque o município tem a dificuldade de se manter, e assumindo mais uma responsabilidade dessa, e tendo esse entrave de repasse, fica meio difícil.

O discurso nos coloca outro viés para analisar a ausência ou lentidão dos municípios para organização de novos serviços: a dificuldade e morosidade de se operar com os instrumentos próprios do sistema de saúde, além de toda problemática do sub-financiamento que impede os gestores, ou os deixa com receio de ousar apostar em novos serviços, dadas as suas limitações.

Outro entrave encontrado para concretização dos pactos foram as dificuldades para encontrar casas, viabilizar contratação de cuidador e licitar materiais, especialmente os municípios de maior porte.

E a gente fica atrás de casa. Quando eu digo faço de tudo, além de está à frente desses serviços (Sujeito C, representante do município).

Como discutido no marco teórico, o desmonte da instituição manicomial até a organização da rede territorial demanda além dos enfrentamentos no campo ideológico, clínico e político, também em relação a obstáculos estruturais que expõe uma dureza da máquina estatal incongruente com os projetos que primam por transformação. Isto parece ser de fato um dos fatores que dificultam o avanço mais ágil da formação de novos serviços substitutivos.

Paralelamente aos passos operacionais para a implantação de novos serviços, uma engenharia se desenvolvia para a construção da rede, incorporando elementos para além dos dispositivos:

E lembrar que rede de saúde mental não é só município não, rede de saúde mental é muito mais que isso. Rede você tem que está em contato com vizinho. Vamos trocar experiência e é assim que se organiza uma rede de saúde mental. A gente tem uma rede em construção eterna e isso é bom. Será que vale muito mais você ter CAPS ou você ter boa vontade de assumir as coisas? O município de Timbaúba para mim é símbolo. Você tem Abreu e Lima, em que as pessoas têm orgulho de dizer que é de lá. Há 10 anos não era assim, e eu estou dizendo isso porque algumas pessoas enchem a boca para dizer assim, em Abreu e Lima as meninas do CAPS vão visitar na minha casa. O pessoal diz “eu sou de Abreu e Lima, não se incomode não que as meninas resolvem”. Então assim, a gente tem

os municípios que não teriam a tradição e que estão resolvendo seus problemas (Sujeito B, representante do município).

Na nossa compreensão, outro elemento incorporado no discurso em relação à efetivação das pactuações dos municípios é da responsabilização e da vontade política, já discutida anteriormente. De compreender, que, independente das limitações, o problema existe e precisa de respostas.

O problema é que é muito mais fácil o gestor dizer não tem condições do que tentar. Tem paciente psiquiátrico? Todo mundo tem, a não ser que ele queira colocar benzodiazepínico na rede de água. Na verdade tem que ter um investimento na rede, a começar: não só de psicólogo, assistente social... Tem que começar também a trabalhar os NASF e o pessoal do Saúde da Família. Quando você tem uma população que toma diazepam, clonazepam, tem alguma coisa errada. E aí o gestor dizer “eu não tenho paciente psiquiátrico”. Vai olhar tua conta de farmácia pra ver quanto está gastando com esse tipo de coisa. Então, a rede tem que funcionar. Você não pode se responsabilizar pelas coisas do outro. Mas, a coisa tem que andar como uma troca: escutar e trocar (Sujeito B, representante do município).

À medida que o trabalho de organização de rede vai se estendendo, parece que uma clareza também vai se formando a seu respeito no sentido de compreender que é uma construção e que cabe a todos essa costura:

O papel de articulação mesmo, é tanto do município como do estado (Sujeito D, representante do município).

O hospital José Alberto Maia, como ele tem munícipes de várias cidades, desospitalizar eles, significa reestruturar a rede de saúde mental no estado (sujeito C, representante do município).

### **5.2.3 Transinstitucionalização**

A transinstitucionalização foi adotada essencialmente porque o tempo para o descredenciamento do hospital anunciado no termo tripartite de 2009 não era condizente com o tempo necessário para o trabalho com os pacientes e o tempo de implantação da rede. Porém, percebemos nas entrelinhas dos discursos e registros que havia por parte de alguns da equipe, assim como dos gestores, a ideia de que nem todos os pacientes tinham o perfil para residência terapêutica, o que a nosso ver problematiza mais a estratégia desenhada e demanda melhor entendimento.

A princípio, as diretrizes anunciadas pelas instâncias governamentais (municipal e estadual) foram:

- I. Para quem tem vínculo e possibilidade de aceitação, por parte do paciente e família - retorno para família.
- II. Quem tem vínculo familiar e não tem aceitação, por parte do paciente e/ou família - residência terapêutica.
- III. Quem não tem vínculo familiar - residência terapêutica.
- IV. Pacientes com comorbidades clínicas predominantes que demandem cuidados de enfermagem e médicos 24 horas - transferência para hospitais clínicos gerais com cadastro para cuidados prolongados.
- V. Pessoas com quadro psiquiátrico muito grave, com pouca resposta no processo de cuidado da equipe de desinstitucionalização e que demandem mais tempo para serem trabalhadas - transferência para outro hospital psiquiátrico (público preferencialmente).

Houve essa preocupação, os contatos com os vários municípios para montar essa rede e aí a gente tinha essa condição de estar transferindo os pacientes. Aí foi de forma mais sistemática que a gente conseguiu transferir algumas pessoas para os municípios que implantaram residência terapêutica. Outros voltaram para casa e outros, por conta da gravidade, assim, do estado de saúde, que eram clínicos, foram transferidos para hospital geral, estão sendo transferidos pra hospitais clínicos da rede estadual. E outros psiquiátricos, porque requer um trabalho mais sistemático ainda, um trabalho mais prolongado no retorno deles para o convívio, para as famílias ou para residências terapêuticas (Sujeito C, representante do município).

Fica evidenciado pelas referências e conteúdo da entrevista que foram realizadas transferências para hospitais clínicos e psiquiátricos. Em relação ao hospital psiquiátrico, para alguns técnicos e gestores tal proposta se configurava como meio, e para outros, como fim, por conceber que o retorno à sociedade demandava um perfil (notas de registro diário). É o que assinalamos como contradições e divergências dentro do próprio processo envolvendo agora os próprios atores que conduziam o trabalho de desinstitucionalização. Ao longo do percurso, também vão surgindo encaminhamentos para abrigos.

Mediante várias discussões e formulação de diferentes propostas entre as instâncias governamentais e equipe técnica, as transferências foram se dando com estratégias e acordos específicos sob a justificativa do tempo restrito para retirada

das pessoas do hospital e a necessidade de espaços de acolhimento. Porém, posteriormente, vão sendo explicitados diferentes pensamentos em relação à capacidade de reabilitação de alguns pacientes e de viver em comunidade.

De imediato nos vem a questão: o que define o direito de morar numa casa ou não? Existe perfil para residência terapêutica? Que poder se tem de tirar do paciente a possibilidade de ir para uma residência terapêutica ou de julgar a sua necessidade e capacidade?

Estas questões, no nosso entendimento, permeavam o trabalho não só entre profissionais da equipe de desinstitucionalização, mas entre estes e a equipe dos municípios e também das instâncias estadual e municipal. Outra teia de disputas de entendimentos e concepções se formava por dentro do processo, apontando mais uma vez a sua complexidade.

Pelo tempo e pelas demandas da experiência, parece que estes pontos não foram trabalhados o suficiente. Ainda referente ao assunto, o representante do município declara:

Um dispositivo diferenciado e talvez não tenha nem sido criado. Não pode ir pra residência terapêutica nos moldes atuais porque não tem perfil para residência terapêutica, não pode ir para hospital psiquiátrico porque não é grave e nem deficitário suficiente para ir para o hospital. Talvez tenha que pensar outro dispositivo para atender esse paciente, a criação de alguma coisa, a gente já criou tanta coisa... Está muito complicado, o que eu vou fazer com o povo... menor de 60 anos não pode ir para abrigo (Sujeito B, representante do município).

As lacunas da rede associadas a problemas dentro do hospital e a necessidade de fechá-lo para não correr o risco de na mudança de gestão, tanto no cenário nacional quanto estadual, ter um redirecionamento da decisão, levaram a ampliar a estratégia de transinstitucionalização como uma forma de melhorar a assistência para os pacientes, potencializar recursos e fechar o hospital. Nasceu assim, a ideia dos Centros de Desinstitucionalização (nota de registros diários).

Os centros vieram, neste momento, porque o processo iria ser feito lá no hospital mesmo, mas, a gente não tinha governabilidade sobre tudo. A nossa equipe fazia uma coisa, mas, a equipe do hospital fazia outra para desconstruir um pouco o que a gente vinha construindo. Então, a gente decidiu alugar estes centros que são espaços temporários, para que houvesse um trabalho com aqueles pacientes para que pudessem melhorar em relação as condições de saúde e retornar para família ou para residência terapêutica. Mas o objetivo foi justamente este, criar espaços temporários, para gente

ter governabilidade sobre esse processo (sujeito C, representante do município).

Compreendemos que tal estratégia é especificamente colocada como fundamental e potente neste processo, mas impõe ao mesmo tempo uma necessária reflexão, dados os riscos de se transformar em um fim e não meio. O relato do Sujeito C ao usar o termo “espaços transitórios” aponta uma perspectiva diferente para o que Vasconcelos apud Baptista, Zwarg e Moraes (2001) define como transinstitucionalização, pensando o deslocamento da clientela do hospital para dispositivos da mesma natureza, o que em relação à questão dos abrigos, anteriormente discutida, não dialoga com a mesma conotação, uma vez que este destino parece se constituir como fim nele próprio. Talvez possamos abordar tal situação como uma possível contradição dentro do processo, o que em relação aos centros, dependendo de como seja encaminhado no futuro, se configure de outra forma.

Para viabilização dos centros, foram realizados por parte do estado dois convênios com o município de Camaragibe, o 054/10 (PERNAMBUCO, 2010d) no valor de R\$ 440.384,80 (quatrocentos e quarenta mil reais, trezentos e oitenta e quatro reais e oitenta centavos), com vigência de maio até dezembro de 2010, com fins de implantar um centro de desinstitucionalização para abrigamento dos pacientes do HJAM e o 083/10 (Pernambuco, 2010e) no valor de R\$ 1.970.000,00 (um milhão novecentos e setenta mil reais), com vigência também até final de dezembro de 2010, com fins de apoiar a gestão clínica dos pacientes. Sobre as implicações desses convênios, temos:

Os centros não iam poder existir se não houvesse esse recurso. O município não ia poder custear. Então, a saída desses pacientes para este espaço para a gente fazer um trabalho mais contínuo, ter governabilidade das nossas ações está sendo no espaço (Sujeito D, representante do município).

Considerando que esta estratégia foi idealizada e viabilizada por instrumentos legais no período do nosso estudo, mas que sua implantação se deu só após o mês de junho, não nos deteremos aqui na análise e repercussões da mesma.

## **5.2.4 Articulação política**

Consideraremos como articulação política as ações desenhadas para conferir legitimidade do processo e que primou por agregar atores que potencialmente poderiam ser aliados para o desenvolvimento do trabalho. Vamos perceber ao analisar os registros das vivências e conteúdos dos documentos e entrevistas que os atores articulados tiveram funções diferentes e em tempos distintos, produzindo também uma riqueza de contribuições.

### **5.2.4.1 Conselhos de classe**

A articulação com os conselhos de classe foi importante para a adesão ao processo, especialmente em relação à mediação de conflitos entre equipe de desinstitucionalização e equipe do hospital, atuando diretamente nas questões relativas aos pacientes. Chama-nos a atenção a aliança com o CREMEPE que possibilitou pelos relatos e registros a andar com questões mais duras, como mudanças de condutas terapêuticas e cobrança de agilidade para realização do trabalho e de encaminhamentos.

Os conselhos foram parceiros também na construção das etapas, visto que em reuniões periódicas iam sendo discutidas as questões, demandando deles uma integralidade para além do olhar corporativo que também estava em jogo (notas de registro diário). Um exercício ético, a nosso ver, interessante, com um comprometimento fundamental para o desenvolvimento do processo.

Outra coisa muito boa foram os conselhos de classe, a interferência dos conselhos de classe, porque a questão do processo do José Alberto Maia, tinha a nossa equipe, a que eu chamo do convênio e a equipe do hospital. Muitos usavam nos embates a questão ética, porque é meu paciente, principalmente em relação aos médicos...e aí a gente foi, quando eu falo a gente, é município e estado, nos reunimos com os conselhos de classe para que estivessem também se reunindo com os profissionais da categoria para ver esta questão ética (sujeito C, representante do município).

### **5.2.4.2 Familiares**

A partir dos registros de diário de campo, identificamos que, dada a dificuldade da relação com o corpo total de familiares e a existência de discordâncias entre eles, foi optado por formar uma comissão provisória destes para

acompanhar o processo. Esta comissão, além do acompanhamento, foi ajudando a abrir a discussão com outros familiares e de forma mais pontual, especialmente nos primeiros meses.

Com esta comissão, após debates, com o apoio do Movimento de Luta Antimanicomial Libertando Subjetividade, foi pactuado que o foco das discussões não seria o hospital, mas o bem estar dos pacientes, visto que isso era o que se tinha como principal alvo.

Uma nota técnica em janeiro de 2010 (PERNAMBUCO, 2010f) foi produzida pelas instâncias governamentais do estado e município para esclarecimentos às famílias, cuja entrega e mediação foi feita em plenária convocada por esta comissão.

Neste documento era sinalizado que todas as famílias iriam ser escutadas e com elas discutidas a situação e o projeto de vida de cada paciente;

Nenhum paciente retornará para sua família de origem, caso esta não aceite seu parente; nenhum paciente irá para a rua. Todos os encaminhamentos terão pré-definidos os serviços que darão continuidade ao tratamento; já estão em andamento a implantação de 30 residências terapêuticas distribuídas em 12 municípios do estado e a criação de vagas em hospitais estaduais (PERNAMBUCO, 2010f).

Parece que a medida adotada no âmbito macro de gestão foi a reafirmação da decisão e ao mesmo tempo o compromisso de pactuar os destinos dos pacientes.

#### **5.2.4.3 Universidades**

Baseada nos registros diários e documentos, identificamos que foi construída parceria com o Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) através da entrada de quatro (4) estudantes supervisionadas pela própria universidade para mapeamento da situação dos pacientes quanto à existência de documentos e com o Departamento de Enfermagem para estágio de estudantes junto às equipe de desinsitucionalização.

Outra atividade conjunta foi com a Universidade de Pernambuco (UPE) através do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família (RMSF), com a entrada de residentes no hospital para desenvolvimento de trabalho no

processo de cuidado aos pacientes em prol da desinstitucionalização juntamente com a equipe da prefeitura.

Compreendemos que essa ação das universidades teve um impacto importante tanto para a academia, como para o processo em si dentro do hospital, assim como para a sociedade. A nosso ver, ter as universidades como parceiras contribuiu para credibilidade no processo em relação aos vários segmentos da sociedade. Um exemplo disso é que nas várias matérias da imprensa essa era uma questão acentuada, como por exemplo, a chamada em 2009 de um jornal de circulação na cidade (Jornal do Comércio, 2009), a saber: “UFPE ajuda a definir futuro dos pacientes”.

#### **5.2.4.4 Imprensa**

O tema da saúde mental e o assunto sobre desinstitucionalização ganhou força durante o ano de 2010 nos vários meios de comunicação, como rádio, TV, jornais e provocou na sociedade, de alguma forma, a abertura para discussão desta pauta.

O que nos chama a atenção é que aos poucos muitos dos jornalistas se mostravam interessados em apresentar as possibilidades de viver fora do hospital, o que no campo da saúde mental sempre é tratado como polêmico. Uma explicitação dessa nossa compreensão vem de uma série de matérias realizadas na imprensa escrita em junho de 2010 (ALMEIDA; VASCONCELOS, 2010), que dentre várias questões retrata a saída dos primeiros pacientes neste ano para residência terapêutica. A jornalista acompanhou todo percurso: a saída do hospital até a nova moradia, delineando não só o roteiro geográfico, mas os sentimentos e significados imbuídos na trajetória e na mudança realizada.

As matérias não só foram colocando o assunto na pauta da sociedade, como também trazendo elementos para se trabalhar o imaginário, os mitos existentes em relação ao assunto, e, claro, comprometer mais ainda os entes federados a cumprir o compromisso assumido, agora não só entre eles, mas explicitamente com a sociedade.

#### **5.2.4.5 Controle social**

Ao recorrer aos vários registros deste estudo em todos os contextos temporais, percebermos uma atuação do movimento social importante, seja na posição de denúncia, de cobrança e/ou de apoio, dentro e fora do estado.

O movimento social se fez presente nesta etapa desde a discussão das pautas da Gerência de Atenção à Saúde Mental, quando da reformulação de sua condução e dinâmica até o fechamento do hospital e a continuidade do processo nos Centros de Desinstitucionalização.

Outros atores no campo do controle social que foram incorporados neste processo são os conselhos de saúde. No nosso entendimento, as discussões nos conselhos de saúde tanto municipal como estadual, assim como na Comissão de Reforma da Política de Saúde Mental do estado foram importantes para garantir a coerência com as diretrizes do SUS, especialmente o conselho municipal de Camaragibe, que de forma mais próxima apoiou e acompanhou o processo detalhadamente, levando a discussão para diferentes fóruns do controle social.

#### **5.4.2.6 Ministério Público**

No âmbito da articulação política, este foi um dos atores cuja interlocução foi mais próxima e cotidiana, pela nossa análise. Uma das pessoas entrevistada, representante do município, deixa claro o apoio do Ministério Público no processo:

Então, o Ministério tem um papel muito de indução. Era essa tarefa, vamos dizer assim. É um papel muito indutivo e interventivo nesse sentido, tanto de articulação com os gestores, mas também, de tentar apoiar processos lá na ponta. Indo a reuniões, indo a oficinas, articulando contatos mesmo, etc. com próprio prestador também (Sujeito C, representante do município).

Na nossa leitura, ao analisar a estratégia de articulação política em sua totalidade, a aposta desta foi tornar pública a missão anunciada pelo Termo de Compromisso Tripartite (PERNAMBUCO, 2009a), e com isso formatar um grande exército, articulando diferentes forças, dada a complexidade do processo, a fim de construir legitimidade para o trabalho desenvolvido e o zelo para com o seu direcionamento, diluindo assim os riscos de recuo.

Entendemos que o compartilhamento entre diferentes setores da sociedade se deu também como motor indutivo e de retro-alimentação, uma vez que se produzia a partir de relações e demandas advindas do cotidiano do trabalho, mas, ao mesmo tempo, como estruturantes para dar corpo à decisão de desinstitucionalização dos pacientes e descredenciamento do hospital, além de garantir acompanhamento extragovernamental e se constituir como mais um mecanismo de busca da coerência do processo.

Os resultados concretos de todo o processo aqui analisado foram possíveis de ser visualizados apenas no período após o estudo, quando houve a retirada de todas as pessoas internadas do hospital e seu conseqüente descredenciamento.

A última paciente do HJAM saiu no dia 29/12/10 às 17:50h e no dia 30/12/10 se deu o seu descredenciamento (portaria 1.796/10). O processo, porém, não terminou. Superamos a primeira etapa. A segunda será em oito meses – a implantação das 24 residências terapêuticas e saída de todos os pacientes dos Centros de Desinstitucionalização. Para isso, novas mobilizações e pacutações estão sendo feitas com os diferentes atores participantes dessa empreitada e a Secretaria Estadual de Saúde assinou uma portaria de número 1.736/10 de 29/12/10 com fins de definir referências e apoio para efetivação da desinstitucionalização dos pacientes oriundos do HJAM que se encontram nos Centros de Desinstitucionalização de Camaragibe (PERNAMBUCO, 2011).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A constituição do hospital psiquiátrico além de cristalizar determinadas concepções sobre a loucura ao longo do tempo determinou formas de operar com este fenômeno que ainda influenciam a sociedade.

Observamos que a produção do cuidado está diretamente ligada às lógicas que a instituem e desta forma as instituições efetivam o sentido de sua existência e função.

Nesta perspectiva, o eixo da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial se mostram como os caminhos para enfrentamento do desmonte do aparato asilar para construção de uma rede de serviços territoriais. Em outras palavras, estamos falando da busca pela efetivação dos laços sociais, a construção da ponte entre a vida reclusa e a vida na cidade que impõe a abertura de cenários que incorporem moradias, serviços de saúde, trabalho, dentre outros, no sentido da ampliação das relações e negociações para construção de autonomia.

Cenários que não são da ordem só da assistência ou da clínica, mas que perpassam pela construção de uma nova cultura. Para isso, o trabalho de desinstitucionalização implica ultrapassar uma barreira para além dos muros do hospital, aquela que paira no imaginário da sociedade, ou seja, os pensamentos e ideias imbuídos de preconceito ou restritos a um viés de compreensão: apenas a perspectiva psiquiátrica ou a concepção de que “estruturas humanizadas” são suficientes para garantir os processos de desinstitucionalização.

Tal afirmativa complexifica o objeto de estudo colocando a ação do descredenciamento não apenas como ato gerencial, mas, sobretudo político e ético, requerendo uma engenharia capaz de construir novos destinos para as pessoas internadas e possibilidades de transformar a vida.

Pensar eficazes estruturas substitutivas ao manicômio é apostar numa nova forma de cuidar comprometida com a construção de autonomia e protagonismo das pessoas. É apostar que a sociedade pode aprender a tolerar a diferença e a lidar com os conflitos por ela produzidos. E o que é mais importante, ousar na condição de gestores a efetivar a mudança de paradigma: abrir espaços para realização de experiências vivas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, ou seja, viabilizar.

No cenário estatal, muitos são os obstáculos para desenvolver processos arrojados e transformadores, desde problemas estruturais de concepção, financiamento e organização burocrática da máquina institucional até as advindas do excesso de demandas e carência de recursos que exigem continuamente trabalhar sobre situações de emergência.

De forma paradoxal, aos gestores, dependendo da sua sustentabilidade política num dado governo, se tem uma capacidade de poder e controle capaz de induzir processos de mudança e fazer o enfrentamento dos obstáculos referidos.

A discussão colocada então perpassa pela dimensão ética: o que foi produzido no ato de gerenciar o descredenciamento do Hospital José Alberto Maia e em que centrou as prioridades?

Certamente, ousamos dizer, que se constituiu de fundo uma arena de disputas de concepções e projetos com requisição de ampla articulação, flexibilidade e dinamismo tanto no âmbito da clínica, como da gestão, como da política.

Estamos falando de mudança de modelo e que na saúde mental, isto perpassa, dentre outros elementos pela discussão da relação que se estabeleceu entre o público e privado e que esta dimensão na experiência local de Camaragibe influenciou todo o percurso já descrito.

Sendo assim, entendemos que foi preciso e imprescindível incorporar no âmbito governamental a ação tripartite para uma condução efetiva do processo, pensando a articulação e pactuação de responsabilidades e financiamento, além, sobretudo, de uma consensual vontade política.

Neste sentido, se debruçar sobre os contextos e discursos característicos do processo mediante uma metodologia qualitativa significou optar pelo viés da complexidade. Ao tratar da descrição, análise e discussão de resultados, algumas leituras e conclusões se constituíram não como verdades absolutas, mas, relativas, considerando que foram desenhadas a partir de um olhar próprio da pesquisadora e sobre a perspectiva de apenas um segmento, o da gestão governamental.

Dadas as limitações deste estudo e o recorte de análise em questão, recorreremos às nossas considerações elaboradas sobre as estratégias para o descredenciamento do HJAM. Identificamos que o processo foi marcado por três períodos: um primeiro entre a municipalização e a indicação de descredenciamento do hospital pelo PNASH; um segundo entre a referida indicação e a decisão tripartite

de descredenciamento e num terceiro momento, a operacionalização de ações para concretude da decisão explicitada.

Consideramos que o processo em estudo se deu em meio à produção de paradoxos, avanços e recuos que acumulados ao longo do tempo permitiu uma engenharia que foi maturando tecnologias e estratégias para um desdobramento real num recorte temporal de doze anos.

Observamos que no primeiro período a atuação era quase que exclusivamente do município, com as estratégias da municipalização, do fechamento da porta de entrada do hospital, do desenvolvimento do trabalho de supervisão e de controle e avaliação da unidade, assim como da publicização da paralela diminuição de leitos pela construção de uma rede substitutiva no município.

Essas medidas trouxeram no seu bojo duas ações importantes no campo da gestão: a de redução de leitos e não perpetuação do crescimento do hospital, além da formação de um conhecimento sobre o mesmo: sua dinâmica e clientela.

No segundo período, percebemos a ampliação do escopo de intervenção junto ao problema com a entrada do Ministério da Saúde de forma mais diretiva, quando no âmbito nacional estrutura os Programas de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH) e de Avaliação da Assistência Hospitalar – Psiquiatria (PNASH/ Psiquiatria), legitimando e dando subsídios para o desenvolvimento dos processos regulatórios locais já iniciados em Camaragibe.

Ainda neste período, outra etapa marcante foi o pedido de intervenção no hospital por parte do Ministério da Saúde. Esta situação em si, embora não concretizada, gerou uma série de desenhos que mais adiante voltariam a ser retomados dentro de uma metodologia de trabalho. Estes desenhos perpassavam pela articulação das três instâncias governamentais (chamando o estado particularmente à função de coordenar o processo) e demarcavam, embora que incipiente, a necessária inclusão desta pauta junto a outros setores, outros poderes e o conjunto de municípios do estado.

Um cenário que dava ao processo uma dimensão mais complexa e para além de Camaragibe. É visível, ao analisar o percurso, como após este período, mesmo

tendo a marcação de uma lacuna no tempo e no campo das operações, o estado inicia seus primeiros passos no que se refere à realização de ações >concretas em prol do processo. No nosso entendimento, antes da tentativa de

intervenção por parte do Ministério da Saúde, havia uma direcionalidade do caminho a ser seguido pela trilha de redução progressiva dos leitos e substituição por uma rede territorial, conotando a idéia de processo. Com o pedido de intervenção se tem pela primeira vez a pauta da desinstitucionalização dos pacientes e o descredenciamento do hospital. Ao cair por terra essa estratégia, essa perspectiva é suspensa e o que vai focar por alguns anos as iniciativas é a sobrevivência das pessoas internadas, dado o agravamento da situação. De forma paradoxal, temos o maturamento de mecanismos de financiamento que no futuro serviriam de base para efetivação de uma etapa mais arrojada e abriria um caminho sem retorno para o desenvolvimento do papel do estado como um co-condutor e co-participante no cenário.

Na nossa perspectiva, é no terceiro período (da ação tripartite) que se chega a um dado equilíbrio de investimento dos esforços; quando as esferas federal, estadual e municipal em comum acordo resolvem com tempos e metas pré-determinadas descredenciar o hospital, trazendo de fundo e necessariamente a decisão de produzir cuidados imediatos, diminuindo agravos e óbitos, mas também o processo de desinstitucionalização das pessoas internadas.

Compreendemos ainda que este momento materializa todas as experiências anteriores acumuladas, o que fica evidenciado no desenho metodológico descrito e analisado neste estudo. Na nossa avaliação, a decisão e os esforços tripartite, foco do nosso estudo, foram impulsionados por forças exteriores ao âmbito do poder público com a publicização e as pressões produzidas de diferentes formas por segmentos da sociedade. E foi esta produção, a nosso ver, que numa cadeia retro-alimentadora deu o tom da engrenagem operacional em termos de investimentos, estabelecimento de metas e prazos e propriamente das estratégias adotadas.

Verificamos que a partir da decisão tripartite de descredenciamento, as estratégias foram desenhadas de forma a serem complementares e foco de três dimensões no âmbito governamental: da gestão, da clínica e da política.

A “requisição parcial de serviços” se constituiu em sim mesmo um instrumento legal e uma estratégia de gestão com desdobramentos de subestratégias na dimensão clínica, como vimos no capítulo anterior. A transinstitucionalização, por sua vez, trouxe ao mesmo tempo dilemas para o processo e evidenciou também diferentes entendimentos entre os pares.

A organização de serviços, também considerada como uma estratégia de gestão, demandou um tecimento no âmbito da clínica, mas também da política, na medida em que os serviços iam sendo montados a partir de um emaranhado de pactuações que perpassavam pela formação, discussão de casos, de rede e de acordos referentes a financiamento.

A estratégia da articulação política, a nosso ver, foi a que manteve viva e recorrente a reafirmação da decisão, assim como o direcionamento e agilidade na condução dos processos. A teia formada com vários interlocutores produziu legitimidade ao trabalho e ao mesmo tempo comprometeu publicamente os entes governamentais não só entre si, mas com a sociedade.

Não podemos definir uma escala de valorização das estratégias adotadas porque na nossa leitura elas se constituíram de forma sistêmica, embora consideremos que a articulação política garantiu a legitimidade do processo em meio à dureza e complexidade dos obstáculos.

Ao tecer todas as considerações do estudo fica explicitado que o processo de descredenciamento é diferente do de desinstitucionalização. Enquanto o primeiro é marcado por elementos políticos e burocráticos, o segundo é traçado por referências de vida com os tempos próprios de cada sujeito e da rede que o acolhe.

Este descompasso é o que mais entendemos como delicado no processo estudado. Atrelar um ato gerencial a transformações de vida parece ter sido o grande desafio. Um dos exemplos dessa afirmativa foi a efetivação do descredenciamento do hospital sem a “idealizada e buscada” desinstitucionalização de todas as pessoas internadas.

A concretização do descredenciamento trouxe uma repercussão positiva para o sistema, a política de saúde mental e para a vida dos internos, principalmente porque se constituiu como uma resposta concreta para a sociedade e uma estratégia para contribuir com a reversão do sistema em Pernambuco e no Brasil. Porém, a não conclusão do processo de desinstitucionalização das pessoas produziu a necessidade do uso de estratégias que a princípio se colocavam como contraditórias, como a transinstitucionalização, embora indicada para essa experiência especificamente.

O uso desta metodologia se configurou como meio neste processo com indicativo de metas, tempos e direcionalidade, mas, ainda assim, revelou dilemas e produziu uma situação delicada: era necessária e se mostrava como único recurso

dentro do contexto. Entretanto, ao mesmo tempo, trazia no seu bojo riscos de se transformar num fim, especialmente no que se refere à atuação dos governos, enfocando os tempos e a agilidade dos processos.

Na nossa conclusão, as estratégias governamentais desenhadas de forma a intervir dentro e fora do hospital e num crescente escopo de atores, recursos e debates proporcionaram a emergência de medidas urgentes e estruturantes, complexificando o processo e revelando, concomitantemente, todas as dimensões que um trabalho de desinstitucionalização demanda. A construção coletiva também, nos parece, permitiu a evidência dos conflitos e contradições do próprio processo, dando mais chances aos atores envolvidos de reconhecer os limites e revisar a proposta.

A experiência estudada, pela especificidade do cenário e das estratégias, nos leva a concluir que não há como definir modelos de trabalhos de desinstitucionalização. A metodologia é própria de cada vivência, oriunda dos contextos de disputas que se apresentam e das conjunturas políticas. Desta forma, não há regras e roteiro, apenas o eixo, o norte construídos por parâmetros ideológicos, políticos e clínicos, já bem conhecidos no campo da saúde mental.

Neste sentido, talvez o que possamos fazer é assinalar as questões que foram ressaltadas na esfera dos obstáculos e que se problematizadas e encaminhadas no âmbito da macro política poderão minimizar as dificuldades ou contribuir mais efetivamente com outros processos dessa natureza, independente dos seus contextos e cenários.

Apontamos as referidas questões como a necessária co-responsabilização entre instâncias governamentais, a organização e qualificação da rede, financiamento e agilidades de fluxos burocráticos para efetivação de mecanismos relativos à produção e aplicação destes, assim como a incorporação do eixo de direitos humanos para garantir a discussão e legitimidade da pauta com os diversos segmentos da sociedade.

Consideramos fundamental o desenvolvimento de uma proposta de educação permanente comprometida com o eixo da desinstitucionalização, ou seja, a instrumentalização dos nossos trabalhadores para operar o cuidado conforme as referências da Reforma Psiquiátrica, refletidas na legislação em saúde mental. Uma qualificação que minimize os riscos de cristalização de certo tecnicismo e construa crescentemente a capacidade de reflexão sobre o sentido “do fazer”, ampliando

também, a possibilidade de construir práticas orientadas pelas reais demandas dos usuários e seus familiares. Uma proposta que prime por uma metodologia dialógica entre os princípios teóricos, da política e as diferentes realidades na perspectiva de construir conhecimento aplicado. Para isso, se faz necessário uma revisão da lógica normativa e de financiamento.

Outro aspecto das nossas considerações é a urgência em incluir os processos de desinstitucionalização na dimensão de pactuações de responsabilidades e compromissos no âmbito da gestão do SUS. Muitas dessas iniciativas ficam a mercê de conjunturas políticas que definem a intensidade do investimento. Nesse caso, no que tange especificamente às pessoas internadas no hospital José Alberto Maia, doze anos se passaram até o desfecho final e embora o poder público tenha terminado por assumir o papel que lhe cabia, o tempo de maturação, decisão e realização não foi congruente com os tempos de vida das pessoas. Mortes, sofrimento, agravamento também foram o saldo final desta história.

Para essa responsabilização e pactuação tripartite é imprescindível a elaboração de indicadores de saúde mental que possibilitem a entrada do tema na pauta dos gestores e induza a formação de uma agenda de compromissos. Desta forma, sugerimos alguns conteúdos que consideramos importantes para a construção destes indicadores: erradicação de população de longa permanência em hospitais psiquiátricos, regulação local obrigatória das internações psiquiátricas, erradicação de macro-hospitais nos diferentes territórios e oferta de ações de saúde mental extra-hospitalares.

Outro elemento fundamental é o financiamento. É importante desenhar para saúde mental uma proposta de financiamento tripartite com percentuais e diretrizes claras quanto à contrapartida de cada ente federado e que possa contemplar um projeto territorial, rompendo com a lógica de alocação de recursos fragmentada por serviços ou editais. Um financiamento que se produza a partir de uma agenda de compromissos e responsabilidades, respeitando as diferentes realidades e necessidades e de fácil revisão em situações que demandem criatividade e flexibilidade na operação de ações.

Quanto à desburocratização da máquina que impede trabalhar no tempo lógico das vidas, esta não sabemos como ultrapassar. Cabe, no nosso entendimento, o desenvolvimento de um estudo sobre as diretorias meio (administrativas-financeiras, de planejamento e jurídicas) que compõem os órgãos

públicos no sentido de achar saídas que permitam ao mesmo tempo inventividade e agilidade das ações, assim como coerência e racionalidade do uso de recursos financeiros.

Em relação à construção de moradias e espaços que sirvam de pontes para habitar a cidade, entendemos ainda que a saúde por si só não tem ferramentas e meios potentes para atender a todas as necessidades, precisando construir para isso parceria com outros campos. O diálogo e a parceria na esfera intersetorial com outros setores pode se constituir como uma das possibilidades de enfrentamento desta situação.

Outro aspecto evidenciado na pesquisa a ser trabalhado numa agenda intersetorial é a situação das pessoas curateladas, cujo parâmetro e tempos de interdição precisam ser revistos e rediscutidos como mais um elemento importante nos processos de desinstitucionalização.

Lançando um olhar sobre a pesquisa aqui descrita com as devidas análises, ousamos dizer que os primeiros seis meses, foco do nosso estudo, não produziram resultados concretos em termos de número de pessoas com alta ou de casas construídas, o que só veio a acontecer no segundo semestre de 2010, no período posterior à nossa pesquisa. Porém, eles foram fundamentais porque se constituíram como o tempo da consolidação de estratégias das quais, mais adiante, possibilitou desdobramentos estruturantes, tais como: a retirada de todos os pacientes do Hospital José Alberto e seu conseqüente descredenciamento.

Outra repercussão importante que o estudo revelou foi a interiorização das residências terapêuticas como uma novidade no cenário de Pernambuco e um disparador, no nosso crivo, de outras possibilidades, pensando que o contingente de população com internação de longa permanência no nosso estado é significativo. Recorrendo aos resultados da pesquisa, estes novos cenários apresentaram uma capacidade tanto de desburocratização para implantação dos serviços como também uma abertura para acolhimento dos novos moradores não apenas no âmbito da clínica, mas da dimensão da vida na cidade. E o que se mostrou mais interessante foi a constatação de que o retorno à família ou a implantação da residência terapêutica trouxeram, aparentemente em alguns casos à reboque, a organização da rede de saúde mental com ampliação ou readequação dos serviços existentes.

Na nossa concepção, a sistematização das estratégias governamentais desenvolvidas para o credenciamento do Hospital José Alberto Maia revelou que estas no seu desenvolvimento se constituíram para além de uma decisão e operação burocrática, mas também como uma reparação, considerando que a existência de pessoas institucionalizadas dentro do sistema psiquiátrico também foi financiada pelo poder público. Devolver a vida a estas pessoas, assim como corrigir a distorção produzida pelo sistema se mostrou e se mostra, antes de mais nada, como um imperativo ético para os gestores do SUS.

## REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. VI 13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.

ALMEIDA, Verônica. VASCONCELOS, Claudia. “Livre do Manicômio – atropelos na volta para casa”. **Jornal do Comércio**. Recife, 07 de junho de 2010, Seção Cidades, p.14.

AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S. **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, p. 163 – 175, 1997.

AMARANTE, Paulo (coord.). **Saúde mental, políticas e instituições**. Rio de Janeiro: EAD/ FIOCRUZ, 2003a, v. 2 (Programa de educação à distância).

AMARANTE, Paulo (coord.). **Saúde mental, políticas e instituições**. Rio de Janeiro, EAD/ FIOCRUZ, 2003b, v. 3 (Programa de educação à distância).

AROUCA, Sérgio. A reforma sanitária brasileira. **Tema/ Radis**, Rio de Janeiro: Fiocruz, ano 6, n. 1, p. 2-4, 1988.

ALBUQUERQUE, Patrícia. Desinstitucionalização: notas sobre um processo de trabalho. **Cadernos do IPUB**. Desinstitucionalização a experiência dos serviços residenciais terapêuticos. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ/ IPUB, vol. XII, n. 22, p. 93 – 110, Nov./dez. 2006.

BAHIA, Lígia. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N.T.; GERSCHAMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (org.). **Saúde e democracia histórias e perspectivas do SUS**. 2ª reimpressão, Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, p. 407 – 449, 2005.

BAPTISTA, Luis Antônio; ZWARG, Mariana Dias e MORAES, Rodrigo. Reforma psiquiátrica e dispositivos residenciais: afirmações e impasses. In: MACHADO, Leila; LAVRADOR, Maria Cristina Campello e BARROS, Maria Elizabeth de Barros (org). **Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. 1ª. Edição, São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 59 – 68, 2002.

BIRMAN, Joel e COSTA, Jurandir Freire. Organização de Instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1988.

BORGES, C. F. e BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Caderno de Saúde Pública**. 24 (2): p. 456 – 468, 2008.

BOFF, L. Saber Cuidar. Ética do Humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOSSI, Maria Lúcia e UCHIMURA, Kátia Yumi. Qualidade e Subjetividade na Avaliação de Programas e Serviços em Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 18(6), p 1561 – 1569, nov.-dez. 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Seção Saúde. Brasília, 1988a.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1988b.

BRASIL. **Lei orgânica da Saúde 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990a.

BRASIL. **Lei complementar 8.142**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília, 28 de dezembro de 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, **Portaria 189**. Aprova grupo de procedimentos da tabela de SIH e SAI/SUS incluindo a normatização para atenção em saúde mental em hospitais gerais. Diário Oficial da União de 19 de novembro de 1991 (replicado em 20 de março de 2002), 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS 224**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência em saúde mental. Diário Oficial de 29 de janeiro de 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS**. Dispões sobre as diretrizes operacionais do SUS, enfocando a descentralização. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS**. Dispões sobre as diretrizes operacionais do SUS, enfocando a descentralização. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 106**. Cria os serviços residenciais terapêuticos no âmbito do Sistema de Saúde para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Diário oficial de 11 de fevereiro de 2000.

BRASIL. **Lei 10.216**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 06 de abril de 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental** “cuidar sim, excluir não... efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”, Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 251**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, definindo estrutura e porta de entrada das internações na rede SUS. Diário oficial de 31 de janeiro de 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 336**. Estabelecem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas modalidades e normatiza suas possíveis ações. Diário oficial de 19 de fevereiro de 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. **12.ª Conferência Nacional de Saúde - Conferência Sergio Arouca: manual**. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003a.

BRASIL. **Lei 10.708**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressas de internações de longa permanência. Brasília, 31 de julho de 2003b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Volta para Casa. Liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental**. 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 52**. Institui o Programa da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Diário oficial de 20 de janeiro de 2004, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 53**. Cria no âmbito do plano anual de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar. Diário oficial de 20 de janeiro de 2004, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício GS n. 1.141/04**. Ofício destinado a Secretaria Estadual de Saúde/PE comunicando resultados do PNASH/Psiquiatria 2003/2004. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Síntese da Reunião para Pactuação do Processo de Intervenção nos Hospitais Psiquiátricos, em decorrência da avaliação do PNASH 2002 e 2003/2004**. Brasília, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.276/04**. Cria a Comissão Nacional de Acompanhamento do Processo de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Brasília, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 707/04**. Cria a Comissão Estadual de Acompanhamento do Processo de Reestruturação da Assistência Hospitalar e de Intervenção do Ministério da Saúde no Estado de Pernambuco. Brasília, 2004f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004**. Serie E Legislação de saúde. 5ª. Edição ampliada. Brasília, Ed. MS, 2004g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 1.169/05**. Define linha de financiamento para projetos de geração de renda em saúde mental. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 396/05**. Cria os centros de convivência. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 1.612/05**. Estabelece critérios para habilitação de serviços hospitalares de referência para álcool e outras drogas. 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício n. 232/05**. Ofício referente a Comissão Executiva para o processo de desinstitucionalização dos pacientes do Hospital Alberto Maia. Brasília, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício n. 229/05**. Ofício referente a Comissão Técnica de Levantamento de Dados. Brasília, 2005e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 397/05**. Altera a composição da Comissão Estadual de Acompanhamento do Processo de Reestruturação da Assistência Hospitalar e de Intervenção do Ministério da Saúde no Estado de Pernambuco. Brasília, 2005f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, 2005g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 399**. Institui o Pacto pela Saúde. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.097**. Define diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003 – 2006. Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento de mudança do modelo de atenção**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 154**. Institui o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família – NASF. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 426/09**. Define pelo congelamento das diárias dos hospitais psiquiátricos com indicação de descredenciamento. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde, SAS/DAPES/ Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS. Informativo da Saúde Mental**. Brasília, ano VII, n. 29, julho a dez. 2009b.

BRASIL. Rede Nacional da Luta Antimanicomial (RENILA). **Marcha dos usuários pela reforma psiquiátrica antimanicomial – consolidação das pautas de reivindicações**. Brasília, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial**. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.842/10**. Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.843/10**. Cria o NASF 3. Brasília, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde/ SAS/DAPES/ Coordenação Geral de Saúde Mental, álcool e outras drogas. **Relatório de gestão 2009** (versão preliminar), Brasília, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/ Área Técnica de Saúde Mental. **Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental em Hospital Geral – Práticas de cuidado e articulação com a rede de atenção em saúde mental**. Brasília, 2010e.

BRASIL. Ministério da Saúde/ SAS/DAPES/ Coordenação Geral de Saúde Mental, álcool e outras drogas. **Relatório de gestão 2007 – 2010**. Brasília, 2011.

CONTADRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PNEALUT, R. A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1997.

CARACAS. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde. 1990.

CAMARAGIBE. Ministério Público do Estado de Pernambuco. 1ª. Promotoria de Justiça de Camaragibe. **Termo de Ajustamento de Conduta**. Estabelece termo de ajustamento de conduta entre Ministério Público e Prefeitura de Camaragibe. Camaragibe, 2002a.

CAMARAGIBE. Prefeitura de Camaragibe. **Decreto 500/02**. Decreta a municipalização do Hospital José Alberto Maia. Camaragibe, 2002b.

CAMARAGIBE. Prefeitura de Camaragibe. **Relatórios de vistorias – Organização Hospitalar de Pernambuco e Hospital José Alberto Maia**. Trata da descrição e

avaliação da situação dos hospitais psiquiátricos em Camaragibe para fins de responder ao PNASH 2002. Camaragibe, 2002c.

CAMARAGIBE. Prefeitura de Camaragibe. **Relatório Síntese da Vistoria –Hospital José Alberto Maia**. Trata da descrição e avaliação da situação do Hospital José Alberto Maia para fins de responder ao PNASH 2004. Camaragibe, 2004.

CAMARAGIBE. Prefeitura de Camaragibe e PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde. **Relatório Final do Processo de Desinstitucionalização de Pacientes do Hospital José Alberto Maia**. Relata o processo de desinstitucionalização dos pacientes do Hospital José Alberto Maia desencadeado no período de agosto de 2008 a fevereiro de 2009. Camaragibe, 2009a.

CAMARAGIBE. Prefeitura de Camaragibe. **Proposta para uma gestão técnico-administrativa e financeira do Hospital José Alberto Maia**. Camaragibe, 2009b.

CAMARAGIBE. Ministério Público do Estado de Pernambuco. 1ª. Promotoria de Justiça de Camaragibe. Promotoria de Justiça da Cidadania da Capital com atuação na defesa da saúde e dos direitos humanos. **Ata de Audiência**. Trata das questões relativas ao Hospital José Alberto Maia. Camaragibe, 2010a.

CAMARAGIBE. Prefeitura de Camaragibe. **Decreto 005/10**. Decreta a prorrogação da requisição parcial de serviços do hospital José Alberto Maia, referente a gestão clínica dos pacientes internados nesta instituição. Camaragibe, 21 de janeiro 2010b.

CAMARAGIBE. Prefeitura de Camaragibe. **Decreto 117/10**. Decreta a requisição parcial de serviços do hospital José Alberto Maia, referente a gestão clínica dos pacientes internados nesta instituição. Camaragibe, 21 de janeiro 2010c.

CAMARAGIBE. Prefeitura de Camaragibe. **Portaria 1.796/10**. Decreta o descredenciamento do Hospital José Alberto Maia. Camaragibe, 2010d.

CAMPOS, G. W. e DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**. 23(2), p. 399 – 407, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 12, n. 2, p 301-306, 2007.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO - CREMEPE. Ofício n. 001027/2009. Trata da situação do Hospital José Alberto Maia. Recife, 2009.

DELGADO, Pedro. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com apêndice sobre a questão dos crônicos). In: TUNDIS, S. A. e COSTA, N. do Rosário (org.). **Cidadania e loucura políticas de saúde mental no Brasil**. 3. Edição. Rio de Janeiro. Ed. Vozes - co-edição Abrasco, p. 171 – 202, 1992. (Coleção Saúde e realidade brasileira).

DELGADO, Pedro. Política nacional de saúde mental: o contexto decisivo do pacto pela saúde. **JORNAL DO CONASSEMS** (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Brasília, n. 8, p. 8-9, 2008.

DELL'ACQUA, G. e MEZZINA, R. Resposta à crise. In: BASAGLIA, ROTELLI, DELL'ACQUA E ARTAUD. **A Loucura na Sala de Jantar**. Organização e tradução de de Jaques Delgado. São Paulo: Ed. Resenha Ltda, p 53 -79, 1991.

DESLANDES, S.F. e ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. e DESLANDES, S. F. (org.). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002.

ELOI, Claudia. "SOS Saúde". Seção Política. **Diário de Pernambuco**. Recife, 05 de abril de 2010, p. 3 A.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T.; GERSCHAMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (org.). **Saúde e Democracia histórias e perspectivas do SUS**. 2a. reimpressão. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, p 59-81, 2005.

FLICK, Uwe. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Tradução de Robert Cataldo Costa e consultoria, revisão técnica da edição de Dirceu da Silva. Porto Alegre, Ed Artmed, 2009. (Coleção Pesquisa Qualitativa).

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo, Perspectiva, 1978.

FRASER, M. T. D. e GONDIM, S. M. G.. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Revista Paidéia**. p 139 -151, 2004.

FROTA, Marcel. **Monografias Uni>ersia normas da ABNT**. Edição de Renato Marques e Desing Bruno Tisséo e Ana Carolina Matsusaki. Disponível em <<http://WWW.universia.com.br/material/img/tutoriais/monografias/01.jsp>> . Acesso em 04/04/2010.

FURTADO, Juarez Pereira. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 6, n. 1, p 165 -181, 2001.

GILL, Rosalind. Análise de discurso. In: Bauer, M. W. e Gaskell, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, Vozes, p. 244 – 270, 2002.

GOFFMAN, Erwin. **Manicômios, prisões e conventos**. 5ª. Edição. São Paulo: Perspectiva, 1996

HIRDES, Alice. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência e saúde coletiva**. 14(1):297-305,2009.

HOSPITAL JOSÉ ALBERTO MAIA (HJAM). **Carta ao Ministério Público de Pernambuco**. Descrição das despesas, custos e faturamento do Hospital José Alberto Maia. Camaragibe, 2009b.

JORNAL DO COMÉRCIO. “**Manicômio vai transferir doentes**”. Recife, 18 de novembro de 2009, Seção Cidades, p. 4.

KINKER, Fernando Sfair. **O lugar do manicômio: relato da experiência de descredenciamento de um hospital psiquiátrico no interior do Nordeste**. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p 55 – 59, 1996.

LUCENA, Marcela. **Da alienação a consciência – profissionais de saúde mental inseridos no movimento da reforma psiquiátrica**”. Monografia de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. NESC/ CPqAM, FIOCRUZ. Recife, 1997.

MATTOS, R. A., SILVA JÚNIOR, A. G., GULJOR, A. P., Pinheiro, R. **Desinsinstitucionalização da saúde mental – contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro. Ed. CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 248p, 2007.

MERHY, Emerson Elias. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy, Emerson Elias e et all. **Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2002, Cap. 2.

MINAYO, C. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Vozes – Petrópolis, 1996.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de caso – uma estratégia de pesquisa**, São Paulo: Ed. Atlas AS, 2006.

MOREIRA, M. R.; CRUZ NETO, O. e SUCENA, L. F. M. **Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação**. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto/ Minas Gerais/ Brasil, 4 a 8 de novembro de 2002.

NÚCLEO ESTADUAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL LIBERTANDO SUBJETIVIDADES DA REDE INTERNÚCLEOS (NELALS/RENILA) e Conselho Regional de Psicologia. **Relatório de Vistoria ao Hospital Psiquiátrico José Alberto Maia**. Recife, 2005.

NÚCLEO ESTADUAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL LIBERTANDO SUBJETIVIDADES DA REDE INTERNÚCLEOS (NELALS/RENILA). **Denúncia a Ouvidoria do Ministério Público de Pernambuco**. Dispões sobre a situação do Hospital José Alberto Maia e as irregularidades na contratação de servidores municipais para desenvolvimento do trabalho de desinstitucionalização no ano de 2008. Recife, 2008a.

NÚCLEO ESTADUAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL LIBERTANDO SUBJETIVIDADES DA REDE INTERNÚCLEOS (NELALS/RENILA). **Carta ao Governador**. Dispões sobre o panorama da saúde mental no estado e a situação de violação de direitos humanos de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, especialmente a questão do Hospital José Alberto Maia, solicitando providências. Recife, 2008b.

ONGARO, Franca Basaglia. Transformação Institucional e objetivos comuns. In: BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Tradução de Heloísa Jahn. 2ª. Edição. Rio de Janeiro: Graal, p. 273 – 283, 1985.

PEREIRA, Martha e BARCELLOS, Christovam. O Território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, 2 (2): 47 – 55, 2006.

PERNAMBUCO. **Lei 11. 064**. Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pro rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências. Assembléia Legislativa do Estado de Pernambuco, 16 de maio de 1994.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde- Gerência de Atenção à Saúde Mental. **Relato sobre a intervenção do Hospital José Alberto Maia**. Descrição das principais ações direcionadas ao Hospital José Alberto Maia entre o período de 2004 e 2005, com contextualização do cenário municipal, estadual e nacional. Recife, 2005.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Convênio 066**. Estabelece repasse de recursos financeiros da Secretaria Estadual de Saúde para Secretaria de Saúde de Camaragibe com fins de abastecimento de insumos para os pacientes do hospital José Alberto Maia. Recife, 18 de junho de 2008a.

PERNAMBUCO. Ministério Público do Estado de Pernambuco e Ministério Público Federal. **Recomendação Conjunta n. 01/2008**. Recomendação à Secretaria Estadual de Saúde referente ao Hospital José Alberto Maia. Recife, 2008b.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Ministério da Saúde e Prefeitura de Camaragibe. **Termo de Compromisso Tripartite**. Dispõe sobre a cooperação técnica e financeira entre os entes federados para desenvolvimento da gestão clínica dos pacientes internados no Hospital José Alberto Maia, com progressivo processo de desinstitucionalização e posterior descredenciamento do referido hospital. Recife, 17 de novembro de 2009a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Convênio 025/09**. Define repasse de recursos financeiros da Secretaria Estadual de Saúde para Secretaria de Camaragibe destinados a melhoria da qualidade do atendimento no Hospital José Alberto Maia. Recife, 2009b.

PERNAMBUCO. Ministério Público do Estado de Pernambuco - 1ª. Promotoria da Justiça de Camaragibe e Promotoria de Justiça da Cidadania da Capital com atuação na Defesa da Saúde e dos Direitos Humanos. **Ata de Audiência**. Audiência sobre a definição de encaminhamentos por parte das Secretarias Estadual de Saúde e Municipal de Camargibe em relação ao Hospital José Alberto Maia. Camaragibe, 2009c.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde – Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária. **Relatório de Inspeção**. Relatório de inspeção sanitária realizada no Hospital José Alberto Maia. Recife, 2009d.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Convênio 149/09**. Define repasse de recursos financeiros e cooperação técnica entre Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria de Camaragibe para realização de gestão clínica dos pacientes internados no hospital José Alberto Maia. Recife, 20 de novembro de 2009e.

PERNAMBUCO. Ministério Público do Estado de Pernambuco – Promotorias de Justiça de Defesa da Cidadania e da Capital. **Termo de Compromisso**. Minuta de Termo de Compromisso entre Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e Hospital José Alberto Maia. Recife, 2009f.

PERNAMBUCO. Procuradoria Geral do Estado. **Ofício n. 264/2010**. Ofício destinado ao Ministério Público Estadual tratando questões referentes ao Hospital José Alberto Maia. Recife, 2010a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde – Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária. **Relatório de Inspeção**. Relatório de inspeção sanitária realizada no Hospital José Alberto Maia. Recife, 2010b.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde- Gerência de Atenção à Saúde Mental. **Diagnóstico Preliminar da Situação do Hospital José Alberto Maia e Relatório de Ações Desenvolvidas Para o Cuidado dos Pacientes Internados**. Descrição da situação do Hospital José Alberto Maia em fevereiro de 2010 e das principais ações da equipe de desinstitucionalização no hospital. Recife, 2010c.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Convênio 054/10**. Define repasse de recursos financeiros da Secretaria Estadual de Saúde para Secretaria de Camaragibe destinados à implantação de um Centro de Desinstitucionalização (Aldeia) para receber pacientes do Hospital José Alberto Maia. Recife, 2010d.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Convênio 083/10**. Define repasse de recursos financeiros da Secretaria Estadual de Saúde para Secretaria de

Camaragibe visando a gestão clínica dos pacientes do Hospital José Alberto Maia. Recife, 2010e.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe. **Nota de Esclarecimento**. Nota destinada aos familiares de pacientes no Hospital José Alberto Maia, dando esclarecimentos a respeito do processo de desinstitucionalização dos internos. Recife, 2010f.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Portaria 1.796/10**. Define apoio ao processo de desinstitucionalização dos pacientes oriundos do Hospital José Alberto Maia. Recife, 2010g.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e Prefeitura de Camaragibe. **Relatório da Experiência de Descredenciamento do Hospital José Alberto Maia**. Recife, 2011.

ROCHA, Marisa Lopes e AGUIAR, Kátia Faria. Pesquisa de intervenção e a produção de novas análises. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, 23 (4): 64 – 73, 2003.

ROTELLI, Franco. A Instituição Negada. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. e MAURI, D. **Desinstitucionalização**. Organização de Fernanda Nicácio. 2ª. Edição. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota e MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. e MAURI, D. **Desinstitucionalização**. Organização de Fernanda Nicácio. 2ª. Edição. São Paulo, Ed. Hucitec, 2001.

SILVA, Keila Silene de Brito. **Consórcio Intermunicipal de Saúde: A Experiência de Construção na Zona da Mata Norte de Pernambuco**. Projeto de Pesquisa de Mestrado em Saúde Coletiva. Departamento de Medicina Social/ Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2006.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, p 13 – 18, 1996.

SASSOON, Josepg. Métodos qualitativos na pesquisa sobre a comunicação. In: Melucci, Alberto. **Por uma sociologia reflexiva: pesquisa qualitativa e cultura**. Petrópoles: vozes, 2005, p. 189-213.

TEXEIRA, R. O Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, R. e Mattos, R.A. (Org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p.89-112.

TOBAR, Frederico e YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública – conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. 1ª Edição. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2001.

TRAVASSOS, Claudia e MARTINS, Mônica. Uma Revisão Sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2004.

TRIPP, David. Pesquisa Ação: uma introdução metodológica. **Revista Educação e Pesquisa**, São Paulo: v. 31, n. 3, p 443 – 466. Set/dez. 2005.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definição, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, p. 507 – 514, 2005

VASCONCELOS, Claudia. “Entregues à própria sorte”. **Jornal do Comércio**. Recife, 02 de março de 2008, Seção Cidades, p. 4–6.

VASCONCELOS, E. M. Os dispositivos residenciais e de reinserção social em saúde mental: contexto, política, estratégias, tipologia, abordagens teóricas e desafios. **Cadernos do IPUB**. Desinstitucionalização a experiência dos serviços residenciais terapêuticos. Rio de Janeiro. Instituto de Psiquiatria UFRJ/ IPUB, vol. XII, n. 22, p. 53 -69, Nov./dez 2006.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Pressupostos Teóricos e Produção do Conhecimento no Campo Psicossocial, em uma Perspectiva Popular Democrática. In **Abordagens Psicossociais**. V.1: história, teoria e prática no campo. São Paulo, HUCITEC, 2008.

VIEIRA DA SILVA, Lúcia Maria. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.A. e VIEIRA DA SILVA, L. M. (org). **Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na construção de programas e sistemas de saúde**. Salvador. Rio de Janeiro, Ed. UFBA/ FIOCRUZ, 2005.

**APÊNDICE**

**APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA**

(Logomarca oficial da Instituição que irá receber a mestranda)

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que concordamos em receber Marcela Adriana da Silva Lucena, mestranda do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC), do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (DMS/CCS/UFPE) na \_\_\_\_\_, situada \_\_\_\_\_ para desenvolver a pesquisa intitulada “**Avaliação da Relação Público-Privado no Sistema Único de Saúde (SUS): descredenciamento de um hospital psiquiátrico e suas repercussões**”, sob a orientação da Professora Doutora Adriana Falangola, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

**Coordenação Nacional de Saúde Mental - Ministério da Saúde/ Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco/ Secretaria de Saúde de Camaragibe**

**APÊNDICE B - CARTA DE APRESENTAÇÃO AO GESTOR****CARTA DE APRESENTAÇÃO AO GESTOR**

À \_\_\_\_\_

Att. \_\_\_\_\_

Esta pesquisa, cujo título é “*Avaliação da Relação Público-Privado no Sistema Único de Saúde (SUS): descredenciamento de um hospital psiquiátrico e suas repercussões*”, está sob a responsabilidade da pesquisadora Marcela Adriana da Silva Lucena. Tem como objetivo principal analisar de forma sistemática as estratégias governamentais desenvolvidas para descredenciamento do hospital José Alberto Maia do SUS.

Os procedimentos que serão utilizados na coleta de dados incluem análise de documentos oficiais relativos ao hospital, constante nos arquivos desta instituição, assim como entrevista com atores envolvidos no vigente processo de descredenciamento do hospital do SUS. Todo o trabalho de campo será realizado respeitando as diretrizes regulamentadoras emanadas da *resolução 196/96* do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O conhecimento dos resultados da pesquisa poderá ser obtido através do contato pessoal com a pesquisadora ou por acesso a publicação dos mesmos sob a forma de dissertação.

Para fins da entrevista, consideraremos os seguintes atores:

- ✓ Âmbito nacional – dois representantes da Coordenação Nacional de Saúde Mental (o coordenador nacional e um técnico mais envolvido com esta questão);
- ✓ Âmbito Estadual - Secretário de Saúde e Secretária Executiva de Assistência à Saúde do Estado de Pernambuco.

- ✓ Âmbito municipal – Secretária de Saúde, Coordenação Municipal de Saúde Mental e as três técnicas que coordenam os trabalhos da equipe de desinstitucionalização dentro do hospital.

Reafirmo, portanto, minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo o discernimento consoante referências éticas no processo da coleta de dados, bem como comunicação ao Comitê de Ética e às instâncias envolvidas nesta pesquisa de eventual modificação da proposta supracitada.

Assim, mediante esta carta de apresentação, solicitamos agendamento do trabalho de campo para início da pesquisa, colocando-me disponível para maiores esclarecimentos através do número 94884218 e/ou [marcelaslucena@gmail.com](mailto:marcelaslucena@gmail.com) .

---

Pesquisadora Marcela Lucena  
Id. 3.881.270 SSP/PE

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

**APÊNDICE C - ROTEIRO DE QUESTÕES PARA ENTREVISTA****ROTEIRO DE QUESTÕES PARA ENTREVISTA****I PARTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Representante:

- Equipe de Desinstitucionalização
- Secretaria de Saúde de Camaragibe
- Secretaria Estadual de Saúde
- Ministério da Saúde

Função: \_\_\_\_\_

**II PARTE**

1. Hospital José Alberto Maia no sistema de saúde mental
2. Termo de compromisso tripartite de 17/11/09 – proposta de descredenciamento
3. Atribuições específicas e ações realizadas pela instância entrevistada referente ao processo de descredenciamento do Hospital José Alberto Maia - O quê? Como? Quando?/ Dificuldades e facilidades referentes às dimensões:
  - Pacientes e familiares
  - Prestador (Hospital)
  - Formação de Rede
  - Criação/ aplicação de recursos
  - Articulações políticas
4. Repercussões do processo:
  - Para os pacientes e familiares
  - Para a instância entrevistada
  - Política Estadual de Saúde Mental/ PE
5. Observações do entrevistado

## **APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “*Avaliação da Relação Público-Privado no Sistema Único de Saúde (SUS): descredenciamento de um hospital psiquiátrico e suas repercussões*”. Este estudo faz parte da construção de dissertação de mestrado em saúde coletiva de Marcela Lucena, aluna do Programa de Pós Graduação Integrado de Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Um dos procedimentos que serão utilizados na coleta de dados é a entrevista, cujo conteúdo será gravado, cabendo a pesquisadora a responsabilidade sobre os registros de voz.

A pesquisa em questão traz para os participantes riscos no que se refere ao constrangimento em responder as questões abordadas e ao registro de falas não consentidas. Entretanto, o entrevistado poderá a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não o trará nenhum prejuízo.

Trará também benefícios no momento que reconhece o ator entrevistado como protagonista do processo e considera suas contribuições para sistematização de um trabalho que poderá desencadear referências para a sua prática específica e o projeto em que está inserido.

A participação na pesquisa não acarretará nenhum custo para o entrevistado e é essencialmente voluntária.

Durante a entrevista a pesquisadora terá como responsabilidade esclarecer qualquer dúvida que venha a surgir sobre a pesquisa e após registro de informações, resguardar a identificação do entrevistado, cabendo a publicação dos dados da pesquisa sob a forma de dissertação ou de outros veículos científicos.

---

Após leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento, dou minha autorização de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário deste estudo, assinando esse termo em duas vias, haja vista que uma cópia pertencerá a mim e a outra à pesquisadora.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura de testemunha: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado.

Nome da entrevistadora: \_\_\_\_\_

Assinatura da entrevistadora: \_\_\_\_\_

Atesto que guardarei com sigilo, no meu domicílio, em armário contendo documentos de trabalho e estudo, os registros escritos e de voz, realizados durante a entrevista por um período de cinco anos, devendo posteriormente ser destruídos.

Nome da pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da testemunha: \_\_\_\_\_ Id. \_\_\_\_\_

Assinatura de testemunha: \_\_\_\_\_

Nome da testemunha: \_\_\_\_\_ Id. \_\_\_\_\_

Assinatura de testemunha: \_\_\_\_\_

### **Contatos:**

#### **Pesquisadora Marcela Lucena**

Fone: (81) 94884218

Endereço Eletrônico: [marcelaslucena@gmail.com](mailto:marcelaslucena@gmail.com)

Endereço para correspondência: Av. Santos Dumont, 576, apt. 202, Aflitos, Recife - PE. CEP: 5205050

#### **Comitê de Ética e Pesquisa:**

Fone: (81) 2126 8588

Av. Prof. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50670-901

## **ANEXOS**

## ANEXO A



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº. 232/2010 - CEP/CCS

Recife, 02 de setembro de 2010

Registro do SISNEP FR – 355237

CAAE – 0249.0.172.000-10

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 248/10

Título: **Avaliação da Relação Pública – Privada no Sistema Único de Saúde (SUS):  
Descrédenciamento de um Hospital Psiquiátrico e suas Repercussões.**

Pesquisador Responsável: Marcela Adriana da Silva Lucena

Senhor(a) Pesquisador(a):

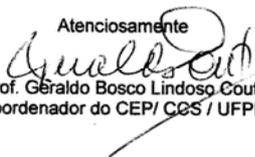
Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 01 de setembro 2010.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente

  
Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto  
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

A  
Mestranda Marcela Adriana da Silva Lucena  
Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva- CCS/UFPE



22. OCUPAÇÃO PRINCIPAL À ÉPOCA DA INTERVENÇÃO (refere-se à internação atual e será codificada posteriormente)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. VINCULO COM ALGUMA INSTITUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA – I 0. NÃO 1. SIM Qual?..... 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	<input type="checkbox"/>
24. TIPO DE RENDA? 1. NÃO 2. SIM 3. INFORMAÇÃO IGNORADA	<input type="checkbox"/>
25. MORADIA DO (A) USUÁRIO NO PRESENTE 0. NÃO POSSUI RESIDÊNCIA FIXA 1. MORADOR DO HOSPITAL SEM LUGAR PARA FICAR, FORA DO HOSPITAL 2. MORADOR DO HOSPITAL COM LUGAR PARA FICAR FORA DO HOSPITAL 3. MORADOR REGULAR FORA DO HOSPITAL 4. INFORAMAÇÃO IGNORADA	<input type="checkbox"/>
26. NO CASO DE MORADIA REGULAR FORA DO HOSPITAL, O (A) USUÁRIO (A) MORA 0. COM FAMILIARES 1. COM OUTRAS PESSOAS 2. SOZINHO 3. NÃO SE APLICA 4. INFORMÇÃO IGNORADA	<input type="checkbox"/>
<b>C- SITUAÇÃO JURÍDICA</b>	
27. SITUAÇÃO JURÍDICA (CÓDIGO CIVIL) O PACIENTE É CURATELADO? 0. NÃO 1. SIM 2. INFORAMAÇÃO IGNORADA	<input type="checkbox"/>
<b>D- VÍCULO SOCIAIS</b>	
28. SITUAÇÃO CONJUGAL 0. SOLTEIRO 1. CASADO OU UNIDO CONSENSUALMENTE 2. SEPARADO DE FATO, NÃO LEGALMENTE 3. DIVORCIADO LEGALMENTE 4. VIUVO 5. OUTROS 6. INFORMAÇÃO IGNORADA	<input type="checkbox"/>
29. REDE SOCIAL 0. NÃO IDENTIFICADA 1. FAMILIARES 2. VIZINHOS E AMIGOS 3. GRUPOS DE AJUDA (mútua, religiosos, instituições de caridade e etc.) QUAIS?..... 4. INFORMAÇÃO IGNORADA	<input type="checkbox"/>
30. REDE DE SUPORTE: COM QUEM O PACIENTE CONTA 0. COM NINGUEM 1. COM FAMILIÁRES 2. COM VIZINHOS / AMIGOS 3. COM OUTROS – GRUPOS DE AJUDA (mútua, religiosos, instituições de caridade e etc.) QUAI?..... 4. INFORMAÇÃO IGNORADA	<input type="checkbox"/>
31. VISITAS DURANTE A INTERNAÇÃO 0. NÃO RECEBE VISITAS 1. FAMILIARES 2. VIZINHOS / AMIGOS 3. OUTROS (ORDEM RELIGIOSA, VOLUNTÁRIOS, NÃO ESPECIFICADOS) 4. INFORMAÇÃO IGNORADA	<input type="checkbox"/>
32. FREQUÊNCIA DE VISITAS DE FAMILIÁRES 1. SEMANAL 2. MENSAL 3. EVENTUAL 4. QUINZENAL 8. NÃO RECEBE VISITAS 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	<input type="checkbox"/>

55. O amigo e / ou pessoas de rede social do usuário se mostra disponível pa apoiar o processo de desintitucionalização? 0. Não tem disponibilidade 1. Disponibilidade parcial <input type="checkbox"/> 2. Disponibilidade total 3. Não se aplica		
56. Em que município o usuário acha que deve morar? (informe a localidade:)		
57. Qual o grau de apoio necessário para que o usuário possa morar na comunidade? (0. NENHUM; 1. LEVE 2. MODERADO 3. CONTINUO E INTENSIVO)		<input type="checkbox"/>
58. Acompanhamento clinico em unidade básica de saúde	<b>SIM / NÃO</b>	
59. Acompanhamento clinico especializado em unidade de saúde	<b>SIM / NÃO</b>	
60. Atenção em saúde mental na rede básica	<b>SIM / NÃO</b>	
60. CAPS	<b>SIM / NÃO</b>	
61. Residência terapêutica	<b>SIM / NÃO</b>	
62. Programa de volta para casa	<b>SIM / NÃO</b>	
63. Projeto de inserção no trabalho	<b>SIM / NÃO</b>	
64. Centro de Convivência e/ou Projetos Culturais		
65 O (A) USUARIO (A) TEM LOAS 0. NÃO 1. SIM		<input type="checkbox"/>
66. OBSERVAÇÕES A CRITÉRIO DO ENTREVISTADOR		
Responsáveis pelas informações <b>NOME</b>	Assinatura	DATA

3. EVENTUAL	
<b>33. FREQUÊNCIA DE VISITAS DE AMIGOS E / OU PESSOAS DA REDE SOCIAL</b>	
1. SEMANAL	4. QUINZENAL
2. MENSAL	8. NÃO RECEBE VISITAS
3. EVENTUAL	9. INFORMAÇÃO IGNORADA

<b>34. LICENÇA PARA SAIR FORA DO HOSPITAL</b>		
0. NÃO SAI 1. SAI DESACOMPANHADO 2. SAI SOMENTE SE ACOMPANHADO 3. SAI NÃO HAVENDO INFORMAÇÃO SE ACOMPANHADO OU NÃO 9. INFORMAÇÃO IGNORADA		
<b>35. TEM SAÍDA DO HOSPITAL:</b>		
1. SEMANAL 2. DIARIAMENTE 3. MENSALMENTE 4. EVENTUALMENTE 5. NÃO SAI DO HOSPITAL		_
<b>E- PERCURSO INSTITUCIONAL E DADOS CLÍNICOS-PSIQUIÁTRICOS</b>		
<b>36. ATENDIMENTO ANTES DA INTERNAÇÃO ATUAL</b>		
0- NÃO RECEBIA ATENDIMENTO antes da Internação 1- AMBULATÓRIO 2- CAPS 3- Atenção básica 4- Hospital Psiquiátrico 5- Outros especificar _____ 9 INFORMAÇÃO IGNORADA		_
<b>37. DATA DA PRIMEIRA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA NA VIDA</b>		___/___/___
<b>38. DATA DA INTERNAÇÃO ATUAL</b>		___/___/___
<b>39. TEMPO DA INTERNAÇÃO ATUAL (anos e meses)</b>		
(INDEPENDENTE DA RENOVAÇÃO DA AIH)		_ _ _ _
<b>40. DIAGNÓSTICO NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO:</b>		Código CID 10:
<b>41. DATA DA ÚLTIMA PRESCRIÇÃO DO PACIENTE (SE A INFORMAÇÃO NÃO ESTIVER DISPONÍVEL, PREENCHER COM 99/99/9999)</b>		___/___/___
<b>42. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO</b>		
0. NÃO FAZ USO DE MEDICAMENTOS 1. MEDICAMENTO ÚNICO 2. MÚLTIPLOS MEDICAMENTOS 9. INFORMAÇÃO IGNORADA		_
<b>43. PRESCRIÇÃO DE ECT (ELETROCONVULSOTERAPIA)</b>		
1. NÃO 2. SIM 9. INFORMAÇÃO IGNORADA		_
<b>44. TEM EEG?</b>		
0. Normal 1. Anormal 2. Não tem 9. INFORMAÇÃO IGNORADA		_
<b>45. ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR (0. NÃO 1.SIM; OU 9.SEM INFORMAÇÃO) para as especialidades, nas quais o paciente recebeu atendimento multiprofissional com frequência mínima quinzenal. durante o internamento.</b>		
1. PSQUIATRIA		1.  _
2. PSICOLOGIA		2.  _
3. SERVIÇO SOCIAL		3.  _
4. CLÍNICA MÉDICA		4.  _

5. TERAPIA OCUPACIONAL	5.  __
6. FISIOTERAPIA	6.  __
<b>OBS: As evoluções da equipe são quinzenais e não semanais.</b>	
7. OUTROS? Registre: .....	7.  __

<b>F-DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: NECESSIDADES E RECURSOS</b>	
<b>46. VOCÊ CONSIDERA QUE ESSA PESSOA NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO PARA AS</b> <b>ATIVIDADES COTIDIANAS FORA DO ÂMBITO INSTITUCIONAL:</b> 0. Necessita de acompanhamento contínuo e intensivo 1. Necessita de acompanhamento moderado 2. Necessita de acompanhamento leve (requer mínimo de supervisão ou instigação) 3. Não necessita de acompanhamento	__
<b>47. COMUNICAÇÃO:</b> 0. Tem dificuldades significativas para se comunicar 1. Comunica-se com alguma dificuldade 2. Comunica-se bem	__
<b>48. LOCOMOÇÃO:</b> 0. não anda 1. só anda com ajuda de outros 2. anda sozinho mas com grande dificuldade 3. anda sozinho	__
<b>49. AUTOCUIDADO (HIGIENE, VESTUÁRIO)</b> 0. Necessita de acompanhamento contínuo e intensivo 1. Necessita de acompanhamento moderado 2. Necessita de acompanhamento leve 3. Não necessita de acompanhamento	__
<b>50. ALIMENTAÇÃO:</b> 0. Necessita de acompanhamento contínuo e intensivo 1. Necessita de acompanhamento moderado 2. Necessita de acompanhamento leve 3. Não necessita de acompanhamento	__
<b>51. COTIDIANO NO CONTEXTO INSTITUCIONAL</b> 0. Passa o dia na cama 1. Passa grande parte do dia nas dependências do hospital aparentemente isolado 2. circula pelo hospital 3. realiza atividades sistemáticas (EXCLUINDO HIGIENE E ALIMENTAÇÃO) durante o dia. Descreva: ..... ..... 4. OUTRAS. DESCREVA: _____	__

52. No momento, o (a) usuário (a) projeta a saída do hospital? 0. Não 1. Sim 2. Impossibilitado de responder no momento a. Conversa sobre o tema quando indagado b. Conversa espontaneamente sobre o tema	__
53. No momento, a família mostra-se disponível para apoiar o processo de	

desinstitucionalização? 0. Não tem disponibilidade 1. Disponibilidade parcial 2. Disponibilidade significativa 3. Não se aplica	<input type="checkbox"/>
54. No momento, a família mostra-se disponível para apoiar financeiramente o processo de desinstitucionalização? 0. Não tem disponibilidade 1. Disponibilidade parcial 2. Disponibilidade significativa 3. Não se aplica	<input type="checkbox"/>

Instrumento elaborado a partir de adequações e adaptações dos seguintes instrumentos e planilhas **ASSESSORIA DE SAÚDE MENTAL**. Secretaria de Estado da Saúde de Rio de Janeiro. **Censo clínico e Psicossocial dos Pacientes Internados no Hospital Estadual Teixeira Brandão / Carmo.**

Rio de Janeiro, 2001

PITTA, A. Censo Clínico e Psicossocial da População Internada em Hospitais Psiquiátricos da Bahia.

Relatório Final. Salvador, 2004.

SANTOS. Secretaria de Higiene e Saúde. Planilha de 1º Atendimento. Programa de Saúde Mental.

Santos, 1993.

*Participaram da discussão e da elaboração: Fernanda Nicácio, Marcela Lucena, Amélia Lyra, Cristina Veras, Norma Cassimiro, Solange Mendonça, Joaquim Falcão, Dilza Feitosa, Sérgio Pereira, Ivan Cavalcante*

**ANEXO C**

**PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DAS ALTAS DAS PESSOAS INTERNADAS NO HOSPITAL JOSÉ ALBERTO MAIA**

<b>No.</b>	<b>DATA DA ALTA</b>	<b>MUNICÍPIO DE ORIGEM</b>	<b>NOME</b>	<b>TIPO DE ALTA</b> (transferência, volta para casa, residência terapêutica)	<b>SERVIÇO DE REFERÊNCIA PÓS-ALTA</b>	<b>SAÍDA DEFINITIVA</b> (destino final para as pessoas que foram transferidas)
01						
02						
03						
04						
05						

