

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JOÃO MÁRIO PESSOA JÚNIOR

**TRAJETÓRIA DO HOSPITAL DIA DR. ELGER NUNES: UM RECORTE
HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL NO RIO GRANDE DO NORTE**

NATAL
2011

JOÃO MÁRIO PESSOA JÚNIOR

**TRAJETÓRIA DO HOSPITAL DIA DR. ELGER NUNES: UM RECORTE
HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL NO RIO GRANDE DO NORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem em saúde mental e coletiva.

Grupo de Pesquisa: Ações promocionais e de atenção a saúde de grupos humanos em saúde mental e coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda

NATAL
2011

Seção de Informação e Referência

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Pessoa Júnior, João Mário

Trajatória do hospital dia Dr. Elger Nunes: um recorte histórico da psiquiatria e saúde mental no Rio Grande do Norte / João Mário Pessoa Júnior. – Natal, RN, 2011.
217 f. : il.

Orientador: Francisco Arnoldo Nunes de Miranda.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Enfermagem Psiquiátrica – Dissertação. 2. Hospitais-Dia – Dissertação. 3. História oral – Dissertação. 4. Saúde Mental – Dissertação. I. Miranda, Francisco Arnoldo Nunes de. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 616-083:616.89

JOÃO MÁRIO PESSOA JÚNIOR

**TRAJETÓRIA DO HOSPITAL DIA DR. ELGER NUNES: UM RECORTE
HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL NO RIO GRANDE DO NORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profº Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda
(Orientador/Presidente)

Profª Dra. Clélia Albino Simpson
(Membro Examinador Interno)

Profª Dra. Lenilde Duarte de Sá
(Membro Examinador Externo)

Profª Dra. Raimunda Medeiros Germano
(Membro Examinador Interno)

Dedico a todos os profissionais e docentes colaboradores desse estudo, através dos quais peço licença e nomeio duas figuras fundamentais nesse percurso: Elger Nunes da Silva e Nilza Cecília. A todos vocês mui honrosamente agradeço a confiança em poder rememorar hoje a trajetória do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes, poeticamente denominado “Ninho dos Pássaros de Asas Quebradas”.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, razão maior de meu caminhar, concedestes o milagre da vida, suprimo minhas necessidades e zelando para que não faltassem as oportunidades. Fostes e sempre serás minha fortaleza, escudo, refúgio e guia pelas veredas de jovem aprendiz.

Aos meus pais, **João Mário Pessoa** e **Maria Alves Dantas Pessoa** pelo esforço em me conduzir nos caminhos da educação. **MÃE** és minha fonte de inspiração, exemplo de força e empenho que me ajuda a prosseguir, mesmo diante de lágrimas e lutas, encontro em ti acaento... **PAI**, sei que oras e acreditas nos meus sonhos. A vocês dedico todas as minhas vitórias e conquistas.

Aos meus irmãos **Jomara Dantas Pessoa** e **Jomarques Allan Pessoa Dantas**, pela torcida e pelas preciosas palavras de conforto. Temos um jeito único de amar fraternalmente e ajudar um ao outro.

Ao meu Pai Acadêmico e eterno Professor **Francisco Arnoldo Nunes de Miranda**, orientador nessa jornada em que me fez seu Aprendiz “Assustado”. Nosso convívio foi pleno de aprendizagem e respeito. Ensinas com o olhar, apreço, carinho... Através de sua pessoa selei meu casamento com a Saúde Mental e Psiquiatria que pretendo postergar por longas datas. Agradeço toda a dedicação e competência na leitura e análise dispensadas em cada fase deste trabalho, seus ensinamentos foram e sempre serão preciosos e significativos. Aprendi que a sabedoria pode acompanhar a simplicidade e o caráter do ser humano. Hoje acredito que homens de chumbo podem se transformar em jóias de ouro. Vida longa sempre!

À Professora **Clélia Albino Simpson**, ser humano fantástico, exemplo de mulher, mãe, educadora e agora avó. Tens um jeito único de ser e viver. Admiro-te grandemente, agradeço a confiança, respeito, amizade e atenção. Jamais a esquecerei, pois aprendi e aprendo sempre com nossa convivência.

À Professora **Regina Furegato** pelas inúmeras contribuições durante o Exame de qualificação, através dela também agradeço à **Gilda Pachêco** pelo trabalho com ALCESTE. Saúdo a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto pela parceria.

À todos os **Professores** que fazem o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Atenção à Saúde da UFRN, Conceito 4 CAPES, desejo cada vez mais sucesso e um alvissareiro crescimento, especialmente para o Doutorado.

Às minhas companheiras de convivência **Raimunda Melo** e **Francisca Melo**, duas irmãs que a vida me deu quando me vi sozinho, pelas terras de Natal. Agradeço a acolhida, o

respeito e amizade fundamentais nesse trajeto. **RAI**, minha eterna amiga, colega desde os tempos de Faculdade e depois de Mestrado, tens maturidade e sutileza no seu agir.

À minha querida colega de orientação e amiga de Calabouço, **Vannucia Medeiros** pelo companheirismo, pelas noites não dormidas estudando, pelas conversas. Espelhas ternura no olhar, seus conselhos sempre me fizeram mais forte. Espero levar nossa amizade para posteridade.

A meu grupo de trabalhos, colegas especiais, que fizeram parte dessa trajetória:

Janille: exemplo de gentileza e maturidade; **Jaqueline**: pessoa que muito estimo e admiro; **Fernando**: pela convivência durante esses anos; **Jocelly**: criativa e disposta a contribuir. Além dos já nominadas, **Raimunda** e **Vannucia**. Sem dúvidas vivemos muitas histórias e alcançamos grandes vitórias durante esse caminho!

Aos **colegas do curso de Mestrado** turma 2010, pessoas especiais, cuja amizade e experiência construída durante a nossa convivência foram preciosas, momentos que muito contribuíram para ampliação dos meus conhecimentos. Guardarei todas as lembranças, os seminários e as ínfimas produções pela ciência da Enfermagem

Aos novos e velhos companheiros de Calabouço e através dos quais destaco a querida amiga **Marta Batista** por todo carinho, atenção e companheirismo, uma pessoa que tenho profundo respeito. **Sâmia**, especial, embora distante devido à correria do trabalho, tens um lugar especial nessa jornada. **Illa**, ninfa bruma pela amizade e carinho. Às remanescentes **Raionara** e **Rafaella**, também agradeço pelos conselhos e os momentos vividos.

Ao **Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI)** pelo auxílio financeiro e pela oportunidade de vivenciar intensamente a docência assistida.

À **Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis** pela oportunidade de me tornar o primeiro morador da Residência de Pós-Graduação da UFRN (POUSO) como aluno do PGENF/UFRN e por todo auxílio e ajudas dispensadas nesse caminho.

À **todos os meus companheiros do Pouso**, meu lar em Natal, pela convivência, os cafés, as noites de estudo, pelas saídas vez por outra, sem esquecer todas festas vividas.

Aos **funcionários e outras pessoas** que fazem parte do Departamento de Enfermagem da UFRN, Sebastião, Cida, Xexéu, João, Graça, sem falar dos bolsistas de apoio.

Enfim, **a todos as pessoas** que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse sonho.

O NINHO DOS PÁSSAROS DAS ASAS QUEBRADAS

*Quando penso que um dia partirei
Do ninho provisório ao qual estou acostumado,
O ninho que me acolheu,
Quando eu pobre pássaro da asa quebrada,
Não conseguia mais voar.
Mas, agora com a asa consertada e sarada,
Estou pronto para o vôo e os riscos que o acompanham.*

*Muitas coisas povoam minha mente.
Sinto dó dos outros pássaros da asa quebrada,
Que não conseguirão voar,
E não poderão sair do ninho, exceto para gaiolas.
Imagino o que será do futuro
Dos que partirão depois de mim.*

*Ah! Mas pássaros não podem pensar tanto!
Pássaros como eu, das asas consertadas,
Só precisam voar e voar em liberdade,
Pois esta é a lei das criaturas aladas.*

*E se por ventura, um dia, no meu vôo,
Eu avistar um velho amigo a voar também,
Esse passarinho que vos fala, sorrirá e dirá:
Existe esperança no ninho dos pássaros das asas quebradas.*

C.A.D.S. (Ex- usuário do Hospital-Dia, Jun/1999)

RESUMO

PESSOA JÚNIOR, J. M. **Trajetória do Hospital-dia Dr. Elger Nunes**: um recorte histórico da psiquiatria e saúde mental no Rio Grande do Norte. 2011. 217f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande Norte, Natal, 2011.

No Brasil, a rede de saúde mental proposta pela Reforma Psiquiátrica insere os serviços intermediários e substitutivos, na busca pela aproximação ou ressocialização do portador de transtorno mental e comportamental junto à comunidade. Adotou-se, entre outros serviços, o Centro de Atenção Psicossocial, Residência Terapêutica, Lar Abrigado, Hospital-dia, Leito Psiquiátrico em Hospital Geral. Nesse contexto, o Estado do Rio Grande do Norte, implantou o Hospital-Dia Dr. Elger Nunes (HDEN) em Natal/RN no ano de 1996 ligado à Secretaria Estadual de Saúde Pública. No HDEN acontecia um trabalho terapêutico multi e interdisciplinar, além de ser palco de práticas disciplinares e projetos de extensão de cursos em graduação de Instituições de Ensino Superior no município. Entretanto, com o processo de municipalização dos serviços locais, o Hospital foi extinto por ato administrativo estadual em 2006, deixando prejuízo para as atividades prestadas aos usuários, as práticas disciplinares e as atividades extensionistas. Partindo dessa ruptura, objetivou-se narrar a trajetória do HDEN através dos profissionais da equipe multidisciplinar e dos professores que o utilizaram como campo de práticas disciplinares. Caracteriza-se como estudo documental e qualitativo, respaldado na técnica da história oral temática, seguindo as fases: autorização do colaborador, gravação da entrevista, transcrição, a textualização e a transcrição do material obtido. Utilizaram-se documentos, portarias, relatórios gerais de atividades, entre outros; somada a realização de entrevistas a quinze colaboradores que utilizaram esse serviço, sendo treze profissionais da equipe multidisciplinar e dois docentes da graduação da área da saúde, Enfermagem e Medicina. As histórias coletadas foram organizadas conforme a técnica escolhida, respeitando-se suas etapas. Na preparação do *corpus* submetido ao programa informático ALCESTE, priorizou-se o tom vital para a formação das categorias e classes elegida por ele, estruturada sob três eixos temáticos. No primeiro eixo denominado *Trajetória do HDEN* rememorou-se o início de suas atividades, os percalços nesse momento, as atividades desenvolvidas, além dos seus atores – os usuários, familiares, profissionais, e as práticas de ensino. O segundo eixo ocupou-se do *Processo de extinção do HDEN*, resgatando-se os sentimentos dos colaboradores, as principais justificativas dadas na época e o cenário imediato pós-extinção. E, o terceiro eixo analisado revelou de forma articulada a situação da *Saúde mental em Natal/RN*, elencando-se os desafios e perspectivas para a atenção psicossocial, partindo-se da própria trajetória do HDEN com ênfase nas atividades desenvolvidas. Ademais, a trajetória do HDEN propicia o reconhecimento das bases históricas traçadas na constituição da rede de serviços substitutivos presente no atual cenário de atenção psicossocial do município de Natal e no RN.

Palavras-Chaves: Enfermagem Psiquiátrica; Hospitais-Dia; História oral; Saúde Mental.

ABSTRACT

PESSOA JÚNIOR, J. M. **Trajectory of the Day Hospital Dr. Elger Nunes**: a historical view of psychiatry and mental health in Rio Grande do Norte. 2011. 180f. Dissertation (MSc Nursing) - Department of Nursing, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

In Brazil, the mental health network proposed by the Psychiatric Reform inserts the intermediate and replacement services in the pursuit of alignment or resocialization of patients with mental and behavioral disorder in the community. Was adopted, among other services, the Center for Psychosocial Care, Home Therapy, Sheltered Home, Day Hospital and psychiatric beds in general hospital. In this context, the State of Rio Grande do Norte implanted the Day Hospital Dr. Elger Nunes (HDEN) in Natal / RN in 1996, linked to State Department of Public Health. At HDEN happened a multi and interdisciplinary therapeutic work, besides being the scene of disciplinary practices, and extension projects for graduate courses in Higher Education Institutions in the city. However, with the process of decentralization of local services, the hospital was terminated by an administrative state act in 2006, leaving damage to the activities provided to users, disciplinary practices and extension activities. From this breakdown, the objective was to narrate the trajectory of HDEN through a multidisciplinary team of professionals and teachers who used it as a field of disciplinary practices. It is characterized as a documental and qualitative, backed in the technique of thematic oral history, following the phases: authorization of the interviewee, interview recording, transcription, textualization and transcreation of the material obtained. We used documents, ordinances, general reports of activities, among others, plus interviews to fifteen employees who used this service, being thirteen part of the multidisciplinary team of professionals and two graduation professors of health care area, nursing and medicine. The stories collected were organized according to the technique chosen, respecting its steps. In preparing the body subjected to ALCESTE computer program, priority was given to the vital tone for the formation of categories and classes elected by the program, structured in three thematic areas. In the first axis, called Trajectory of HDEN, were recalled the beginning of its activities, the steps of that time, their activities, and its actors - users, families, professionals, and teaching practices. The second axis has dealt with the process of extinction of HDEN, rescuing the feelings of employees, the main reasons given at the time and immediate post-extinction scenario. And the third axis revealed in an articulated form the situation of mental health in Natal / RN, listing to the challenges and prospects for the psychosocial care, starting from the trajectory of HDEN with emphasis on activities. Moreover, the trajectory of HDEN provides recognition of the historical basis outlined in the constitution of the network of substitute services present in the current scenario of psychosocial care in the city of Natal and in RN.

Keywords: Psychiatric Nursing; Day Hospitals; Oral History; Mental Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Principais correntes de pensamento reformista.....	36
Figura 2 – Trajetória do processo de reforma psiquiátrica no Brasil.....	38
Figura 3 – Principais projetos de leis estaduais da reforma no Brasil.....	39
Figura 4 – Principais momentos da reforma psiquiátrica no município de Natal/RN.....	44
Figura 5 – Mapas de distribuição dos serviços de saúde mental entre as URSAPs no RN.....	45
Figura 6 – Logotipo do projeto de extensão “Viva a Vida sem Muros”.....	48
Figura 7 – Principais serviços e estratégias de atenção psicossocial implementadas no processo de reforma psiquiátrico brasileiro.....	50
Figura 7.1 – Principais serviços e estratégias de atenção psicossocial implementadas no processo de reforma psiquiátrico brasileiro.....	51
Figura 8 – Síntese dos principais termos e suas características de uso recorrente na história oral.....	65
Figura 9 – Síntese dos principais termos dos fundamentos teóricos e temáticos, conceitos e papel no projeto de história oral.....	66
Figura 10 – Síntese dos principais etapas dos fundamentos operacionais de um projeto de história oral.....	68
Figura 11 – Distribuição da rede de colaboradores conforme identificação, sexo, faixa etária e profissão.....	70
Figura 12 – Eixos temáticos oriundos da análise dos tons vitais das narrativas e do roteiro de entrevistas.....	78
Figura 13 – Síntese dos principais termos e seus conceitos utilizados no ALCESTE.....	80
Figura 14 – Síntese das etapas de análise do ALCESTE, denominações, procedimentos e operações executadas.....	82
Figura 15 – Gráfico Distribuição e percentual de aproveitamento das classes das UCEs estabelecidas pelo ALCESTE, conforme as quinze narrativas obtidas dos colaboradores.....	83
Figura 16 – Dendograma de Classificação Descendente Hierárquica estabelecido pelo ALCESTE, conforme as quinze narrativas obtidas dos colaboradores. Natal/RN, 2011.....	83
Figura 17 – Identificação das classes elencadas pelos Alceste e os eixos do tom vital.....	84
Figura 18 – Placa de inauguração do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes.....	96
Figura 19 – Imagem da horta cultivada por usuário no HD sob a coordenação de um técnico responsável.....	101
Figura 20 – Imagem de uma atividade lúdica envolvendo usuários e familiares no HD.....	105
Figura 21 – Imagem de alunos do curso de Graduação em Enfermagem da UFRN realizando atividades terapêuticas com usuários do HD.....	107
Figura 22 – Imagem do coral do HD se apresentando durante os festejos natalinos.....	108
Figura 23 – Imagem de um recorte de reportagem que anuncia o fechamento do	110

HD.....	
Figura 24 – Imagem de protesto contra fechamento do Ambulatório de Psiquiatria que funcionava HJM organizado pelo Sindicato dos Servidores da Saúde do RN.....	116
Figura 25 – Imagem de um protesto realizado pela categoria de médicos, com apoio do Sindicato dos Médicos do RN, em frente ao Pronto Socorro do HJM....	124
Figura 26 – Imagem esquemática criada a partir das categorias elegidas pelo ALCESTE e pelos tons vitais das histórias temáticas.....	148

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais da equipe multiprofissional quanto ao sexo, faixa etária, tempo de formação e categoria profissional. Natal, RN, 2011.....	88
Tabela 2 – Caracterização do tempo de atuação no Hospital-dia Dr. Elger Nunes e do tempo de experiência em saúde mental dos profissionais. Natal, RN, 2011...	89
Tabela 3 – Caracterização dos docentes quanto às variáveis sexo, faixa etária, tempo de formação e categoria profissional. Natal, RN, 2011.....	90
Tabela 4 – Caracterização do tempo de convivência no Hospital-dia Dr. Elger Nunes e do tempo de experiência em saúde mental dos docentes. Natal, RN, 2011.....	91

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde de Mental
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF – Estratégia Saúde da Família
HD – Hospital-Dia
HDEN – Hospital-Dia Dr. Elger Nunes
HJM – Hospital Dr. João Machado
IES – Instituição de Ensino Superior
ITEP/RN – Instituto Técnico-Científico da Polícia do Rio Grande do Norte
MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
RN – Rio Grande do Norte
RP – Reforma Psiquiátrica
RS – Reforma Sanitária
SESAP – Secretaria de Saúde Pública
SM – Saúde Mental
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SRTs – Serviços Residenciais Terapêuticos
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UPHG – Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

SUMÁRIO

PRÓLOGO.....	18
1 INTRODUÇÃO.....	22
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	28
2.1 DO SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA AOS MOVIMENTOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA: “O DITO E O NÃO DITO”.....	28
2.1.1 O dito da reforma psiquiátrica.....	29
2.1.2 O não dito da reforma psiquiátrica.....	31
2.1.3 As mudanças do pós-guerra: as experiências internacionais da Reforma.....	33
2.2 A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	36
2.2.1 Conceitos emergentes.....	40
2.3 TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO RIO GRANDE DO NORTE E EM NATAL.....	43
2.3.1 O Hospital Dr. João Machado.....	46
2.3.2 O Hospital-Dia Dr. Elger Nunes em Natal/RN.....	47
2.4 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: “O INÍCIO DE UMA NOVA HISTÓRIA”.....	49
2.4.1 O usuário como ator de seu processo saúde/doença mental.....	52
2.4.2 A família no acompanhamento dos usuários com transtorno mental.....	55
2.4.3 Os trabalhadores de saúde mental e as perspectivas para o “cuidar”.....	57
2.4.4 O ensino e o processo de formação profissional em psiquiatria/saúde mental.....	59
2.5 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: NOVOS DESAFIOS.....	60
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	64
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	64
3.1.1 Fundamentos teóricos e temáticos.....	65
3.1.2 Fundamentos operacionais.....	67
3.3 OS COLABORADORES.....	69
3.4 CENÁRIOS DA MEMÓRIA COLETIVA.....	71
3.5 INSTRUMENTO PARA APREENSÃO DAS HISTÓRIAS.....	71
3.5.1 O caderno do campo.....	72
3.5.2 A Pesquisa documental.....	73

3.6 PROCEDIMENTOS PARA APREENSÃO DAS HISTÓRIAS.....	73
3.6.1 Aspectos éticos.....	76
3.7 TRANSCRIÇÃO E CONFERÊNCIA DAS NARRATIVAS.....	76
3.8 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DAS HISTÓRIAS.....	77
3.8.1 A análise documental – portarias, registros e relatórios diversos do HD.....	78
3.8.2 Análise qualitativa dos tons vitais das narrativas – história oral temática.....	78
3.8.3 A análise léxica das narrativas pelo ALCESTE	79
HISTÓRIA ORAL TEMÁTICA VERSUS ALCESTE: UMA ANÁLISE POSSIVEL	84
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	86
4.1 DESCREVENDO OS COLABORADORES.....	86
4.1.1 Os profissionais da equipe.....	86
4.1.2 Os docentes que conviveram no HD.....	89
4.2 TRAJETÓRIA DO HOSPITAL-DIA DR. ELGER NUNES: “UM VEÍCULO DE ESPERANÇA NA HUMANIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA”.....	91
4.2.1 Da ideação à instalação: o início do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes.....	92
4.2.2 Regulamentos e Normas do HD.....	97
4.2.3 Os percalços de um início.....	99
4.2.4 O cotidiano das atividades no HD.....	101
4.2.5 A formação de parcerias: o HD como campo de práticas curriculares e ensino.....	105
4.3 O PROCESSO DE EXTINÇÃO.....	108
4.3.1 A extinção como medida política de governo.....	110
4.3.2 A extinção como questão ideológica de grupos locais.....	112
4.3.3 A extinção como desdobramento do processo da Reforma Psiquiátrica no RN.....	112
4.3.4 Dos compromissos assumidos pela gestão após as audiências públicas.....	114
4.3.5 O cenário imediato pós-extinção do HD.....	115
4.4 A SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE NATAL: “UMA ETERNA BRIGA IDEOLÓGICA”	117
4.4.1 A rede de atenção psicossocial em Natal/RN: sobre os poucos avanços e os muitos desafios	120
4.4.2 O Hospital Dr. João Machado: o serviço “portas abertas”	122
4.4.3 A atenção básica, “o nó da questão”.....	124

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
REFERÊNCIAS.....	135
EPÍLOGO.....	146
APÊNDICES.....	149
NARRATIVAS.....	154
ANEXOS.....	204



*Trajectoria de um
começo*

PRÓLOGO

Anterior à discussão encenada neste trabalho intitulado “Trajetória do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes: um recorte histórico da Psiquiatria e Saúde Mental no Rio Grande do Norte”, sentiu-se a necessidade de elaborar um prefácio no intuito de situar o leitor no cenário internacional do surgimento do hospital, e, partindo dele, tecem-se considerações acerca da origem dessa instituição no Estado do Rio Grande do Norte e no Município de Natal, *locus* da história aqui retratada.

Um breve retrospecto sobre a trajetória do hospital na sociedade aponta uma origem ligada, num primeiro momento, à Igreja Católica, quando a teologia exercia poder e influência em todo o mundo. Sua estrutura reportava a semelhanças com albergues, casas de apoio aos necessitados, sob a tutela de religiosos que prestavam cuidados espirituais. Coincidentemente, nesse período vivia-se sob a égide da Idade Média, onde os hereges, as pessoas contrárias ao pensamento hegemônico defendido pela Igreja, estariam condenados à fogueira da Inquisição, pois representavam perigo ao convívio entre os burgos (GOMBRICH, 1979; ROSEN, 1994; MEDEIROS, 2005).

No Brasil assinala-se também que os primeiros hospitais instalados tinham caráter filantrópico, vinculados à Igreja Católica. Muitos consideravam esses espaços como “depósitos” humanos, dada a grande quantidade de pessoas que abrigavam com as mais variadas enfermidades ali concentradas. Mencionam-se como exemplos as Santas Casas de Misericórdia, especialmente entre o eixo do Sudeste. Salienta-se que o Município de Natal, nessa época, não dispunha desse tipo de instituição, criada posteriormente (MEDEIROS, 2005).

Com a disseminação das enfermidades, consideradas pragas da humanidade, difundiu-se a ideia de criação de espaços isolados específicos para segregar as pessoas atingidas por moléstias, destacando-se a lepra. Desse modo, surgiram, entre outras, as estruturas hospitalares tipo colônia, destinadas a abrigar os leprosos, vistos naquela época como ameaça pública; cabendo à Igreja Católica designar pessoas responsáveis para atender e cuidar dos enfermos, geralmente freiras ou pessoas ligadas ao clero. Assim, os hospitais colônias se expandiram entre vários países, inclusive o Brasil, tendo como principal função a segregação de leprosos da instância social.

No período que sucede a Idade Média, em meados do século XVIII, acentua-se cada vez mais a expansão da lepra e outras doenças preocupantes para a humanidade. A burguesia

ascendeu e a Igreja, aos poucos, perdia o poderio de outrora. Embora ressalte-se que o papel do hospital ainda era voltado à espiritualidade, refletindo as medidas iatrogênicas daquela realidade, o conceito sobre hospital começou ser revisto quando “foi preciso situar o doente em um espaço coletivo e homogêneo” (FOUCAULT, 1998, p. 226). Somados os avanços na ciência e na medicina, o hospital passou a representar um espaço de exercício médico, profissional responsável agora pelos enfermos e direcionamento das ações, e tomada de decisões nesse espaço.

Circunscrevendo todo esse cenário, o Município de Natal inaugurou seu primeiro hospital denominado de Hospital da Caridade, em 1856, dando abrigo aos enfermos indigentes, vítimas de epidemias e enfermidades comuns na época. Era mantido com recursos do governo e por doações de outras instituições, além do mais sofria com a falta de recursos humanos especializados. Segue-se ainda a construção das primeiras instituições psiquiátricas, o Lazareto da Piedade, depois nomeado Hospital de Alienados, inaugurado em 1882, e que em 1911 foi renomeado de Asilo de Alienados (CASCUDO, 1999; OLIVEIRA, 2000).

Além desses, registra-se também a implantação do Hospital Colônia São Francisco como principal medida profilática de combate à Lepra, daí o fato de ser conhecido como leprosário. Menciona-se como principal característica dessas instituições hospitalares a segregação social e o isolamento em que viviam as pessoas abrigadas nelas, pois representava uma forma de evitar o contato com os sadios.

Gradativamente, ao longo do século XIX e XX novos estudos, projeções e perspectivas teórico-conceituais foram lançados para as instituições hospitalares, influenciados pelos diversos continentes, particularmente a Europa. Dentre os apontamentos, refere-se a influência da Enfermeira Florence Nightgale, com os livros lançados *Notes on Hospitals* e *Notes on Nursing*, que exerceram influência sobre as discussões referentes à disposição das enfermarias e qualidade funcional do hospital, dadas as suas experiências e estudos, além de visitas que fez a vários do mundo. Surgiu, então, a estruturação tipo pavilhonar, baseada nas questões referentes à ventilação do ambiente e necessidades funcionais das atividades realizadas nesse espaço (JAMES; TATTON-BROWN, 1985; GOLDIN, 1994).

Adotando os elementos estruturais da arquitetura pavilhonar, o Hospital Colônia João Machado foi inaugurado em 1957, após a extinção do Hospital de Alienados, instalado na Avenida Alexandrino de Alencar, tendo como principal idealizador o médico psiquiatra João Machado, nome do hospital (SILVA, 1989). Estrategicamente, situa-se numa área geográfica

ampla, naquele momento ainda pouco povoada. O edifício apresentava um espaço de internação e serviços de apoio como nutrição, administração e lavanderia, bem como possuía uma equipe mínima composta por médicos e religiosas que prestavam atendimento de higiene e conforto (MEDEIROS, 2005).

Quase quatro décadas após a implantação do Hospital João Machado, no ano de 1996, instalou-se dentro de suas imediações o Hospital-Dia Dr. Elger Nunes, num contexto sociopolítico e cultural de transformações no modelo de atenção psiquiátrica, com a adoção de um modelo psicossocial, pautado na reinserção social dos usuários com transtornos mentais e comportamentais. Esse tipo de serviço é intermediário entre a internação integral e o ambulatório, o usuário passa o dia e retorna ao seio da família. A equipe formava-se por enfermeiro, médico, psicólogos, terapeutas, assistentes sociais, entre outros.

Assim, iniciou-se mais um capítulo da história Saúde Mental no Estado do Rio Grande do Norte, acenando para o pioneirismo de se projetar um serviço dessa modalidade, quando se teve os primeiros indícios do processo de Reforma Psiquiátrica em solos potiguares. Entretanto, assinala-se que foi uma história breve, quando, no ano de 2006, seguindo-se o movimento das políticas públicas de saúde local, extinguiu-se o Hospital-Dia.

Partindo-se desse contraponto assinalado, o presente se propõe nas próximas páginas narrar a trajetória do Hospital-Dia, através dos profissionais e professores que contribuíram na construção dessa história.

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL - DIA DR. ELGER NUNES

"VEÍCULO DE ESPERANÇA NA
HUMANIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA."

INAUGURADO EM 03/04/96

Cadastrado no Ministério da Saúde
em 15.06.98

DIREÇÃO GERAL
Dra. Myrna Chaves
*O começo da
Trajetória*

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde, através do documento Atlas de Saúde Mental 2011, assinalou o despertar para a necessidade crescente da questão dos transtornos mentais, levando em conta o fato de que uma em cada quatro pessoas irá precisar de cuidados de saúde mental em algum momento da sua vida. Apontou ainda que os investimentos destinados para essa área representam apenas dois por cento dos recursos gastos com saúde, algo inferior a três dólares norte-americanos *per capita*, por ano; e, muitas vezes, tais recursos são utilizados em serviços que atendem uma pequena parcela da população mundial (WHO, 2011).

Dessa forma, ressalta-se o despertar da consciência crítico-reflexivo para a problemática, levando em conta o real ônus dos transtornos mentais e seus custos em termos humanos, sociais e econômicos. Ao mesmo tempo, empenha-se em ajudar a derrubar muitas das barreiras persistentes, especialmente a estigmatização, a discriminação e a insuficiência dos serviços que impedem milhões de pessoas em todo o mundo de receber o tratamento de que necessitam e que merecem.

No Brasil, a reforma psiquiátrica organiza-se influenciada nos pressupostos da reforma sanitária e da psiquiatria democrática italiana, tendo como eixo a dimensão desinstitucionalizante desses movimentos. Nessa direção, extrapola-se essa experiência para a esfera geral dos serviços de saúde, onde confluem várias diretrizes, normatizações do Ministério da Saúde, dentre outros aparatos legais e normativos. Esta, que determina a especificidade das ações em saúde mental, existindo aproximações operacionais, teóricas e metodológicas que possibilitam a inserção na ESF, uma vez que atendem aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, equidade e integralidade da atenção.

O governo brasileiro, em atenção às recomendações da OMS, através da Lei Federal 10.216/01 e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental objetiva reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar, onde se inserem os serviços substitutivos de saúde mental que não têm característica de confinamento ou institucionalização, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a Residência Terapêutica, o Lar Abrigado, o Hospital-Dia, além de Leito Psiquiátrico em Hospital Geral, Pronto-Socorro e Emergência Psiquiátrica. Alguns desses serviços disponibilizam atividades em grupo, outras individuais, destinadas às famílias, ou ainda comunitárias.

Somado a isso, pretende-se incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, manter o

programa “De Volta Para Casa”, e um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/ Psiquiatria (BRASIL, 2011).

No Rio Grande do Norte, Paiva e Yamamoto (2007) analisaram o processo de Reforma, e destacaram que ela se efetivou em quatro momentos distintos: Planejamento e Organização da Rede de Assistência em Saúde Mental (1986-1992), Implantação das Propostas Reformistas (1993-1995), Consolidação e Afirmação do Projeto de Reforma Psiquiátrica (1996-1997) e Estagnação da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Norte (fins de 1997 à atualidade).

Reconhece-se atualmente que a rede de serviços de saúde mental no Município do Natal tem vivenciado um processo que reflete o descompasso dos pressupostos doutrinários e organizacionais em detrimento de gestões públicas, frente às demandas do processo político partidário do qual se encontra inserido. Passou-se do foco hospitalocêntrico para o profissionalocêntrico. Sobre essa crise e a estagnação, Paiva e Yamamoto (2007, p. 564) mencionam que a reforma psiquiátrica na capital potiguar se deu em dois campos distintos de problemas:

[...] crises internas e específicas dos serviços e de sua equipe de profissionais; problemas institucionais e divergências teóricas; influências externas advindas de interesses político-financeiros e de uma cultura manicomial instalada nas mentes tanto de profissionais quanto de leigos que estavam fora das discussões da reforma.

Nesse quadro de entraves e estagnação, sucederam-se vários acontecimentos ao longo dos anos. Em 2006 houve a extinção do Hospital-Dia psiquiátrico Dr. Elger Nunes, que se configurou em toda sua trajetória como único nessa modalidade de atendimento a atender a demanda do RN. Essa solução restringiu a liberdade de ir e vir das pessoas portadoras de transtornos mentais e se apresenta contra a reforma psiquiátrica, que visa o atendimento na comunidade. Segundo Amarante (2008a), deve-se fazer respeitar os direitos do doente mental como cidadão, respeitando as diferenças e reconhecendo a sua dignidade.

Ao extinguir o HD, os portadores e seus familiares foram deixados à deriva, uma versão contemporânea da *Nau dos Loucos*¹, pois cada um buscou a continuidade do tratamento na rede de saúde mental municipal, que, a mais das vezes, enfrentando os mesmos desafios da gestão da saúde, tais como: falta de medicamento, psicoterapia, grupos de acolhimentos, e até mesmo referência e contrarreferência do seu adoecimento e agravamento, mantém-se excluída do processo reformista.

Ainda nesse contexto de crise, no ano de 2009 houve a interdição pelo Conselho Regional de Medicina (CREMERN) do atendimento psiquiátrico do Hospital João Machado, localizado no Município do Natal. Tal fato afetou 138 pacientes internados, além de outros 30 que aguardavam atendimento no pronto-socorro, os quais não foram transferidos para um lugar adequado sob responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SESAP/RN). Esse contexto reflete diretamente o momento de crise na atenção à saúde mental vivido no Brasil (ABP, 2009).

Os entraves nessa instituição psiquiátrica resultam de uma série de problemas estruturais no prédio do Hospital referentes às condições físicas do prédio, pondo em risco o atendimento ao público. Construído na década de 50 do século passado, e sem reformas desde então. “Hoje a maior parte do João Machado é utilizada como enfermarias auxiliares do Walfredo Gurgel. Não há interesse na saúde mental, não há investimento.” Além disso, a diminuição sucessiva dos leitos do Hospital João Machado, de mais de 500 leitos para pouco mais de 100, não foi acompanhada pela instalação dos serviços de atendimento da rede municipal (ABP, 2009).

Retomando-se a discussão da Reforma Psiquiátrica brasileira, Amarante (2008^a) divide esse processo três momentos. O primeiro, conhecido como a trajetória alternativa em 1978, teve como emblema máximo a “Crise da Dinsam”. O segundo, a trajetória sanitarista, iniciada nos anos de 1980, onde parte considerável do movimento pela reforma sanitária se incorporou ao aparelho estatal, tendo como marco a “Cogestão Interministerial” entre o Ministério da Saúde e da Assistência e Previdência Social. O terceiro, a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução, embrionária desde a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), defendendo formas independentes de organização dos serviços, tendo a sociedade como estratégia principal para as mudanças.

¹Expressão que figurou desde a época da Renascença, utilizada para designar as embarcações aonde as famílias deveriam atirar os loucos, considerados cargas insanas. Não existiam manicômios e a forma de segregar essas pessoas seria por intermédio das águas dos rios.

Ao extinguir o HD, os portadores e seus familiares foram deixados à deriva, uma versão contemporânea da *Nau dos Loucos*¹, pois cada um buscou a continuidade do tratamento na rede de saúde mental municipal, que, a mais das vezes, enfrentando os mesmos desafios da gestão da saúde, tais como: falta de medicamento, psicoterapia, grupos de acolhimentos, e até mesmo referência e contrarreferência do seu adoecimento e agravamento, mantém-se excluída do processo reformista.

Ainda nesse contexto de crise, no ano de 2009 houve a interdição pelo Conselho Regional de Medicina (CREMERN) do atendimento psiquiátrico do Hospital João Machado, localizado no Município do Natal. Tal fato afetou 138 pacientes internados, além de outros 30 que aguardavam atendimento no pronto-socorro, os quais não foram transferidos para um lugar adequado sob responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SESAP/RN). Esse contexto reflete diretamente o momento de crise na atenção à saúde mental vivido no Brasil (ABP, 2009).

Os entraves nessa instituição psiquiátrica resultam de uma série de problemas estruturais no prédio do Hospital referentes às condições físicas do prédio, pondo em risco o atendimento ao público. Construído na década de 50 do século passado, e sem reformas desde então. “Hoje a maior parte do João Machado é utilizada como enfermarias auxiliares do Walfredo Gurgel. Não há interesse na saúde mental, não há investimento.” Além disso, a diminuição sucessiva dos leitos do Hospital João Machado, de mais de 500 leitos para pouco mais de 100, não foi acompanhada pela instalação dos serviços de atendimento da rede municipal (ABP, 2009).

Retomando-se a discussão da Reforma Psiquiátrica brasileira, Amarante (2008^a) divide esse processo três momentos. O primeiro, conhecido como a trajetória alternativa em 1978, teve como emblema máximo a “Crise da Dinsam”. O segundo, a trajetória sanitária, iniciada nos anos de 1980, onde parte considerável do movimento pela reforma sanitária se incorporou ao aparelho estatal, tendo como marco a “Cogestão Interministerial” entre o Ministério da Saúde e da Assistência e Previdência Social. O terceiro, a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução, embrionária desde a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), defendendo formas independentes de organização dos serviços, tendo a sociedade como estratégia principal para as mudanças.

¹Expressão que figurou desde a época da Renascença, utilizada para designar as embarcações aonde as famílias deveriam atirar os loucos, considerados cargas insanas. Não existiam manicômios e a forma de segregar essas pessoas seria por intermédio das águas dos rios.

As novas diretrizes preconizadas pela reforma psiquiátrica visam à melhoria da qualidade de vida do usuário, na forma do resgate de sua cidadania. Esta qualidade de vida poderia, em parte, ser oferecida através de melhor atendimento, redução das internações e período de internação, e, sempre que possível, manutenção do usuário no meio familiar através de uma rede de saúde que ofereça suporte para esta família (AZEVEDO; MIRANDA, 2009).

Contudo, mesmo com as garantias legais, nos países em desenvolvimento, no caso o Brasil, é deixada à maioria das pessoas com transtornos mentais graves a tarefa de carregar como puderem o seu fardo particular de depressão, demência, esquizofrenia e dependência de substâncias e de outros males, como as drogas; muitos se transformam em vítimas por causa da sua doença e se convertem em alvos de estigma e discriminação (OMS, 2011). Nessa perspectiva, os transtornos mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo, e constituem um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos e sociais.

Partindo-se para a realidade local, concorda-se que no Município do Natal a ausência do oferecimento de políticas municipais de saúde mental no estado, e também a falta de treinamento para as equipes em alguns municípios ocasionaram um fluxo intenso para o setor terciário (internação hospitalar nos manicômios). Os serviços de saúde mental do município e demais serviços especializados não dão conta da demanda, especialmente com o agravamento do uso e abuso de substâncias psicoativas e dos transtornos do humor.

Ao circunscrevermos sinteticamente a complexa realidade das políticas públicas de saúde mental, a estruturação dos serviços de atenção e reintegração social e o processo ensino-aprendizagem neste campo, faz-se necessário conhecer os impactos das ações produzidas pelos serviços intermediários na vida dos usuários, promovendo, assim, uma fonte documental sobre a assistência psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Norte.

O Hospital-Dia Dr. Elger Nunes (HDEN) funcionou como um anexo do Hospital João Machado, ou seja, como uma divisão isolada e subordinada ao Departamento Médico desse hospital. Seu funcionamento foi regido pela Portaria nº 6090 da Secretaria Estadual da Saúde Pública, datada de 19/11/93 (publicada no Diário Oficial do Estado em 20/11/1993) que aprovou as Normas Técnicas de funcionamento dos Serviços de Saúde Mental do SUS no Rio Grande do Norte, bem como a Lei 6.758, de 4 de janeiro de 1995.

Com o processo de municipalização dos serviços locais, o HDEN foi extinto por ato administrativo estadual em 2006, transferindo à Secretaria Municipal de Saúde do Município

do Natal o compromisso com os preceitos da Reforma Psiquiátrica (Lei Federal 10.216/01) e da Portaria 224/92 (que dispõe sobre as diretrizes e normas para a oferta de serviço de saúde mental), garantindo as ações no tratamento, prevenção, inclusão social e o resgate da cidadania. Assim, houve um prejuízo para as atividades prestadas aos usuários, as práticas disciplinares e as atividades extensionistas.

Esse contexto de ruptura motivou os autores a resgatar a trajetória do HDEN. Somando-se a oportunidade atual de cursar uma pós-graduação em nível de mestrado acadêmico em Enfermagem e integrar como membro o grupo de pesquisa “Ações promocionais e de atenção à saúde de grupos humanos em saúde mental e coletiva” consubstanciou a paixão e envolvimento crescente pela psiquiatria e saúde mental na minha trajetória estudantil e profissional. Além desses aspectos, há um interesse pessoal, como norterio-grandense e enfermeiro, de conhecer aspectos da história da psiquiatria/saúde mental no Município do Natal e no RN e, assim, buscar respostas para compreender a realidade atual.

Circunstancia ainda o maior envolvimento com a história oral, dado durante o curso da disciplina Tópicos Especiais II, *História oral: desafios e propostas para a pesquisa de Enfermagem*, ofertada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e proposto pelo Grupo de Estudos Ações promocionais e de atenção à saúde a grupos humanos em Saúde Mental e Saúde Coletiva. Esse Curso de Extensão aconteceu sob a forma de oficinas ministradas pelo Prof. Dr. José Carlos Sebe Bom Meihy, referência internacional nesse campo, sendo também um dos idealizadores da Associação Brasileira e História Oral.

Ademais, o presente estudo tem como objetivo geral narrar a trajetória do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes do ponto de vista dos profissionais da equipe multi e interdisciplinar e dos professores que utilizaram o serviço como campo de práticas disciplinares na graduação em Enfermagem, circunscrevendo com o atual contexto da rede de atenção à saúde mental no Município do Natal e no Estado do Rio Grande do Norte.

E, como objetivos específicos, elegeram-se:

Identificar como se deu o início da história do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes.

Traçar a trajetória de vida dos profissionais e professores no Hospital-Dia Dr. Elger Nunes.

Conhecer como se deu o processo de extinção do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes.

Identificar como os profissionais e professores avaliam atualmente a saúde mental do Município do Natal/RN.



*Ponto de
Partida...*

2 REVISÃO DE LITERATURA

Na Física, o ponto de partida representa o início do percurso realizado por um determinado corpo ou objeto, num dado tempo e espaço, sob a influência de um referencial adotado. Considera-se, dessa forma, que a trajetória pressupõe um ponto de partida, o início do movimento ato de partir rumo a um destino, lugar ou algo.

Nas ciências humanas, a trajetória reflete a ideia de identidade dos indivíduos ou coletividade, pressupõe um caminho que, necessariamente, parte de um dado ponto. Muitas vezes, o primeiro passo exige ousadia e coragem deste sujeito que se lança a um alvo, um horizonte perseguido. Partir e chegar também significa romper barreiras, superar obstáculos encontrados ao longo do trajeto.

Numa pesquisa, o ponto de partida anuncia e fundamenta os indícios sobre o percurso e os possíveis resultados a serem alcançados. Pressupõe uma atividade rigorosa de planejamento por parte do pesquisador, onde se selecionam as bases operacionais e arcabouço teórico para o desenvolvimento do trabalho.

Nesse contexto, propõe-se o ponto de partida desta trajetória como sendo a revisão literatura e dos conhecimentos produzidos em torno do objeto desta pesquisa, momento de resgatar elementos históricos e atuais considerados relevantes.

2.1 DO SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA AOS MOVIMENTOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA: “O DITO E O NÃO DITO”

Revisitar aspectos históricos do surgimento da psiquiatria e o movimento de Reforma Psiquiátrica constitui um exercício reflexivo necessário quando nos remontamos a saberes/conhecimentos produzidos pelo homem em distintas épocas no campo da saúde. Momento de se buscar compreender de maneira mais ampla tais saberes e sua inter-relação com a dinâmica social envolta de contextos políticos, econômicos e culturais de países.

Nesse sentido, considera-se que a perspectiva de reatualização questionadora sobre a história da Reforma possibilitará uma visão panorâmica da própria transformação do saber médico psiquiátrico hegemônico para o cuidado interdisciplinar, pautado em novas concepções para atenção em saúde ao indivíduo com transtornos mentais e comportamentais.

Parte-se desse exercício de reconstituição dos movimentos reformistas internacionais, reconhecendo as suas consonâncias na história das políticas brasileiras. Desse

modo, apresenta-se neste momento um olhar crítico sobre esse percurso, delineado a partir de “o dito e não dito” sobre a reforma psiquiátrica.

2.1.2 O dito da reforma psiquiátrica

Num cenário marcado internacionalmente por um período de desordem social e de intensa crise econômica, especialmente entre os países da Europa, em fins do século XVII, emergiram as primeiras experiências de enclausuramento social, e que ainda não possuíam caráter de medicalização ou enfoque voltado ao tratamento de doenças. Os hospícios e asilos se configuravam como espaços destinados ao recolhimento e hospedagem de pessoas, em sua maioria, mendigos, desempregados, prostitutas, ladrões, dentre outras, que apresentavam algum tipo de ameaça ao convívio em sociedade (AMARANTE, 2008a).

A partir da Revolução Francesa, novas transformações aconteciam no campo político, econômico e cultural, com a queda do Antigo Regime e o advento da burguesia, e que contribuía diretamente para mudanças importantes na medicina, e, especificamente[,] para o percurso histórico da psiquiatria e da loucura.

A nova ordem social exigia uma nova conceituação da loucura e, acima de tudo, de suas formas de atendimento. Com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, com o Contrato Social e a livre circulação de pessoas e mercadorias, a nova soberania civil tinha que refletir sobre a responsabilidade e os limites da liberdade (DESVIAT, 1999, p. 16-17).

Nessa linha, o hospital, instituição antes destinada à filantropia e caridade religiosa, passou a adquirir suas bases sociais e políticas. Segundo Foucault (2002), atribui-se o século XVII como sendo o momento de invenção do Hospital Geral, onde, concomitantemente, houve um novo direcionamento para as debates em torno do louco e da loucura na sociedade ocidental, embora, num primeiro momento, destinava-se a intervenções punitivas, determinadas por autoridades reais e judiciárias.

Com o passar do tempo, os médicos começaram a atuar nesse espaço, no intuito de transformar as práticas ali realizadas, com enfoque nos ideais humanísticos trazidos com a modernidade. Desse modo, os hospitais tornaram-se ambientes de cura e de tratamento de enfermos, privilegiando a medicalização e o saber da medicina (AMARANTE, 2003).

O enclausuramento anteriormente vigente, determinado pelos *lettres de cachet* (ditames de reis e autorização dos governos) e que baniam dos espaços sociais as pessoas que

ameaçassem a ordem social, passou por um processo de abolição. Não poderia se conceber um pensamento que privasse o direito humano à liberdade, tendo em vista o confinamento absolutista da época (FOUCAULT, 2002).

Alguns estudiosos costumam denominar esse período como a transição entre a sociedade absolutistas – determinada pela égide de governos totalitários e clericais, para a sociedade disciplinar – de bases normalistas e que imprimiriam gradativamente aspectos de cidadania (AMARANTE, 2008a).

Na obra *História da Loucura na Idade Clássica*, Foucault (1978) aborda as relações existentes entre o discurso, a prática e o saber, onde teceu os fundamentos do que viria constituir a psiquiatria e a prática médica psiquiátrica. Descreve criticamente os diversos espaços do louco e da loucura na sociedade.

Em *Manicômios, Prisões e Conventos*, Goffman (1974) desvela a estrutura, a natureza e microssociologia das instituições psiquiátricas, consideradas por ele como “instituições totais”, sejam as de caráter clínico, prisional ou conventual. Refere que tanto com a institucionalização forçada ou mesmo a voluntária, dá-se início ao processo de mortificação do eu do sujeito.

Paralelamente, Desviat (1999, p. 19) diz que

[...] a psiquiatria e o manicômio surgiram, em suma, em uma época constitutiva de ordem democrática contemporânea, resgatando o tratamento dos alienados do atendimento promíscuo dos hospitais ou albergues para pobres, originários da grande crise econômica dos primórdios do capitalismo, e exercendo uma série de funções exclusivamente médicas [...]

A caracterização dada ao louco como risco e perigo para a sociedade configurou o período de institucionalização da loucura pelo saber médico. Dessa forma, o tratamento empregado para a loucura era a internação propriamente dita dos loucos em ambientes isolados do convívio entre as pessoas. Em outras palavras, a sociedade passou a exercer o poder tutelar sobre a assistência do louco (AMARANTE, 1995).

No século XIX a Psiquiatria assumiu uma postura positivista, centrando-se na medicina de bases biológicas, mediante o paradigma imperante nas ciências naturais. Nessa perspectiva, Galende (1983, p. 56) refere que “a psiquiatria incorporou também seu modelo de causalidade, levando os psiquiatras a intermináveis debates sobre a organogênese versus psicogênese, enfermidade de origem endógena versus exogênica, inato versus adquirido”.

Esse modelo clássico da prática psiquiátrica foi e ainda hoje continua sendo difundido na sociedade, embora seja bastante questionado, dados os efeitos de exclusão que

opera. A própria obra de Pinel, com a fundação da psiquiatria e a primeira reforma na instituição hospitalar, feitos considerados grandiosos por estudiosos, é questionada na sua legitimidade por outros, sendo necessário, portanto, assinalar o contraponto a essa história (PEREIRA, 2004).

2.1.2 O não dito da reforma psiquiátrica

A publicação de *Traité Médico-Philosophique* por Phelippe Pinel, em 1801, se tornou base para a constituição da psiquiatria e a nova conformação da ordem social, contendo pontos fundamentais sobre a ciência da alienação mental, sumariamente definida como doença das paixões, que produziria a perda da sensatez humana sobre a realidade de mundo. O termo “alienado” (*alienare* e *alienatio*) remeteria a algo externo alienígena, fora do mundo; ou que oferecesse riscos ou perigo à sociedade e à ordem moral (PASSOS, 2009).

Pinel, convencionalmente, foi considerado o precursor das discussões sobre o alienismo mental e da psiquiatria, sendo-lhe atribuída a honraria de “pai da psiquiatria”. Seu mérito diz respeito à contribuição na fundação dos primeiros hospitais psiquiátricos e à elaboração do tratamento moral para a loucura e o alienado. De acordo com ele, essa modalidade de tratamento “consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade. O hospital, enquanto instituição disciplinar seria ele próprio, uma instituição terapêutica” (AMARANTE, 2008a, p.33).

Sobre a figura de Pinel, Ricciardi (2002) refere três motivos para o destaque de Pinel na trajetória da psiquiatria: o apogeu social e cultural vivido pela França no século XIX, sua terra de origem; o pioneirismo de Pinel no campo da Psiquiatria, com a instituição das novas modalidades de tratamento para a doença mental; e suas bases filosóficas e ideológicas inspiradas na Antiguidade Clássica. Esses substratos subsidiaram a construção da nova psiquiatria.

Havia três pontos fundamentais que envolviam o tratamento moral que justificam as ações realizadas: o isolamento social; o espaço asilar como recurso predominante; e o autoritarismo. Esses ideais do alienismo pineliano tiveram uma repercussão internacional histórica, e contribuíram para a promulgação da Lei de 1838, na França, legitimando a relação entre o médico e o doente mental, num momento em que política de criação de hospitais de alienados se expandiu entre os vários continentes.

Desmistificando essa passagem da história, Gladys Swain (1978)[,] na sua tese de doutorado intitulada *Le Sujet de La folie*, discutiu as controvérsias existentes na história da psiquiatria e no campo da loucura. Criticou todo o “heroísmo” propagado mundialmente em torno de Pinel e sua projeção na imagem de “libertador dos alienados de Bicêtre” [asilo masculino], e posteriormente de “Salpêtrière” [asilo feminino], a partir dos quadros de Charles Muller; numa miscelânea histórica povoada de incertezas e controvérsias sobre seus feitos. Em uma das passagens, ela traz que o filho de Pinel, Scipion Pinel, foi o autor de grande parte de seus estudos e postulados (PEREIRA, 2004).

Sobre esse momento, Ricciardi (2002, p. 2) acrescenta que:

Esta desmistificação da loucura operada por Pinel concorre para a própria mistificação da sua pessoa, no famoso episódio fictício de Bicêtre. Segundo tal episódio, propagado por mais de um século e registrado, dentre outros, no quadro de Muller para os loucos de Bicêtre e de Robert-Fleury para as loucas da Salpêtrière, Pinel havia libertado os loucos das correntes com as quais eram atados nas instituições até então.

Na segunda edição do *Tratado*, Pinel fez menção às contribuições de “alguém que não ele” para a extinção do sistema de enclausuramento e repressão vigente, destacando as experiências do “Sr. Pussin” no Hospício de Bicêtre ainda de uma maneira tímida. Nesse trecho ele se referiu ao francês Jean-Baptiste Pussin, o primeiro enfermeiro psiquiátrico do mundo, embora tenha sido esquecido entre os escritos clássicos de Foucault e de outros estudiosos da época. O mesmo não tinha formação acadêmica na área, mas foi o verdadeiro autor de uma nova abordagem para lidar com o doente mental (FREITAS, 2004).

Pussin foi um dos precursores do movimento, iniciado na Europa ainda no século XVII, em prol de um tratamento mais humano para as pessoas com transtornos mentais, que não utilizasse métodos de violência. Almeida (2008, p. 303), ao falar sobre a relevância de Pussin para os estudos de Pinel, refere que “o tratamento moral proposto por Pinel é basicamente a sistematização da abordagem desenvolvida e aplicada por Pussin e outros com funções e virtudes semelhantes em hospícios pela Europa”.

O pensamento foucaultiano recebeu duras críticas por adotar uma visão unilateral para analisar o poder e por enfatizar a figura de Pinel na história da psiquiatria. Foucault reforçou a hegemonia do saber médico no campo da loucura, onde o modelo asilar representaria o exercício da violência nas práticas psiquiátricas.

Além disso, ele não se referiu a existência de documentos e cartas escritas por Pussin conclamando autoridades administrativas e governamentais da França pela liberdade nas interações, solicitações que não foram atendidas (POSTEL, 1998).

Por que Foucault subtraiu de sua história da psiquiatria documentos tão valiosos? O fato é que, voluntária ou involuntariamente, o filósofo preferiu empregar o que Barthes (1957) havia observado alguns anos antes: o mito da ‘naturalização’ do acontecimento histórico, como resultante ‘não polarizada’ de um ‘esvaziamento do processo histórico’ na sua intensidade significativa e propriamente dialética (FREITAS, 2004, p. 86).

O contraponto assinalado aqui sobre as bases do surgimento da psiquiatria e os pioneiros dos novos métodos de cuidado ao doente mental emergiu da necessidade de se atribuir merecidamente o lugar de direito de Pussin nesse percurso, de forma a perceber que a história perfaz vertentes e que nem sempre as “verdades” são tidas como absolutas. A voz e o direito são prerrogativas fundamentais quando se busca compreender paradigmas e transformações que envolvem o campo da ciência e do conhecimento.

2.1.3 As mudanças do pós-guerra: as experiências internacionais da Reforma

No período pós-guerra floresceram na sociedade sentimentos de incerteza e dúvida sobre os valores humanos e a própria vida. Consequentemente ocorreram transformações nos diversos campos da sociedade, seja na política, economia e no próprio setor de saúde. Vasconcelos (2006) enumerou alguns desses aspectos, que favoreceram, também, o processo de mudanças na atenção psiquiátrica na maioria dos países, como a escassez de mão de obra; os resultados históricos da guerra; o início dos processos de democratização; incentivos a política de *welfare state*; mudanças no financiamento e produção dos serviços sociais; alterações nos perfis demográficos das populações; introdução de novas formas e práticas terapêuticas e da psicofarmacologia; os altos custos com o asilamento; além do processo de modernização, que passou a ganhar novo impulso.

Foi nesse cenário que nasceram os primeiros movimentos de reforma psiquiátrica entre os países onde perdurava um contexto de crise paradigmática na atenção psiquiátrica, com destaque para as críticas voltadas ao modelo hegemônico, o surgimento dos primeiros estudos sobre medicina preventiva e a própria falta de investimento nos estudos e pesquisas no campo da doença mental. Gradualmente, projetos tímidos de “reforma” iam surgindo,

reformulando instituições, pautados na vontade coletiva, no resgate da essência das relações humanas, na justiça, na solidariedade e na liberdade individual (AMARANTE, 2003).

Na França, Inglaterra, Itália e Estados Unidos os movimentos de reforma psiquiátrica foram apresentando características distintas, e refletiam o modelo de sistema sanitário, a realidade local dos serviços de saúde, a disposição e cobertura desses serviços, além das práticas manicomiais ali desenvolvidas (DESVIAT, 1999).

Amarante (2008a) sintetizou as experiências de maior destaque no cenário internacional, e didaticamente as dividiu em três grupos: o grupo da Psiquiatria Institucional e Comunidade Terapêutica – que enfatizava as discussões em torno da gestão do hospital psiquiátrico; o outro grupo formado pela Psiquiatria de setor e Psiquiatria preventiva – questionava a necessidade do hospital psiquiátrico e buscava a implementação de novos serviços assistenciais; e, por fim, o grupo da Antipsiquiatria e da Psiquiatria democrática, que centralizava os debates em torno do modelo científico da psiquiatria vigente.

As experiências reformistas que se sucederam ao longo dos anos almejavam, essencialmente, a superação do modelo tradicional psiquiátrico. Um grupo dessa corrente concentrava suas ações na reformulação dos setores e na humanização do hospital. Outro grupo buscava a criação de novos serviços destinados ao tratamento das pessoas com transtornos mentais, visando o desmonte dessa instituição. Tais correntes reformistas lançaram as bases teóricas e organizacionais para a reforma psiquiátrica em curso e o trajeto de mudanças na atenção psiquiátrica

Somando-se a essas experiências, outras iniciativas no campo da saúde passaram a influenciar esse processo. Em 1978, na extinta União Soviética, realizou-se a Conferência de Alma-Ata, um evento internacional, organizado pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), onde emergiram novos elementos para a reorientação das práticas de saúde, enfocando a Atenção Primária à Saúde, num documento denominado de Declaração de Alma-Ata, tornando-se um divisor de águas. Nesse contexto, a promoção e a proteção da saúde dos povos foram consideradas como fundamentais para o desenvolvimento econômico e social das nações e para a paz mundial.

Sucedendo esse movimento, em 1986 elaborou-se a Carta de Otawa na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, que enfatizou a necessidade de criação de políticas públicas em prol da equidade e da vida saudável. Dentre as condições e recursos necessários à saúde, destacaram-se pontos relevantes como a paz, habitação, educação, alimentação e renda.

Partindo-se dessas concepções e de outras leituras, como Desviat (1999); Pitiá e Santos (2005); Passos (2009), elaborou-se um resumo esquemático (Figura 1) das principais correntes reformistas, suas bases conceituais, as experiências e trabalhos de destaque e as principais críticas tecidas a elas.

CORRENTE REFORMISTA	BASES CONCEITUAIS	FOCO DE INTERVENÇÃO	TRABALHOS / EXPERIÊNCIAS DE DESTAQUE	CRÍTICAS RECEBIDAS
Antipsiquiatria	Critica ao tratamento tradicional. Técnica relacional de interação. Valorização da análise do discurso.	Tratamento não-convencional e o discurso dos sujeitos.	Inglaterra (1950-1960), Cooper.	-ao termo antipsiquiatria (contrário a psiquiátrica / rebeldia); -radicalizou ao desconsiderar totalmente o tratamento químico e físico.
Psicoterapia institucional	Horizontalidade dos papéis institucionais e crítica ao hospital. Introdução da Psicanálise.	Reforça o coletivo, a partir da relação terapeuta-cliente.	França (1952, Tosquelles. Sucessores: Daumezon e Koechlin).	-pela centralização no espaço institucional psiquiátrico; -idéia de asilo como único espaço destinado ao atendimento do doente mental.
Psiquiatria de setor	Contestação da psiquiatria asilar e resgate da “vocalização terapêutica” do hospital. O paciente passa a ser tratado dentro da instituição e no seu domicílio.	Propõe reforma na atenção ao doente mental.	França, (1969) Bonnafé	-ao aumento dos custos com os serviços; -pelo retorno dos loucos às ruas; -poucas intervenções para a transformação da psiquiatria; -ao distanciamento entre práticas psicanalistas do tratamento da loucura.
Psiquiatria preventiva ou comunitária	Prevenção das doenças mentais. Enfoque no trabalho epidemiológico. Tirar da instituição tudo que não é psiquiatria.	Baseada na medicina preventiva, a psiquiatria também deveria focar a prevenção.	Estados Unidos (1950), Caplan.	-ao aumento significativo da demanda nos serviços comunitários, extra-hospitalares e hospitais psiquiátricos
Comunidade terapêutica	Proposta de reforma institucional participativa e democrática para o hospital psiquiátrico. Contra a hierarquização nos papéis sociais.	Gestão da instituição na comunidade.	Inglaterra (1959), Jones, sucessores: Simon, Sullivan, Menninger, Bion, dentre outros.	-a lógica de funcionamento das comunidades terapêuticas; -centralizar as ações apenas no contexto do hospital psiquiátrico.
Psiquiatria democrática	Criação dos serviços substitutivos. Foco na inclusão e reinserção social do doente mental.	Desinstitucionalização da doença mental.	Itália (1960), Basaglia.	-críticas de pensadores conservadores, por toda revolução social e política proposta.

Figura 1 – Principais correntes de pensamento reformistas

Ademais, reconhece-se a existência de outros acordos e movimentos internacionais no campo da saúde, todavia os descritos anteriormente exerceram uma influência direta no processo de reordenação das políticas públicas entre vários países, especialmente o Brasil; e,

partindo desse breve resgate das bases históricas da Reforma Psiquiátrica, sente-se a necessidade de contextualizar essa realidade específica.

2.2 TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil despontou num cenário internacional de mudanças e lutas pela superação do modelo asilar de assistência às pessoas com transtornos mentais. A partir dos anos de 1960 floresceram cada vez mais discussões e questionamentos em torno do modelo de assistência psiquiátrica nacional, com ênfase nas bases do conhecimento da psiquiatria, num momento em que esta deixava de ter um enfoque somente na doença, e passava a voltar-se para o doente e suas relações sociais.

Historicamente, entre os anos de 1978 e 1992 situam-se as primeiras experiências reformistas, que se configuraram como marco no processo de reestruturação das práticas assistenciais em psiquiatria, onde se destacam a 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, e a criação do SUS, no ano de 1988, e, como desdobramento, a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, ano de 1992. Sobre esses momentos, Miranda (2010) destaca os debates e críticas em torno do modelo centrado no hospital, também denominado médico-psiquiátrico, considerado ineficaz e oneroso para os usuários e a sociedade.

Destacam-se, também, entre os anos de 1990, no Brasil, os investimentos e iniciativas por parte do Ministério da Saúde para ao redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental, através de legislações, portarias e diretrizes que fortaleceram o momento das discussões encenadas sobre as políticas de saúde na época. Registra-se, entre outros movimentos, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, em Caracas, no ano de 1991. Nela estabeleceu-se a “Declaração de Caracas”, na qual os países latinos assumiam o compromisso com a reestruturação e melhorias dos serviços psiquiátricos em seus territórios, com destaque para os direitos dos usuários de saúde mental (OMS, 2001).

Posteriormente, nove anos após a I Conferência, aconteceram a II e III Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 2001, contando com participação mais efetiva de usuários e familiares, onde centraram-se as críticas em torno do modelo hegemônico, definindo-se novas bases para o modelo assistencial pautadas no processo de formação de rede de atenção em saúde mental e de bases comunitárias, estimulando o resgate da cidadania dos portadores de transtornos mentais e comportamentais no país (MIRANDA, 2010).

Ainda no mesmo ano houve a instituição da Lei Federal 10.216/2001 para reforçar a luta por uma assistência em saúde mental digna a todos, a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e que regulamentava a internação psiquiátrica compulsória. Além disso,

[...] reafirma a responsabilidade do Estado, enquanto política pública de saúde mental, que diz respeito a garantia da assistência e da promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições e unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (MIRANDA, p. 2).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) por longo tempo atuou na formulação teórica e na organização de novas práticas na atenção psiquiátrica, contribuindo para o surgimento de experiências reformistas entre os municípios brasileiros. Somada a esses atores sociais tivemos a atuação dos Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos Médicos, Rede Alternativa de Psiquiatria, entre outros (AMARANTE, 2003).

Eventos e momentos mais recentes também marcaram a trajetória da Reforma no Brasil. No ano de 2004, aconteceu o Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, espaço ampliado para discussão sobre a realidade nacional desses serviços e os desafios teóricos da reabilitação psicossocial, além de conhecer as experiências locais e de organização dos usuários e familiares.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 2010, destacou a necessidade de se avançar nas políticas públicas em direção aos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais e comportamentais.

Destarte, desenvolveu-se uma síntese global da trajetória da reforma psiquiátrica brasileira, a partir da elaboração de um resumo esquemático (Figura 2). Nele foi feito um recorte histórico desse processo até o contexto atual. Para tanto, teve-se como base os estudos de Amarante (2003; 2008b) e colaboradores; Pitiá e Santos (2005); bem como as bases de dados *on-line* do Ministério da Saúde.

MOMENTO REFORMISTA	PERÍODO	HISTÓRICO	EVENTOS / ACONTECIMENTOS	INFLUÊNCIAS TEÓRICAS
Trajetória Alternativa	1976 – 1979	Movimento de Democratização no Brasil. Denúncias quanto à violência e negligência no campo dos serviços asilares.	-1976: fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); -início do Movimento de Renovação Médica (REME). -1978: criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM); -1979: I Congresso Nacional do MTSM; -III Congresso Mineiro de Psiquiatria.	Foucault, Goffman, Bastide, Castel, Szasz e Basaglia.
Trajetória Sanitarista	1980 – 1987	Destaque político para os integrantes do movimento sanitaria e psiquiátrico brasileiro	-1983: desenvolvimento do Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica e o plano CONASP; -1986: 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília –DF; -1987: I Conferência Nacional de Saúde Mental, com o lema “Por Uma Sociedade Sem Manicômios; - fundação do primeiro serviço de atenção psicossocial no Brasil (CAP Luiz da Rocha Siqueira), em São Paulo.	Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).
Trajetória da Desistitucionalização	1988 – 2004	Distanciamento entre os movimentos psiquiátrico e sanitaria. Luta contra o modelo asilar/manicomial. Implementação de estratégias no campo de atenção psicossocial.	-1988: elaboração da Constituição Federal. - 1989: intervenção da prefeitura de Santos/SP no Hospital Psiquiátrico Padre Anchieta; -Elaboração do Projeto de Lei 3657/69 do Deputado Paulo Delgado; -1991: Portaria nº 189 do Ministério da Saúde viabilizou a remuneração dos atendimentos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). -II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em Santos (SP); 2001: Lei nº 10.216 de 6 de abril (direitos dos usuários dos serviços de Saúde Mental); -2003: III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília (DF); -2004: Portaria GM nº 52/04, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS.	Basaglia, Goffman, Szasz, dentre outros. A Organização Mundial de Saúde (OMS), a OPAS e Ministério da Saúde Nacional.
Trajetória dos direitos humanos em saúde mental	2005-aos dias atuais	Militância pela garantia dos direitos humanos em saúde mental e exercício pleno da cidadania.	-2005: Criação do grupo de trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária; -2006: Inaugurado o milésimo CAPS do Brasil, em Fortaleza (CE); 2010: I Conferência Temática de Cooperativismo Social em Brasília (DF); -IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília (DF).	Organização das Nações Unidas (ONU); OMS; OPAS; Ministério da Saúde Nacional.

Figura 2 – Trajetória do processo de reforma psiquiátrica no Brasil

Ainda sobre a quarta Conferência Nacional de Saúde Mental, Miranda (2010, p.3) discorre que essa conferência:

[...] estabelece o compromisso da Saúde Mental como direito e compromisso de todos. Nesta perspectiva, leva em conta os avanços e os desafios, novos e velhos, na pactuação de caminhos intersetoriais, na consolidação da rede de atenção psicossocial, reconhecendo nos movimentos sociais e na geração de emprego e renda, um meio para a melhoria das condições de vida e do cuidado em saúde mental de base territorial (MIRANDA, 2010, p.3).

Ademais, evidenciam-se, a partir da leitura da figura 2, aspectos históricos do movimento reformista brasileiro, onde confluem dois momentos distintos, também referidos por Hirdes (2009), que são: o trajeto de efervesceu nas discussões, ações e reformulações no modelo hospitalocêntrico, inspirados em figuras como Franco Basaglia; e outro, de uma verdadeira “lentificação” desses preceitos.

Hirdes (2009) também menciona que,

[...] passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, quais sejam: redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando-se as particularidades e necessidades de cada local (HIRDES, 2009, p. 298)7

Somado a esse contexto, houve entre os Estados brasileiros projetos de leis precursores na implementação e conformação das diretrizes da reforma, conforme a figura 3.

ESTADO	PROJETO	DATA
Rio Grande do Sul	Lei 9.716	7 de agosto de 1992
Ceará	Lei 12.151	29 de julho de 1993
Pernambuco	Lei 11.065	16 de maio de 1994
Rio Grande do Norte	Lei 6.758	4 de janeiro de 1995
Minas Gerais	Lei 11.802	18 de janeiro de 1995
Paraná	Lei 11.189	9 de novembro de 1995
Distrito Federal	Lei 975	12 de dezembro de 1995
Espírito Santo	Lei 5.267	10 de setembro de 1996

Figura 3 – Principais projetos de leis estaduais da reforma no Brasil

Assim, observa-se a partir da Figura 3 o pioneirismo desses oito estados (três da Região Nordeste, dois do Sudeste, um do Sul e outro do Centro-Oeste) ao lançarem projetos que reforçassem a luta em prol da superação do modelo asilar e manicomial no país.

2.2.1 Conceitos emergentes

No movimento de reforma psiquiátrica brasileira, concepções e conceitos ligados ao processo saúde/doença mental foram redesenhados, tendo como marco referencial teórico a psiquiatria democrática e a experiência basagliana na Itália. Floresceu, sistematicamente, uma nova conjuntura paradigmática na área de psiquiatria, onde confluem novos termos e conceitos nesse campo (HIRDES, 2009). Nessa perspectiva, discutem-se a seguir conceitos de três importantes termos que emergiram nesse movimento, a saber: saúde mental, desinstitucionalização e território.

Os termos “saúde mental” e “atenção psicossocial” passaram a ser adotados como conceitos que incorporaram esse novo pensamento de atenção, de aporte social complexo e dinâmico, que inferem uma ideia não somente restrita ao pensamento biomédico de saúde, mas refletem o próprio conceito de saúde ampliado e processual (AMARANTE, 2008a).

Dessa forma, pensar o conceito de saúde mental significa, antes de tudo, entendê-lo como uma concepção de campo, concomitantemente complexo, amplo, dinâmico e político, previsto e definido por Franco Rotelli (1990). E, nessa perspectiva, Amarante (2008a), comunga a ideia de processo complexo ao termo, e que nele emergem constantemente novos elementos, atores, reflexões, questionamentos e pensamentos, não cabendo, pois, uma definição reducionista ou simplificada.

Outro termo relevante nesse debate é “desinstitucionalização”, originado dos preceitos reformistas italianos, que, segundo Rotelli (1990) não pode ser entendido tão somente como a mudança de centro ou de foco da atenção de um modelo institucional para o de base social e comunitária. Corroborando nesse sentido, Hirdes (2009, p. 299) afirma que a “desinstitucionalização tem uma conotação muito mais ampla do que simplesmente deslocar o centro da atenção do hospício, do manicômio, para a comunidade”.

A desinstitucionalização se configura como o novo paradigma da Reforma Psiquiátrica no Brasil, na medida em que propõe a reabilitação e reinserção psicossocial das pessoas com transtornos mentais e comportamentais, a partir de um modelo de atenção focado não na doença, mas no sujeito social. Pensar nessa perspectiva significa conceber a pessoa

com transtorno mental e comportamental numa dimensão mais subjetiva, como sujeito inserido num contexto biopsicossocial, onde seu modo de vida, cultura e realidade se inter-relacionam entre si (CAVALHERI, 2010).

Amarante (2003) observou que o termo “desinstitucionalização” no Brasil assumiu três características distintas na medida em que estes aportes conceituais influenciaram a reforma psiquiátrica e apresentavam resquícios de outras reformas de outros países: desinstitucionalização como desospitalização; desinstitucionalização como desassistência; desinstitucionalização como desconstrução.

O entendimento sobre o conceito da desinstitucionalização como *desospitalização*, cujo foco centra-se na crítica ao modelo hospitalar psiquiátrico, não se configura numa mudança de atenção propriamente dita. Essa concepção partilha com a corrente reformista da psiquiatria preventiva e comunitária americana que perdurou durante o governo do Presidente Kennedy, com fim administrativo e burocrático (AMARANTE, 2003).

O entendimento sobre a desinstitucionalização como *desassistência* tem por base o pensamento conservador, que divulgava a ideia de que a extinção dos serviços promoveria a não continuidade da assistência à pessoa com transtorno mental e comportamental. Nesse plano estão incluídos alguns grupos econômicos (donos de instituições, médicos psiquiatras e outros que lucraram, historicamente, com a expansão dos asilos e manicômios pelo país) e conservadores que defendiam a hegemonia biologicista da psiquiatria (AMARANTE, 2003).

O entendimento conceitual sobre a de desinstitucionalização como *desconstrução* foi construído sobre o processo peculiar da reforma psiquiátrica brasileira. Rompe com o paradigma psiquiátrico vigente, a partir de uma atenção em saúde mental centrada na comunidade e no território. O êxito da experiência francesa basagliana contribuiu para esse pensamento, especialmente com a promulgação da Lei 180 – conhecida como de Lei de Basaglia (AMARANTE, 2003).

O pensamento de desconstrução, então concebido pelo movimento de reforma psiquiátrica brasileira, confluiu, em alguns momentos, com a ideologia do movimento sanitário, na medida em que pregava a reformulação das práticas e ações tecnicistas e medicamentosas no campo da saúde. Um exemplo disso foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que desencadeou, em 1987, na I Conferência Nacional de Saúde Mental (OGATA; FUREGATO; SAEKI, 2003).

As concepções sobre a desinstitucionalização identificadas por Amarante (2003), como desospitalização e como desassistência influenciaram o conjunto de atores envolvidos,

requerendo esclarecimentos conceituais, no sentido de fazer prevalecer a desinstitucionalização como desconstrução do modelo hospitalocêntrico. Ainda há confluência desses conceitos na vida cotidiana dos sujeitos psicossociais.

No cenário brasileiro, a rede de atenção à saúde mental vem sendo fundamental no processo de consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e que propõe a implementação de ações e serviços de maneira hierarquizada e descentralizada, nos diferentes níveis de complexidade. Essa concepção de rede conduz para o processo de reforma psiquiátrica, tendo em vista o envolvimento do conjunto de serviços substitutivos articulados entre si e com outros serviços comunitários; além da interligação com os demais setores que compõem a rede pública de saúde em prol da assistência à pessoa com transtorno mental (BRASIL, 2005).

Outro ponto relevante nessa discussão de rede de cuidados se refere ao conceito de território, geograficamente conceituado por Santos (2002) como sendo dinâmico e vivo de inter-relações. No campo da saúde mental, Hirdes (2009), com base em outros estudos, como Yasui (2006), destaca que a partir do território são pensadas estratégias de cuidado em saúde mental, sendo este um espaço em que se produz sentido e se habitado cotidianamente. Assim,

Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005, p. 22).

Com a promulgação da Constituição de 1988, no processo de luta pelos direitos de cidadania e de saúde, e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), esses dois movimentos foram se distanciando, especialmente no que tange às suas proposições e ideologias. Sobre esse contexto, Ogata, Furegato e Saeki (2003, p. 68) destacam que:

Neste período, o movimento de Reforma Psiquiátrica desvinculou-se da Sanitária. Esta esperava transformar as macroestruturas com mudanças administrativas no Sistema de Saúde. Já a Reforma Psiquiátrica entendia que o processo de desconstrução/construção devia dar-se nas microestruturas.

Amarante (2008a) acrescenta que a Reforma Psiquiátrica não se manteve unicamente no plano teórico referencial, pois implementaram-se transformações no campo da atenção psiquiátrica nacional.

Nesse cenário, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental selou no cenário público a luta em prol dos direitos humanos como direitos e compromisso de todos; reforçou as necessidades de se avançar em direção à consolidação da rede de atenção psicossocial e da intersetorialidade entre os serviços de saúde mental (MIRANDA, 2010).

Ademais, adensam-se as recomendações da OMS através do Relatório de Saúde Mental 2011, ao conclamar as nações de todo mundo, inclusive o Brasil, para a necessidade de maiores investimentos no campo da assistência em saúde mental e na busca pela melhoria da qualidade de vida das pessoas (WHO, 2011).

2.3 TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO RIO GRANDE DO NORTE E EM NATAL

Em consonância com a realidade mundial e nacional, a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Norte foi impulsionada a partir dos anos de 1990, com a expansão do NAPS/CAPS e todo o movimento de mudanças para a efetivação da Lei Paulo Delgado entre os municípios do território nacional. Nesse cenário, o Município do Natal, capital do estado, foi pioneiro no RN nesta arena de debates e lutas no campo da saúde mental e por instalar os primeiros serviços substitutivos, na época NAPS (PAIVA; YAMAMOTO, 2007).

Partindo desse trajeto, cabe mencionar os reflexos vividos da Reforma em Natal sobre a realidade estadual, e, portanto, considera-se que, nesse primeiro momento, são histórias intrínsecas, levando-se em consideração o traslado vivido, da capital para os outros municípios e centros.

Dentre os acontecimentos marcantes para o início desse processo, situam-se dois fatos: a criação da Secretaria Municipal de Saúde (1986); e 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), circunscrevendo o cenário nacional da criação do SUS e da própria Reforma Sanitária. Considerava-se, até então, que a assistência em saúde mental estava restrita unicamente à disposição de leitos hospitalares psiquiátricos. Coube à Secretaria Municipal projetar novas perspectivas para o modelo das ações em saúde, tendo como eixo o estabelecimento de níveis de atenção, priorizando a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação (PAIVA; YAMAMOTO, 2007).

Assinalando esse contexto, Paiva e Yamamoto (2007, p. 552-557) dividiram didaticamente em quatro momentos o processo reformista na capital potiguar, e, com base neles, elaborou-se um quadro resumo (Figura 4).

MOMENTO	PERÍODO	HISTÓRICO	EVENTOS / ACONTECIMENTOS
Planejamento e organização da rede de assistência em saúde mental	1986 – 1992	Reorganização dos serviços de saúde local. Processo de planejamento e organização das ações e serviços de saúde.	-1987: 1º Seminário de Saúde Mental de Natal/RN; -1989/1990: primeira etapa do processo de municipalização das ações e serviços de saúde locais; -1ª Conferência Municipal de Saúde Mental (participação de vários profissionais da área).
Implantação das propostas reformistas	1993 – 1995	Criação de setores de referência nas unidades de saúde para atendimento em saúde mental. Instalação dos primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).	- 1994: NAPS - Zona Leste. Capacidade: 60 usuários. -1995: NAPS - Zona Leste; o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) foi criado. -Criação da Lei estadual 6.758 na área de saúde mental.
Consolidação e afirmação do projeto de reforma psiquiátrica	1996 – 1997	Instaurada uma verdadeira crise na saúde mental local.	-Euforia por parte da sociedade civil quanto aos serviços instalados; -a formação de uma rede de apoio em atenção à saúde mental local não chegou a ser concretizada. - Crise entre os serviços de saúde mental pertencentes ao município.
Estagnação das propostas reformistas	Final de 1997 até os dias atuais	Período de dificuldades (grande rotatividade de secretários de saúde; escassez de equipamentos e recursos humanos; falta de investimentos por parte da gestão local; entre outros).	2006: extinção do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes. -intervenções do Conselho Regional de Medicina no Hospital Psiquiátrico Dr. João Machado.

Figura 4 – Principais momentos da reforma psiquiátrica no município de Natal/RN

Mediante esses momentos de reforma, evidencia-se que lógica adotada nesse percurso se relaciona ao contexto social, político e econômico vivido no estado, e no país, onde a gestão local também influenciou inclusive o atual estágio de estagnação das propostas reformistas, quando o movimento “esqueceu-se de fazer novas construções teóricas e operacionais, no plano de assistência em saúde mental” (PAIVA; YAMAMOTO, 2007, p. 568). Entretanto, a crise pode sinalizar movimentos em prol de mudanças e florescimentos de ideias rumo a melhorias nesse sentido.

Um ponto de destaque sobre a Reforma Psiquiátrica no RN se refere ao processo de estruturação e distribuição dos serviços de saúde mental entre os municípios (Figura 5), em que se observa uma discrepância nesse quantitativo entre as oito Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAPs).



Figura 5 – Mapas de distribuição dos serviços de saúde mental entre as URSAPs no RN

Refere-se ainda, sobre a Figura 5, que a sétima região de saúde (metropolitana) e a quarta região de saúde (Caicó) concentram a maior parte desses serviços especializados, estando as demais regiões sujeitas a um número reduzido, tendo em vista os diversos municípios que compõem as URSAPs.

Ademais, refere-se que a rede municipal de atenção à saúde mental em Natal/RN dispõe hoje da seguinte distribuição de serviços: Ambulatório de Saúde Mental da Ribeira; CAPS III, CAPS ad II – Norte; CAPS ad II – Leste; CAPS II – Leste; CAPS II – Oeste; Ambulatório de Prevenção e Tratamento de Tabagismo, Alcoolismo e Outras Drogadições/Centro de Referência ao Tabagismo (APTAD). Os ambulatórios especializados oferecem atendimento psiquiátrico ambulatorial em saúde mental ao portador de transtornos mentais, a partir dos 16 anos. Consultas são agendadas pela Central de Regulação para: Centro Clínico da Asa Norte (Policlínica Distrito Norte); Unidade Mista Integrada da Cidade da Esperança (Policlínica Distrito Oeste); Unidade de Neópolis (Policlínica Distrito Sul) (BRASIL, 2007). Somando-se a essa rede destaca-se ainda o hospital psiquiátrico Dr. João Machado[,] localizado no município, embora componha a rede estadual de saúde (NATAL, 2007).

2.3.2 O Hospital Dr. João Machado

O Hospital Dr. João Machado (HJM) é atualmente referência na atenção terciária aos usuários com transtorno mentais e comportamentais no Estado do Rio Grande do Norte, vinculado à Secretaria de Saúde Pública. Tem como missão principal prestar assistência hospitalar aos portadores de transtornos mentais graves, em fase aguda, e oferecer atendimento em três modalidades, a saber: ambulatório, pronto-socorro e internações.

Um fato curioso sobre a história do HJM foi a construção do seu prédio, iniciada em dezembro de 1948; em janeiro de 1957 inaugurou-se metade do prédio, e apenas ficou totalmente concluída a obra em 1959, quase nove anos depois. Considera-se que o hospital surgiu a partir do desdobramento de serviços anteriores, o Lazareto, criado no ano de 1882, o Asilo de Alienados em 1911, e o Hospital de Alienados em 1921 (SESAP, 2001).

No que se refere à terapêutica adotada, o HJM segue as recomendações ministeriais para esse tipo de serviço, no sentido de evitar a primeira internação e reduzir o tempo de permanência do usuário no hospital. Aos poucos, a lógica do trabalho realizado em equipe multiprofissional vem sendo intensificada nesse serviço, bem como a participação da família no tratamento, seja através de reuniões, ou por visitas que faz aos usuários (CALDAS; MACEDO, 2006).

Com o processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro e as novas diretrizes voltados aos serviços de hospitais psiquiátricos, o hospital passou por transformações e mudanças advindas desde a estrutura física do prédio, composição dos recursos humanos, até no tempo de permanência no HJM, reduzido para 32 dias, e os critérios de alta levam em conta a ausência de crises e a estabilização do quadro clínico (CALDAS; MACEDO, 2006).

O HJM é hoje uma instituição que resiste ao tempo, dados os sérios problemas enfrentados, como escassez de recursos humanos e profissionais capacitados, demanda alta de usuários que dão entrada para atendimentos ambulatoriais e de nível primário, entre outros. A própria lógica da rede em saúde mental em nível estadual e municipal precisa ser melhorada, reconhecendo-se a verdadeira função do hospital no suporte da urgência/emergência psiquiátrica.

Durante dez anos o HJM abrigou em sua estrutura física o Hospital-Dia Dr. Elger, pioneiro e único dessa modalidade assistencial no estado, extinto em 2006. Atualmente, o local onde funcionava o HD deu lugar à ala dos usuários crônicos residentes, que há anos moram no hospital.

2.3.3 O Hospital-Dia Dr. Elger Nunes em Natal/RN

O hospital-dia consiste numa modalidade de assistência em saúde mental caracterizada pelo foco de intervenção mediado entre a internação e o lar, que vem sendo fortalecida a partir do processo de Reforma Psiquiátrica e seus dispositivos legais, contribuindo para a redução das internações em regime total.

O Programa de HD foi instituído no contexto brasileiro através da Portaria do Ministério da Saúde nº 224 (29/01/1992), que definiu os principais dispositivos legais para o devido funcionamento de hospitais, credenciamento de serviços e contratação de recursos humanos para esse fim. No geral, os HDs devem possuir uma área física ampla, com repartições e salas que ofereçam suporte físico para a realização de atividades em grupos, além de leitos para repouso e área externa para trabalhos de campo (BRASIL, 1992).

A organização da oferta nesse serviço obedece a uma lógica hierarquizada e regionalizada que compõe a rede de atenção em saúde mental, oferecendo atendimento diário a uma população adstrita e geograficamente definida. O trabalho em saúde é exercido por uma equipe multi e interdisciplinar que desenvolve um programa terapêutico intensivo e o cuidado

humanizado, mediado pela realização de oficinas, atividades com grupos, exercícios físicos, arteterapia, dentre outros (LIMA; BOTEGA, 2001).

O HD Dr. Elger Nunes existiu como um serviço público intermediário pertencente à SESAP/RN, anexo ao Hospital Psiquiátrico Dr. João Machado (HPJM), localizado no Município do Natal/RN, sendo oficializado através da Portaria nº 6.090, de 19/11/1997 (publicada no Diário Oficial em 20/11/1993, com a Portaria 9.051, de 14/07/1997). Sua extinção aconteceu no ano de 2006 (BRASIL, 1996).

Nos seus dez anos de existência, o HD desenvolveu um trabalho em saúde pautado no processo de ressocialização e reintegração dos usuários ao núcleo familiar e comunitário. Diariamente, aconteciam atividades diversas coordenadas por uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, assistente social, arteterapeuta, educador físico, terapeuta ocupacional e técnico em enfermagem.

Em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica (Lei Federal 10.216/2001), da Portaria 224/1992 e da Lei Estadual 6.754 de 04/06/1995, no ano de 2006 a Secretaria Municipal de Saúde de Natal passou a se responsabilizar pela gestão dos serviços de saúde mental locais. No geral, essas leis e portarias representaram um avanço no processo reformista, estimularam os municípios brasileiros a redimensionarem a assistência em saúde mental prestada, no sentido de fortalecer ações de prevenção, promoção e cidadania (AMARANTE, 2008a).

Durante dois anos consecutivos, 2005 e 2006, o Hospital-Dia foi palco do projeto de extensão e pesquisa denominado “Viva a Vida sem Muros” – atenção de enfermagem para educação à saúde e qualidade de vida para aos usuários do hospital, além de campo das práticas disciplinares do Curso de Graduação em Enfermagem/UFRN.



**Figura 6 – Logotipo do Projeto de Extensão “Viva a Vida sem Muros”
Fonte: Miranda (2006).**

Miranda *et al.* (2005), num estudo sobre as representações sociais do papel terapêutico do acadêmico de enfermagem, a partir de práticas disciplinares realizadas no HD Dr. Elger Nunes, destacaram a importância desse espaço como campo de prática no processo de formação em saúde. Ressaltaram, também, que o contato com as atividades desenvolvidas pelos serviços intermediários possibilita ao aluno o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos necessários para o cuidar em saúde mental, fortalecendo, dessa forma, o agir terapêutico acadêmico e profissional no contexto da Clínica Ampliada.

Assim, observa-se que a extinção do HD trouxe consequências não só para usuários, familiares e profissionais, na medida em que estes tiveram que migrar para outros serviços da rede de atenção à saúde mental local ou não houve continuidade do acompanhamento oferecido; como, também, para acadêmicos e professores que utilizaram esse espaço, quando atividades extensionistas e terapêuticas deixaram de ser realizadas.

2.4 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: “O INÍCIO DE UMA NOVA HISTÓRIA”

Diante do que foi discutido, evidencia-se que modelo hospitalocêntrico fortemente arraigado na psiquiatria era sustentado por uma corrente que pregava a institucionalização e medicalização da doença mental. As experiências reformistas avançaram no que se refere às lutas e mobilizações em prol de transformações nas práticas institucionalizadas empregadas. No entanto, críticas emergiram pelo fato de algumas dessas experiências concentrarem suas proposições em intervenções apenas na reestruturação de serviços ou na reorganização de setores.

A rede de atenção psicossocial prevê a implantação de novos dispositivos e um conjunto de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, com espaços destinados ao atendimento das pessoas com transtornos mentais, pautados na lógica da desospitalização e acolhimento.

Dentre esses, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Serviços Residências Terapêuticas (SRT), Hospitais-Dia, Programa de Volta para Casa, Centros de Convivência, Cooperativas de trabalho (Figuras 7 e 7.1).

Diante do conjunto de dispositivos e estratégias, reconhecidos como legados da reforma psiquiátrica, visualizam-se a ampliação e implantação da cobertura no território

brasileiro, tendo como fio condutor o preceito da desinstitucionalização com vistas à formação de uma rede de base comunitária e territorial de cuidados em saúde mental.

Nas Figuras 7 e 7.1 tem-se um resumo das principais estratégias e serviços de atenção psicossocial implantados no Brasil nestes últimos anos.

SERVIÇO / ESTRATÉGIA	CONCEITO	FUNCIONAMENTO	CRITÉRIOS DE IMPLANTAÇÃO
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	Serviço pautado no regime de atenção diário, com ações intersetoriais e que visam regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental.	Funcionamento dos CAPS´s - cinco dias úteis da semana, com horários, segundo a especificidade: - CAPS I: de 8h às 18h. Capacidade para o acompanhamento - 240 pessoas/mês. Equipe mínima de 9 profissionais, e tem como clientela adultos. - CAPS II: de 8h às 18h. Capacidade para o acompanhamento – 360 pessoa/mês. Equipe mínima de 12 profissionais, e tem como clientela adultos. - CAPS III: funciona 24h por dia. Capacidade para acompanhamento – 450 pessoas/ mês. Equipe mínima de 16 profissionais. Dispõe de cinco leitos. - CAPSi: de 8h às 18h. Capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 pessoas/mês. Equipe mínima de 11 profissionais, e tem como clientela crianças e adolescentes. -CAPSad: 8h às 18h. Capacidade para acompanhamento de 240 pessoas/mês. Dispõe de equipe mínima de 13 profissionais, voltado ao atendimento de dependência química.	O tipo de CAPS depende da densidade populacional de cada município. - CAPS I: entre 20.000 e 50.000 habitantes. - CAPS II: mais de 50.000 habitantes. - CAPS III: mais de 200.000 habitantes. - CAPSi: mais de 200.000 habitantes. - CAPSad: mais de 200.000 habitantes.
Residência terapêutica	São casas localizadas em espaços urbanos destinadas a pessoas com transtornos mentais graves e egressos ou não de hospitais psiquiátricos.	Cada residência acolhe até oito moradores, tendo uma pessoa responsável (cuidador). Estão interligadas a um Centro de Atenção Psicossocial e obedece a lógica do território.	Articulação com a comunidade, a vizinhança e outros equipamentos sociais.
Hospital-Dia	Serviço de hospitalização parcial voltado a pessoas com transtornos mentais crônicos e egressos de hospital psiquiátrico.	Funcionamento: segunda a sexta-feira, no turno matutino e noturno. O usuário passa de 8 a 15 horas por dia numa agenda terapêutica diversificada.	Influência da política de gestão local, em decorrência da rede de serviços disponibilizados em cada município.

Figura 7 – Principais serviços e estratégias de atenção psicossocial implementadas no processo de reforma psiquiátrico brasileiro

Ressaltam-se dois pontos. De um lado, esse formato de rede é projetado face às demandas da coletividade, tendo potencial resolutivo na assistência voltada às pessoas com transtornos mentais e comportamentais, como preconizado pelo SUS. De outro, os municípios de baixa densidade populacional, ou seja, os de pequeno porte, enfrentam alguns desafios

adicionais em função das demandas relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais, exigindo uma redefinição dos serviços substitutivos (BRASIL, 2005).

Entre os municípios de pequeno e médio brasileiros priorizou-se a inclusão de equipes de saúde mental entre as Unidades Básicas de Saúde, como forma de ampliar o quantitativo de ações e atividades desenvolvidas nesse campo. No entanto, tal fato não se configurou numa medida que viesse a efetivar os ideais da Reforma. “Na maioria das vezes, tais municípios procuraram dar conta de sua nova responsabilidade de cuidar de seus usuários essencialmente via internação psiquiátrica e medicação, reproduzindo apenas o modelo hegemônico” (LUZIO; L´ABBATE, 2009, p. 106).

SERVIÇO / ESTRATÉGIA	CONCEITO	FUNCIONAMENTO	CRITÉRIOS DE IMPLANTAÇÃO
Ambulatório de Saúde Mental	Modalidade de suporte assistencial em saúde mental, referência para consultas em psiquiatria e psicologia.	Funcionamento: segunda a sexta-feira, no turno matutino e vespertino.	Município que possui maior demanda de atenção aos transtornos em geral.
Centro de Convivência e Cultura	Espaço social destinado a inclusão social de pessoas com transtorno mental em acompanhamento.	Horário de funcionamento comercial (matutino e vespertino).	Municípios com uma boa rede CAPS e com população superior a 200.000 habitantes.
Programa de Volta para Casa	Programa de auxílio-reabilitação do governo federal a pessoas com histórico vasto de internações.	Auxílio financeiro mensal de R\$ 240,00 aos seus beneficiários. A cada ano esse benefício pode ser renovado, dependendo do caso.	Para ter acesso ao benefício a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social.
Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH)	Programa que visa a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais e hospitais de grande porte.	Redução conforme o porte hospitalar: <200 leitos: reduzir 40 leitos/ano. 320-440 leitos: reduzir 80 leitos/ano. <440 leitos: reduzir 120 leitos/ ano.	É um programa ministerial que prevê a redução progressiva do porte hospitalar, de modo a situarem-se os hospitais, ao longo do tempo, em classes de menor porte
Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental	São equipes de saúde mental que desenvolvem ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, para equipes ou profissionais da atenção básica.	Uma equipe de referência é responsável pelo acompanhamento matricial de 6 até 9 Equipes do PSF ou da atenção básica em geral.	Articulação entre as equipes de referência em Saúde Mental e equipes da Atenção Básica.

Figura 7.1 – Principais serviços e estratégias de atenção psicossocial implementadas no processo de reforma psiquiátrico brasileiro

Os serviços que formam a rede de atenção psicossocial devem dispor de profissionais de diversas áreas, não unicamente da saúde (como músicos, artesãos, artista plásticos, entre outros), capazes de estimular no desenvolvimento das habilidades e criatividade dos sujeitos no espaço comunitário. Cabe mencionar que esses serviços procuram estabelecer ações que estimulem a intersetorialidade entre os vários setores da sociedade, ou seja, estratégias

capazes de articular a comunicação dos principais espaços e equipamentos pertencentes ao território (AMARANTE, 2008a).

E, pensando nesses atores, defende-se a necessidade de um maior envolvimento entre os diversos atores do processo reformista, sejam usuários, familiares, profissionais e a própria comunidade local, somado à interlocução entre os diferentes níveis de atenção em saúde, primário, secundário e terciário; e dos equipamentos sociais presentes no território, que representam o elo essencial dessa rede de atenção à saúde mental. Nele, definem-se as perspectivas que privilegiam novas práticas e articulação de saberes, onde os sujeitos são valorizados na sua subjetividade e singularidade.

2.4.1 O usuário como ator de seu processo saúde/doença mental

Concorda-se que o modelo psiquiátrico, caracterizado essencialmente pelo sistema terapêutico hospitalar, durante muito tempo oprimiu e segregou o doente mental, sob a égide de práticas assistenciais punitivas e violentas. O doente, visto a partir de uma concepção verticalizada do processo saúde/doença mental, estava submetido a um tratamento disciplinar e carcerário, onde, na maioria das vezes, não mantinha convívio com a família e a sociedade.

Sucederam-se, entre os países do mundo, denúncias de tortura e morte de pessoas nos tratamentos os quais eram submetidas, e que marcou uma verdadeira crise na atenção psiquiátrica. Aqui “ocupavam-se das doenças e esqueceram-se dos sujeitos que ficaram apenas como pano de fundo das mesmas” (AMARANTE, 2008a, p.16).

Com os movimentos de Reforma Psiquiátrica iniciaram-se novas discussões sobre o tipo de tratamento psiquiátrico destinado ao doente mental. No cerne desse percurso o doente mental passou a ser concebido na condição de sujeito, protagonista de seu processo saúde/doença mental (HIRDES, 2009).

A luta mundial pelos direitos humanos impulsionou-se no repensar da atenção psiquiátrica, influenciando a bandeira de lutas reformistas brasileiras do resgate da cidadania e a inclusão das pessoas com transtornos mentais e comportamentais nas políticas públicas. O acesso aos bens e serviços públicos coletivos, destacados no texto constitucional de 1988 (como o direito à educação, saúde, moradia, lazer, entre outros) são requisitos fundamentais para todos, sem distinções.

O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico (AMARANTE, 1995, p. 494).

No Brasil, entre os anos de 1990, surgiram as primeiras organizações e associações de usuários e familiares de saúde mental. Nesses espaços refletia-se sobre o movimento reformista, suas perspectivas, relatavam-se experiências, como forma de interagir entre si e articular novas ideias nesse campo. “Usuários e familiares passam a entrar na cena do debate político, e empoderam-se como atores e protagonistas da Reforma e da construção de uma rede substitutiva de serviços” (BRASIL, 2005).

Destacam-se dois acontecimentos relevantes nesse movimento, anteriormente já referidos. Um deles aconteceu no ano de 1992 com II Conferência Nacional de Saúde Mental, que pela primeira vez contou com a participação dos atores sociais reformistas: usuários e familiares. O outro foi a criação da Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que trouxe um aparato jurídico legal para os usuários de saúde mental, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionando a assistência, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. Num trecho ela descreve alguns desses direitos:

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Embora se tenha avançado no campo das mudanças vividas com o paradigma da desinstitucionalização associado ao da promoção à saúde preconizada pelo SUS, cabe mencionar a necessidade de investimentos em projetos e programas no campo da atenção psicossocial destinados às pessoas com transtorno mental.

Amarante (2008a) chama a atenção para as estratégias de residencialidade e de subsídios financeiros como algumas dessas alternativas a serem implementadas, levando-se em consideração prerrogativas reformistas de reinserção social e retorno ao convívio familiar. Desse modo, tais estratégias trazem novas alternativas para as pessoas com transtornos mentais na medida em que se evita o processo de cronificação da doença mental e contribui para o seu protagonismo individual na dinâmica social.

No cenário nacional, a Associação de Usuários e Familiares de Saúde Mental e o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial vêm protagonizando eventos e debates em defesa dos seus direitos, e se reafirmando como instrumentos de organização social e de lutas pela superação do modelo manicomial.

Nesse contexto, com a expansão dos serviços substitutivos e da formação de rede de base comunitária, novos desafios exigem uma nova postura quanto aos direitos dos portadores de transtornos mentais e comportamentais na sociedade, particularmente na questão da reinserção social. Para implementação dos direitos constitucionais e estimular a geração de renda para esse público específico, o MS estabelece como iniciativa a economia solidária e seu fortalecimento.

Inspirada na experiência italiana, prevê a geração de renda e inserção no processo produtivo das pessoas com transtornos mentais, consideradas em “desvantagem social” pelo sistema econômico. Para tanto, estimula-se a criação de estratégias específicas, como as cooperativas e empresas sociais, com vistas à reintegração dessas pessoas no mercado de trabalho (BRASIL, 2005b).

A economia solidária é a resposta organizada à exclusão pelo mercado, por parte dos que não querem uma sociedade movida pela competição, da qual surgem incessantemente vitoriosos e derrotados. É antes de qualquer coisa uma opção ética, política e ideológica, que se torna prática quando os optantes encontram os de fato excluídos e juntos constroem empreendimentos produtivos, redes de trocas, instituições financeiras, escolas, entidades representativas, etc., que apontam para uma sociedade marcada pela solidariedade [...] (BRASIL, 2005a, p. 11).

A Lei Nacional 9.876, instituída em 11 de novembro de 1999, fortalece essa iniciativa, quando incita a formação de cooperativas sociais como instrumento de valorização da autonomia e cidadania do ser humano. No Município de São Paulo tem-se experiências exitosas nesse campo, onde houve a criação dos Centros de Convivência e Cooperativas (CECCO) que partilham o pensamento de rede e inclusão social entre os sujeitos (AMARANTE, 2008a).

Destarte, a participação como ator protagonista do processo reformista se dá a partir do cotidiano coletivo, na luta organizada por justiça e igualdade social em saúde mental, nas instâncias deliberativas do SUS, fortalecendo os preceitos de cidadania e respeito ao outro, promovendo mudanças políticas públicas efetivas nesse sentido.

2.4.2 A família no acompanhamento dos usuários com transtorno mental

Conceitualmente, o termo “família” representa um grupo social que partilha relações entre seus membros e com o meio, possuindo atribuições e representações historicamente estabelecidas. Nessa perspectiva, a relação entre família e doente mental foi sendo amplamente discutida e repensada durante toda a trajetória da assistência psiquiátrica no mundo.

Estudos mencionam pontos distintos desse percurso. Na sociedade pré-capitalista o cuidado ao doente mental era uma atribuição exclusiva da família, incumbida pelo papel moral de direcionar ações voltadas ao controle diante dos malefícios que elas poderiam trazer para a sociedade (ROSA, 2003; MELLO, 2005).

Com o advento da psiquiatria, entre o século XVIII, definiu-se o isolamento total do doente mental da família para garantia do êxito em seu tratamento. Considerava-se nociva a interação familiar, sendo, na maioria das vezes, considerada a principal causadora das desordens e adoecimento de seus membros. O Estado, então, passou a se responsabilizar pelo cuidado ao doente mental, na medida em que foi se expandindo a política de criação das instituições (hospitais psiquiátricos, asilos e manicômios), onde se preconizava a internação prolongada e o isolamento social (CAVALHERI, 2010).

Em 1970 vivencia-se um período de instabilidade e crise nos setores da política e economia mundial, num contexto em que a atenção psiquiátrica sofria mudanças e se registravam as primeiras experiências reformistas entre os países. Dessa forma, o foco do acompanhamento ao doente mental passou a ser mais uma vez redirecionado, quando a família passou a ser a principal responsável por esse cuidado (MELMAN, 2001).

Disponha-se na época de poucas estratégias de suporte para o cuidado familiar prestado à pessoa com transtorno mental. Predominavam ainda sentimentos de receio pelo estigma e preconceito que exista com a doença mental, somados ao desconhecimento com relação ao tratamento e o desgaste psicológico ligado a esse cuidado. Sintetizando esse contexto Colveiro, Ide e Rolim (2004, p. 199) dizem que:

[...] se a família, em algum momento, retirou-se de cena do cuidado de seu familiar doente mental, em outros, ela foi excluída por ser considerada como “nociva ao tratamento”, isto é, como causadora da doença, pois atrapalhava o tratamento proposto. Outras vezes, ela delegou esse cuidado pelo desconhecimento de não saber como agir frente a certas manifestações do doente, pela sobrecarga física e emocional que o sujeito doente acarreta a seus membros.

Hoje, no Brasil, a família passou a desempenhar um importante papel junto ao acompanhamento da pessoa com transtorno mental, levando-se em consideração o seu processo de reforma psiquiátrica inspirado nos ideais basaglianos da psiquiatria democrática. A política de saúde mental vigente reconhece a necessidade de se incluir o familiar nesse processo, como forma de potencializar e contribuir no processo de reabilitação desse público.

A promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, resgata os direitos e dá proteção às pessoas com transtornos mentais ao reconhecer e fortalecer a inclusão pró-ativa da família e da sociedade nas ações e políticas em saúde mental.

Para que o processo de assistência se tornasse mais qualificado, humano e ético foi preciso que se transformasse o conceito que se tem sobre o adoecer e o tratar no campo da saúde mental. Também o da reabilitação psicossocial, e, conseqüentemente, o modo de perceber e pessoa que vivencia este adoecer como ser humano integral, multifacetado, histórico e inserido no mundo da vida cotidiana. Olhar a ser desenvolvido para familiares, uma vez que a experiência de ter um de seus membros adoecidos mentalmente mobiliza-os globalmente (MELLO, 2005, p. 391).

Nesse sentido, destaca-se que a família desempenha um importante papel no tratamento da pessoa com transtorno mental e comportamental, tendo em vista os novos dispositivos pensados para a assistência, pautados em bases comunitárias. Além disso, nesse trajeto perpassa uma convivência difícil entre as famílias.

Azevedo, Miranda e Gaudêncio (2009) discorreram sobre a percepção de familiares acerca da doença mental, e constataram que os familiares reconhecem as alterações comportamentais advindas com a doença, além da necessidade de obter apoio neste momento. Outro aspecto observado pelos autores foi o da convivência familiar, onde conflui a existência de conflitos, gerada, em parte, pela sobrecarga emocional, econômica e social acarretada aos cuidadores. Como fatores desencadeadores apontados tem-se “a não aceitação da doença”, “as limitações do cuidador” e a “culpabilização familiar”.

Somados a esses pontos observados no espaço de convivência entre a família e o doente mental, Miranda (1999, p. 80) destaca alguns dilemas e desafios que surgem nesse contexto, e que precisam ser superados, como:

[...] a necessidade de esclarecimento a respeito da doença mental; de orientação sobre as formas de relacionamento com o doente mental no domicílio/comunidade; de orientação sobre como enfrentar os problemas sociais e econômicos; a falta de confiança dos familiares e das pessoas da comunidade no doente; o preconceito com relação à doença e às manifestações comportamentais do doente; o rótulo de louco; o desprezo e o desrespeito dos que o cercam, o estigma de incapacitado para o trabalho e para assumir responsabilidades e a negação para exercer seus direitos de cidadão.

Diante disso, a família deve se sentir participante ativo no processo de cuidado ao usuário com transtorno mental, de maneira a participar das atividades terapêuticas realizadas pelos serviços, conhecer sobre a doença e os seus principais efeitos e receber apoio por parte dos profissionais de saúde no sentido de melhorar esse cuidado prestado.

Rosa (2003) destaca pontos importantes para serem trabalhados nas relações entre usuários e familiares, que incluem: uma nova organização das relações entre homens e mulheres; reorganização do cuidado à pessoa com transtorno mental entre família e serviço; a articulação entre as políticas sociais com vistas a uma integração maior com a família; e um maior reconhecimento ao trabalho desenvolvido pelo cuidador familiar no espaço doméstico.

2.4.3 Os trabalhadores de saúde mental e as perspectivas para o “cuidar”

O processo de trabalho em saúde mental, especialmente a partir do surgimento da psiquiatria e da instituição hospitalar, vem adquirindo uma nova configuração no que se refere ao modo de tratamento e às estratégias terapêuticas direcionadas às pessoas com transtornos mentais e suas famílias, impulsionados com o movimento de reforma psiquiátrica.

Antes a atuação profissional no campo da assistência aos considerados “loucos” era estritamente restrita à figura do médico, que direcionava as ações a serem realizadas e determinava como deveria ser tratada cada pessoa. A principal estratégia utilizada era o isolamento social, considerado como primordial para a reabilitação do indivíduo (DIAS; SILVA, 2010).

Sobre essa mudança, Kirschbaum e Paula (2002, p. 492) dizem que “[...] retira-se o foco da figura do profissional médico, que era o personagem central da psiquiatria no modelo médico-clínico e emergem outros profissionais, com distintas formações, que também atenderão o doente mental”. E, com as mudanças recentes trazidas pela Reforma, pensamos num tratamento não apenas direcionado aos aspectos clínicos da doença mental, mas na à ideia de que o sujeito possa sentir-se protagonista no seu tratamento.

Nesse contexto, o conceito de interdisciplinaridade tenta romper com o conhecimento fragmentado, transcendendo com a visão cartesiana, aspirando à necessidade de haver a unidade de conhecimento. Desse modo, temos a concepção de trabalho em equipe interdisciplinar e de um novo modelo do cuidar a partir dos dispositivos sociais em saúde mental propostos, tendo em vista que

[...] com o surgimento dos serviços abertos de saúde mental foi necessário reorganizar os processos de trabalho e, conseqüentemente, o projeto terapêutico institucional, onde as práticas não manicomial têm se mostrado mais resolutivas quanto maior a abertura e flexibilidade dos dispositivos terapêuticos e sociais (DIAS; SILVA, 2010, p.470).

A lógica de organização do trabalho em equipe de saúde mental ainda tenta romper com essa concepção de fragmentação da assistência e a rigidez presente nos serviços que ainda hoje perduram, onde, na maioria das vezes, acabam produzindo efeitos adversos no tratamento das pessoas com transtornos mentais (FILIZOLA; MILIONI; PAVARINI, 2008).

O trabalho em saúde mental passou a ser desenvolvido por profissionais de várias especialidades (enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, educador físico, pedagogos, técnicos em enfermagem, arteterapeuta, entre outros), que assumem uma agenda terapêutica de atividades diversificadas, como oficinas em grupos, arteterapia, música, pintura, teatro, atendimento clínico individual, psicoterapia.

Mesmo diante dessas projeções, observa-se a existência de entraves e dificuldades na reorganização dos processos de trabalho com vistas à concretização dos preceitos da reforma psiquiátrica no Brasil. Além disso, coexistem tensões na definição de papéis e saberes entre os profissionais frente aos novos dispositivos de saúde mental (FILIZOLA; MILIONI; PAVARINI, 2008).

Oliveira e Alessi (2003) referem que o modelo médico-psiquiátrico continua hegemônico no cotidiano dos serviços, evidenciado pelas práticas desrespeitadoras e distantes do ideal de inclusão social e cidadania dos sujeitos/usuários.

Faz-se necessário inferir que a produção do “cuidar” implica necessariamente, como traz Merhy (1998), primar pela vida e respeito ao ser humano, e aos serviços de saúde cabe *acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar*. O trabalhador de saúde na condição de operador direto desse cuidar reconhece seu papel diante das demandas e especificidades que surgem das pessoas sob seus cuidados.

Assim, o cuidar em saúde mental exige profissionais comprometidos com o processo reformista, que corroborem com o pensamento de fraternidade e dignidade humana, e sejam

sensíveis ao outro, capazes de interagir, ouvir, respeitar as diferenças. Romper com o sentimento de autoritário e verticalizador do saber profissional, resgatando a lógica humanitária da subjetividade de cada sujeito.

2.4.4 O ensino e o processo de formação em psiquiatria/saúde mental

O cenário de mudança vivido no Brasil, especialmente a partir da Constituição Federal e o advento do SUS, vem influenciado diretamente o ensino e o processo de formação de recursos humanos nas diversos campos da saúde. Desse modo, as universidades e os centros e pólos de educação, nos últimos anos, têm implementado novas diretrizes e estratégias curriculares com vistas a atender às demandas sociais emergentes.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996 impulsionou esse movimento, direcionando ações voltadas à flexibilização dos currículos dos cursos de ensino superior e à reformulação dos Projetos Pedagógicos, preconizando-se um ensino que contribua no desenvolvimento de habilidades e competências técnicas, científicas e culturais dos sujeitos para atuarem em sua realidade (COSTA, 2007).

O ensino da psiquiatria e saúde mental foi sendo influenciado pelo processo de reforma psiquiátrica brasileira, com os novos dispositivos e serviços de atenção psicossocial, e as iniciativas voltadas às transformações das práticas assistenciais e saberes nesse campo. Com isso, tais mudanças exigem:

Profissionais comprometidos com a atenção à saúde mental da população, profissionais capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura, capazes de compreenderem e re-compreenderem os determinantes psicossociais da loucura, de transformarem saberes e práticas, até então construídos em relação ao sofrimento psíquico [...] (FERNANDES *et al.*, 2008, p. 963).

No entanto, ainda se observam muitos entraves no que se refere ao ensino e à prática profissional em saúde mental. Entre os cursos de graduação, como enfermagem, medicina, por exemplo, as disciplinas e a carga horária destinadas à psiquiatria são pouco significantes diante de toda a complexidade que a envolve, o que acaba produzindo um sentimento de desmotivação dos alunos a ingressarem numa residência ou pós-graduação nesse ramo (BRASIL, 2007).

Kantorski e Silva (2000), num estudo sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental a partir dos programas de disciplinas, observaram que há uma prevalência entre os cursos de graduação em enfermagem de um ensino fragmentado e centrado na instituição

psiquiátrica, onde as disciplinas são marcadas pelo discurso da psiquiatria preventiva e da psicanálise.

Lucchese (2007), ao estudar as competências na formação em enfermagem psiquiátrica, revelou a existência de entraves e contradições quanto ao processo de formação do enfermeiro e à prática em saúde mental, embora já se percebam alguns avanços nesse sentido, no que tange ao agir profissional frente às mudanças.

O Ministério da Saúde desenvolve um programa de educação permanente voltado à formação de recursos humanos para atuarem no processo de reforma psiquiátrica, por meio de incentivos e apoio financeiro para capacitação dos trabalhadores em saúde mental (BRASIL, 2007).

Assim, destaca-se o papel relevante das universidades e dos centros de excelência no processo de reforma psiquiátrica, tendo em vista o papel social e definidor das práticas pedagógicas difundidas entre os cursos de graduação na área de saúde. Os professores e alunos constituem, portanto, importantes atores na efetivação das melhorias na assistência às pessoas com transtornos mentais e na implementação de políticas públicas que visem à melhoria da qualidade de vida da população.

2.5 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: NOVOS DESAFIOS

Atualmente a construção de uma rede de atenção psicossocial de base comunitária, a partir da ampliação e consolidação das novas estratégias e dispositivos substitutivos ao modelo psiquiátrico hospitalar, tem ganhado impulso na política de assistência em saúde mental. Nessa trajetória, observam-se avanços e desafios que permeiam o ideário reformista, e que trazem consigo a necessidade crescente de reflexão em torno da atual conjuntura política e social da atenção psicossocial, bem como sobre as perspectivas futuras desse processo no Brasil.

Pensando nesse cenário de mudanças, Bezerra Júnior (2007, p. 243) diz que

[...] o cenário psiquiátrico brasileiro vem mudando a olhos vistos. Os mais de mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados pelo país vêm modificando fortemente a estrutura da assistência à saúde mental. A rede composta por este tipo de equipamento vem substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas. Em seu lugar vem sendo construído um sistema de assistência orientada pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade), acrescido da proposta de desinstitucionalização [...]

Escrevendo sobre os desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil, Bezerra Junior (2007) refere que se faz necessária não apenas a superação de práticas assistenciais. Esses autores destacam também mudanças ligadas ao plano assistencial, plano jurídico e político, e ao plano sociocultural.

No *plano assistencial* definem-se novas perspectivas para o cuidado em saúde mental em conformação aos dispositivos e estratégias de atenção psicossocial implantadas. Preconiza-se a superação do modelo tradicional da clínica por uma concepção ampliada, e que abranja os conceitos de rede e território. Dessa forma, o trabalho em saúde é projetado a partir de uma equipe multiprofissional, onde perpassam as modalidades alternativas de atendimento. Além disso, a dimensão política desse campo deve fortalecer a implementação da rede de serviços substitutivos com bases comunitárias, bem como a formulação de instrumentos de avaliação desses serviços (BEZERRA JÚNIOR, 2007).

Ainda referente ao *plano assistencial*, destacamos a questão da formação de recursos humanos em saúde mental, que representa um desafio a ser superado. Muitos dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental não vivenciaram o processo político e ideológico da Reforma ou tampouco tiveram uma aproximação maior com as discussões referentes a esse processo, que possibilitassem sua atuação nesses espaços (BEZERRA JÚNIOR, 2007).

Um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a formação de recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura. O processo da Reforma psiquiátrica exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho (BRASIL, 2005).

Corroborando ainda nessa discussão, Hirdes (2010, p. 304) acrescenta que “há necessidade de investimentos na instrumentalização dos profissionais para alavancar a inclusão do cuidado à saúde mental no Sistema Único de Saúde com vistas à reversão do modelo assistencial”.

O plano *jurídico e político* diz respeito ao debate em torno da cidadania e respeito ao direito das pessoas com transtornos mentais. Nesse plano defende-se a criação de novas estratégias e formas de inclusão social dessas pessoas, resgatando também sua autonomia pessoal (BEZERRA JÚNIOR, 2007).

No plano *sociocultural* reforça-se o papel da inserção social das pessoas com transtornos mentais nas atividades culturais, rompendo-se de vez com o modelo de exclusão e

isolamento de outrora. Há o incentivo à solidariedade e o respeito à diversidade, desconstruindo-se o preconceito e o estigma da doença mental. Destacam-se nesse plano, iniciativas como a realização de festas populares nos CAPS (carnavais, São João, entre outras), grupos musicais de saúde mental, produções cinematográficas nacionais que abordem essa temática, livros.

Assim, a rede de atenção psicossocial em saúde mental no Brasil, entre desafios e possibilidades, tem buscado, nos últimos anos, alternativas para a transformação de práticas e serviços assistenciais voltados às pessoas com transtornos mentais e comportamentais, condizentes com os preceitos do movimento de Reforma Psiquiátrica. Cabe reforçar, desse modo, a necessidade de investimentos na instrumentalização dos profissionais de saúde para atuarem nesse novo modelo de atenção, da sensibilização de gestores públicos e de uma articulação maior entre os diversos atores ligados a esse processo.



*Passos da
Trajetória*

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo caracteriza-se como descritivo, de natureza histórica e de abordagem qualitativa, que se coloca como uma alternativa metodológica para pesquisas que se preocupam com o mundo dos significados das relações humanas que não podem ser traduzidos em equações ou dados matemáticos (MINAYO, 2007).

Trata-se de uma forma de abordagem que permite atingir uma análise contempladora de dados subjetivos, objetivos, fatos e significados relacionados aos atores sociais e à cotidianidade de suas relações, em favor do reconhecimento fundamentado da complexidade do objeto, de seus parâmetros e de suas especificidades (RICHARDSON, 1999).

Partindo-se dos objetivos propostos neste trabalho, utilizou-se a técnica da história oral, conceituada por Meihy (2002) como:

[...] um método moderno usado para a elaboração de documentos, arquivamentos e estudos referentes à experiência social de pessoas e de grupos. Ela é sempre uma história do tempo presente e também conhecida por história viva. A história oral se apresenta como forma de captação de experiências de pessoas dispostas a falar sobre aspectos de sua vida, mantendo um compromisso com o contexto social. Antigamente, os procedimentos de captação de depoimentos eram feitos através de anotações e memorização, sendo que hoje há obrigatoriedade da participação eletrônica na história oral, sendo o depoimento gravado, a base da existência da história oral (MEIHY, 2002, p.55-61).

A história oral constitui uma técnica moderna para documentar fatos, acontecimentos e vivências, onde se remontam aspectos históricos através da memória reflexiva de pessoas ligadas a uma dada realidade ou que resgatem elementos de sua vida, com vistas à transformação social (THOMPSON, 1992). É também reconhecida como história viva, conforme Meihy; Holanda (2007), pois as narrativas obtidas não se esgotam necessariamente após serem transformadas em textos ou arquivadas, e respondem a um sentido imediato, prático.

A história oral abarca em si definições e conceitos próprios utilizados nesse campo. Por sua relevância destacam-se, num primeiro momento, alguns esclarecimentos conceituais sobre os termos mais frequentes com vistas à compreensão e à distinção dos mesmos ao longo do texto. Didaticamente, elaborou-se uma breve síntese contendo alguns desses termos e suas características principais (Figura 8):

TERMO	CARACTERÍSTICA PRINCIPAL
História oral híbrida	Utiliza-se de outros documentos, além dos depoimentos colhidos, no processo de análise.
História oral pura	Utiliza-se exclusivamente de depoimentos na análise.
História oral temática	Tipo de história oral que aborda objetivamente um determinado tema ou assunto.
História oral de vida	Tipo de história oral que enfatiza o processo vivencial de uma pessoa.
História viva	Elaborada a partir de documentos e de uso imediato.

Figura 8 – Síntese dos principais termos e suas características de recorrente uso na história oral.

Fonte: MEIHY (2002).

Elegeram-se a modalidade de história oral temática, ou história oral com tema, neste trabalho, como técnica para apreensão das narrativas. Trata-se de uma intencionalidade porque é um procedimento premeditado que se inicia a partir da escolha da pessoa, das pessoas ou dos grupos a serem entrevistados. Tal gênero valoriza a objetividade ao retratar um determinado fato ou resgatar uma história por um grupo ou conjunto de pessoas, onde o narrador é soberano para contar e até mesmo ocultar casos, circunstâncias e pessoas (MEIHY; HOLANDA, 2007). Este recurso metodológico requer, minimamente, três elementos: o entrevistador, o entrevistado (colaborador) e a aparelhagem da gravação.

Os trabalhos que utilizam história oral partem, essencialmente, da elaboração de um projeto bem delimitado e que serve de guia nas diversas fases desse método, pois substanciam a pesquisa a ser desenvolvida (MEIHY; HOLANDA, 2007).

Meihy (2002), ao discorrer sobre o projeto de história oral, destaca duas importantes fases para sua implementação, a saber: os fundamentos teóricos e temáticos, e a parte operacional do trabalho.

3.1.1 Fundamentos teóricos e temáticos

Compreende a fase do projeto onde se estabelecem as bases para o desenvolvimento da proposta, a razão, relevância e impacto do estudo, além de elementos como tema, justificativa, objetivos, definição da colônia e formação da rede (MEIHY, 2002). Observa-se que no trabalho de história oral existem três conceitos interligados e hierarquizados que precisam ser delimitados para o bom andamento do projeto, que compreendem: a comunidade de destino, a colônia e a rede.

A comunidade de destino é composta pelo grupo de pessoas com traços semelhantes e identidade comum que as caracteriza. A colônia constitui o grupo de pessoas essenciais para a realização do estudo, sendo “um grupo amplo, da qual a rede é a espécie ou parte menos cabível nos limites de um projeto plausível de ser executado” (MEIHY, 2002, p. 166). Rede é

uma subdivisão da colônia, que dá o norte para a articulação das entrevistas, onde se definem pontos essenciais para o projeto, como quem serão os colaboradores e quais cortes precisarão ser feitos. A partir da definição da rede, parte-se para o trabalho empírico do projeto (MEIHY, 2002).

No projeto de história oral tem-se em relevo o conceito de ponto zero, quando uma entrevista pode ser eleita como figura central para o reconhecimento histórico do grupo a ser pesquisado, servindo de referência na leitura das outras entrevistas. Sendo assim, deve-se “fazer uma ou mais entrevistas com esta pessoa, que é a depositária da história grupal ou a referência para histórias de outros parceiros” (MEIHY, 2002, p. 167). Em alguns casos, a entrevista ponto zero acaba sendo a primeira entrevista, e a partir dela se constitui a rede, com a indicação de outros nomes para compor a rede (MEIHY, 2002). A Figura 8 sintetiza e retoma os principais termos, conceitos, definições e papel no projeto de história oral ligados aos fundamentos teóricos e temáticos da história oral, a partir da leitura de Meihy (2002).

TERMO	DEFINIÇÃO	PAPEL NO PROJETO DE HISTÓRIA ORAL
Autor	Corresponde oficialmente ao coordenador do projeto e responsável direto pelo andamento das etapas propostas.	Articula e direciona o desenvolvimento do projeto. Na maioria das vezes, é o principal articulador dos contatos colaboradores.
Colaborador/ Narrador	Termo utilizado para designar o sujeito da pesquisa.	Possui papel ativo e relevante na construção da pesquisa, não apenas mero informante. Sua memória narrativa constitui a base para elaboração do trabalho e resgate da história pesquisada.
Comunidade de destino	Grupos que partilham de características e/ou comportamentos comuns.	Representa o motivo central para elaboração do projeto. Agrega uma coletividade com um destino marcado.
Colônia	Grupo amplo, uma delimitação e/ou divisão da comunidade de destino.	Mediante a definição da colônia procede-se com o estabelecimento da rede de colaboradores do projeto. Possui uma comunidade de destino marcada.
Rede	Subdivisão da colônia, segmento específico, menor parcela da comunidade de destino.	Apresenta o grupo de pessoas com afinidades definidas pela comunidade de destino.
Ponto zero	Entrevista central, base para a formação da colônia de colaboradores.	Elucida fatos e delimita pontos importantes sobre o fenômeno estudado. Algumas vezes, através do ponto zero se estabelece a rede de colaboradores.
Pergunta de corte	Questão central do roteiro de entrevista.	Deve refletir o ponto central do objetivo proposto, perpassando a identidade do grupo e comunidade de destino.
Tom vital	Frase escolhida para ser colocada na introdução da história.	Representa um guia para a leitura da narrativa.

Figura 9 – Síntese dos principais termos dos fundamentos teóricos e temáticos, conceitos e papel no projeto de história oral

Fonte: MEIHY (2002).

Destarte, os projetos que utilizam o método de história oral, didaticamente, partem de uma pergunta de corte, que, posteriormente, é conceituada, bem como delimita seu papel no contexto da entrevista. A pergunta de corte representa a questão norteadora para a realização de todas as entrevistas e deve se referir a comunidade de destino e a identidade do grupo a ser analisado (MEIHY, 2002).

3.1.2 Fundamentos operacionais

Corresponde a segunda parte do projeto de história oral, a etapa operacional propriamente dita. Segundo, Meihy (2002) incluem-se as especificações que serão utilizadas; os detalhamentos sobre as entrevistas; a transcrição; conferência; uso; e arquivamento. Outro ponto relevante também é a publicação dos resultados obtidos, o retorno social da pesquisa do produto obtido. Essas etapas estão descritas na figura 9.

Conforme Meyhi (2002) as entrevistas são divididas em três etapas, a saber: a pré-entrevista, a entrevista propriamente dita e a pós-entrevista. A pré-entrevista constitui o primeiro contato entre o pesquisador e o colaborador, onde são definidos o dia, local e horário para a gravação. Além disso, devem ser explicitados os principais detalhes da pesquisa, seus objetivos, a relevância da participação do colaborador, como será feita a gravação, entre outros pontos elegidos.

Antes de iniciar a entrevista é preciso autorização, ou seja, assinatura do colaborador para uso, arquivamento e publicação da história oral. Após a gravação é realizada a transcrição, a textualização e a transcrição. Para se obter um bom desenvolvimento da história oral, é indispensável a existência de um projeto que oriente o andamento do trabalho.

O colaborador tem papel importantíssimo, pois participa desde o início do relato até a autorização para a publicação, o qual deve ser esclarecido sobre alguns aspectos, que além da gravação, serão registrados os dados sócio-demográficos, a conferência da entrevista, compromisso de publicação apenas dos dados que forem consentidos previamente pelo colaborador, a fim de evitar expectativas imediatas, a fase transcrição é demorada, onde é feita a passagem da gravação oral para a forma gráfica.

Meihy (2002, p.61) recomenda a utilização de outros registros, assim “[...]pode-se fazer uso também de um caderno de campo, que irá funcionar como um diário. Serão anotados quando forem feitos os contatos, quais os estágios para se chegar à pessoa entrevistada, como ocorreu a gravação e eventuais incidentes de percurso”.

ETAPA	DESCRIÇÃO
Entrevista	Momento para obtenção das histórias, sendo divididas em três etapas: a pré-entrevista (correspondente ao contato inicial entre pesquisador e colaborador para definição da entrevista, definindo-se o dia, local e hora, explicitados os principais detalhes do projeto, como objetivos, relevância, entre outros); a entrevista propriamente dita (sob um ambiente receptivo e caloroso o colaborador narra sua história a partir, geralmente, de um roteiro com perguntas estabelecidas; serão realizadas quantas entrevistas forem consideradas necessárias, de acordo com a disponibilidade dos envolvidos); e, pós-entrevista (segue a realização das entrevistas e visa estabelecer a continuidade dessa etapa, onde se envia carta ou telefonema de agradecimento ao colaborador).
Transcrição	Transformação da gravação oral para documentação escrita, sendo dois tipos: transcrição literal (passagem de todas as palavras para a escrita num estágio bruto, sem modificações); e, transcrição absoluta (passagem completa, com detalhes sonoros, da entrevista para a escrita).
Textualização	Consiste na transcrição trabalhada, etapa onde o texto é melhorado, corrigido erros gramaticais, repetições presentes no discurso e retirados ruídos da gravação para o melhor entendimento do discurso do colaborador. Estabelecem-se as listas de palavras e as expressões básicas trazidas nas histórias. É escolhido o tom vital.
Transcriação	Texto trabalhado em sua plenitude em fase de apresentação pública, obedecendo aos acertos combinados entre pesquisador e colaborador. Representa um fundamento chave para a história oral.
Conferência/Autorização	A versão final do texto é entregue ao colaborador, que confere, legitima e autoriza o uso. Nessa etapa ele assina um documento denominado carta de sessão, cedendo os direitos para o pesquisador sobre sua entrevista.
Arquivamento	O material obtido das gravações e transcriação são guardados em local segura, estando sob a responsabilidade do pesquisador/diretor do projeto.
Publicação	Representa o retorno social com trabalho realizado através de livros, trabalhos, artigos, entre outros, tornando público os resultados obtidos no projeto, e sempre que possível deve-se propor um retorno aos colaboradores do estudo.

Figura 10 – Síntese dos principais etapas dos fundamentos operacionais de um projeto de história oral
Fonte: MEIHY (2002).

Durante o tratamento da textualização, escolhe-se um “tom vital” que corresponde à fase que serve de epígrafe para a leitura da entrevista. Ainda nesta etapa, há definição de palavras-chave que devem ser grifadas, propiciando uma lógica ao texto, privilegiando algumas ideias em detrimento do discurso. “É sobre essa frase que se pretende organizar o critério de percepção do leitor. Assim, portanto, a frase escolhida funciona como um farol a guiar a recepção do trabalho” (MEIHY, 2002, p. 173).

A última fase é a transcriação, que se compromete a ser um texto recriado em sua plenitude, devendo obedecer a acervos combinados com o colaborador, o qual vai legitimar o texto no momento da conferência.

A conferência é o momento em que, depois de trabalhado o texto, quando se supõe que está em sua versão final, com hora marcada, o autor entrega a versão para ser autorizada. De maneira afável, antes de se iniciar a conversa, deve haver algum preparo para eventuais negociações.

3.3 OS COLABORADORES

A definição da comunidade de destino deste estudo pautou-se pela decisão pelos profissionais de saúde da equipe inter e multidisciplinar do extinto HD Dr. Elger Nunes, acrescidos dos docentes da graduação que utilizaram o serviço no desenvolvimento das atividades das práticas disciplinares.

Anteriormente, havia sido cogitada a possibilidade de trabalhar com os ex-usuários, familiares e alunos do serviço. Entretanto, mediante os possíveis percalços para a localização e consequente adesão desses outros colaboradores ao estudo, isso demandaria um período de tempo considerável, perante o prazo de dois anos hábeis para integralização do curso de mestrado. Dessa forma, durante o exame de qualificação, definiram-se como colaboradores os profissionais e professores, num primeiro recorte do projeto se tornaram os protagonistas dessa história.

Assim, a colônia foi composta por 15 colaboradores, sendo 13 profissionais da equipe multidisciplinar (enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeuta ocupacional, técnicos de enfermagem) e dois docentes, um do curso de Enfermagem e outro de Medicina, ambos da UFRN. Gradativamente, estabeleceu-se o desenho dessa rede, partindo dos seguintes critérios: aceitar participar do estudo; ser maior de idade; ser profissional de saúde e ter atuado, no mínimo, seis meses de convívio no HDEN, seja integrando a equipe multiprofissional ou como professor.

Considerou-se o quantitativo de colaboradores representativo, dados os possíveis entraves como a não aceitação em participar do estudo, óbitos e mudanças dessas pessoas para outros estados, entre outros. Destarte, englobaram-se as diversas categorias profissionais que compunham a antiga equipe do hospital, distribuídas da seguinte forma: uma assistente social; três enfermeiros; dois médicos; duas psicólogas; uma terapeuta ocupacional; dois docentes de graduação; e quatro técnicos em enfermagem.

Destaca-se que a localização da rede de colaboradores se deu por meio de pesquisa feita nos arquivos e registros do extinto *Projeto Viva a Vida sem muros*, vinculado ao Departamento de Enfermagem da UFRN, e do contato inicial, deliberadamente definido com o entrevistado, ou ponto-zero, ou seja, o próprio fundador. Evidenciou-se que o Hospital Dr. João Machado representou o *locus* principal para a coleta das narrativas por concentrar atualmente a maior parte dos profissionais desse antigo serviço.

Na Figura 13 tem-se uma visualização mais ampla dos colaboradores, conforme a ordem de identificação, sexo, idade e profissão:

IDENTIFICAÇÃO	SEXO	IDADE	PROFISSÃO
Colaborador 1 (Col. 1)	Feminino	47 anos	Assistente social
Colaborador 2 (Col. 2)	Feminino	56 anos	Enfermeira
Colaborador 3 (Col. 3)	Masculino	45 anos	Enfermeiro
Colaborador 4 (Col. 4)	Feminino	46 anos	Enfermeira
Colaborador 5 (Col. 5)	Masculino	62 anos	Médico
Colaborador 6 (Col. 6)	Masculino	52 anos	Médico
Colaborador 7 (Col. 7)	Feminino	50 anos	Psicóloga
Colaborador 8 (Col. 8)	Feminino	57 anos	Psicóloga
Colaborador 9 (Col. 9)	Feminino	48 anos	Terapeuta ocupacional
Colaborador 10 (Col. 10)	Feminino	57 anos	Professor da Graduação em Enfermagem
Colaborador 11 (Col. 11)	Masculino	59 anos	Professor da Graduação em Medicina
Colaborador 12 (Col. 12)	Feminino	48 anos	Técnico em Enfermagem
Colaborador 13 (Col. 13)	Feminino	57 anos	Técnico em Enfermagem
Colaborador 14 (Col. 14)	Feminino	40 anos	Técnico em Enfermagem
Colaborador 15 (Col. 15)	Feminino	35 anos	Técnico em Enfermagem

Figura 11 – Distribuição da rede de colaboradores conforme identificação, sexo, faixa etária e profissão

Para compor a classe de docentes, contou-se com dois departamentos de ensino da UFRN que estabeleceram parcerias importantes de ensino, pesquisa e extensão nesse serviço. O primeiro contato se deu na Escola de Enfermagem de Natal, localizada nas dependências do Departamento de Enfermagem. No segundo contato, buscou-se um contato com Departamento de Medicina, setor de psiquiatria, onde foi repassado o setor de residência psiquiátrica, localizado no próprio HJM, e daí conseguiu-se o contato com o colaborador.

3.4 CENÁRIOS DA MEMÓRIA COLETIVA

Numa pesquisa que utiliza o referencial de história oral, o cenário figura com papel importante para obtenção das entrevistas, pois deve compreender um local que ofereça segurança, proteção e conforto ao colaborador para narrar sua história. Deve-se privilegiar um espaço onde não existam interferências de som ou interrupções de pessoas, preferencialmente em comum acordo entre pesquisador e colaborador (THOMPSON, 1992; MEIHY, 2002).

Reconhece-se que, com a extinção do HDEN, o cenário ou espaço físico dos processos de cuidados e de ensino-aprendizagem e psicossociais também foi extinto, todavia, para redesenhar a partir das memórias dos colaboradores, optou-se pelo serviço com maior número de profissionais redistribuídos pela Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte.

Tendo em vista a necessidade de reconfigurar o lugar e suas histórias, optou-se como cenários de pesquisa, por concentrarem os colaboradores potenciais para o estudo, pelo Hospital João Machado, e pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, através dos docentes do Departamento de Enfermagem e de Medicina. A coleta das narrativas aconteceu nas instituições como uma opção dos colaboradores, levando-se em considerações as atribuições cotidianas e até mesmo o fato de alguns possuírem outros vínculos profissionais. Ressalta-se que a maioria das narrativas foi coletada em salas diversas, definidas pelo colaborador, com horários agendados e num momento onde havia menor fluxo de atividades no serviço. Destaca-se o grau de satisfação e motivação dos colaboradores na medida em que dão voz à sua história com o HDEN.

3.5 INSTRUMENTO PARA APREENSÃO DAS HISTÓRIAS

Neste estudo utilizou-se um roteiro norteador como forma de delimitar e especificar os aspectos a serem abordados na narrativa. No geral, o roteiro continha essencialmente duas seções principais (APÊNDICE B).

Na primeira priorizaram-se os aspectos sociodemográficos dos colaboradores, tais como: idade, sexo, profissão, ano de formatura, tempo de convivência no HD, tempo de experiência em saúde mental/psiquiatria ou na área de ensino, no caso dos professores.

Partindo desses aspectos, pode-se traçar um breve perfil dos profissionais e professores entrevistados.

Na segunda seção foram respondidas quatro questões, que serviram de apoio para a elaboração das narrativas, sendo elas:

1. Quando se deu o início de sua história com Hospital-Dia Dr. Elger Nunes?
2. Fale sobre sua trajetória de vida Hospital-Dia Dr. Elger Nunes. (questão de corte)
3. Qual sua compreensão sobre o processo de extinção do HD Dr. Elger Nunes?
4. Como você avalia atualmente a saúde mental do Município de Natal/RN?

Com base nas recomendações da técnica optou-se pela segunda questão como questão de corte. Esta reflete a capacidade convergente dos objetivos, além de constituir a base para identificação e pertencimento do grupo pesquisado. A partir da narração das histórias dos colaboradores propôs-se resgatar a trajetória do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes, de sua criação à extinção (1996-2006), a vivência terapêutica de profissionais e professores num serviço intermediário e a sua compreensão acerca da atual situação da saúde mental no Município do Natal, extrapolando para o Estado do Rio Grande do Norte.

No processo de coleta das entrevistas utilizou-se o recurso áudio do MP4 e uma câmera digital Sony 12.1 mg pixel, ambos, na gravação das histórias, como forma de evitar possíveis intercorrências ou falhas nesse processo. Além das gravações, elaborou-se um caderno de campo para descrever as principais observações e a experiência do pesquisador.

3.5.1 O caderno de campo

Reconhece-se que o material empírico no entorno do objeto estudado, em sua maioria, se apresenta de forma exponencial, extrapolando os métodos e técnicas de captura escolhidos. Nesse sentido, contém o registro de informações, impressões, expectativas, efeitos ansiogênicos, *insights*, agendamento, ajustes e reajustes no cronograma da coleta, além da confiança do pesquisador frente ao colaborador que se estabelece paulatinamente, constituintes de um manancial à parte. Assim, valorizou-se o caderno de campo, funcionando como uma espécie de diário, para subsidiar o percurso, análise e reflexões futuras sobre o objeto em estudo e a metodologia empregada.

No caderno de campo foram registrados os principais elementos subjetivos que permearam o cotidiano da pesquisa, especialmente durante a realização das entrevistas.

Através desse diário acontece um verdadeiro diálogo contínuo com o projeto inicial, tornando-se, dessa forma, um referencial indispensável na finalização do trabalho (MEIHY, 2002).

Nesse projeto, o caderno acompanhou o pesquisador nas diversas etapas, seja no laborioso trajeto do campo, da busca incessante pelos colaboradores, das transformações no arcabouço do referencial do projeto, até no próprio compartilhamento de sentimentos, as emoções, as angústias, os anseios, as alegrias, entre outros.

3.5.2 A Pesquisa documental

O trabalho com documentos e registros históricos, escritos ou não, ditos fontes primárias, constituem importante fonte de dados para o reconhecimento de fatos ou do fenômeno estudado, sendo esse processo definido como pesquisa documental.

A pesquisa documental permite a elaboração de um verdadeiro acervo de materiais ou objetos ligados ao campo de estudo do pesquisador. Quando se trata de histórias institucionais ou de órgãos públicos, tal acervo representa um aparato legal para respaldar achados ou até mesmo contribui para elucidar fatos transcorridos em outra época (RICHARDSON, 1999).

Partindo desses conceitos, realizou-se uma busca de informações sobre o HD do Município do Natal. Optou-se pelo uso de registros e documentos, como a portaria e o projeto de instalação do hospital, os relatórios de ação dos anos de 2002 a 2005, relatórios das atividades do Projeto de Extensão Viva a Vida Sem Muros, antigos informes do serviço, ata da audiência pública do Ministério Público para a extinção, fotos, jornais, entre outros.

Esse acervo foi montado graças às contribuições dos colaboradores da pesquisa, que permitiram a reprodução desse material pelo pesquisador, tendo em vista o caráter inédito deste estudo, uma vez que existem escassas publicações específicas sobre o hospital e a dificuldade de localizar arquivos de um serviço público extinto.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA APREENSÃO DAS HISTÓRIAS

O processo de apreensão das histórias envolveu quatro momentos específicos: inserção no *locus* da pesquisa; contato inicial com os possíveis colaboradores; definição da

rede de colaboradores; e coleta das narrativas nas três fases recomendadas pela história oral temática.

O primeiro momento diz respeito à inserção do pesquisador no Hospital Dr. João Machado como preceptor nas práticas disciplinares dos componentes curriculares *ENF 2009 Atenção Integral à Saúde II* e *ENF7004 Estágio Integrado IV: atenção à saúde de alta complexidade*, módulo saúde mental. E, ofertadas, respectivamente, no sexto e sétimo período do curso de Graduação em Enfermagem da UFRN, semestre letivo 2011.1. As aulas práticas aconteceram semanalmente, de segundas a quintas-feiras, turno matutino e vespertino, no horário das 7h30min às 11h30min e 14h às 17h, perfazendo os meses de maio a julho de 2011, sob a supervisão do professor responsável pelo módulo.

Nesse período pôde-se vivenciar a atividade de docência num hospital psiquiátrico, com a utilização de instrumentos didático-pedagógicos dialógicos diversificados, baseados em ferramentas inovadoras do ensino em saúde mental, como a utilização da escuta ativa, filmes, estudos de caso, aplicação de escalas e instrumentos de avaliação terapêutica, entre outras. Priorizou-se a convivência dos alunos com os usuários e profissionais do serviço, com vistas a estimular o agir acadêmico e profissional para um cuidado humanizado em saúde mental.

O segundo momento, interligado ao anterior, refere-se à estratégia de inserção do pesquisador no serviço e possibilitou uma aproximação maior com os possíveis colaboradores da pesquisa, pois, na medida em que aconteciam as atividades disciplinares, formava-se um vínculo de confiança entre os envolvidos, contribuindo, dessa forma, para a operacionalização do projeto. Destaca-se que todo esse percurso aconteceu oficialmente após o consentimento e autorização da equipe diretora do Hospital Dr. João Machado para a realização da pesquisa.

Somando-se a essa estratégia, o contato inicial com o ponto-zero das entrevistas se deu através de um telefonema, onde se agendou um encontro, e, partir dele, a rede de colaboradores foi sendo delimitada. Ao todo aconteceram quatro encontros bastante proveitosos, em que o mesmo se colocou à disposição para contribuir no projeto, dispensando materiais de seu acervo pessoal do HDEN (fotos, documentos e portarias), por ser o grande precursor da história desse serviço.

O terceiro momento diz respeito à elaboração de uma lista nominal dos profissionais que integravam a antiga equipe do hospital e exerciam suas atividades no Hospital Dr. João Machado. Partindo-se desse instrumento procedeu-se à segunda etapa, estabelecendo-se os primeiros contatos com os colaboradores na tentativa de agendar um possível encontro.

Diante da aceitação gradativa dos colaboradores, pôde-se traçar em definitivo a rede de colaboradores, em número de 15, sendo 13 profissionais de saúde e os dois docentes da UFRN. O contato com um dos docentes foi intermediado a partir de visita feita ao Departamento de Enfermagem para conseguir o número de telefone, *e-mail*, e daí tentar um contato e o agendamento da entrevista. Coincidentemente, o outro docente estava afastado provisoriamente do Departamento de Medicina, cedido à SESAP, ocupando um cargo de chefia no HJM, o que facilitou a intermediação. Ressalta-se que todos os colaboradores elencados na lista aceitaram participar do estudo.

O quarto momento diz respeito à operacionalização das entrevistas. Com o agendamento das entrevistas (locais, horário e dias marcados) procedeu-se à etapa da apreensão das narrativas pelo pesquisador mediante a disponibilidade dos colaboradores.

Seguindo as recomendações de Meihy (2002), buscou-se manter um clima tranquilo, sem interferências externas de sons ou ruídos que pudessem intervir nas falas dos colaboradores. Antes de cada entrevista, leu-se e assinou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Algumas entrevistas aconteceram num primeiro encontro, tendo em vista a agenda de atribuições deles e o próprio regime de trabalho por escalas. Mencionaram a satisfação em narrar sua história, ainda presente nas lembranças e sua memória pessoal. Ao longo das histórias, evidenciou-se uma miscelânea de sentimentos expressados pelos colaboradores, sejam lágrimas, silêncios, angústias, desabafos presentes nas suas vozes e que agora ganharam forma e conteúdo.

Na maioria das entrevistas optou-se por não fazer interferências, deixando os colaboradores expressarem livremente suas histórias, sem quebra nos discursos, dadas a espontaneidade e riqueza dos conteúdos presentes neles. Apenas nos casos de fugas, falas repetidas ou respostas pontuais, buscou-se focalizar os pontos sugeridos no roteiro, explorando, também, a vivência de cada um no HDEN.

Por fim, foram feitos os agradecimentos aos colaboradores pela valiosa contribuição dada na pesquisa, ressaltando seu papel ativo na história oral e por todo o resgate histórico revivido nesses momentos.

3.6.1 Aspectos éticos

Estudo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), através do Prot. 38/08 e CAAE - 0041.0.051.000-08 (ANEXO A), estando de acordo com os preceitos éticos da Res. n. 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa utilizando seres humanos.

Dessa forma, no momento de apreensão das histórias foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos colaboradores deste estudo, em duas vias (APÊNDICE A). Atentando-se para os critérios do anonimato e privacidade de cada um deles e o direito de desistência do estudo ainda que no seu transcurso.

Na ocasião da realização das entrevistas apresentou-se a carta de seção – documento no qual o colaborador abdica de seus direitos sobre a entrevista, autorizando o pesquisador ao uso pleno da mesma (Meihy, 2002). Ela foi assinada em duas vias pelo colaborador, tendo esse documento cópia registrada em cartório (APÊNDICE C).

Mencionou-se sobre o retorno e compromisso do pesquisador com os preceitos éticos e sociais na condução do trabalho, considerando o papel político, social e humano imbuídos neste projeto.

3.7 TRANSCRIÇÃO E CONFERÊNCIA DAS NARRATIVAS

O momento de conferência foi agendado com os colaboradores pós-textualização, onde se entregou uma versão final do texto para análise e legitimação. Procedeu-se à assinatura da carta de sessão, autorizando a utilização da mesma sem restrições. Menciona-se também o processo de arquivamento e possível publicação dos achados da pesquisa.

Concluída a fase de apreensão das entrevistas, iniciou-se a etapa de transcrição das narrativas, quando o material coletado ganha uma nova forma, passando da linguagem oral para a escrita, documentada, compreendendo três etapas principais: a transcrição, textualização e conferência.

A transcrição compreende o texto ainda em estágio bruto, no caso, feita logo após cada entrevista. O tempo total de gravação de áudio resultante foi aproximadamente 4 horas. O arquivo contendo as narrativas obtidas produziu 43 páginas (formato .doc Word, espaçamento entre linhas 1,5, margens: superior e esquerda 3 cm, inferior direita 2 cm).

Com a textualização, o texto adquiriu uma nova forma, foram corrigidos os erros gramaticais, feita uma limpeza nas repetições e vícios da oralidade, quando a narrativa tornou-se mais coerente. Nessa etapa definiu-se o tom vital das histórias, representado por trechos dos textos considerados mais fortes e que retomassem sucintamente a trajetória do hospital-dia.

3.8 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DAS HISTÓRIAS

A partir do material obtido pela realização da pesquisa documental e pela apreensão das 15 narrativas dos profissionais e professores que conviveram no Hospital-Dia Dr. Elger Nunes, Natal/RN, procedeu-se à etapa de análise individual rigorosa como forma de compreender melhor o objeto em questão. Mediante o desenho metodológico qualitativo, projetou-se o uso da técnica de triangulação, conceituada por Polit; Beck; Hungler (2004) como um processo onde se utilizam vários referenciais para tirar conclusões sobre algo ou um fenômeno, reforçando a credibilidade do estudo.

Nesse sentido, Denzin (1989) define quatro tipos de triangulação: a *triangulação da fonte de dados* (utilizam-se várias fontes de dados num único estudo); *triangulação do investigador* (se utiliza mais de uma pessoa para coletar, analisar ou interpretados os dados); *triangulação da teoria* (quando múltiplas perspectivas teóricas são usadas para interpretar os dados); e, *triangulação do método* (múltiplos métodos para abordar um problema).

Reforça-se que “a triangulação proporciona uma base de convergência sobre a verdade. Usando métodos e perspectivas múltiplas, os pesquisadores se esforçam para distinguir a verdadeira informação da informação com erros” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 296).

Neste estudo optou-se pela técnica de triangulação do método, apresentada e descrita através de três momentos:

- i) análise documental – portarias, registros e relatórios diversos do HD;
- ii) análise qualitativa dos tons vitais das narrativas – história oral temática;
- iii) análise qualitativa das cinco classes definidas – Alceste.

3.8.1 A análise documental – portarias, registros e relatórios diversos do HDEN

Na análise documental efetuou-se uma leitura na íntegra das portarias, registros e relatórios obtidos sobre o HDEN, tendo em vista o reconhecimento de elementos como: a portaria de criação e o proposta de trabalho do hospital – caracterizando o início da história; os relatórios, consolidados das ações desenvolvidas do período de 1997 a 2006 e os relatórios do projeto de extensão e das atividades de ensino que aconteciam – delimitando a trajetória dos profissionais, sobre as atividades executadas, o perfil dos usuários, os atendimentos, entre outros; a ata da audiência pública realizada na 47ª Promotoria de Justiça e Defesa da Saúde de Natal que trata do fechamento do HDEN – circunscrevendo o processo de extinção; e(,) o consolidado dos relatórios de 2005 e 2006 – descrevendo aspectos gerais sobre a saúde mental no Município do Natal e no RN.

3.8.2 Análise qualitativa dos tons vitais das narrativas – história oral temática

Conforme Mehyi (2002), na maioria das vezes a história oral temática é utilizada como técnica por possibilitar um diálogo com diversas áreas de conhecimento, inclusive pode articular o uso de outras fontes para a explicitação ou complementação dos fatos mencionados. Nesse contexto, realizou-se uma análise exaustiva dos tons vitais definidos na etapa de textualização a partir dos trechos mais significativos presentes nas histórias temáticas dos 15 colaboradores do estudo, culminando com a elaboração da Figura 12 abaixo:

Num diálogo recorrente entre as ideias identificadas a partir dos tons vitais e as quatro questões contidas do roteiro de entrevistas que delimitavam o início da história do HDEN, a trajetória desse serviço, o processo extinção, e a saúde mental no Município do Natal/RN, estabeleceram-se eixos temáticos principais oriundos dessa análise, expressos na Figura 13 a seguir:

EIXO TEMÁTICO	TOM VITAL
Início do HDEN	localização, fundação, portaria de abertura, profissionais...
Equipe multiprofissional	médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem; trabalho em equipe...
Atividades e ações desenvolvidas	grupos operativos, oficinas, atividades laborativas...
Usuários	perfil, critérios para internação...
Família	relação família/HD/equipe...
Ensino	parcerias, estagiários da UFRN – música, enfermagem, medicina; coral...
Processo de extinção	sentimento, audiência, HJM...
Saúde mental em Natal e no RN	política, serviços, HJM, CAPES, álcool e drogas...

Figura 13 – Eixos temáticos oriundos da análise dos tons vitais das narrativas e do roteiro de entrevista

Considerando a necessidade de registro das 15 narrativas dos colaboradores, optou-se pela reprodução na íntegra, estando elas em consonância com o roteiro de perguntas proposto (ver Apêndice). No geral, anterior a reprodução do texto, fez-se uma breve caracterização sócio-demográfica do colaborador a partir da primeira parte do roteiro de entrevista; descreveu-se, sucintamente, aspectos observados pelo pesquisador no momento de apreensão da história, seguido pelo tom vital em destaque.

3.9.7 A análise léxica das narrativas pelo ALCESTE

Adotou-se para análise das histórias aquela proposta por Bardin (2010), ou seja, a análise de conteúdo temática, e a análise léxica do *software* Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE), versão 2010/2011 (REINERT, 1998).

O *software* Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte, ou simplesmente ALCESTE[,] é um *software* de Análise de Dados Textuais que surgiu no Centro Nacional Francês de Pesquisa Científica (CNRS) com o apoio da Agência Nacional Francesa de Valorização à Pesquisa (ANVAR). Ele foi adaptado para o MACINTOSH e PC pela empresa IMAGE, empresa especializada em matemática aplicada e desenvolvimento de *software* científico. Permite realizar de maneira automática a análise de entrevistas, perguntas abertas de pesquisas socioeconômicas, compilações de textos diversos (obras literárias, artigos de revistas, ensaios, etc.).

O objetivo é quantificar um texto para extrair as estruturas mais significativas. As pesquisas mostraram que essas estruturas estão estreitamente relacionadas com a distribuição de palavras em um texto e que essa distribuição raramente é aleatória (REINERT, 1998). Descrever, classificar, assimilar, resumir automaticamente um texto, este é o atual propósito do *software* ALCESTE (REINERT, 1990).

A análise temática de conteúdo constituiu um conjunto de técnicas objetivas e sistemáticas para interpretação de textos, mensagens ou outros materiais através da identificação dos núcleos de sentido contidos no momento de comunicação, seguindo-se os preceitos dos objetivos pensados. “Os relatos são lidos e relidos, quantas vezes se fizerem necessárias para apreensão das categorias emergentes das falas dos entrevistados” (SPINDOLA; SANTOS, 2003, p. 125). Nessa perspectiva de análise, Minayo (2007, p. 209) acrescenta que

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para contagem de frequência do discurso. Ou ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

O processo de análise seu deu com a leitura exaustiva das histórias transcritas, com vistas a apreender pressupostos iniciais para interpretação das narrativas dos colaboradores. Levaram-se em consideração os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência dos temas identificados.

Na etapa de exploração do material, fase de codificação, agregação e identificação das categorias empíricas do material obtido, com vistas à compreensão ampla e detalhada do texto apreendido, apoiou-se na análise léxica do ALCESTE.

O ALCESTE é um programa informacional estatístico introduzido no Brasil no ano de 1998 para análise de conteúdo. Neste, define-se a lexicografia de um material textual, seja comunicação, discursos verbais ou escritos, agrupando as raízes semânticas das palavras ou conjunto de palavras de acordo com sua função dentro do texto (CAMARGO, 2005).

Considerando as especificidades dos termos e vocábulos próprios adotados com o uso do ALCESTE, eles foram destacados na Figura 14 (abaixo), bem como suas definições, a partir da leitura de Camargo (2005), tendo em vista a utilização recorrente dos mesmos ao longo desse tópico.

TERMO	DEFINIÇÃO
Lexicografia	Consiste na técnica de redação baseada na elaboração de dicionários.
Corpus de análise	Conjunto de unidades de contexto iniciais, contidos num único arquivo.
Linha de comando	Também chamadas de linhas com asteriscos, separam as UCIs.
Unidade de contexto elementar (UCE)	Resultam do processo de divisão do corpus em segmentos.
Unidades de contexto inicial (UCI)	Representam as variáveis definidas para a análise e depende da natureza da pesquisa.
Classificação hierárquica ascendente (CHA)	Operação que permite o estudo das relações dos elementos intraclasse.
Classificação hierárquica descendente (CHD)	Operação mais importante realizada para interpretação de um <i>corpus</i> através de um dendograma
Análise fatorial de correspondência (AFC)	Forma de representação das relações entre as classes num plano fatorial.
Teste do <i>qui-quadrado</i>	Teste utilizado no processo de associação das formas reduzidas e das UCEs às classes.

Figura 13 – Síntese dos principais termos e seus conceitos utilizados no ALCESTE

Na etapa de preparo do material, mediante a identificação das variáveis, definiu-se o *corpus*, conjunto de unidades de contexto iniciais (UCIs), neste estudo denominado *Trajeto_HD_RN*, obtido após um rigoroso processo de digitação e correção ortográfica recomendado no uso do ALCESTE.

O *corpus de análise* formado pelo conjunto de UCIs foi projetado num único arquivo, após a codificação das variáveis, partindo-se do seguinte modelo:

**** *p_01 *col_01 *thd_1 *tsm_2

Onde:

p = pergunta – sequencialmente numeradas – 1 a 4, sendo:

n.1 =Início da trajetória do HD;

n.2 = a trajetória [ponto de corte];

n.3= processo de extinção do HD; n.4= Saúde mental em Natal.

col = colaborador – 1 a 15, onde:

1= Assistente Social;

2, 3, 4 = Enfermeiros;

5 = Médico;

6,7 = Psicólogo;

8 = Terapeuta Ocupacional;

9, 10 = Professor;

11, 12, 13, 14 =Técnicos de Enfermagem;

15 = Ponto Zero (**Ptz**).

thd = tempo no hospital-dia.

1= < de 1 ano;

2 = 1 a 5 anos;

3 = 5 a 10 anos;

tsm = tempo de serviço em saúde mental.

1= < de 1 ano;

2 = 1 a 5 anos;

3 = 5 a 10 anos;

4 = > de 10 anos.

Nesse processo de preparo, separaram-se as histórias por linhas de comando contendo asteriscos, considerando as variáveis elegidas. O processo de codificação das variáveis foi definido de modo a contemplar os seguintes pontos considerados relevantes: conter as perguntas utilizadas no roteiro de entrevista; identificar os colaboradores conforme a profissão; identificar o tempo de vivência no hospital-dia; e identificar o tempo de serviço em saúde mental.

ETAPA	DENOMINAÇÃO	PROCEDIMENTOS	OPERAÇÕES
A	Leitura do texto e cálculo dos dicionários	<ul style="list-style-type: none"> - Preparação do corpus; - Reconhecimento das UCIs; - Acontece a primeira segmentação do texto; - Agrupamento das palavras em função de suas raízes; - Cálculo da frequência das formas reduzidas. 	<p>A1: o texto ganha um novo formato e é dividido em UCES;</p> <p>A2: acontece a pesquisa de vocábulo e as palavras são reduzidas em raízes;</p> <p>A3: o dicionário com formas reduzidas é criado.</p>
B	Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCES	<ul style="list-style-type: none"> -Classificação das UCES conforme os vocabulários; -Repartição do conjunto das UCES; -Aplicação do método de classificação hierárquica descendente; -Obtenção de uma classificação definitiva a partir da utilização do teste do <i>qui-quadrado</i> de associação das formas reduzidas e das UCESs às classes. 	<p>B1: as UCES são selecionadas e é feito o cálculo da matriz;</p> <p>B2: efetuados cálculos para elaboração da Classificação Hierárquica Descendente (CHD);</p> <p>B3: definida a CHD</p>
C	Descrição das classes escolhidas	<ul style="list-style-type: none"> -Apresentação do dendograma da CHD; -Execução de cálculos complementares para cada classe; -Apresentação dos resultados a partir de uma análise fatorial de correspondência feita a partir da CHD. 	<p>C1: as classes escolhidas são definidas;</p> <p>C2: descrição das classes;</p> <p>C3: Análise Fatorial de Correspondência (AFC), representadas num plano fatorial.</p>
D	Cálculos complementares	<ul style="list-style-type: none"> -Cálculo e definição das UCES representativas de cada classe; -Apresentação das Classificações Hierárquicas Ascendentes (CHAs) para cada classe 	<p>D1: as UCES características de cada classe são selecionadas;</p> <p>D2: os segmentos repetidos são pesquisados;</p> <p>D3: Classificação Hierárquica Ascendente (CHA);</p> <p>D4: palavras mais características das classes são selecionadas e apresentadas em um <i>índice</i> de contexto;</p> <p>D5: acontece a exportação para outros programas de <i>sub-corpus</i> de UCE por classe.</p>

Figura 14 – Síntese das etapas de análise do ALCESTE, denominações, procedimentos e operações executadas

No geral, o ALCESTE executa quatro etapas de análise, denominadas A, B, C e D, onde em cada uma delas acontecem operações específicas que possibilitam tratamento lexicográfico pelo programa. Através da leitura de Miranda (2002); Camargo (2005), criou-se a Figura 15, sintetizando essas etapas:

Sucedendo o preparo, o *corpus de análise* representado pelas 15 narrativas obtidas dos profissionais de saúde e docentes, cada uma contendo quatro questões, foi processado pelo ALCESTE versão 2010/2011 às 14h18min do dia 12/07/2011, com tempo de execução de 0h0min60s. Para tal, contou-se com o apoio valioso da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERP-USP), especificamente, os docentes e funcionários do Departamento de Psiquiatria e Ciências Humanas – EPCH/EERP/USP.

A análise léxica do ALCESTE produziu um conjunto de imagens, gráficos, dicionários, e emergiram cinco classes numéricas oriundas da repartição das UCES, que,

conforme Reinart (1990), representam o campo contextual. No Gráfico 3 abaixo, descrevem-se essas cinco classes, além dos valores percentuais de aproveitamento de cada uma delas.

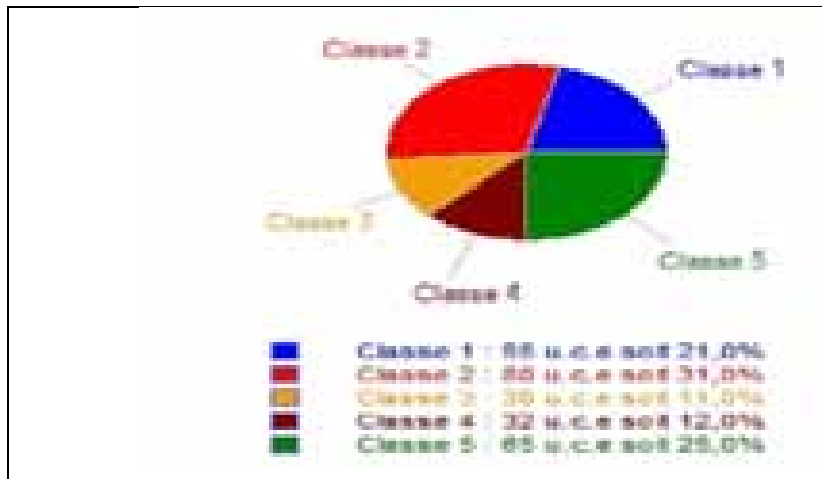


Figura 15 – Gráfico Distribuição e percentual de aproveitamento das classes das UCEs estabelecidas pelo ALCESTE, conforme as quinze narrativas obtidas dos colaboradores. Natal/RN, 2011.

Ainda como resultado do processamento informático, obteve-se o dendograma que expressa as ramificações e ligações das cinco classes e os respectivos percentuais de aproveitamento, expressos na Figura 16 abaixo:

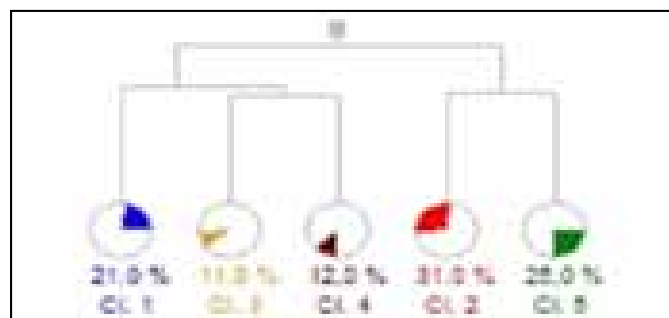


Figura 16 – Dendograma de Classificação Descendente Hierárquica estabelecido pelo ALCESTE, conforme as quinze narrativas obtidas dos colaboradores. Natal/RN, 2011.

Ademais, de acordo com a Figura 16, houve o maior predomínio textual da classe 2 (31,0%), seguida da classe 5 (25,0%), resultante da etapa de quantificação da ocorrência e coocorrência de palavras e que conforma sua função dentro do texto. As classes obtidas são originadas do agrupamento semântico realizado pelo ALCESTE (CAMARGO, 2005).

HISTÓRIA ORAL TEMÁTICA VERSUS ALCESTE: UMA ANÁLISE POSSIVEL

Estabeleceu-se uma análise categorial cuidadosamente refletida, a partir da leitura flutuante do material coletado das histórias tantas vezes quantas considerou-se necessárias, emergindo como unidade de significados o tom vital dos colaboradores.

Observou-se que se destacaram significados e ideias ligadas aos seguintes eixos: *Início do HD; Equipe multiprofissional; Atividades e ações desenvolvidas; Pacientes; Família; Ensino; Processo de extinção Saúde mental em Natal e no RN*. Analogamente, confrontou-se com os resultados das cinco classes geradas pelo ALCESTE. Encontraram-se proximidades e semelhanças entre os achados obtidos, agrupando-os de acordo com correspondência, conforme se observa na Figura 17.

Assim, partindo dos resultados encontrados na triangulação qualitativa, estabeleceram-se três eixos temáticos de análise, a saber: i) Eixo Temático I – Trajetória do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes (início do HDEN; equipe multiprofissional, atividades e ações desenvolvidas, paciente, família e ensino); ii) Eixo Temático II – O processo de extinção (audiência, decisão política, municipalização, entre outros); iii) Eixo Temático III – A Saúde Mental no Município do Natal (governo, política, serviços, HJM, CAPES, álcool e drogas).

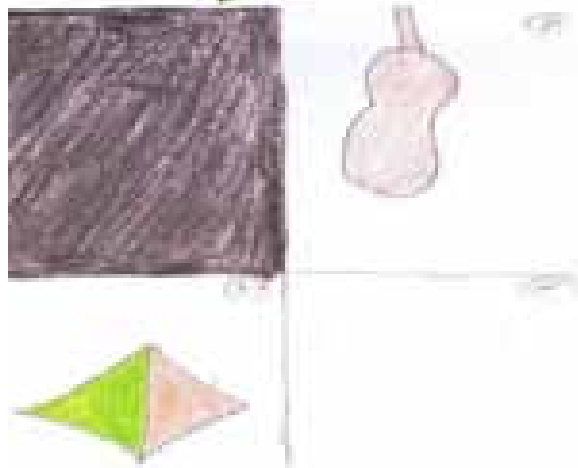
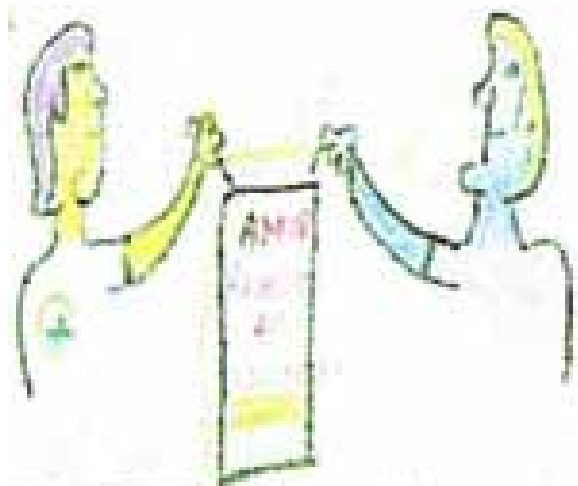
CLASSES ALCESTE	EIXOS TOM VITAL
CLASSE 1: Natal, saúde mental, situação, doente	Saúde mental em Natal
CLASSE 2: paciente, dia, casa, volta, retorna CLASSE 3: unidade, dias, bairros, comunidade CLASSE 5: equipe, psicólogo, aluno, trabalho, professores	Usuários; Família; Atividades e ações desenvolvidas; Ensino; Equipe multiprofissional
CLASSE 4: extinção, governo, justificativa, processo;	Extinção

Figura 17 – Identificação das classes elencadas pelos Alceste e os eixos do tom vital

Ademais, procedeu-se à etapa de discussão e reflexão dos resultados, onde foram feitas as devidas inferências e interpretações partindo do referencial teórico-conceitual proposto na revisão de literatura.



HO



A Trajetória

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e interpretação dos resultados neste estudo foram estruturadas a partir de três eixos temáticos, delimitados considerando-se a abordagem analítica adotada, descritos na abaixo:

EIXOS TEMÁTICOS	SUB-EIXOS TEMÁTICOS
4.2. A TRAJETÓRIA DO HDEN	4.2.1 Da ideação à instalação: o início do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes 4.2.2 Regulamentação e Normas do HDEN 4.2.3 Os percalços de um início 4.2.4 O cotidiano das atividades no HDEN 4.2.5 A formação de parcerias: o HDEN como campo de práticas curriculares e ensino
4.3 O PROCESSO DE EXTINÇÃO	4.3.1 A extinção como medida política de governo 4.3.2 A extinção como questão ideológica de grupos locais 4.3.3 A extinção como desdobramento do processo da Reforma Psiquiátrica no RN 4.3.4 Dos compromissos assumidos pela gestão após as audiências públicas 4.3.5 O cenário imediato pós-extinção do HDEN
4.4. A SAÚDE MENTAL EM NATAL: “UMA ETERNA BRIGA IDEOLÓGICA”	4.4.1 A rede de atenção psicossocial em Natal/RN: sobre os poucos avanços e os muitos desafios 4.4.2 O Hospital Dr. João Machado: o serviço “portas abertas” 4.4.3 A atenção básica, o “nó” da questão

No primeiro eixo rememorou-se o início do HDEN, os percalços nesse momento, as atividades desenvolvidas, além dos seus atores – os usuários, familiares, profissionais, e as práticas de ensino. O segundo eixo ocupou-se do processo de extinção, resgatando-se os sentimentos dos colaboradores e as principais justificativas dadas na época.

O terceiro eixo analisado revelou de forma articulada a situação da saúde mental em Natal/RN, elencando-se os desafios e perspectivas para a atenção psicossocial, partindo-se da própria trajetória do HDEN com ênfase nas atividades desenvolvidas. Algo próximo à recriação de um cenário simbólico e significativo no imaginário dos protagonistas do estudo. Optou-se por descrever o perfil dos colaboradores, especificamente, os profissionais e docentes que atuaram no HDEN.

4.1 DESCRREVENDO OS COLABORADORES

4.1.1 Os profissionais da equipe

Os dados sobre os 13 colaboradores (do total de 15) da extinta equipe multiprofissional do hospital-dia apontam que a maioria dos profissionais era do sexo

feminino (77%), seguido do masculino (23%), conforme a Tabela 1. Considera-se que as mulheres, de modo geral, foram vistas como importantes vertentes do cuidado em saúde mental ao longo da história, embora tidas como informais, pois parte-se da referência da mãe como cuidadora preponderante no processo de formação de seus filhos (BICHAFF, 2006; DIAS; SILVA, 2010).

Anteriormente, na atenção à saúde mental existia o predomínio de práticas repressoras e violentas que remetiam à presença masculina, pelo esforço físico exigido, sendo particularmente exercidas por profissionais de enfermagem, além disso, havia a presença marcante da figura médica do homem psiquiatra nessa assistência. Atualmente, essa realidade tem mudado, quando a figura mulher tornou-se visível no atual contexto de atenção psicossocial, tendo em vista o novo perfil de projeto nesse campo, face às perspectivas advindas com a vertente do cuidado (KOGA, 1997; DIAS; SILVA, 2010).

Em relação à faixa etária, esta compreendeu as idades entre 45 e 60 anos (69,3%), 30 a 45 anos (23%) e acima de 60 anos (7,7%), de acordo com a Tabela 2. Tal fato reflete, em parte, a atual conjuntura do mercado de trabalho na área de saúde mental/psiquiatria, onde há um predomínio de adultos e idosos atuando nesses serviços, tendo em vista fatores como: escassez de recursos humanos especializados, baixa remuneração e falta de investimentos no campo das políticas governamentais voltadas à valorização dos profissionais (LUCCHESI, 2007; LUZIO; L'ABBATE, 2009).

Quanto ao tempo de formação dos profissionais, prevaleceu a faixa de 15 a 30 anos (77%), depois sucede a de 30 a 45 anos (15,3%) e de 0 a 15 anos (7,7%), de acordo com a Tabela 2. Esses percentuais justificam-se pelo fato de que, embora apresentem idade mais avançada, seu processo de formação é recente, especialmente a categoria representada pelos profissionais de nível médio. Num primeiro momento, para exercer as atividades auxiliares num serviço psiquiátrico não eram exigidos requisitos específicos, como curso profissionalizante ou até mesmo experiência na área. Entretanto, devido às transformações no mercado de trabalho e à consequente regulamentação das profissões, exige-se cada vez mais uma formação mínima para cada categoria (LUCCHESI, 2007; COSTA, 2007).

No que se refere à distribuição das categorias profissionais da equipe, destacou-se a de Enfermagem, representada em maior parte pelos técnicos/auxiliares de enfermagem (30,8%) e enfermeiros (23%), dispendo ainda de médicos (15,4%), psicólogos (15,4%), assistente social (7,7%) e terapeuta ocupacional (7,7%), apresentados na Tabela 2. No geral, representaram-se as distintas classes que compunham a equipe do HDEN. Nesse sentido,

mesmo que os serviços intermediários em saúde mental sejam compostos por várias profissões, a equipe de enfermagem ainda é bastante expressiva por se considerar o conjunto de atividades terapêuticas desenvolvidas (psicoterapias de grupos, oficinas, etc.), somado aos cuidados específicos de enfermagem (como a administração de medicamentos, acompanhamento diários dos usuários, entre outros), o que requer um número mínimo desses profissionais atuando (LUCCHESE, 2007).

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais da equipe multiprofissional quanto ao sexo, faixa etária, tempo de formação e categoria profissional. Natal, RN, 2011.

Variáveis	(N)	(%)
Sexo		
Masculino	3	23
Feminino	10	77
Faixa etária		
0 – 15 anos	-	-
15 – 30 anos	-	-
30 – 45 anos	3	23
45 – 60 anos	9	69,3
> 60 anos	1	7,7
Tempo de formação		
0 – 15 anos	1	7,7
15 – 30 anos	10	77
30 – 45 anos	2	15,3
> 45 anos	-	-
Profissão		
Enfermeiro	3	23
Médico	2	15,4
Assistente Social	1	7,7
Psicólogo	2	15,4
Terapeuta ocupacional	1	7,7
Técnico/auxiliar de enfermagem	4	30,8

E, por fim, sobre o tempo de atuação dos profissionais do estudo no HDEN, percebeu-se a trajetória de 1 a 5 anos (61,5%) e de 5 a 10 anos (38,5%). Considera-se relevante o tempo de atuação dos profissionais, levando-se em conta o tempo de existência do

serviço. Quanto ao tempo de experiência em saúde mental, apontam-se as faixas de 25 a 30 anos (44, 1%), 20 a 25 anos (23%), acima de 30 anos (15,4%), de 10 a 15 anos (7,7%) e de 15 a 20 anos (7,7%), expostas na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização do tempo de atuação no Hospital-dia Dr. Elger Nunes e do tempo de experiência em saúde mental dos profissionais. Natal, RN, 2011.

Tempo	THD		TSM	
	(N)	(%)	(N)	(%)
1 – 5 anos	8	61,5	-	
5 – 10 anos	5	38,5	-	
10 – 15 anos	-		1	7,7
15 – 20 anos	-		1	7,7
20 – 25 anos	-		3	23
25 – 30 anos	-		6	46,1
> 30 anos	-		2	15,4

Onde: **THD** – tempo de atuação no hospital-dia;

TSM – tempo de experiência em saúde mental.

Destarte, tais dados revelam um perfil de profissionais experientes no campo de atenção à saúde mental, onde se circunscrevem os reflexos atuais do próprio mercado, diante do quantitativo pouco expressivo de jovens atuando e de pouca renovação dos recursos humanos nesses serviços.

4.1.2 Os docentes que conviveram no HDEN

Entre os dois colaboradores docentes, um era do sexo masculino (50%) e o outro do feminino (50%), com idades entre 30 a 45 anos (100%). O tempo de formação de ambos era superior a 30 anos (100%). Quanto à categoria profissional, um era enfermeiro (50%), e o outro, médico (50%).

Partindo desses percentuais, evidenciou-se, assim como entre os profissionais, que os docentes do estudo possuíam ampla experiência na área de saúde mental e de tempo decorrido de sua formação.

Refere-se que os docentes atuavam no processo de formação em saúde, sendo áreas distintas. Uma, atualmente aposentada, lecionava no Curso Técnico em Enfermagem vinculado à Escola de Enfermagem da UFRN, e o outro ainda ministra aulas no Curso de Graduação em Medicina na mesma instituição.

Tabela 3 – Caracterização dos docentes quanto às variáveis sexo, faixa etária, tempo de formação e categoria profissional. Natal, RN, 2011.

Variáveis	(N)	(%)
Sexo		
Masculino	1	50
Feminino	1	50
Faixa etária		
0 – 15 anos	-	-
15 – 30 anos	-	-
30 – 45 anos	2	100
Tempo de formação		
1 – 5 anos	-	-
5 – 10 anos	-	-
10 – 15 anos	-	-
15 – 20 anos	-	-
20 – 25 anos	-	-
25 – 30 anos	-	-
> 30 anos	2	100
Categoria profissional		
Enfermagem	1	50
Medicina	1	50

O tempo de convivência desses docentes no HDEN foi em torno de 1 a 5 anos (50%) e de 5 a 10 anos. E, em relação ao tempo de experiência em saúde mental, ambos declararam possuir acima de 30 anos (100%), de acordo com a Tabela 4. Majoritariamente, considera-se que os docentes conviveram no HDEN por um período considerável, mediante o recorte temporal de funcionamento desse serviço. Outro dado importante diz respeito à experiência profissional dos colaboradores em saúde mental, dita relevante, tendo mais de 30 anos dedicados ao ensino.

Tabela 4 – Caracterização do tempo de convivência no Hospital-dia Dr. Elger Nunes e do tempo de experiência em saúde mental dos docentes. Natal, RN, 2011.

Tempo	TCHD		TSM	
	(N)	(%)	(N)	(%)
1 – 5 anos	1	50	-	-
5 – 10 anos	1	50	-	-
10 – 15 anos	-	-	-	-
15 – 20 anos	-	-	-	-
20 – 25 anos	-	-	-	-
25 – 30 anos	-	-	-	-
> 30 anos	-	-	2	100

Onde: **TCHD** – tempo de convivência no hospital-dia;
TSM – tempo de experiência em saúde mental

Assim, percebe-se que nesse transcurso desenvolveram aulas práticas, atividades de pesquisa, extensão em disciplinas ligadas à saúde mental e psiquiatria, nos distintos níveis de ensino e áreas de conhecimento.

4.2 TRAJETÓRIA DO HOSPITAL-DIA DR. ELGER NUNES: “UM VEÍCULO DE ESPERANÇA NA HUMANIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA”

O presente eixo de análise proposto percorre a trajetória do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes, considerado um veículo de humanização no campo da psiquiatria e saúde mental no Estado do Rio Grande do Norte. Reconstroem-se cenários através da memória dos colaboradores e dos registros e documentos que sinalizam esse percurso, remontando-se os mais de 15 anos passados até os dias atuais.

Assim, no primeiro eixo partiu-se numa retrospectiva de seus antecedentes históricos, o contexto da Reforma Psiquiátrica, destacando-se o conjunto de atividades ali desenvolvidas, chegando à formação das parcerias com diversas instituições de ensino. Desse modo, estruturou-se a discussão desse eixo a partir da elaboração de cinco subeixos:

- i) Da ideação à instalação: o início do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes;
- ii) Regulamentos e Normas do HDEN;
- iii) Os percalços de um início;
- iv) O cotidiano das atividades no HDEN; e
- v) A formação de parcerias: o HDEN como campo de práticas curriculares e ensino.

4.2.1 Da ideiação à instalação: o início do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes

O alvissareiro cenário de mudanças advindo com SUS no Brasil e as novas políticas públicas projetadas, dos anos de 1990, anunciaram novos tempos para o campo da psiquiatria e saúde mental no Rio Grande do Norte (RN). A partir da implementação da Portaria 224, de 29 de janeiro de 1992, pelo Ministério da Saúde, criaram-se serviços como NAPS/CAPS, pautados nos cuidados intermediários entre a internação integral e o regime ambulatorial. Ampliaram-se os debates em torno da assistência oferecida aos usuários com transtornos mentais e comportamentais, consoante as experiências reformistas exitosas entre os municípios e estados nacionais (BRASIL, 1992).

No Município do Natal/RN, em outubro de 1992, aconteceu a 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental, contando com a participação de profissionais da área e com apoio do Ministério da Saúde e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E, como desdobramento desse movimento, deliberou-se a Proposta de Reorganização da Atenção em Saúde Mental do Município de Natal, que propunha a formação de uma rede articulada de serviços constituída, entre outros, por CAPS, leitos psiquiátricos em hospital geral, abrigos protegidos e Centros de Atendimento 24 horas (PAIVA; YAMAMOTO, 2007).

Nesse contexto, a Associação Norte-Rio-Grandense de Psiquiatria (ANP), numa reunião entre seus membros, traçou um plano de subsídios para tomada de decisões em saúde mental no estado, no campo assistencial, onde sugeriu, entre outros pontos:

- a) A criação de uma rede ambulatorial de saúde mental em todas as cidades com população superior a cinquenta mil habitantes.
- b) A implantação de um Centro de Atenção à Saúde Mental o qual contenha várias unidades de atendimentos:
 - b.1 – à infância;
 - b.2 – à adolescência;
 - b.3 – ao alcoolismo;
 - b.4 – a pacientes idosos
- c) A modernização do hospital psiquiátrico visando adequar unidade de Hospital-Dia, Hospital-Noite e realizar uma reforma nas condições materiais e administrativas (ANP, 1994, p. 1).

Destaca-se, de acordo com Paiva e Yamamoto (2007), que o período entre os anos de 1993 e 1995, compreendeu o segundo momento da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Norte, denominado de período de implantação das propostas. E, nessa conjuntura histórica, adensaram-se as discussões em torno da criação de um hospital-dia, ainda no início do ano de 1993. Diga-se de passagem, anterior ao processo eleitoral de governo. Partindo disso, um grupo formado por profissionais de saúde, como assistentes sociais, enfermeiros, médicos,

entre outros, que transitava na esfera da militância, de algum grau de comprometimento com a Reforma Psiquiátrica, reuniu-se com os então candidatos, apresentando propostas para mudanças na realidade estadual de saúde mental.

Na época, Garibaldi Alves, político de expressividade nacional, despontava nas pesquisas de opinião popular para intenção de votos, quando se propôs um encontro entre ele e a comissão, onde esteve presente também a pessoa que seria indicada, caso fosse eleito, para ocupar o cargo de Secretário Estadual de Saúde, o médico Ives Bezerra. Dentre as propostas defendidas pelo grupo, coordenado por Douglas Dogol Sucas, destacaram-se três: a criação do hospital-dia, de uma Clínica Médica como extensão do Hospital Walfredo Gurgel e a de modificações no gerenciamento do Hospital Dr. João Machado (SESAP, 1997). Dessa forma, firmou-se um compromisso do candidato, caso eleito, e de seu futuro Secretário, para materialização das propostas, partindo-se daí a semente da criação do hospital-dia:

[...] a pessoa que seria indicada, na época, pelo Governo Garibaldi, para assumir a pasta da Secretaria Estadual de Saúde, Dr. Ives Bezerra, encampou a ideia e quando assumisse entraria em contato conosco para definir como materializar e definir quais as medidas necessárias para a instalação do hospital-dia (Col. 5).

Menciona-se que o Programa de HD foi instituído através da Portaria do Ministério da Saúde nº 224, de 29/01/1992, que definiu os principais dispositivos legais para o devido funcionamento de hospitais, credenciamento de serviços e contratação de recursos humanos para esse fim (BRASIL, 2004). Implantaram-se, num primeiro momento, os primeiros hospitais-dia entre os estados das Regiões Sul e Sudeste, sendo, posteriormente, levado o projeto para outras realidades.

No ano de 1994, após a vitória de Garibaldi nas eleições de governo, Ives Bezerra assumiu a Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESAP), e, com isso, a ideia de criação do hospital-dia avançou. Assim, numa outra reunião, mesmo sem contar com a participação das outras pessoas que integraram a comissão no primeiro momento, definiu-se a elaboração do *Projeto para Constituição do Hospital-Dia*, coordenado pelos médicos Elger Nunes e Douglas Sucar (SESAP, 1996).

Em linhas gerais, o documento assinalava aspectos conceituais sobre o HD, suas finalidades e regulava o seu funcionamento. Destacava também que “a função terapêutica do Hospital-Dia se fundamenta numa assistência clínica e psicossocial, abrangendo um amplo leque de classes psicopatológicas, atendendo pacientes agudos em primeiro surto ou em estado de reagudização” (SESAP, 1996, p. 3). Nesse sentido, mencionava também a

relevância da criação do serviço intermediário no cenário das políticas de saúde mental, representando um diferencial na própria assistência oferecida.

A organização do Hospital-Dia e sua inserção na prática de uma política de saúde mental, não se configura num mero mecanismo alternativo, mas sim, num instrumento especial de assistência que permite um tratamento mais preciso e eficaz [...], deverá estar interligado ao hospital e à rede ambulatorial, funcionando num sentido intermediário e específico (SESAP, 1995, p. 1).

Após a elaboração do Projeto, seguiu-se com as outras medidas necessárias para instalação do HD. Dessa feita, o Secretário designou o médico Elger Nunes Oliveira Nunes da Silva para coordenar e acompanhar o processo de construção e, por conseguinte, o funcionamento do serviço. Como fazia parte da comissão, conhecia o projeto, além disso, tinha 15 anos de experiência em saúde mental, aceitando o convite.

[...] Dr. Ives perguntou se poderia levar à frente a ideia do hospital-dia, e me comprometi. Assumi que podia formar equipe própria, e não via muita dificuldade, até porque já tinha alguma experiência na iniciativa privada [...], quinze anos de experiência nessa área. [...] A partir daí ele me designou com portaria para ficar à frente no hospital-dia, desde sua construção ao início das atividades (Col. 5).

Oficialmente, Elger Nunes assumiu o cargo de coordenador do hospital, com a Portaria nº 0273, de 24 de novembro de 1995 (SESAP, 1997). Mesmo diante de dificuldades, com o período da transição de governo e escassez de recursos financeiros e humanos, aos poucos o então projeto ganhou forma. O próximo passo dado foi a alocação de recursos e escolha do local para o funcionamento do serviço.

Quanto à escolha do local, optou-se pela utilização da estrutura física do Hospital Dr. João Machado (HJM), serviço pertencente à SESAP, de área ampla e arborizada, tendo em vista a redução de gastos financeiros, pois, caso contrário, tornar-se-ia um projeto oneroso, o que poderia inviabilizar a implantação do HD. Dessa forma, possivelmente não teria sido priorizado nessa primeira fase do governo.

Foram alocados recursos, escolhido o local, que não era para ser dentro do Hospital João Machado, mas como ficaria muito dispendioso e caro, então foi visto que numa área do hospital teria acesso para fora do hospital, sem passar por dentro das dependências do hospital. Os arquitetos e engenheiros da própria Secretaria junto conosco viram as modificações que precisavam ser feitas naquela ala do hospital, a última edificação no lado direito do Hospital João Machado, com bastante área verde, área para recreação, enfim dava para funcionar muito bem o hospital-dia. Então, a Secretaria se encarregou de colocar placa e outras medidas necessárias, fazendo o hospital-dia funcionar como planejado, sob nossa supervisão (Col. 5).

A decisão de implantar o hospital-dia dentro do HJM gerou divergências de opiniões desde o período de planejamento, inclusive entre as instâncias de poder local (SESAP, 1997). Na época, o Secretário Municipal de Saúde do Município do Natal era contrário à implantação do hospital-dia, pois em seu lugar deveria ser um NAPS/CAPS, levando-se em consideração o processo de constituição da rede de serviços substitutivos que avançava nessa realidade. No entanto, tal ideia não prosseguiu.

Mas a prefeitura por intermédio de seu Secretário na época, era Coordenador estadual e passou a ser Secretário, Dr. Hilton, quis com um grupo, num momento em que estava o processo de formação de CAPS, englobar não a ideia do hospital-dia, mas dele ser transformado num CAPS. Entretanto, vingou a ideia do hospital-dia (Col. 5).

Aos poucos, convidaram-se os profissionais para a constituição de uma equipe multiprofissional, formada por assistente social, enfermeiro, médico, terapeuta ocupacional e auxiliares de enfermagem, a maioria vinda do HJM, mas com características diferentes das deste serviço. Embora todos apresentassem conhecimentos da psiquiatria clássica, eram esperançosos com a proposta e os ideais reformistas. Infere-se que eles reconheciam o fato de a criação do HDEN ter sido uma decisão político-partidária à época. Dessa divisão prevalece o caráter inovador do serviço em saúde mental *versus* o psiquiátrico, sem uma ampla discussão com a sociedade e o conjunto de trabalhadores da saúde.

[...] todos eles se enturmaram, adaptaram-se e fizeram de jeito a equipe do hospital-dia, totalmente diferente de como funcionava no João Machado (Col. 5).

Desse modo, observa-se que o trabalho em equipe emerge como importante diretriz para constituição de um serviço intermediário em saúde mental, sendo ainda pautado na ótica multiprofissional e tendo como bases organizativas o eixo da interdisciplinaridade, transcendendo de vez a concepção de fragmentação do conhecimento. Consideram-se os efeitos nocivos da rigidez decorrente dessa fragmentação no processo terapêutico dos usuários num serviço de saúde mental, mediante as especificidades e necessidades da assistência prestada (FILIZOLA; MILIONI; PAVARINI, 2008).

Frente a tal cenário, Dias e Silva (2010) menciona que a interdisciplinaridade trouxe novas perspectivas para os processos de trabalho no campo da atenção psicossocial, quando se passou a dispor de uma equipe multiprofissional no provimento do cuidado ao portador de transtornos mentais e comportamentais, e quando se adotou um tratamento humanitário, pautado na ressocialização/reabilitação do usuário. Com isso, a equipe atua como importante

agente terapêutico e de inclusão social, capaz de intervir positivamente no projeto individual proposto para esse público específico (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Assim, após a formação da equipe, houve então a inauguração do hospital. E, no ato inaugural, em abril do ano de 1996, revelou-se o nome pelo qual o HD seria batizado, ou seja, Hospital-Dia Elger Nunes, homenagem ao seu idealizador e primeiro coordenador.

[...] no dia da inauguração, Dra. Mirna, que era a Diretora Geral do Hospital Dr. João Machado, na solenidade de apresentação do pessoal, onde havia um quantitativo considerável de pessoas, fez até uma surpresa, pois numa reunião decidiram dar meu nome para o hospital, coisa que se faz hoje com alguém falecido. Fiquei muito surpreso, e ficou o nome Hospital-Dia Dr. Elger Nunes (Col. 5).

O início das atividades no Hospital-dia Dr. Elger Nunes se deu no dia 04 de abril do ano de 1996, após os sete meses de reforma numa das estruturas do HJM e da definição da equipe de mínima de profissionais que atuaria no serviço. Na Figura 19 tem-se a imagem da placa de inauguração do hospital.



Figura 18 – Placa de inauguração do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes
Fonte: Miranda (2006)

Observa-se que o cadastramento do HDEN no Ministério da Saúde se deu apenas no ano de 1998, dois anos após o início das atividades. Na época da entrega da placa quem coordenava o serviço era a médica Myrna Chaves. Um detalhe que chama a atenção é o título do anúncio “Veículo de esperança na humanização da psiquiatria”, estando o serviço subordinado à SESAP/RN.

Nesse trajeto, elaboraram-se vários documentos deliberados em numerosas e exaustivas reuniões, como projeto de constituição, plano de trabalho, propostas, entre outros,

no sentido de definir normas e regulamentar as ações a serem desenvolvidas. Portanto, destacaram-se, a seguir, os principais conceitos e pontos importantes sobre o funcionamento desse serviço (SESAP, 1996-2006).

4.2.2 Regulamentos e Normas do HDEN

No Projeto para Constituição do Hospital-Dia e na Proposta de trabalho delimitou-se diretrizes importantes sobre seus objetivos, critérios de funcionamento, regulamentação dos atendimentos, justificativa para implantação, além de normas gerais próprias.

Entre os objetivos do HD, observou-se um enfoque ao relacionamento usuário/família/comunidade, o trabalho em equipe e o incentivo ao trabalho articulado com outros níveis de atenção em saúde. Nesse ínterim, registram-se os seguintes:

- I) Proporcionar uma assistência menos restritiva, permitindo uma interação contínua entre usuário-família-comunidade;
- II) Atuar enquanto equipe multidisciplinar, mediante tratamento intensivo, de forma a possibilitar o resgate das habilidades sociais e laborativas do paciente;
- III) Realizar ações com ênfase na modalidade de grupo;
- IV) Articular com rede básica, a fim de diminuir a internação integral (SESAP, 1996, p. 4).

Na época, o hospital adveio no cenário assistencial e de formação/constituição de serviços intermediários, como intuito de “proporcionar à população da Cidade do Natal mais uma alternativa assistencial na área da saúde mental, que substitua as internações de tempo integral por internações parciais [...]” (SESAP, 2006, p. 4). Dessa feita, menciona-se o caráter inovador e precursor desse serviço público, vinculado a rede estadual, que avançava em direção aos preceitos defendidos pela Reforma.

No que se referia à regulamentação dos atendimentos oferecidos, o hospital-dia preconizava uma modalidade assistencial diferencial do modelo tradicional do hospital psiquiátrico, pois o trabalho terapêutico desenvolvido era pautado nos seguintes elementos:

- a) A avaliação psíquica clínica, seguida de diagnóstico, tratamento intensivo, profilaxia de novas crises e encaminhamento adequado;
- b) O atendimento psicoterapêutico em grupo;
- c) O tempo máximo de internação será de 45 dias;
- d) O engajamento da família no processo terapêutica, através de sua participação em algumas atividades [...].
- e) A equipe multiprofissional deverá constar dos seguintes profissionais: dois psiquiatras, dois enfermeiros, dois psicólogos, um praxiterapeuta, dois assistentes sociais, seis auxiliares de enfermagem, uma cozinheira, duas faxineiras, duas

- receptionistas e dois porteiros. Deverá contar ainda com um psiquiatra supervisor da equipe multidisciplinar e que não pertença ao Hospital Dia.
- f) A alta deverá ser seguida por um encaminhamento formalizado do paciente para a rede ambulatorial do seu destino.
 - g) Poderá haver readmissão do paciente para um novo período de acompanhamento, podendo ser encaminhado para internamento em tempo integral.
 - h) Deverá haver seis leitos para repouso (SESAP, 1995, p. 4-6).

Diferente das práticas psiquiátricas tradicionais, os serviços intermediários, ditos substitutivos ao modelo manicomial/asilar, assentavam-se na atenção psicossocial, baseada num atendimento psicoterápico de grupos, onde os períodos de internações são breves e a família alijada no modelo anterior foi convidada a participar na reabilitação dos usuários, tornando-se co-autora do projeto terapêutico do HD. As práticas e atividades ali realizadas baseavam-se no trabalho multiprofissional, pautada na interdisciplinaridade (DIAS; SILVA, 2010)

Outra característica diferenciada do HDEN era o seu funcionamento, onde se destacou no Plano de Constituição que:

- i) O Hospital Dia deverá funcionar no horário compreendido entre as 7h às 17h, de segunda à sexta, dependendo dos recursos disponíveis e da infra-estrutura inicial.
- ii) Deverão ser servidas três refeições ao dia no mínimo.
- iii) Deverão ser distribuídos vales transporte e medicamentos aos pacientes mais carentes.
- iv) Deverá atender inicialmente um máximo de trinta pacientes, de acordo com o espaço físico disponível e o número de profissionais, além do que este número possa preservar a qualidade do serviço.
- v) A clientela deverá ser constituída por pacientes adultos, na faixa etária compreendida entre os 18 e 45 anos de idade, com dependências químicas (SESAP, 1995, p. 3-4).

Como o próprio nome indica num hospital-dia o usuário vivencia uma agenda de atividades terapêuticas durante o dia, a no período da noite e nos finais de semana retorna ao convívio familiar e social como um componente indispensável na revitalização dos vínculos familiares e sociais.

Assim, a partir do Programa Hospital-dia “começam a ser discutidas atividades diferentes daquelas do atendimento tradicionalmente oferecido à loucura, entendida como doença mental, a partir da clínica psiquiátrica [...]” (GUARESCHI *et al.*, 2008, p. 126).

No HDEN, especificamente, tinha-se um número máximo de usuários assistidos, com faixa etária definida. Além disso, existiam normas sobre o compromisso da família no tratamento, que indicavam:

- a) Na quebra do compromisso da família, com o retorno do paciente a sua residência, o mesmo será conduzido ao pronto-socorro do Hospital João Machado (HJM) permanecendo nas condições oferecidas pelo referido hospital;
- b) Em caso de agravamento que impeça o retorno do paciente ao lar, o mesmo poderá ficar interno durante o período noturno no HJM;
- c) Na fase inicial do tratamento, em casos excepcionais, o familiar ou responsável poderá acompanhar de forma direta o usuário (SESAP, 2006, p. 4).

Ademais, o conjunto de normas e propostas regulamentadoras do HDEN configurou-se como instrumento teórico e legal que embasou o seu processo de implantação, regendo aspectos normativos para seu efetivo funcionamento, muito embora, ressaltem-se as dificuldades iniciais confluentes referidas nas narrativas dos colaboradores.

4.2.3 Os percalços de um início

Desde o início de suas atividades, o HD Dr. Elger Nunes enfrentou muitos percalços, seja de ordem financeira, política, estrutural, dentre os quais se elencam: o fato ser o único nessa modalidade existente no estado, ainda em fase de implantação; a equipe reduzida de profissionais, muitos deles sem preparo técnico para atuar na área; além de não dispor de recursos financeiros próprios.

Durante todo esse período as dificuldades foram muitas, pois tínhamos que treinar pessoal por conta própria [...] (Col. 1).

Éramos, num primeiro momento, uma equipe bastante reduzida, apenas um médico, Dr. Elger, também diretor, eu como terapeuta ocupacional, Geneci, assistente social, Janilde, enfermeira, e alguns técnicos em enfermagem (Col. 9).

No alfa de um ideário de Reforma somado ao grau de desafios e dificuldades para implantar e treinar em serviço a equipe, mediante estudos e aproximações com a realidade de outras iniciativas nesta perspectiva, exigiu da mesma a realização de visitas técnicas a outras experiências exitosas pelos profissionais para confrontar, comparar e conhecer melhor a dinâmica de funcionamento e a rotina de trabalho, como o Espaço Azul, em Recife.

[...] inclusive antes da própria inauguração, conheci outros hospitais-dia no Brasil (Col. 5).

Foi quando resolvemos conhecer, por iniciativa e recursos próprios, outros serviços dessa modalidade. [...] viajamos a Recife, e por ser natural de lá, nos hospedamos em minha casa e conheceríamos o Espaço Azul, um hospital-dia já implantado, buscando compreender sua dinâmica de funcionamento e metodologia de trabalho (Col. 9)

A sistematização e operacionalização das práticas e atividades desenvolvidas num serviço intermediário constituíram um entrave para atuação da equipe interdisciplinar, levando-se em consideração o momento vivido com a implementação dos preceitos reformistas no RN; os profissionais não apresentavam qualificação e experiência no modelo de atenção psicossocial por ser algo novo, para alguns, considerado utópico, e para outros uma invenção fadada ao insucesso; e, por ser um hospital em fase inicial, com seus primeiros usuários cadastrados.

Entretanto, paulatinamente, a equipe encontra a missão e o traço vocacional que viriam caracterizar a superação e enfrentamento dos entraves mediatos e imediatos, tornando-se um serviço consolidado, uma vez que questões anteriores haviam sido superadas.

Fomos crescendo, conseguimos estruturar os trabalhos, colocar uma equipe completa pela manhã, outra equipe completa pela tarde, com médico, psicólogo, assistente social, dando todo o suporte necessário (Col. 8).

O hospital ainda estava se estruturando e dispúnhamos de poucos recursos materiais, na verdade, foi um serviço que começou pelo empenho dessa equipe. Conhecíamos o modelo, as portarias que o regulamentavam, tínhamos pacientes cadastrados, mas não sabíamos na prática como esse tipo de serviço funcionava, e, sempre discutíamos como fazer e proceder nesse sentido (Col. 7).

Evidencia-se “a reorientação da assistência que avançou de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra-hospitalar, fazendo emergir um novo cenário que possibilitou a constituição de tecnologias psicossociais interdisciplinares” (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010, p. 445).

Neste novo cenário do trabalho no campo da atenção psicossocial, proposto a partir da reforma psiquiátrica, o saber-fazer cotidiano do profissional impõe mudanças que refletem não apenas aspectos organizacionais dos serviços intermediários, como também da própria atuação profissional frente a seu objeto de trabalho. Exige-se, para tanto, a constituição de equipes multiprofissionais articuladas entre si, capazes de desenvolver ações integrais e promocionais na perspectiva da qualidade de vida do usuário, levando-se em consideração os condicionantes do seu contexto sociopolítico e cultural no seu processo saúde/doença (TONINI; MARASCHIN; KANTORSKI, 2008).

Destarte, a partir da superação dos percalços iniciais, o HD Dr. Elger Nunes gradativamente estruturou-se, com a contratação de novos profissionais, com um crescente número de usuários cadastrados, a reorganização dos processos de trabalho nessa modalidade,

e obteve o reconhecimento por parte da sociedade, pelas práticas, saberes e ações cotidianas ali desenvolvidas, gerando o núcleo e o campo de atuação multiprofissional.

4.2.4 O cotidiano das atividades no HDEN

Como em todo serviço de saúde, no HDEN existia um conjunto de atividades cotidianas desenvolvidas ao longo do dia voltadas aos usuários facilitadas pela adesão e apoio dos profissionais que compunham a equipe a partir de um planejamento. Assim funcionou no horário das 7 às 17 horas, incluídas as seguintes refeições: café da manhã, almoço e jantar.

O paciente passava o dia no hospital, chegava às sete horas e saía por volta das dezessete horas do hospital (Col. 7).

O paciente chegava de manhã, tomava café, almoçava, tinha o descanso, e seu dia era todo ocupado; à tarde jantava e ia para casa. Havia um calendário semanal e mensal com as atividades que eram desenvolvidas pela equipe (Col. 5).

Em linhas gerais o fluxo do usuário no hospital dava-se da seguinte forma: ao chegar o usuário tomava café e após era feita a medicação. Antes do início da programação do dia, aconteciam as atividades laborativas, nos chamados grupos operativos, onde os usuários executavam atividades de organização e manutenção da limpeza do ambiente.

Os grupos operativos desenvolviam atividades tipo laborativas durante a semana. Na extensão do hospital tinha um jardim da frente, outra parte uma horta, entre outros, e todos os dias algum paciente ficaria responsável pela organização e limpeza desses espaços (Col. 7).



Figura 19 – Imagem da horta cultivada por usuário no HDEN sob a coordenação de um técnico responsável
Fonte: Arquivos do HDEN

Tínhamos um calendário: paciente dessa semana está responsável pela manutenção da higienização do banheiro, um paciente ficaria responsável pela recepção, embora existisse um funcionário no setor (Col. 4).

Logo em seguida, iniciava-se a atividade programada, na maioria em grupos, mediada pelo profissional. Existia também o grupo de recepção, algo próximo às rodas de conversas, normalmente nas segundas-feiras ou após o primeiro dia útil de um feriado, logo nas primeiras horas do dia. Um profissional era designado para receber os usuários e conversar acerca do final de semana, o que haviam feito, viagens, passeios, dentre outros. Servia como um momento de apreensão e perscrutação de como havia sido o convívio intrafamiliar, intergeracional, por ser, muitas vezes, a família um espaço de conflito entre os usuários. Menciona-se o grupo de relaxamento para aliviar os efeitos ansiogênicos, quando estavam mais inquietos, entre outros.

Infere-se, conforme Borba (2011, p. 448), que “a relação da família com a pessoa com transtorno mental por vezes é tensa, mas quando os sintomas decorrentes do transtorno estão controlados, a convivência pode ser harmoniosa”.

Após o grupo, servia-se o almoço, e às 14 horas as atividades programadas e aquelas propositalmente livres eram retomadas, ou as atividades em grupo, de acordo com o cronograma. No intervalo entre o almoço e o começo das atividades do período vespertino recomendava-se um momento de descanso e repouso aos usuários.

Depois das atividades laborativas, feitas normalmente pela manhã, iniciava o trabalho dos grupos, e quando encerrava a atividade já era o horário do almoço. Logo após tinha o descanso [...] eles levantavam, escovavam os dentes, alguns tomavam banho, e, por volta das catorze horas era feita a medicação da tarde, e logo após começávamos um grupo (Col. 7).

Ao término das atividades do dia, eram feitas as medicações do horário vespertino e lida uma reflexão para todos os presentes. Servia-se o jantar aos usuários, e, por volta das 16h, eles retornavam aos seus lares.

Depois dos grupos, já era o horário que a medicação estava chegando, porque o jantar normalmente é cedo em se tratando de hospital, em torno das dezesseis e trinta ou dezessete horas, e depois finalizávamos o dia com um momento de reflexão (Col. 7).

Refere-se que, além das atividades em grupos, aconteciam os atendimentos individuais especializados pelo médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social ou terapeuta ocupacional, conforme a demanda. Em casos de intercorrências, como crises, surtos ou outros,

era administrada uma medicação de controle ou feito o encaminhamento necessário, dependendo do caso, ao pronto-socorro psiquiátrico localizado na mesma área de abrangência do Hospital Dr. João Machado. O HDEN dispunha de oito leitos para esses casos eventuais.

Outra coisa: o hospital tinha vaga para trinta pacientes, mas não dispúnhamos de trinta leitos. Havia uma quantidade de leitos para uma eventual necessidade, quando um paciente entrava numa crise e precisava ser medicado ou coisa do tipo (Col. 4).

Dispúnhamos de oito leitos (quatro masculinos e quatro femininos), mas destinados a casos específicos, como pacientes em crise ou não que tivesse condições de participar das atividades, eram medicados e ficavam sob vigilância (Col. 5).

Em casos raros, quando o usuário exigia um cuidado maior ou quando não tinha condições de retornar ao seu lar, era encaminhado ao pronto-socorro do HJM, onde normalmente passava o final de semana em observação, com o consentimento da família.

Nos finais de semana se houvesse algum que não tivesse condições de ir para casa, era mandado para o pronto-socorro do Hospital João Machado, onde ficava o final de semana e na segunda-feira retorna para o hospital-dia, mas eram casos raros (Col. 5).

Nesse contexto, havia um diferencial do tratamento oferecido no HDEN, especialmente pela equipe multiprofissional, composta por um grupo interligado onde todos traçavam e planejavam o trabalho de maneira coletiva, na medida em que, mesmo na ausência do profissional responsável para determinada atividade, esta acontecia, dada a sintonia existente entre os membros, pois se configurava como um espaço favorável ao protagonismo dos indivíduos.

Era grupo de profissionais muito afinados, com psicólogos, assistentes sociais, enfermeiro, entre outros, sempre procurando acertar (Col. 10).

Formávamos uma verdadeira equipe. Muitas vezes você era pedagogo, psicólogo, professor de arte; era uma coisa muito bonita! Não era porque algum profissional da equipe faltava que a atividade deixaria de ser realizada (Col. 2).

Assinala-se, também, o acompanhamento do usuário após a alta médica, onde o mesmo levava os medicamentos para uso durante o período de um mês e, nesse transcurso, agendava-se um retorno para uma nova avaliação psiquiátrica. Percebia-se, com isso, um cuidado especial com os usuários, no sentido de evitar reiternações ou até mesmo complicações de seu quadro clínico.

Tínhamos todo um acompanhamento, dávamos alta aos pacientes que saíam com medicação para trinta dias e com seu agendamento de retorno para avaliação psiquiátrica, e, por conseguinte, a continuidade do tratamento [...] (Col. 8).

O paciente saía de alta, mas ficava agendado o ambulatório para ele retornar. Na alta, dava-se medicação para trinta dias e depois ele retornava para a consulta no ambulatório (Col. 12).

O paciente tinha todo um suporte no hospital-dia, mesmo quando ele saía de alta, estava interno, conseguia estabilizar o quadro; o médico dava alta, ele saía, mas tinha o apoio ambulatorial (Col. 13).

Mediante esses depoimentos, observam-se mudanças em direção ao tratamento e plano terapêutico projetado. Mesmo após a alta ou estabilização do quadro clínico do usuário, há uma continuidade do acompanhamento sistemático por parte da equipe, onde destaca-se o papel da intersetorialidade entre os serviços que compõem a rede de atenção psicossocial e os diversos níveis de atenção (BORBA *et al.*, 2011).

Circunscrevendo esse contexto de tratamento, no HDEN a família se propunha a participar efetivamente no tratamento dos usuários, o que contribuía no processo terapêutico, fortalecendo a formação vínculo e uma adesão maior ao acompanhamento. Dessa forma, reconhecia-se a importância desse manejo no processo terapêutico, pois favorecia-se a interligação serviço/usuário/família.

[...] a família era importante para o paciente; e se dispunha a acompanhar o tratamento (Col. 4).

No hospital-dia tínhamos um tratamento diferenciado, porque o paciente não perdia o vínculo com a família, com a vida lá fora – extramuros (Col. 7).

Os alunos ficavam impressionados com as características dos pacientes do hospital-dia, pois tinham mais liberdade e eram mais responsáveis por si, onde se percebia a cidadania neles (Col. 10).

Segundo Cavalhari (2010); Borba *et al.* (2011), destaca-se que a família tem papel de ator social indispensável no processo terapêutico de seu integrante, seja cuidando, acolhendo, incentivando, estando presente, oferecendo apoio e suporte no tratamento. Sendo assim, ela vem sendo convocada a participar efetivamente na agenda de atividades dos serviços de saúde mental, ocupando lugar de destaque no contexto das discussões sobre as políticas de saúde mental no país, diante da Reforma Psiquiátrica (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).



Figura 20 – Imagem de uma atividade lúdica envolvendo usuários e familiares no HDEN
Fonte: Arquivos do HDEN

Assim, no HDEN a família como copartícipe no cotidiano terapêutico contribuía para a efetividade do tratamento, e juntamente com a equipe multiprofissional, instituindo, dessa forma, um tratamento diferenciado prestado. Havia um cuidado especial em manter o usuário em plena atividade, interagindo no ambiente, seja através dos grupos operativos coordenados pelos profissionais ou no próprio atendimento individual oferecido, numa realidade onde as parcerias institucionais também somaram nesse sentido.

4.2.5 A formação de parcerias: o HDEN como campo de práticas curriculares e de ensino

Mediante a consolidação do HD no cenário de atenção em saúde mental no estado, ao longo dos anos surgiram parcerias importantes, especialmente das instituições de ensino superior, em diversas áreas, e que tiveram importante contribuição no processo de qualificação dos profissionais da equipe.

[...] havia uma carência de recursos humanos; e, ao mesmo tempo precisávamos qualificar os funcionários de lá. Desse modo, tivemos a necessidade de buscar apoio para o suporte técnico-especializado desses profissionais, onde começaram a surgir as parcerias (Col. 8).

[...] os estagiários tiveram participação muito importante, principalmente os vindo da UFRN, alunos dos cursos de Música, de Enfermagem e de Psicologia (Col.1).

Entre as instituições parceiras que atuaram no HD, destaca-se a UFRN, sendo esse serviço intermediário pioneiro no estado em receber alunos para desenvolverem atividades e

práticas curriculares. Vários estagiários dos cursos de Graduação em Música, Educação Física, além dos da área de saúde, Enfermagem, Medicina e Psicologia; o que ampliava a possibilidade de se agregar outras atividades na agenda terapêutica.

[...] sendo o hospital-dia o primeiro receber alunos e professores da Universidade Federal do Rio Grande do Norte de vários cursos: música, teatro, dança, entre outros (Col. 8).

No Departamento de Educação Física buscamos um educador físico ou um estagiário que pudesse trabalhar atividade física com os pacientes porque lá não era campo de estágio; e, então, o Chefe de Departamento nos cedeu um voluntário. Do Departamento de Música recebemos estagiários (Col. 1).

Para os cursos de Graduação na área de saúde, especificamente Enfermagem e Medicina, e, posteriormente, a própria pós-graduação em residência médica de Psiquiatria, utilizou-se o HD como campo de práticas de ensino, pesquisa e extensão. Com isso, o aluno tinha uma aproximação, nessa modalidade de serviço, com a dinâmica de atividades em grupos e o trabalho multiprofissional que acontecia.

É importante que o aluno em formação tenha essa vivência, não apenas do paciente psicótico internado, que deve acontecer quando necessário no hospital, sem dúvida, principalmente na crise psicótica [...] (Col. 11)

Aponta-se que a parceria ensino-serviço constitui uma ferramenta valiosa no processo de ensino em saúde, especificamente no campo da saúde mental e psiquiatria com o advento da Reforma, embora também represente um desafio a ser superado pelas instituições de ensino (BRASIL, 2007). O aluno em formação precisa reconhecer e atuar na atual conjuntura da produção dos serviços, despertando, entre outros aspectos, para:

[...] as novas formas de organização das equipes, a transformação dos papéis destinados aos técnicos, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito [...] (BEZERRA JÚNIOR, 2007, p. 246).



Figura 21 – Imagem de alunos do curso de Graduação em Enfermagem da UFRN realizando atividades terapêuticas com usuários do HD
Fonte: MIRANDA (2006).

A vivência acadêmica nesse cenário permite ao futuro profissional a aproximação maior com a agenda terapêutica de um serviço intermediário e substitutivo em saúde mental, além de possibilitar a construção de habilidades e competências para atuar frente às demandas sociais e necessidades exigidas nesse campo.

A partir dessas parcerias, surgiram, dentre outras atividades, o trabalho com musicoterapia, onde se formou inclusive um coral com usuários do hospital. Incentivou-se o exercício da criatividade individual, utilizando-se o artesanato na confecção de objetos ou na expressão artística de cada um.

A musicoterapia foi excelente para os pacientes, e através dessa parceria formamos um Coral do hospital-dia, inclusive com apresentações em outras instituições (Col.1).

No São João, por exemplo, tinha quadrilha, danças, outros momentos trabalhavam peça teatral, atividades manuais. Houve uma parceria com professoras que vieram ensinar a fazer boneca de tecido, pintura (Col. 14).

O HD foi palco do Projeto de Extensão Viva a Vida sem Muros, vinculado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da UFRN, onde aconteciam ações e atividades diversas de educação e saúde voltadas aos usuários desse serviço.

Conforme Miranda *et al.* (2007), primava-se pela participação ativa do aluno no cotidiano do hospital, através das oficinas, grupoterapia, na realização dos cuidados individualizados de enfermagem, no acompanhamento terapêutico com ênfase no Relacionamento Interpessoal, entre outros. Mencionam-se ainda os artigos publicados em anais de eventos de enfermagem (locais, regionais e nacionais) e publicação de artigos em revistas indexadas na área derivados desse importante projeto (MIRANDA *et al.*, 2010)



Figura 23 – Imagem do coral do HD se apresentando durante os festejos natalinos

Fonte: Arquivos do HDEN

Ademais, todas as parcerias formadas pelo HDEN, seja com as instituições de ensino, empresas, ou até mesmo com outros serviços públicos e privados, constituíram-se instrumentos valiosos na condução das atividades. Além disso, possibilitaram uma visibilidade maior da instituição na realidade social local, através do reconhecimento terapêutico das ações desenvolvidas e dos resultados obtidos.

4.3 O PROCESSO DE EXTINÇÃO

No Rio Grande do Norte, entre os anos de 1997, início de 1998 e até os dias atuais, iniciou-se um período considerado de estagnação das propostas de Reforma Psiquiátrica, conforme Paiva e Hamamoto (2007), diante do quadro dos entraves na implementação da rede de atenção psicossocial entre os municípios potiguares; somados aos problemas de ordem política e de planejamento vividos no campo da saúde mental.

Consoante os princípios da Reforma Psiquiátrica, com a Lei Federal 10.216/2001, a Portaria 224/1992 e a Lei Estadual 6.754 de 04/06/1995, no ano de 2006(,) a Secretaria Municipal de Saúde de Natal passou a se responsabilizar pela gestão dos serviços de saúde mental local (BRASIL, 2004). No geral, essas leis e portarias representaram um avanço no processo de Reforma, estimulando os municípios brasileiros a redimensionarem a assistência em saúde mental prestada, no sentido de fortalecer ações de prevenção, promoção e cidadania,

tendo em vista a prerrogativa da diretriz de descentralização defendida pelo SUS (BRASIL, 2004).

O processo de descentralização das ações em saúde traz como enfoque a questão da municipalização no que se refere à gestão político-administrativa em saúde, propondo mudanças significativas nesse sentido. Desse modo, “a rede de serviços passou a ser responsabilidade dos municípios com a possibilidade de serem instituintes de novos modelos de atenção participativos e democráticos, sem perder de vista os princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade” (MIRANDA *et al.*, 2007, p. 477).

Ainda nessa ótica, Paim (1996, p. 489) traz que a municipalização

[...] pressupõe a unificação dos diferentes recursos destinados à saúde, colocando-os sob a gestão do poder municipal, que passa a assumir a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, a organização, a execução, a avaliação e o controle das ações e serviços de saúde na sua área de atuação.

A gestão do Município do Natal, ao assumir o comando desses serviços, optou pela não continuidade do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes, sinalizando, dessa forma, para o processo de extinção do mesmo ainda no ano de 2006. Assinalou-se, então, um episódio de contraposição e protesto entre os envolvidos, marcado pelos sentimentos de dor, choro, medo, angústia, frustração e desamparo por parte dos seus profissionais, usuários e familiares.

Incrível destruir um trabalho que funcionava tão bem. Os pacientes ficaram todos desgarrados (Col. 2).

Quando o hospital-dia fechou fiquei muito frustrado [...] (Col. 3).

O processo de extinção do hospital-dia foi uma dor muito grande! [momento de comoção, choro]. Difícil tanto para nós profissionais quanto para os usuários [...] (Col. 7).

Nesse transcurso, os profissionais que lá atuavam, usuários atendidos, familiares e acompanhantes se viram obrigados a migrar para outros serviços pertencentes à rede de atenção. Apenas foram comunicados que o HD foi fechado e que deveriam buscar atendimento na rede. Recorreu-se ao Ministério Público, através da Promotoria de Saúde, sem êxito.

Lutamos de todas as maneiras, mas não houve acordo [...] fomos, inclusive para uma audiência com a Promotoria Pública, mas decidiu-se que deveria fechar (Col. 12).

Quando fechou, fomos alocados para o Hospital João Machado, onde teríamos que cumprir nossos plantões. Passei a atuar na Ala Masculina, especificamente na segunda enfermaria (Col. 13).

A extinção do hospital-dia foi horrível, um clima lamentável para todo mundo, tanto para os pacientes como para os funcionários, e que ninguém esperava (Col. 15).



Figura 23 – Imagem de um recorte de reportagem que anuncia o fechamento do HD
Fonte: Arquivos do HDEN

Sobre as justificativas associadas, na época, ao fechamento do hospital, mediante e a leitura/interpretação dos depoimentos, remete-se a três consideradas mais evidentes, estruturadas a partir dos subeixos denominados: i) a extinção como medida política de governo; ii) a extinção como questão ideológica de grupos locais; e iii) a extinção como desdobramento do processo de Reforma Psiquiátrica.

4.3.1 A extinção como medida política de governo

No ano de 2006, iniciou-se o segundo mandato da Governadora reeleita, Wilma de Farias, e, por conseguinte, implantaram-se mudanças no contexto das ações político-administrativas nessa nova fase. Em nível de SESAP, alguns serviços de saúde sofreram transformações, outros até mesmo foram extintos.

Partindo dessa conjuntura sociopolítica, associou-se o processo extinção do HD à tomada de decisão do gestor público: na época pertencente ao Estado do RN, e passou a ser responsabilidade do Município do Natal. Considerou-se esse acontecimento como precoce, uma perda para a saúde mental local.

Talvez tenha sido um período onde se fechou vários setores, inclusive no Hospital João Machado. Eles alegaram esses serviços passariam a ser responsabilidade do município. Até certo ponto é coerente, mas o Estado não pode abdicar de suas responsabilidades (Col. 6).

Sobre a questão da extinção, acredito que foi uma decisão do governo e da Secretaria de Saúde da época, não sei os reais motivos ou razões (Col. 14).

Sem dúvidas, houve a perda de um instrumento que dispúnhamos, mas cada gestor público tem uma visão diferente, entendo que poderia ter esperado um pouco mais (Col. 10).

Após a extinção do HD, o então Coordenador Estadual de Saúde Mental, contando com o apoio do Secretário Estadual, conseqüentemente, do governo, instalou uma unidade de Desintoxicação (UD) destinada ao tratamento de álcool de drogas, funcionando no prédio que antes abrigava o hospital.

Eles queriam transformar o hospital-dia em CAPS, mas acabou sendo transformado num hospital para dependentes de drogas. O Secretário apoiou essa ideia, e o hospital-dia passou a ser uma enfermaria destinada para tratar de drogaditos, sendo esta a justificativa dada para a extinção (Col. 5).

O que me falaram foi com relação à questão das drogas, pois tinha a necessidade de um local para tratar essa demanda e que o hospital-dia seria transformado numa clínica de álcool e drogas, e não sei se teria a mesma característica (Col. 10).

Sobre a UD, a Coordenadora Estadual de Saúde Mental, no ano de 2006, durante audiência sobre o fechamento do HD, na Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Natal, declarou que “a partir de fevereiro de 2007, será aberta a Unidade de Desintoxicação”. Assim, destinaram-se recursos humanos e financeiros necessários e procedeu-se a outras adaptações para a efetivação da UD, levando-se em consideração a demanda crescente dos atendimentos voltados aos usuários de álcool e drogas (MIRANDA *et al.*, 2007).

Ademais, destacam-se os incentivos do Ministério da Saúde para esse campo, onde passou a ser considerado o primeiro serviço público nessa modalidade instalado em Natal.

4.3.2 A extinção como questão ideológica de grupos locais

A justificativa associada à extinção do HD adveio da opinião de um grupo contrário ao funcionamento desse serviço, dito radical, do processo de Reforma. Mencionou-se que esse grupo de ideólogos não concebia a existência de um serviço tipo hospital-dia, através de um discurso também contrário ao hospital psiquiátrico.

[...] o processo de extinção começou depois que um grupo dito militante da Reforma Psiquiátrica, fazia discurso pelo... até pelas ruas, dizendo que era para acabarem com a internação, manicômios tinham que fechar todos, os hospitais psiquiátricos (Col. 5).

Quanto à compreensão do processo de extinção do hospital-dia deu-se principalmente devido à discórdia da Secretaria Municipal, de ideólogos da Reforma Psiquiátrica, pois eles entendiam que não deveria existir hospital-dia, apenas CAPS, NAPS, entre outros (Col. 12).

Partindo dessa concepção, esse grupo apoiou o fechamento do HD, por considerar uma proposta contrária à própria Reforma Psiquiátrica, alegando, também, o fato de o mesmo funcionar dentro das instalações HJM.

Em contrapartida, infere-se, conforme Brasil (1996); MIRANDA *et al.* (2007), que o Programa Hospital-Dia, no SUS, constitui uma proposta distinta do modelo assistencial da cultura manicomial baseada na clínica de base transdisciplinar e ética voltada aos usuários com transtorno mental, transcendendo o pensamento hegemônico da prática psiquiátrica e medicalizante.

4.3.3 A extinção como desdobramento do processo da Reforma Psiquiátrica no RN

Outra justificativa para a extinção do HD relaciona-se ao processo de Reforma no RN. O fato de funcionar dentro das instalações de hospital psiquiátrico, no caso[,] anexo ao HJM, contrariava os preceitos defendidos pela própria Política Nacional de Saúde Mental,

A tal Reforma Psiquiátrica acabou sendo uma justificativa para o fim dos novos projetos (Col. 2).

[...] discutiu-se que o hospital-dia não deveria estar funcionando nas dependências de um hospital psiquiátrico. Não fazia parte da Política Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde (Col. 4).

[...] o fato de encontrar-se instalado dentro do Hospital João Machado, e não era permitido atender pacientes nesse mesmo espaço. Por mais que tentássemos

justificar que era um anexo, e os nossos pacientes não tinham contato com os pacientes do Hospital João Machado (Col. 8).

Essa ideia era também defendida pelo grupo de ideólogos anteriormente referidos, pois acreditavam que os serviços intermediários em saúde mental, tipo hospital-dia, localizados dentro de uma estrutura hospitalar psiquiátrica geral influenciariam na terapêutica e assistência oferecidas aos usuários com transtornos mentais e comportamentais. Muito embora, considera-se que o HD vinha tendo bons resultados no trabalho desenvolvido.

O hospital psiquiátrico pode perfeitamente dispor em suas instalações físicas de um hospital-dia ou ambulatório (Col. 6).

Uma justificativa dada quando questionávamos o porquê do fechamento do hospital-dia era o fato de encontrar-se instalado dentro do Hospital João Machado, e não era permitido atender pacientes nesse mesmo espaço (Col. 8).

O fato, por exemplo, de um hospital-dia funcionar no conjunto de uma unidade hospitalar não minimiza a sua validade terapêutica, porque você imagine se esse hospital-dia que vinha dando certo na sua prática fosse ampliado para outras partes ou ampliado na sua forma assistencial para um maior número de pacientes do próprio hospital, mas não chegou a esse momento, até porque foi extinto (Col. 11).

A política de expansão do CAPS no estado acabou favorecendo a extinção do hospital, quando se pregava que: “teria que ser CAPS ou NAPS. Daí agente questionou por que não poderia se tornar um CAPS” (Col. 11). Na contramão dessa justificativa, reforça-se que, durante quase dez anos de funcionamento, o HD prestou atendimento aos portadores de transtornos mentais, com uma média de 1.800 atendimentos efetuados (SESAP, 2006). Nessa modalidade de acompanhamento, os indivíduos são encorajados a retornarem ao convívio social (família, amigos e comunidade) o mais breve possível.

Cabe reforçar que essas três vertentes definidas pelos colaboradores ao resgatarem o processo de extinção do HD reflete diretamente o pensamento e o sentimento de todo o trajeto desse serviço naquela época. Percebe-se, de antemão, a influência e vontade política de representantes da gestão pública, seja em nível estadual, até mesmo municipal, na tomada das decisões na área de saúde (MINISTÉRIO PÚBLICO 2006).

Nesse contexto, emerge uma discussão complexa sobre a lógica de reorganização dos serviços no campo da assistência em saúde mental, dados os elementos que a envolvem, sejam eles políticos, éticos, culturais ou sociais. E, diante das demandas existentes, faz-se necessário que os serviços atentem para a dinâmica do território onde estão inseridos, pois ela

deve nortear as ações a serem elaboradas na atenção em saúde (TONINI; MARASCHIN; KANTORSKI, 2008).

Ressalta-se que o conceito de território deve ser entendido de maneira ampla, não apenas como delimitação de um determinado espaço geográfico estático. Essa visão foi compartilhada e defendida pelo próprio Milton Santos (2002), quando criticou a geografia descritiva e propôs um conceito que engloba as características físicas de uma área, como também os aspectos da dinâmica social, as marcas produzidas pelo homem nesse espaço. Partindo-se dessa definição considera-se o território como objeto dinâmico, vivo de inter-relações (YASUI, 2010).

Pensar na concepção de território em saúde mental significa “aprender a olhar para o território buscando ver e usar os recursos que sempre lá estiveram, ou seja, toda a complexidade da rede de relações e trocas que se pode efetuar com o entorno” (YASUI, 2010, p.4). Nesta tessitura de relações entre sujeitos dotados de subjetividade e confluência de sentimentos, como dor, angústia, sofrimento, a rede de cuidados em saúde mental opera e projeta os serviços e estratégias comunitárias voltados à ressocialização dos portadores de transtornos mentais e comportamentais no seio de suas famílias (TONINI; MARASCHIN; KANTORSKI, 2008).

Destarte, numa audiência pública foi definida uma série propostas assumidas pela gestão estadual no campo da atenção psicossocial, mencionadas no subeixo a seguir.

4.3.4 Dos compromissos assumidos pela gestão após as audiências públicas

No período anterior ao fechamento do HDEN aconteceram várias audiências públicas com a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Natal, onde, na pauta, discutia-se sobre a extinção desse serviço. Numa delas, ano de 2006, estiveram presentes a Coordenadora Estadual de Saúde Mental, a Promotora de Justiça, a então Coordenadora do HDEN, representantes do Sindicato de Saúde e das instituições de ensino que participavam no serviço.

Mesmo diante dos argumentos defendidos pela representante do HDEN, decidiu-se pelo fechamento do hospital, estipulando-se o prazo de 30 dias para encaminhar os pacientes para outros serviços da rede municipal de Natal. Partindo dessa decisão, referiu-se que, com o

apoio da Coordenação Municipal de Saúde Mental, os pacientes antes atendidos no HDEN passariam a receber atendimento na Policlínica da Ribeira².

Participamos de audiências públicas [...] tive o apoio do SINDSAÚDE, dos professores que utilizavam o hospital-dia como local de estágio e formação de alunos. Mas, foram incisivos, bateram o martelo e deram trinta dias para fechar o hospital e encaminhar os pacientes para outros serviços, numa decisão autoritária, sem chances reivindicações (Col. 7).

A Coordenação reconhece os bons resultados do serviço hospital-dia, mas não se adequa às responsabilidades estaduais em saúde mental [...] se estabeleceu um compromisso entre a Coordenação Estadual e Municipal de Saúde Mental para incorporação desses pacientes na rede básica [...] com a alta os pacientes serão atendidos na Policlínica da Ribeira. A Coordenação reitera que está assegurado a assistência aos vinte e cinco pacientes do hospital-dia, especialmente no Ambulatório da Policlínica da Ribeira (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2006).

No que se refere à gestão municipal de Natal, projetou-se para o ano de 2007 a ampliação do quantitativo de CAPS instalados, a criação de uma residência terapêutica, além disso, passaria a se responsabilizar pelo atendimento realizado no ambulatório do HJM.

[...] dentro do Município de Natal existe uma política de ampliação de CAPS [...], previsão para abertura ainda em 2007 de uma residência terapêutica e dois CAPS III e o II leste, que passarão para III [...] Natal vai assumir o ambulatório de Saúde Mental do João Machado também em 2007 (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2006).

Partindo desses principais compromissos e projeções feitas após a extinção do hospital-dia, sentiu-se a necessidade de caracterizar, de modo geral, a situação sociopolítica imediata deflagrada naquele momento.

4.3.5 O cenário imediato pós-extinção do HDEN

A partir da extinção definitiva do HDEN, implantou-se a Unidade de Desintoxicação (UD) para usuários com uso abusivo de álcool e drogas, sob o lamento dos seus usuários, profissionais e portadores de transtornos mentais e seus familiares. E, como principal medida efetiva tomada dos compromissos assumidos na audiência com a Promotoria Pública, teve-se a criação provisória de um ambulatório médico destinado aos ex-usuários desse serviço, que funcionava nas instalações do HJM.

²Também denominado Centro Clínico da Ribeira, constitui um serviço público ambulatorial de referência municipal no atendimento multiprofissional de diversas especialidades, como saúde mental, saúde do trabalhador, entre outras.

Foi até organizada uma forma de atendimento tipo ambulatorial para que eles não ficassem desassistidos totalmente de imediato, mas, esse suporte não ficou sistemático, apenas nos primeiros meses da extinção (Col. 4).

O período compreendido entre os anos de 2006 e 2009 configurou-se num momento de crise municipal e estadual no campo da saúde mental. A rede de atenção ainda passou por um processo de estruturação e mudanças, dada a necessidade crescente de se expandir o quantitativo de CAPS e serviços especializados disponíveis.

Sucederam-se protestos promovidos pelas classes de profissionais, como sindicatos, conselhos, entre outros. Num deles, houve a simulação de um velório da saúde do estado nas dependências do HJM, após a extinção do HDEN.



Figura 24 – Imagem de protesto contra o fechamento do Ambulatório de Psiquiatria que funcionava no HJM organizado pelo Sindicato dos Servidores da Saúde do RN. Fonte: Tribuna do Norte (2000).

O HJM sofreu intervenções do Conselho Regional de Medicina face a problemas físicos constatados na sua estrutura, que ofereciam riscos aos pacientes e profissionais de saúde, inclusive teve seus atendimentos e atividades suspensas por alguns dias. Destaca-se que o HJM, estrutura que abrangia o HDEN, foi construído nos anos de 1950, e até hoje poucas reformas ou investimentos no suporte técnico e de recursos se destinaram nesse sentido.

Em contrapartida, evidenciou-se que nem todos os ex-usuários do hospital-dia foram encaminhados para a Policlínica da Ribeira. Compromisso assumido pela Coordenadora de Saúde Mental em audiência pública, sob a alegação de não ter vagas para atender essa demanda.

Então muitos familiares chegavam para mim no pronto-socorro e questionava, queria saber: olha quando fechou o hospital-dia, vocês não foram encaminhados para a Ribeira? Não teve um compromisso dizendo que vocês iam ser atendidos no Centro Clínico da Ribeira? E, eles diziam: “Doutora agente ia lá, fila de espera, não tem vaga não! Não tem médico não! Não tem psiquiatra para atender não! Não tem remédio não!” (Col. 7).

Muitos desses ex-usuários do HD escreveram sua história na página da crononificação do transtorno mental, à medida que passaram do internamento semi-integral para o integral, agora sendo acompanhados no HJM, alguns apresentando surtos psicóticos graves.

O que mais marcou foi quando voltei a trabalhar no Hospital João Machado, dando assistência na enfermaria dos crônicos residentes e no pronto-socorro, foi ver os nossos pacientes que há oito, dez anos não iam para o internamento integral, começavam a aparecer no pronto-socorro em surtos graves (Col. 8).

Assim, considera-se o período pós-extinção imediata do HDEN como um retrocesso na medida em que a ampliação dos serviços substitutivos e intermediários em saúde mental eram objeto de planejamento. Destarte, a população local assistida pelo serviço acabou sendo a mais prejudicada, dada a quantidade reduzida de serviços disponíveis na rede local e pela não continuidade das medidas tomadas pela gestão municipal, como o ambulatório que funcionava dentro do HJM.

4.4 A SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE NATAL: “UMA ETERNA BRIGA IDEOLÓGICA”

O período que sucedeu a extinção do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes, dos anos de 2006 até os dias atuais, delineou-se como um momento de verdadeira crise política e de identidade no campo de atenção em saúde mental e psicossocial, onde se assinalou um verdadeiro confronto de ideologias por parte dos que fazem e representam a saúde mental no Estado do Rio Grande do Norte.

De um lado, tem-se uma corrente de pensamento constituída pelos profissionais, especialmente psicólogos, ditos precursores desse movimento em terras potiguares, que defende o pensamento radical do processo de Reforma, alicerçado em bases ideológicas puramente teóricas. Contrapõe-se diretamente aos preceitos da clínica médica psiquiátrica e à estrutura hospitalar. Do outro, a corrente de pensamento representada pelos médicos

psiquiatras que defendem o modelo de assistência psiquiátrica, alicerçado nas bases clínicas e da psiquiatria moderna. Esse grupo concebe o hospital como espaço necessário para o cuidado ao portador de transtorno mental e comportamental.

Vejo a Saúde Mental em Natal como uma eterna briga ideológica; pois se levanta a bandeira pela luta antimanicomial, desospitalização, movimento contra o hospitalocentrismo, uma luta política, ideológica [...] (Col. 8).

Os ideólogos da Reforma Psiquiátrica acham que a doença mental pode ser tratada sem o psiquiatra, devendo, pois, ser descartado, conseqüentemente a figura do hospital também (Col. 5).

A dualidade encenada pelas duas correntes, remonta aos estudos de Foucault (1979) na obra *Microfísica do poder*, onde discute o conceito de poder como prática, estabelecido nas relações que se exercem na sociedade moderna, nas verdades subjacentes aos instrumentos de dominação do saber, considerado “verdade”. Evidencia-se, nesse caso, a perspectiva do poder como disputa, relação de força e afrontamento.

Consonante essa realidade, consideram-se as ressonâncias e reflexos diretos dessa crise para os seus municípios. Em Natal, o atual contexto de atenção em saúde mental sinaliza para esse quadro de confronto ideológico, evidenciado pela falta de integração com as políticas estatais nessa área e pela escassez de estratégias concretas para a melhoria da assistência aos usuários e seus familiares.

Atualmente percebo que a Saúde Mental do Município de Natal deveria ser pensando enquanto política pública, integrada com o Estado. Temos que entender que o SUS é integral, sem distinções do tipo esse serviço é municipal, aquele é estadual, devem ser integrados (Col. 6).

[...] não há uma preocupação concreta com o paciente (Col. 8).

Num episódio mais recente desse embate, no ano de 2011, após a posse da Governadora Rozalba Ciarline, houve intensas discussões para as indicações de pessoas para assumir os cargos administrativos e chefia nessa gestão. Desse modo, o grupo favorável ao fechamento do Hospital Dr. João Machado queria indicar possíveis nomes para assumir a coordenação desse serviço. Mas, após reunião com o novo Secretário Estadual de Saúde, optou-se que esse grupo indicaria os coordenadores dos CAPS, sem interferir no destino do hospital.

[...] até para assumir a direção agora nessa nova gestão da Governadora Rozalba Ciarline foi um problema. O grupo que queria a extinção do hospital, ao mesmo tempo queria colocar diretores lá dentro, uma incoerência, como se quer fechar e pensa-se em colocar pessoas a frente do serviço. O pessoal mais antigo não aceitou. O Secretário convocou a reunião e disse: “Vocês ficam com os CAPS, e o pessoal do João Machado fica lá.” (Col. 5).

A rede de atenção psicossocial formatada para o município enfrenta entraves consideráveis, especialmente ligados ao reduzido quantitativo de serviços e equipamentos disponíveis, diante da alta demanda de usuários e escassez de recursos humanos. Dessa forma, o cuidado prestado acaba não acontecendo de maneira satisfatória ou simplesmente esse cuidado é negligenciado.

A rede de saúde não recebe o paciente quando tem alta daqui [Hospital João Machado], e muitas vezes não encontra o atendimento que deveria e que gostaríamos que tivesse, devido à demanda grande (Col.1).

A Saúde Mental no Município de Natal em relação à política nacional caminha muito devagar, levando-se em consideração o número de pessoas com problemas mentais (Col. 10).

O paciente sai e ele fica largado, solto, voltam aqui. Outro dia, chegou uma paciente que recebeu alta há uns quinze dias, totalmente descompensado. O paciente sai sem suporte e apoio (Col. 15).

Diante da complexidade que envolve o cuidado em saúde mental, Cardoso e Galera (2011) ressaltam que este não pode se restringir unicamente ao controle de sintomas ou redução de riscos para internação, mas deve envolver também os aspectos sociais, políticos e emocionais relacionados ao próprio adoecimento mental. Considera-se a necessidade de um acompanhamento a longo prazo do usuário com transtorno mental e comportamental no processo de assistência, com vistas à sua reabilitação e interação psicossocial.

Imbuídos pelo debate sobre a Saúde mental no Município do Natal/RN, os colaboradores do estudo enfatizaram diversos aspectos relevantes presentes nesse cenário. Precedendo-se à leitura e análise exaustivas das narrativas obtidas, sistematizou-se para este eixo temático quatro subeixos que compreendem os principais pontos relevantes para compreender como a extinção de um serviço intermediário afetou a rede de saúde mental do município em estudo, a saber:

i) *A rede de atenção psicossocial em Natal/RN: avanços e desafios* – tecem-se reflexões em torno dos serviços substitutivos, as ampliações e entraves atuais da rede municipal;

ii) *O Hospital Dr. João Machado: o serviço “portas abertas”* – identificam-se as dificuldades vividas pelo hospital geral de referência estadual no atendimento em saúde mental;

iii) *As demandas prevalentes de álcool e outras drogas* – menciona-se sobre a questão da elevada demanda de usuários de álcool e outras drogas que procuram os serviços locais;

iv) *A atenção básica: “o nó da questão!”* – incita o debate em torno da falta de articulação entre a rede de serviços básicos com os de atenção psicossocial.

4.4.1 A rede de atenção psicossocial em Natal/RN: sobre os poucos avanços e os muitos desafios

O atual formato e constituição da rede de serviços da atenção psicossocial e saúde mental do Município do Natal/RN, entre os mais de 20 anos decorrentes do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, amarga mais desafios do que conquistas efetivas, conforme os relatos dos colaboradores deste estudo. Dentre esses serviços, focalizou-se sobremaneira a figura dos CAPS instalados, nas suas diversas modalidades, e, onde, portanto, a criação de novos centros foi considerada o principal avanço mencionado.

[...] o surgimento de novos CAPS considero um avanço. Foi criado mais um CAPS, o III, inclusive com atendimento vinte e quatro horas, com oito leitos, vai ajudar acredito (Col. 1)

Considero que evoluímos em alguns aspectos, tanto em nível de capital e estado, mas ainda temos muito chão pela frente [...] depende dos investimentos dos gestores (Col. 9).

Quantos aos desafios ligados aos CAPS destacaram-se elementos referentes aos profissionais de saúde atuantes, a distribuição, operacionalização e abertura, a saber:

a) A falta e/ou presença irregular dos profissionais médicos psiquiatras nos centros; em alguns casos, como no CAPS III, voltado ao atendimento das urgências/emergências psiquiátricas, o psiquiatra fica de sobreaviso:

Os CAPS nem sempre dispõem de psiquiatras ou outros têm eventualmente, então não posso classificar como serviço de boa qualidade (Col. 6).

Anuncia na imprensa: agora o CAPS III vai funcionar vinte e quatro horas, podendo fazer internamento; só que não tem psiquiatra plantonista noturno, nem no final de semana. Esse profissional só trabalha diurno, de segunda a sexta-feira, aos sábados, domingos, feriados e noturno ficam de sobreaviso porque não tem recursos humanos suficientes (Col. 8).

[...] querem que os CAPS funcionem sem o psiquiatra, e, parte daí a questão da extinção do Hospital-Dia, da Casa de Saúde Natal e o João Machado vivendo aquele caos (Col. 5).

b) O número insuficiente de CAPS instalados, diante da grande demanda, e, por conseguinte, tem-se a falta de vagas:

Tem-se os CAPS, mas com poucas vagas para a demanda muito grande. O paciente até se identificam com os CAPS, mas não conseguem vaga (Col. 14).

Os CAPS estão superlotados, encharcados com a demanda (Col. 15).

c) As dificuldades para implantação de CAPS nos municípios de pequeno e médio porte, quando se opta pela realização de um consórcio para sua implantação:

Para se abrir um CAPS, segundo a portaria tem-se o critério do número de habitantes. Portanto, uma cidade de interior, tipo São José de Mipibú, com quarenta mil habitantes. Como ela não preenche o critério de abertura, então esse serviço passa a ser consorciado entre municípios, mas em contrapartida têm que dar assistência às cidades adstritas (Col. 8).

Nesse sentido, remonta-se à necessidade de maiores investimentos por parte do poder público nesses serviços voltados à superação de entraves, qualquer que seja a natureza, se política, organizacional ou até mesmo financeira, que, muitas vezes, comprometem a qualidade do trabalho desenvolvido. Conforme Miranda e Onocko-Campos (2010), a configuração proposta para a rede de atenção psicossocial no Brasil define os CAPS como referência no atendimento SUS aos usuários com transtornos mentais e comportamentais, considerando-se, para tanto, o cumprimento de seus preceitos básicos como resposta às demandas de saúde pública, através de prestação de uma assistência clínica pautada no acolhimento e no processo de resgate da subjetividade e singularidade humanas.

Ainda em torno dos desafios enfrentados pela rede de atenção psicossocial, listaram-se, também, problemas relacionados aos serviços de ambulatórios em saúde mental, onde se questionou a quantidade insuficiente; a demora na marcação de consultas, agravada pelo crescimento da procura, tendo em vista a extinção de outros serviços da rede; além do seu funcionamento pouco satisfatório.

Não temos ambulatórios suficientes, pois qualquer atendimento em saúde deve dispor dessa modalidade assistencial que se propõe a prevenir e tratar, levando-se em consideração que quando se trata uma depressão se previne uma recaída (Col. 6).

Os ambulatórios de psiquiatria continuam não existindo, há demora na marcação da consulta, para o acompanhamento; teve o fechamento de cem leitos da Clínica Santa Maria que agravou mais ainda o problema (Col. 8).

A informação que se tem é de que a rede ambulatorial não tem funcionado de uma forma satisfatória (Col. 11).

Destarte, reforça-se a necessidade de promover um diálogo intersetorial entre os diversos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial e saúde mental do Município do Natal, como os CAPS, os ambulatórios, as residências terapêuticas, e o próprio Hospital Dr. João Machado, dados os poucos avanços conseguido nos últimos anos. Deve-se, a partir de então, concentrar esforços em direção às novas demandas assistenciais emergentes advindas com o aumento do contingente populacional e os poucos investimentos financeiros destinados nesse campo.

4.4.2 O Hospital Dr. João Machado: o serviço “portas abertas”

Dentre o conjunto de serviços que compõem a rede de atenção em saúde mental no Município do Natal, o Hospital Dr. João Machado atua na regulação do fluxo das urgência/emergências psiquiátricas juntamente com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Além disso, por ser um hospital de referência estadual, presta também atendimentos a outros municípios.

O Hospital João Machado dá apoio, assistência ao Município de Natal e de todas as cidades do interior do Rio Grande do Norte, pois a maioria dos municípios não dispõe de serviço de saúde mental (Col. 7).

Se antigamente, há trinta anos as pessoas já vinham encaminhadas para Natal, imagine hoje quando não se dispõe de profissionais com experiência para tratar de doentes mentais [...] (Col. 5).

A partir das mudanças implantada no cenário de Reforma Psiquiátrica nacional, no HJM houve o processo de redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, além do processo de desinstitucionalização, que prevê a extinção progressiva desses serviços. Em contrapartida não aconteceu uma ampliação significativa nos serviços e estratégias de saúde mental municipais.

Soma-se ainda o fechamento de outros serviços como a Clínica Santa Maria³, que possuía leitos cadastrados no SUS.

[...] a Reforma Psiquiátrica tem como preceito a Desinstitucionalização, e isso quer dizer, progressivamente, a extinção de hospitais psiquiátricos, tipo o Hospital Dr. João Machado. Então esse sonho, pois diria assim, de progressivamente o hospital psiquiátrico progressivamente acabar, acho que não está muito próximo (Col. 4).

Com o fechamento da Casa de Saúde Santa Maria estão superlotando o Hospital João Machado, ocasionando um verdadeiro caos na assistência em saúde mental (Col. 13).

O Hospital João Machado diminuiu o número de leitos devido às portarias editadas, com o novo comando da Psiquiatria no Brasil. Hoje, estamos somente com a Casa de Saúde Natal, privada, e o Hospital João Machado, público, vivendo uma situação polvorosa a todo tempo [...] (Col. 5).

Partindo dessa realidade, Ramos, Guimarães e Enders (2011) incitam que: “faz-se necessária a construção de uma rede de alternativas à internação psiquiátrica, compatível com as necessidades dos pacientes que estão sendo devolvidos ao convívio familiar e social”.

Nesse contexto, o HJM vive hoje uma situação caótica, dado o fato de que grande parte dos usuários da rede local passou a buscar assistência onde encontram alguma resposta para sua demanda, considerado, dessa forma, o serviço “portas abertas” do sistema. Assim, forma-se uma verdadeira fila de usuários aguardando vaga dentro do próprio pronto-socorro do hospital.

[...] e como eles não têm essa resposta, terminam indo para onde tem as “portas abertas”, o hospital, onde tem uma resolutividade (Col. 4).

Se for para o João Machado agora vai encontrar dez, trinta até quarenta pacientes esperando uma vaga, que na realidade é outra incoerência, como alguém está dentro do hospital e não se encontra internado? (Col. 5).

Uma questão também preocupante referente ao HJM diz respeito à prevalência de usuários de álcool e outras drogas internados, pois o município dispõe de poucos serviços para atender essa demanda. Algumas vezes, acontecem até mesmo episódios de agressão entre eles, ou, em alguns casos, desencadeia-se o processo de dependência em outros usuários.

³A Clínica de Saúde Santa Maria era um serviço de saúde privado que prestava de serviços ao SUS na área de psiquiatria localizado no Município de Natal/RN. Devido a inúmeras denúncias de maus-tratos aos usuários e as péssimas condições de funcionamento, em fevereiro do ano de 2011, os leitos psiquiátricos foram descredenciados pelo Ministério da Saúde, numa iniciativa apoiada pelo Ministério Público e pela gestão local.

Temos um único hospital psiquiátrico que sofre hoje com o sério problema das drogas, especialmente o *crack*. O que acontece? O paciente chega apresentando crise de abstinência tende a agredir os outros pacientes dentro do hospital, e muitas vezes, termina até viciando os outros pacientes (Col. 8).



**Figura 25 – Imagem de um protesto realizado pela categoria de médicos, com o apoio do Sindicato de Médicos do RN em frente ao Pronto-Socorro do HJM
Fonte: Sinmed (2011).**

Hoje a demanda de transtorno mental puramente não é tão grande, o que prevalece é a questão do álcool e drogas (Col. 4).

Ultimamente a demanda maior no pronto-socorro do Hospital João Machado é de álcool e drogas, não é saúde mental. Às vezes estamos com quarenta pacientes, e desses trinta é álcool e drogas, que ocupa o lugar dos doentes mentais (Col. 14).

Contudo, observa-se a necessidade de reavaliação do papel do HJM dentro da rede de atenção em saúde mental, tanto em nível de Natal como no próprio Estado do RN, considerando sua atuação frente às demandas de urgência/emergência psiquiátricas. Desse modo, preconiza-se a redução do tempo de internação e permanência do usuário no hospital. O acompanhamento de casos específicos, como de álcool e outras drogas ou demandas como receitas médicas, exige maior articulação com os outros serviços da rede, como os CAPS, ambulatórios e a própria atenção básica.

4.4.3 A atenção básica, “o nó da questão”

Outra discussão destacada nas histórias dos colaboradores deste estudo sobre os entraves para efetivação da rede de atenção psicossocial e saúde mental no Município de Natal/RN diz respeito aos serviços de atenção básica, num quadro marcado pela falta de

estrutura e preparo para o atendimento ao usuário de transtorno mental e comportamental, dita o *nó da questão*.

A atenção básica municipal deveria estar preparada e estruturada para dar suporte no atendimento ao portador de transtorno mental. Hoje, ainda acho que, apesar dos mais de vinte anos de Reforma Psiquiátrica, os municípios ainda não estão preparados (Col. 9).

O nó da questão está na rede básica! Se o serviço de referência que absorvia a maior parte não está funcionando, imagine sem a rede básica (Col. 5).

No âmbito da intersetorialidade no contexto da rede de atenção psicossocial, a atenção básica, sob a configuração da Estratégia Saúde da Família (ESF), atua como um importante ponto de apoio no desenvolvimento de ações em saúde mental. Na realidade brasileira, composta por municípios de pequena e média densidade populacional, a ESF assume o papel central na assistência psiquiátrica, embora continue sendo um segmento da saúde pública que concentra poucos investimentos financeiros e sofre com a escassez de recursos humanos qualificados para atuarem nesse campo (HIRDS, 2009; FIGUEREDO, 2009).

Grande parte das demandas de usuários que procuram o HJM poderia ser resolvida em nível de ESF, ou até mesmo do próprio CAPS, como nos casos de entrega de receitas e atestados médicos, consultas, entre outras. No entanto, tais casos acabam contribuindo para o problema da superlotação do pronto-socorro desse hospital.

O fato é que a nossa demanda, na sua grande maioria, não era para estar procurando o Hospital João Machado, porque são casos que não diz respeito a um hospital de nível terciário; tais como receitas médicas (não conseguem atendimento na atenção básica); atestado; pacientes que não estão em crise e que merecessem um internamento integral; enfim pacientes que precisaram de um atendimento em nível de assistência básica, como PSF, CAPS, entre outros (Col. 4).

Mediante essa falta de interlocução entre os serviços que compõem os diversos níveis assistenciais, sejam eles primários, secundários ou terciários, evidencia-se o usuário sem saber onde recorrer, e, na maioria das vezes, a única opção é o HJM. Tal fenômeno desencadeia uma série de reinternações e um descompasso no acompanhamento terapêutico.

Então se a rede básica não funciona, para onde o paciente vai? Para o João Machado, ele vai procurar assistência onde tem. Chegando lá é medicado, às vezes não tem onde ficar, daí volta para casa, ou quando chega em casa tem um novo surto (Col. 5).

Com vistas à superação dessas assimetrias, Ribeiro (2007); Reinaldo (2008); Camargo Júnior *et al.* (2008) reforçam que a reforma psiquiátrica, através das Equipes Matriciais de Referência, busca qualificar e fortalecer as ações em saúde mental realizadas em nível de atenção básica, através da articulação entre os equipamentos de saúde mental e as unidades de saúde da família, num processo de corresponsabilização da assistência aos usuários com transtornos mentais e comportamentais.

Mediante as estratégias de matriciamento e o próprio Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que dispõe de especialidades como psiquiatria, psicologia, terapia, entre outras, as equipes da ESF passaram a dispor de um apoio profissional diversificado, objetivando a melhoria das intervenções realizadas e a redução dos encaminhamentos em grande parte dos casos (RIBEIRO, 2007; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Portanto, nesta discussão em torno dos entraves existentes entre a rede psicossocial e a rede básica, reforça-se a necessidade do diálogo intersetorial no conjunto de ações desenvolvidas, no sentido de fortalecer cada vez mais o cuidado humanizado em saúde mental, contribuindo no processo de reinserção social e familiar dos usuários com transtornos mentais e comportamentais nessa realidade.



*Considerações
sobre o trajetória*

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a instituição da Constituição Federal e a elaboração do Sistema Único de Saúde, projetaram-se novas políticas públicas no campo da saúde no Brasil, pautadas no respeito aos direitos humanos e no resgate da cidadania dos indivíduos e coletividade. Desse modo, os movimentos sociais avançaram em direção à problemática dos transtornos mentais, tendo em vista o cenário de violência e segregação instaurado com o modelo asilar/manicomial, que perdurou durante décadas.

Na arena dos debates ensejados pela sociedade, a Reforma Psiquiátrica – movimento de bases sociopolíticas e culturais – propôs a extinção do manicômio e a humanização das práticas assistenciais repressoras destinadas ao portador de transtornos mentais e comportamentais naquela época, o que eclodiu sob reflexos do cenário internacional de reformas no campo psiquiatria, a exemplo de países europeus, como França, Inglaterra, Itália, Espanha. O modelo tradicional do cuidado em saúde mental, num primeiro momento, foi marcado pela presença da família. E, posteriormente, com a criação do hospital e da psiquiatria, teve-se o médico e o enfermeiro com a terapêutica da medicalização.

Nos últimos anos adensaram-se novas bases terapêuticas para o tratamento, agora com bases comunitárias. Incorporaram-se as psicoterapias e os conceitos da psicanálise e psiquiatria moderna, onde o trabalho passou a agregar outros profissionais, entre eles, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

Gradativamente, os manicômios, colônias e asilos deram lugar aos serviços substitutivos e intermediários entre as modalidades de atendimento em saúde mental, dentre eles, os CAPS, HD, Residência Terapêutica, Ambulatório de Saúde Mental, em conjunto articulado com outras estratégias e equipamentos sociais da própria comunidade, como escolas, sindicatos, associações, compondo a atual rede comunitária de atenção psicossocial de saúde mental. Tal rede vem se expandindo entre os municípios brasileiros, graças os incentivos do governo federal com a Portaria 224/1992, a Lei Federal 10.216/2001, somados aos debates encenados nas quatro conferências nacionais de saúde mental.

O desenho formatado a partir dessa nova lógica estruturante dos serviços de saúde mental no país apresenta reflexos diretos do modelo de gestão e da política pública historicamente adotada. Nessa direção, ampliaram-se os espaços sociais de debate sobre o processo de Reforma Psiquiátrica vivido, quando se remontam os múltiplos cenários de práticas e ações em saúde efetivadas entre os estados e municípios, frente às conquistas e desafios perseguidos nesses mais de 20 anos de lutas.

Consoante essa conjuntura alvissareira, a Reforma no Estado do Rio Grande do Norte sinalizou rumo à implantação de serviços intermediários e substitutivos, especialmente em meados dos anos de 1990. Um exemplo foi a instalação de um hospital-dia psiquiátrico no Município do Natal, em 1996, o primeiro e único nessa modalidade, nomeado de Hospital-Dia Dr. Elger Nunes. Entretanto, o contexto de mudanças advindas com a municipalização dos serviços de saúde mental e a decisão da gestão local culminaram com a sua extinção precoce no ano de 2006, configurando-se um episódio que desponta na contramão da Reforma Potiguar.

A análise dos depoimentos evidenciou-se a condição política da gestão local, não só no que diz respeito ao trajeto de criação do HD quanto no próprio processo de extinção. Quanto à criação, esta se deu numa fase de transição do governo estadual, partilhando do sentimento de um grupo de profissionais que projetava mudanças para a saúde mental local através da instalação do primeiro serviço intermediário na modalidade hospital-dia, entre eles os médicos psiquiatras Elger Nunes e Douglas Sucar. Firmou-se um compromisso para a constituição do projeto, destinando-se os recursos necessários para materialização do hospital.

Na escolha do local que abrigaria o HD, optou-se por utilizar a estrutura física do Hospital Dr. João Machado, hospital psiquiátrico de referência estadual, pois demandaria menos gastos financeiros e os recursos humanos poderiam ser remanejados. Tal fato acabou gerando contratempos com a gestão municipal na época, especificamente com o Secretário de Saúde, que queria transformar o projeto do HD para execução de um CAPS, dado o momento vivido de instalação dos NAPS/CAPS em Natal, mas essa ideia não foi levada a frente. Outra controvérsia assinalada ocorreu pelo fato do HD funcionar dentro da estrutura física do hospital psiquiátrico.

Depois de alocados os recursos e definido o local, nomeou-se oficialmente um dos idealizadores desse projeto, o médico Elger Nunes, para coordenar as obras e as atividades nesse percurso inicial do hospital, no ano de 1995; e, no dia de sua inauguração, em abril de 1996, em sua homenagem, denominou-se Hospital-Dia Dr. Elger Nunes. Para compor a equipe, convidaram-se os profissionais, a maioria oriunda do HJM.

A trajetória inicial do HD foi marcada por dificuldades relacionadas ao fato de ser o precursor dessa modalidade no estado; ao período de transição de governo; da equipe ainda reduzida de profissionais; além de não dispor de orçamento e recursos financeiros próprios, gerando dúvidas, questionamentos e a necessidade de fazer visitas técnicas a outros serviços intermediários exitosos no intuito de comparar e conhecer a dinâmica de seu funcionamento.

O funcionamento compreendia os horários das 7 às 17 horas, nos turnos matutino e vespertino, onde os usuários faziam as refeições do café da manhã, almoço e jantar. Aos poucos, com o empenho dos profissionais e o reconhecimento da comunidade pelo trabalho realizado, o HD expandiu suas atividades, houve um incremento no quantitativo de recursos humanos atuando na equipe, além de parcerias que surgiram.

Nesse cenário, referem-se o apoio da UFRN, sendo o HD intermediário pioneiro no estado em receber alunos dos cursos de Graduação em Música, Educação Física, Enfermagem, Medicina e Psicologia para desenvolverem atividades de práticas curriculares, projetos de pesquisa e extensão, a exemplo do Projeto de Extensão Viva a Vida sem Muros, operacionalizado por professores e alunos do Departamento de Enfermagem da universidade, além de outras instituições de ensino superior e técnico do Município do Natal/RN.

Sobre o processo de extinção, com a efervescência da descentralização no contexto do SUS, sob o viés da municipalização das ações e serviços públicos de saúde, no ano de 2006 a gestão do Município do Natal, ao assumir o comando de alguns serviços, optou pela não continuidade do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes. Na ocasião, sinalizou-se para a gestão estadual o processo de extinção do mesmo ano de 2006. Ao ser deflagrado, acelerou um movimento de contraposição e protesto entre os envolvidos no seio do próprio HD e nas instâncias executoras e administrativas locorregionais e ministeriais, culminando na audiência pública na Promotoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte, onde foram ouvidas as partes envolvidas, de um lado a Coordenadoria Estadual de Saúde Mental, do outro os profissionais do HDEN, porta-vozes dos usuários e familiares, ao abrigo e apoio dos sindicatos da saúde. O resultado contrariou os profissionais, usuários e familiares, pois deferiu-se pelo fechamento das atividades do HDEN.

Os usuários de transtornos mentais e seus familiares, alguns com dez anos de utilização do serviço, foram orientados a buscar a continuidade do tratamento na rede de saúde mental municipal, que, a mais das vezes, enfrentava dificuldades com os problemas locais, tais como: escassez de serviços, falta de articulação com a rede básica de saúde, além do próprio estigma e preconceito social. Além deles, os profissionais que lá atuavam foram remanejados para outros serviços da rede, especialmente no HJM.

No que se refere às justificativas associadas ao fechamento do hospital, os depoimentos remeteram a três aspectos: a) o processo de extinção como medida política de governo, quando se levou em consideração a demanda de usuários de álcool e outras drogas no Município do Natal, e decidiu-se implantar no lugar do HDEN uma Unidade de

Desintoxicação voltada a esse público específico; b) o processo de extinção como questão ideológica de grupos locais, referente à contraposição de determinados profissionais, considerados ideólogos da Reforma, e que se posicionaram a favor do fechamento do HD; c) o processo de extinção como desdobramento do processo de Reforma Psiquiátrica, ligado ao fato de o HD funcionar dentro das instalações do HJM e à própria política de expansão dos CAPS no município.

Após a extinção definitiva do HDEN, no seu lugar implantou-se a Unidade de Desintoxicação para usuários com uso abusivo de álcool e drogas. E, como principal medida efetiva tomada pelo poder público local, houve a criação provisória de um ambulatório médico destinado aos ex-usuários desse serviço, que funcionava no próprio HJM, mas que durou pouco tempo.

No cenário imediato pós-extinção do HDEN, dentre os compromissos assumidos entre gestão estadual e municipal durante a audiência pública, garantiu-se o acompanhamento de todos os ex-usuários do hospital-dia pela Policlínica da Ribeira. De fato, diante da grande demanda dos usuários, na já então reduzida rede de serviços municipal, não houve a possibilidade de um acompanhamento sistemático deles pela rede. Sucedeu-se, contudo, um momento de crise no campo de atenção em saúde mental e psicossocial, acirrada pelo confronto de ideologias entre grupos de profissionais atuantes nesses serviços.

A atual saúde mental formatada no Município do Natal e no RN, de acordo com os colaboradores, enfrenta problemas especialmente ligados ao reduzido quantitativo de serviços e equipamentos disponíveis, à alta demanda de usuários e escassez de recursos humanos qualificados para compor esses serviços. No cerne desses entraves e desafios vividos, delinear-se três subeixos prevalentes nas narrativas dos colaboradores.

No primeiro subeixo destacou-se *a rede de atenção psicossocial em Natal e no RN: avanços e desafios*, referindo-se os avanços e entraves dos serviços substitutivos na atual rede municipal. Como avanço, destaca-se a ampliação dos CAPS, tanto em nível municipal quanto no próprio estado. Entre os desafios elencados, enumeraram-se: a falta e/ou presença irregular dos profissionais médicos psiquiatras nos centros; o número insuficiente de CAPS instalados, diante da grande demanda; as dificuldades para implantação de CAPS nos municípios de pequeno e médio porte, na realidade estadual, por ser a densidade populacional uma exigência para sua instalação.

No segundo subeixo refletiu-se sobre *o Hospital Dr. João Machado: o serviço “portas abertas”*. Identificaram-se dificuldades vividas pelo hospital, referência estadual no

atendimento psiquiátrico e em saúde mental, dentre elas: o número expressivo de usuários que procuram atendimento no hospital, onde, muitas vezes, formam-se verdadeiras filas aguardando vaga dentro do próprio pronto-socorro do hospital; e a crescente e notória prevalência de usuários de álcool e outras drogas internados.

No terceiro eixo ocupou-se do debate em torno da *atenção básica*: “o nó da questão!”, mencionou-se a falta de articulação existente entre a rede de serviços básicos e os de atenção psicossocial, marcada pelo despreparo de seus profissionais atuantes no atendimento ao portador de transtorno mental e comportamental. Evidenciou-se o verdadeiro “nó” existente para a efetivação da intersectorialidade, dada entre a Estratégia Saúde de Família e os Centros de Atenção Psicossocial, dentre os demais serviços que compõem a rede de atenção psicossocial. Assinala-se um ponto em comum na articulação entre as duas propostas como o cerne da consolidação da reforma sanitária e psiquiátrica, ambas de base territorial.

Ademais, a análise da trajetória do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes propicia o reconhecimento das bases históricas traçadas na constituição da rede de serviços substitutivos presente no atual cenário de atenção psicossocial do Município do Natal/RN. Embora se configure como discussão direcionada a um contexto específico, essa experiência, sob diversos aspectos, sejam eles políticos, econômicos e culturais, se aproxima da realidade de outros municípios do território nacional, que convivem com os desafios de efetivar melhorias na qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais e comportamentais e a ingerência da vontade e decisão político-partidária a que estão submetidos.

Partindo-se da reconstituição da história de um serviço intermediário, o presente estudo traz ao cerne das discussões nacionais elementos relevantes para a compreensão do atual capítulo da atenção psicossocial, na medida em que se apontou, numa perspectiva documental e de memória partilhada pela história oral temática dos profissionais e professores, também, atores desse movimento.

Nesse sentido, o processo de busca pelos colaboradores que constituíram a comunidade de destino do estudo foi operacionalizado, num primeiro momento, através da localização do ponto-zero do estudo. O contato com ele permitiu definir possíveis nomes para compor nossa comunidade. E, no processo de apreensão das histórias, aconteceram quatro momentos: inserção no *locus* da pesquisa; contato inicial com os possíveis colaboradores; definição da rede de colaboradores; e coleta da narrativa propriamente dita.

A estratégia adotada de inserção do pesquisador permitiu o contato maior no considerado *locus* potencial de nossos colaboradores, no caso, o Hospital Dr. João Machado, onde foram coletadas 13 das 15 histórias obtidas. Na verdade, foi um processo classificado como laborioso no campo para efetivação das etapas propostas pelo método de história oral temática, que durou o primeiro semestre do ano de 2011.

Nesse transcurso, o desafio do convívio cotidiano com esses personagens impulsionava cada vez a vontade de contar uma história até então não registrada ou tampouco divulgada na academia. As histórias revelaram uma miscelânea de sentimentos dos colaboradores, sejam lágrimas, silêncios, alegrias, angústias, desabafos presentes nas faces e vozes, algo realmente surpreende e mágico vivido.

A escolha do método da história oral temática veio a fortalecer o objetivo proposto de narrar a trajetória do HD, dado todo o respaldo que o resgate da memória promove quando se propõe desvelar fatos ou fenômenos vividos na sociedade. Soma-se ainda a pesquisa documental conduzida sobre o hospital, desde sua fundação até sua extinção, além da análise léxica utilizada pelo ALCESTE e o tom vital obtido dos colaboradores, que permitiram a definição dos eixos temáticos da análise dos resultados.

Destarte, adensa-se nessa trajetória o retrospecto das políticas públicas em saúde mental vividas na Reforma potiguar, em relação às quais se espera, através deste estudo, suscitar novas discussões em torno da construção do modelo de atenção psicossocial, circunscritas pela rememoração das histórias de um serviço intermediário que refletem os desafios do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.



*Guias na
Trajetória*

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Dispõe sobre atos normativos e orientações gerais.** ABP, 2010. Acesso em: 11 out. 2010. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br>.

ASSOCIAÇÃO NORTERIOGRANDESE DE PSIQUIATRIA (ANP). **Subsídios para tomada de decisão em Plano de Saúde Mental para o Rio Grande do Norte.** Natal, ANP, 1994.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul/set, 1995.

_____(org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008a. 120p.

_____. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia (org.) et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008b. p. 735 – 759.

AZEVEDO, D. M. **Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal – RN.** 2008. 153 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

_____; MIRANDA, F. A. N. A Família e os Serviços Substitutivos em Saúde Mental: um recorte da produção bibliográfica nacional em Enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line.** Recife, v. 3; n. 1, p. 93-8, out. 2009.

_____; _____. GAUDÊNCIO, M. M. P. Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. **Revista de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, jul./set. 2009.

_____.; MIRANDA, F.A.N. A representação social de familiares nos Centros de Atenção Psicossocial. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, 2011, v. 15, n. 2, p. 354-360.

BALLARIN, M.L.G.S; CARVALHO, F.B.; FERIGATO, S.H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 444-450, 2010.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 91-131.

BEZERRA JÚNIOR, B. Desafios da reforma psiquiátrica. **PHYSIS, Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 243-250, jul/ago. 2007.

BICHAFF, R. **O trabalho nos centros de atenção psicossocial**: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da reforma psiquiátrica. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BORBA, L.O. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 442-9, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992. **Dispõe sobre normas e diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra-hospitalares**. Diário Oficial da União, 1992.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), **Resolução n. 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996

_____. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Legislação em Saúde Mental. Brasília, 2001.

_____. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.

_____. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: 2004.

_____. Ministério da Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Pró-Reitoria de Extensão. **Relatório final do Projeto de Extensão Viva a vida sem muros - atenção de enfermagem para educação à saúde e qualidade de vida para os usuários do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes**. Natal: DENF/UFRN, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **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. OPAS. Brasília, novembro de 2005a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2010.

_____. **Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho.** Brasília, 2005b.

_____. **Saúde Mental em dados 4**, ano II, nº 4. Informativo eletrônico. Brasília, 2007.

_____. **Saúde Mental em dados 5**, ano II, nº 7. Informativo eletrônico. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Regimento da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.** Brasília, 2010. Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regimento_interno_conferencia_02_03.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2010

_____. **Saúde Mental em dados 6**, ano II, nº 8. Informativo eletrônico. Brasília, 2011.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Revista de Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo: v. 45, n. 1, p. 87-94, 2011.

CARVALHO, M. R. S.; MEDEIROS, J. B.; MEDEIROS, M. **Estrutura do trabalho científico.** Natal: EDUFRN, 2009.7

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 63, n. 1, p. 51-7, jan/fev. 2010.

CHAMILCO, R. A. S. I. **Práticas obstétricas adotadas pelas parteiras tradicionais na assistência ao parto e nascimento domiciliar na Amazônia Legal Santana, AP.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

COLVERO, L. A.; IDE; C. A. C., ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, jan/fev. 2004.

CAMARGO, B. V. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In. MOREIRA, A. S. P; B. CAMARGO, JESUÍNO, J. C.S; NÓBREGA, M. (Ed..), **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.** João Pessoa, PB: Editora da Universidade Federal da Paraíba.

COSTA, R. K. S. **A formação acadêmica do enfermeiro para o SUS na percepção de docentes e discentes da faculdade de enfermagem UERN.** 2007. 183 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

DANTAS, R.C. **Histórias de vidas de usuários de psicofármacos: o desafio do cuidar para a enfermagem.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

- DENZIN, N. K. **The Research Act**. Englewood Cliffs, N. J., Prentice Hall, 1989.
- DESVIAT, M. **A Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.
- DIAS, C. B.; SILVA, A. L. A. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 469-75, jul. 2010.
- FERNANDES, J.D. et al. Ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a reforma psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 964-968, 2008.
- FILIZOLA, C. L. A.; MILIONI, D. B.; PAVARINI, S. C. I. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 10, n. 2, p. 491-503, 2008. Acesso em: 10 out. 2010. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a20.htm>
- FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, no.1, p.129-138, 2009.
- FOUCAULT, M. **História da loucura**. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. 6.ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.
- FREITAS, F. F. P. A história da psiquiatria não contada por Foucault. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2004. v. 11, n. 1, p. 75-91, abr/jun. 2004.
- GATTAZ, A. C. **Braços da resistência: uma história oral da imigração espanhola**. São Paulo: Xamã, 1996.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2003.
- _____. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
- GUARESCHI, N. M. et al. Usuários do hospital-dia: uma discussão sobre performatividade em saúde e doença mental. **Revista mal-estar e subjetividade**. Ceará, v. 8, n. 1, p. 119-137, mar. 2008.
- HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 297-305, jan. 2009.

KANTORSKI, L.P.; SILVA, G.B. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: um olhar a partir dos programas de disciplinas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n. 6, p. 27-34, dez. 2000.

KIRSCHBAUM, D. I. R; Paula, F.K.C. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 77-82, 2001.

KOGA, M. **Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

LIMA, M. C. P; BOTEAGA, N. J. Hospital-dia: para quem e para quê? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 4. p. 195-9, jul. 2001.

LUZIO, C. A; L'ABBATE, S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 105-116, dez. 2009.

LUCCHESI, R. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 9, n. 3, p. 883-885, 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2005

MEDEIROS, M.A.L. **Da colônia ao shopping: um estudo da evolução tipológica da arquitetura hospitalar em Natal**. 2005. 196 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

_____.; HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto: 2007.

MELLO, R. A construção do cuidado à família e a consolidação da Reforma Psiquiátrica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p. 390-395, 2005.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

MERHY, E.E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO NORTE. 47ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Mental. **Ata de audiência**. Natal, MP/RN, 2006.

MIRANDA, F. A. N Saúde. Mental e família: dilemas e propostas na construção da assistência integral e o resgate da cidadania do doente mental. **UNOPAR, Científica, Ciências Biológicas e Saúde**, Londrina, v. 1, n. 1, p. 77 – 83, 1999.

_____; ARDAIA; A. R.; ARAÚJO, K. L. O cotidiano da enfermagem psiquiátrica no hospital geral: perspectiva dos profissionais de saúde. **Científica Ciências Biológicas e Saúde**, Londrina, v. 2, n. 1. p. 47-63. 2000.

_____. **Representações Sociais sobre a atuação do enfermeiro psiquiátrico no cotidiano**. 2002. 218 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

_____. Fragmentos de uma história na humanização da assistência psiquiátrica e a formação em enfermagem em Natal: o Hospital-Dia Dr. Elger Nunes. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 59º, 2007, Brasília – DF. **Anais do 59º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Brasília: ABEN-DF, 2007. 1 CD-ROM.

_____. *et al.* Fragmentos históricos da assistência psiquiátrica no Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul. 2010; v. 31, n. 3, p. 475-82.

_____. **Mental health: civil commitment and a right for all**. Revista de Enfermagem UFPE on line, vol. 4, n. 3, 2010.

MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R.T.O. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista de Saúde Pública** da USP. São Paulo, vol. 42, n. 5, p. 907-913, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL. **Proposta de reorganização da atenção em saúde mental no município de Natal-RN**. Natal: Secretaria Municipal de Saúde, 1992.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **(Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal**. Natal, 2007.

NÓBREGA, A. R. **Trajatória de vida de ex-portadores de hanseníase com histórico asilar**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

OGATA, M. N.; FUREGATO, A. R. F.; SAEKI, T. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 67-70, 2003.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11 n.3, p. 333-340, maio/jun. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Escritório Central da Oficina Panamericana de Saúde. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Mental. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental – nova concepção, nova esperança**. Brasília, 2001.

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. In: Rouquayrol Z, Almeida E. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1996. p.489-503.

PAIVA, I. L.; YAMAMOTO, O. H. Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. **História, Ciências, Saúde – Manguinho**, Rio de Janeiro, 2007, v. 14, n. 2. p. 549-569.

PASSOS, I. C. F. **Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 244 p.

PEPLAU, H. **Relaciones interpersonales em enfermaria**. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.

PEREIRA, M. E. C. Pinel – a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Revista Latino-Americana Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, n. 3, v. 1, p. 113-116, set/out. 2004.

PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Tradução: Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007. 272 p.

PITIÁ, A. C. A.; SANTOS, M. A. **Acompanhamento terapêutico: a construção de uma estratégia clínica**. São Paulo: Vetor, 2005.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 487 p.

POSTEL, J. De l' événement théorique à la naissance de l' asile (le traitement moral). In: **Nouvelle histoire de la psychiatrie**. Paris, DUNOD, 1994.

RAMOS, D.K.R.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, B, C. Contextual analysis of frequent hospital readmissions of the individual with mental disorder. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu (SP), v.15 n.37, 2011.

REINALDO, A.M.S. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p: 173 -8, 2008.

REINERT, M. Alceste, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia de Gerard de Nerval. **Bulletin de Methodologie Sociologique**, v.26, p.24-54, 1990.

_____. **Alceste**: analyse de données textuelles. Manuel d'utilisateur. Toulouse, France: Image, 1998.

RIBEIRO, L.M. **Saúde mental e enfermagem**: em busca da integralidades na Estratégia Saúde da Família. 2007. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

RIBEIRO, G. M. **Gestante HIV positivo**: a história de vida contribuindo para a assistência de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

RICCIARDI, F. A. S. O Nascimento da loucura: concepções teóricas e asilos. **Cientefico**, Salvador, v. 1, n. 1, jan/fev. 2002.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROGERS, C. **Sobre o poder pessoal**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 1990.

SAITO, R. X. S.; OHARA, E. C. (Orgs.). **Saúde da família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: MARTINARI, 2008.

SALZANO, F. P.; CORDÁS, T. A. Hospital-dia (HD) para transtornos alimentares: revisão da literatura e primeiras impressões do HD do ambulatório de bulimia e transtornos alimentares do Ipq HCFMUSP (AMBULIM). **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 30, n. 3, p. 86-94, 2003.

SANTOS, R. S. **Ser mãe de uma criança especial**: do sonho à realidade. [tese] Rio de Janeiro(RJ): Escola de Enfermagem da UFRJ; 1995.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo – razão e emoção. São Paulo: Edusp, 2002. 384p.

SANTOS, Y. F. **O ambulatório de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica em Natal/RN**. 2007. 167 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA (SESAP/RN). **Projeto para constituição do Hospital-Dia** Natal: HD/SESAP-RN, 1995.

_____. **Proposta de Trabalho do Hospital-Dia**. Natal: SESAP-RN, 1996.

_____. **Relatório global de ações do HD Dr. Elger Nunes Ano – 2005**. Natal: SESAP-RN, 2006.

_____. **Relatório global de ações do HD Dr. Elger Nunes**. Natal: SESAP-RN, 2007.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, J. E. F. **História da evolução da psiquiatria no RN**. Natal, EDUFRN/UFRN, 1989.

SILVA, M. G. A. A. **O cliente renal crônico e sua adaptação à nova condição de vida**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

SILVA, L. B. C. Reflexões sobre a criação e o fechamento de um hospital-dia no contexto da reforma psiquiátrica em São Paulo. **Interações**, São Paulo, v. 7, n. 14, p. 131-154, 2002.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisadora? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p.119-26, jul. 2003

SWAIT, G. **Le sujet de La folie. Naissance de la Psychiatrie**. Toulouse, Privat, 1978.

THOMPSON, P. **A voz do passado: história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. Carvejal: Cali, 1979.

VASCONCELOS, E. M. et al. **Reiventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

YASUÍ, S. A produção do cuidado no território: "há tanta vida lá fora". In: BRASIL, Ministério da Saúde. **VI Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: DF, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cuidadosilvioyasui.pdf>. Acesso em: 20/11/2011.

TONINI, N.S.; MARASCHIN, M.S.; KANTORSKI, L.P. Reorganização dos serviços: desafios para efetivação da Reforma Psiquiátrica. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 262-8, 2008.

VYGOTSKY, L.S. Problems of general psychology. In: RIEBER, R.W.; CARTON, A.S. (ed.). **The collected works of L. S. Vygotsky**. New York: Plenum Press, 1987.

WINNICOT, D.W. **Objetos e fenômenos transacionais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978. 352 p.



NAO AO FECHAMENTO DO
AMBULATORIO DE PSIQUIATRIA
SINDSAUDE RJ

A Chegada

EPÍLOGO

A trajetória do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes reporta-nos à leitura do poema *Ninho dos Pássaros de Asas Quebradas*, epígrafe deste trabalho, composto por um ex-usuário, no ano de 1999. O autor encena o autorretrato de um portador de transtorno mental e comportamental, o pássaro de asas quebradas que encontra abrigo num ninho acolhedor, para poder, então, após consertá-las, alçar seu voo por entre a liberdade e esperança permitidas a uma criatura alada.

Traçando um paralelo entre a história dos pássaros e a do hospital, encontram-se importantes semelhanças. Percebe-se, no ninho provisório destinado a pássaros de asas quebradas, uma rememoração do papel de um serviço intermediário e substitutivo em saúde mental na atual conjuntura política da rede de atenção psicossocial sob expansão no Brasil. Os pássaros representariam os usuários dessa rede, que buscam auxílio num ninho para sarar suas asas e poderem livremente lutar por sua cidadania e respeito da sociedade, diante das limitações impostos pela doença.

A semelhança com a realidade diz respeito à preocupação do personagem principal do poema com os outros pássaros de asas quebradas, que, diferente dele, não conseguiram abrigo num ninho, restando apenas uma gaiola, talvez presos, sem poderem voar ou tampouco conquistar sua liberdade. Assim, muitos usuários dos serviços públicos de saúde mental se sentem engaiolados, algumas vezes, sem acesso ao tratamento ou amparo da família, convivendo sob o cárcere dos preconceitos e estigma de seus pares.

Nesse contexto emerge uma indagação: Quando o pássaro tem seu ninho ceifado, antes de alcançar seu voo, onde procurar abrigo? E os outros pássaros abrigados nesse ninho? Haverá esperança de liberdade? Partindo desses e outros questionamentos, assinalou-se a ideia de narrar a trajetória do HDEN, de sua instalação à sua extinção (1996 – 2006), valendo-se, num primeiro recorte produzido, da leitura documental e da história oral temática de 15 colaboradores, considerados, também, arquitetos do processo.

De antemão, o projeto proposto contemplaria além dos profissionais e docentes que atuaram no HDEN, os ex-usuários e seus familiares. Entretanto, considerando-se os percalços e restrições do tempo previsto para defesa de mestrado, optou-se pela exclusão desse outro grupo, residindo em tal fato a principal limitação do estudo. Enseja-se, em outro momento, rememorar suas trajetórias nesse serviço.

O método de história oral projetado neste estudo apresenta potencial alvissareiro na realização de pesquisas como as ligadas ao campo do processo saúde/doença e seus

multifacetados cenários, suas nuances, as políticas, práticas, histórias, tessituras de vivências do sujeito ou da própria coletividade. Tem sido crescente a utilização desse método ou referencial nas distintas áreas e disciplinas, seja na saúde pública, obstetrícia, saúde mental, psiquiatria, entre outras. A Enfermagem se destaca como uma das áreas que faz uso recorrente do referencial de história oral nas suas pesquisas.

Assim, exige-se do pesquisador um exercício contínuo e exaustivo de reflexão/crítica sobre o objeto, a construção da rede de colaboradores, a entrada no campo, além de um planejamento sistemático do trabalho. Ao longo do percurso, o processo de pesquisa dá o tom de como prosseguir e delimita quais as melhores estratégias para obtenção das narrativas, lembrando sempre das perspectivas éticas fundamentais no sucesso do método. Saber ouvir e ser sensível com a emoção do outro, ter perspicácia de intervir somente em casos necessários, garantir o sigilo e respeito ao colaborador são prerrogativas básicas no trabalho com a história oral, onde se faz necessário um rigor ao seguir todas as etapas postuladas.

Neste estudo ousou-se utilizar o método de história oral temática em interface com o programa informático ALCESTE, no processo de formulação das categorias, lançando-se mão da triangulação dos tons vitais obtidos das 15 narrativas dos colaboradores com as cinco classes delineadas pelo programa. Constataram-se na prática as consonâncias e proximidades inferidas a partir dos resultados fornecidos para projeção de futuros estudos na Enfermagem.

A memória do HDEN, circunscrevendo seu processo de extinção, com vista às implicações na formulação de políticas públicas no campo de atenção em saúde mental no Brasil, apresenta reflexos diretos nos processos de cuidar em saúde mental e psiquiatria, face aos resultados obtidos, além do que traz contribuições teóricas para as ciências da enfermagem, a enfermagem psiquiátrica e na saúde mental.

A construção simbólica de um cenário rememorado com características marcantes de transicionalidade (WINNICOTT, 1978) e um espaço de desenvolvimento potencial (VYGOTSKY, 1924), onde o passado é recontado a partir de lacuna, de *insights*, idealizações, do silenciamento, do indizível, do não dito, que, por sua natureza, está dito e posto. Próximo à incompletude das artes clássicas da Grécia antiga, quando se percebe que fragmentar permite ao ser humano completar as partes ausentes com a imaginação e subjetividade.

Assim foi a experiência de contar a história de um serviço extinto e presente no repertório do sujeito que a fez, no caso específico, os profissionais e docentes que atuaram no HDEN. A expressividade e oralidade denotadas remetem a algo fugido, tangente e volúvel, onde os fragmentos dessa trajetória são contados ao pesquisador de acordo com seu interesse

no momento de apreensão das narrativas. Não se descarta sonegação de informações, que se prefere acatar como omissão de aspectos indesejáveis, até mesmo desagradáveis de si e dos demais profissionais, ou, simplesmente, um silenciamento proposital de sua experiência vivida e compartilhada para exaltar de forma exitosa as conquistas, os desafios, as oportunidades de aprendizado, e, até mesmo, relembrar um projeto de trabalho no bojo da Reforma Psiquiátrica.

Dessa forma, através das falas, os colaboradores repassam uma reconstituição imagética e icônica do objeto de estudo, onde a capacidade simbólica deles traduz o presente recontado de resquícios do passado, por meio do seu sistema de crenças, valores e investimentos afetivos. O colaborador assume a posição de arquiteto deste cenário simbólico reconstruído pelo seu rememorar do objeto de estudo. Evidencia-se que dimensões desse objeto serão aclaradas, outras ocultadas, mesmo assim, forma um todo fascinante na relação dele com o outro.

Ademais, mediante todo o contexto de transicionalidade confluyente entre o passado e o presente, rememorado neste estudo sobre a trajetória do HD, elaborou-se uma figura esquemática, sintetizando os seus principais elementos presentes neste momento, propiciada pelo desenho metodológico projetado com a utilização do ALCESTE e o tom vital das histórias temáticas dos colaboradores.

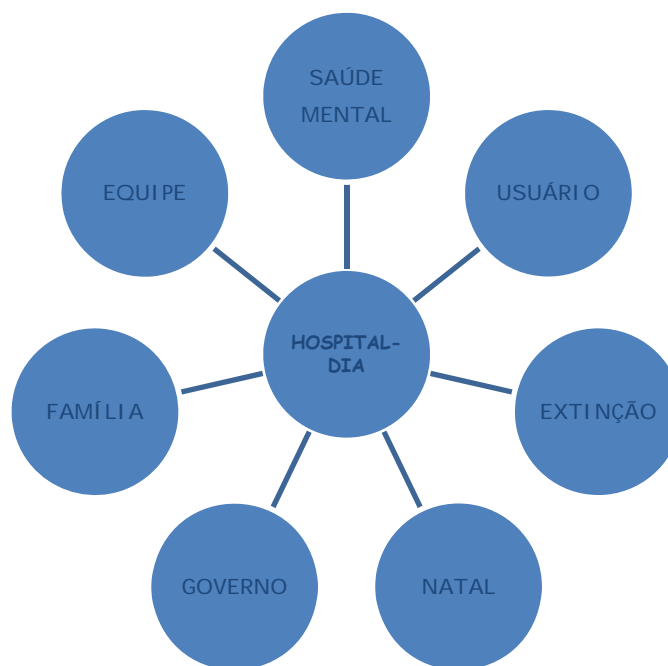


Figura 27 – Imagem esquemática criada a partir das categorias elegidas pelo ALCESTE e pelos tons vitais das histórias temáticas.

Apêndices

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – BR 101 – Lagoa Nova – Natal (RN).
CEP: 59.072-970. Fone: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr. (a)

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada “**Trajetória do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes**: um recorte histórico da Psiquiatria e Saúde Mental no Rio Grande do Norte”, operacionalizada por João Mário Pessoa Júnior, aluno do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), bolsista REUNI da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sob coordenação do Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFRN e responsável por esta pesquisa. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa tem como objetivo narrar a trajetória de vida do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes a partir dos profissionais da equipe multi e interdisciplinar e dos professores que utilizaram o serviço como campo de práticas disciplinares na Graduação em Enfermagem. O estudo justifica-se pelo interesse dos pesquisadores em resgatar a história do HD como forma de compreender melhor esse fenômeno, bem como refletir criticamente sobre o atual contexto de atenção à saúde mental no município de Natal e a própria assistência psiquiátrica no RN.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: escolha da pessoa, as pessoas ou um grupo a serem entrevistados. Para se obter um bom desenvolvimento da história oral, é indispensável a existência de um projeto que oriente o andamento do trabalho. Durante o tratamento da textualização, escolhe-se um “tom vital”. A última fase é a transcrição, que se compromete a ser um texto recriado em sua plenitude. Conferência é o momento em que, depois de trabalhado o texto, quando se supõe que está em sua versão final.

A presente pesquisa oferece riscos mínimos ou desconforto ao participante, pois não envolve experimentos de qualquer natureza, tampouco utilizará drogas em seres humanos. Não haverá ressarcimento por sua participação nesta pesquisa, devendo a mesma ser espontânea e voluntária mediante os esclarecimentos sobre objetivos, procedimentos metodológicos, resultados, conclusões e divulgação. No entanto, na ocorrência, em qualquer momento, de algum dano causado pela pesquisa ao mesmo, seja ele de origem física ou moral, o participante terá direito a indenização, desde que se comprove legalmente esta necessidade, segundo as leis brasileiras. Os benefícios ao participante serão da ordem de promoção do conhecimento acerca saúde mental no município. Ressalta-se que todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

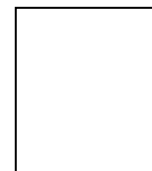
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa intitulada “**Trajetória do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes**: um recorte histórico da Psiquiatria e Saúde Mental no Rio Grande do Norte”.

Pesquisador (Assinatura)

Colaborador da Pesquisa (Assinatura)

Natal/RN, ____ de ____ de ____.



Impressão Digital

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa ou de sua ética, poderá perguntar, direta e respectivamente aos seguintes responsáveis:

Pesquisador responsável: Francisco Arnoldo Nunes de Miranda. End.: Av. Ayrton Senna, 16, Residencial Santa Clara, Apto. 22. Campim Macio, Natal (RN), Brasil. CEP: 59.080-100. Fone: 9141-4448. E-mail: farnoldo@gmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa: End. Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. Caixa Postal 1666, CEP 59072-970, Natal/RN – Brasil. Telefone: 3215-3135. Home-page: www.etica.ufrn.br. E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

APÊNDICE B – Roteiro das Narrativas



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 Campus Universitário – BR 101 – Lagoa Nova – Natal (RN).
 CEP: 59.072-970. Fone: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data: ___/___/___

CATEGORIA

Profissional

Idade: _____ Sexo: M F

Profissão: Enfermeiro Médico Psicólogo Assistente Social
 Terapeuta Ocupacional Auxiliar de Enfermagem Técnico de Enfermagem
 Outra Especificar: _____

Ano de formatura: _____

Tempo de trabalho em psiquiatria/saúde mental: _____

Tempo de serviço no HD: _____

Atual situação: servidor ativo aposentado outra especificar: _____

Atendimento Ambulatorial Visita Domiciliar Hospitalar

Professor

Idade: _____ Sexo: M F

Ano de formatura: _____

Instituição de ensino: pública privada Especificar: _____

Tempo de trabalho em psiquiatria/saúde mental: _____

Após fechamento do HD para onde foi lotado: _____

Tempo de convivência com o HD: _____

Atual situação: servidor ativo aposentado outra especificar: _____

Disciplina que lecionava: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Quando se deu o início de sua história com Hospital-Dia Dr. Elger Nunes?
2. Fala sobre sua trajetória de vida no HD Dr. Elger Nunes? (questão de corte)
3. Qual sua compreensão sobre o processo de extinção do HD Dr. Elger Nunes?
4. Como você avalia atualmente a saúde mental do município de Natal/RN?

APÊNDICE C – Carta de Cessão



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – BR 101 – Lagoa Nova – Natal (RN).
CEP: 59.072-970. Fone: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

CARTA DE CESSÃO

Natal, ____/____/____.

Prezado (a) Pesquisador (a)

Eu, _____, de Estado Civil _____, e portador (a) da Carteira de Identidade número _____, Órgão Expedidor _____ declaro para os devidos fins que participei, de forma voluntário(a), como colaborador(a), da pesquisa intitulada TRAJETÓRIA DO HOSPITAL-DIA DR. ELGER NUNES: um recorte histórico da Psiquiatria e Saúde Mental no Rio Grande do Norte, bem como também declaro que cedo os direitos de minha entrevista, transcrita e autorizada para leitura, em ____/____/____, para que a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, sob a coordenação da Professor Doutor Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, possa usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso de terceiros para ouvi-la e usar citações, ficando vinculado o controle à UFRN, que tem sua guarda.

Abdicando de direitos meus e de meus descendentes, subscrevo a presente, que terá minha firma reconhecida em cartório.

Nome e assinatura do colaborador

APÊNDICE D – Carta de Anuência



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 Campus Universitário – BR 101 – Lagoa Nova – Natal (RN).
 CEP: 59.072-970. Fone: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

CARTA DE ANUÊNCIA

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: Trajetória do Hospital-Dia Dr. Elger Nunes: um recorte histórico da Psiquiatria e Saúde Mental no Rio Grande do Norte

LOCAL DE PESQUISA: Hospital João Machado e Departamento de Enfermagem da UFRN.

COORDENADOR (PESQUISADOR RESPONSÁVEL): Professor Doutor Francisco Arnaldo Nunes de Miranda

PESQUISADOR: João Mário Pessoa Júnior

Após análise dos objetivos e da metodologia do projeto de pesquisa: Autorizamos a coleta de dados na área de abrangência da equipe de saúde da família nº. 34, da Unidade de Saúde da Família Santarém, Distrito Sanitário Norte II, Secretaria Municipal de Saúde – Natal - RN:

Sim () Não ().

Quanto à divulgação:

Autorizamos menção do nome da Instituição no relatório técnico-científico: Sim () Não ()

Quanto ao relatório técnico-científico escrito:

Requeremos a apresentação dos resultados na Instituição: Sim () Não ()

Natal - RN: 10/01/2011.

Myrna Chaves
 Diretora Geral do Hospital Dr. João Machado

Narrativas

NARRATIVA I

O colaborador I tem quarenta e sete anos de idade, sexo feminino, profissão Assistente Social, com formatura no ano de mil novecentos e oitenta e quatro, doze anos de experiência em psiquiatria/saúde mental, sendo cinco deles vividos Hospital-dia Dr. Elger Nunes (HDEN). Atualmente trabalha no Serviço Social do Hospital Dr. João Machado (HJM).

A entrevista foi gravada na sala de Serviço Social do HJM, no dia 27 de maio de 2011, às 8h15min, sem interferências externas. O colaborador se dispôs a participar do estudo, demonstrou serenidade e objetividade na fala e destacou seu papel precursor no trabalho do serviço social no HDEN.

Passei cinco anos no hospital-dia e me identifiquei com um trabalho realizado ali, pois se percebia um retorno tanto dos pacientes como da família

Minha trajetória no hospital-dia se deu quando fui convidada por uma colega para ocupar a vaga de assistente social deixada por uma colega, que voltaria a assumir suas atividades no Hospital João Machado. Nessa época trabalhava no Centro de Referência na Assistência ao Idoso (CRAI).

Assumi o Serviço Social no Hospital-Dia quando só existia uma assistente social e aos poucos fui organizando atividades como passeio, visita domiciliar, trabalho em grupo, entre outras. Não é que o Serviço Social tivesse desativado, mas devido a grande demanda, precisava de outro profissional para poder implementar mais coisas juntamente os demais profissionais.

Nesse contexto, os estagiários tiveram participação muito importante,

principalmente os vindo da UFRN, alunos dos cursos de Música, de Enfermagem e de Psicologia. Não existia a participação desses estagiários no hospital-dia quando cheguei.

Fomos buscar parcerias, preparamos ofício e procuramos os Departamentos da UFRN. No Departamento de Educação Física, um educador físico ou um estagiário que pudesse trabalhar atividade física com os pacientes, porque lá não era campo de estágio; e, o Chefe de Departamento nos cedeu um voluntário. Do Departamento de Música recebemos estagiários coordenados pelo professor Edson. A musicoterapia foi excelente para os pacientes, e através dessa parceria formamos um Coral do hospital-dia, inclusive com apresentações em outras instituições. Outra parceria foi com o

Instituto de Assistência Técnica e Extensão Rural do Rio Grande do Norte (EMATER), que passou a fornecer sementes para um trabalho na horta, que existia, mas estava desativada.

Passei cinco anos no hospital-dia, e me identifiquei com um trabalho realizado ali, pois se percebia um retorno tanto dos pacientes como da família. A família estava sempre presente não somente no horário de vir buscar o paciente, porque o paciente passava o dia e às dezessete horas retornava para casa. Durante o dia eles faziam atividades, ajudavam na organização da biblioteca. Tinha o pessoal da limpeza, funcionários, mas os pacientes ajudavam a arrumar o cantinho deles, a biblioteca. Criamos o cantinho do recado onde eles colocavam numa caixinha sugestões, e, eram essas pequenas coisas que não existiam e fomos implementando junto com os profissionais.

Quanto à extinção do hospital-dia, até hoje muitos pacientes, que eram atendidos no ambulatório daqui, nos procuram. Com o fechamento do hospital-dia, os pacientes foram encaminhados para os CAPS, ambulatórios de saúde mental e o próprio ambulatório do Hospital João Machado, hoje extinto. Vez por outra os encontramos, e sempre há a referência boa em relação ao hospital-dia, inclusive dos familiares.

O hospital-dia acolhia o paciente com transtorno mental e alguns com dependência química, de um universo de vinte, dois tinham dependência. Eles passavam o dia envolvidos em atividades com grupos, passeios, visitas a outras instituições, entre outras. Com a extinção, muitos pacientes ficaram, não diria desassistidos, mas a rede lá fora não atendeu a demanda. O hospital-dia era mais ou menos o modelo de CAPS, onde o paciente passava o dia e retornava no final da tarde.

A Saúde Mental em Natal, com o surgimento de novos CAPS considero um avanço. Foi criado mais um CAPS, o III, inclusive com atendimento vinte e quatro horas, com oito leitos, vai ajudar acredito. A rede de saúde não recebe o paciente quando tem alta daqui [Hospital João Machado], e muitas vezes não encontra o atendimento que deveria e que gostaríamos que tivesse, devido a demanda grande; embora ache que a Saúde Mental no Estado está avançando em termos de abertura de CAPS.

Com a Desinstitucionalização a tendência é essa, os pacientes procurarem ambulatórios. Ainda tem muita coisa para se fazer, como implementação de mais CAPS, ambulatórios para atender a todos.

NARRATIVA II

O colaborador II tem cinquenta e seis anos de idade, sexo feminino, profissão enfermeira, formada no ano de mil novecentos e oitenta e dois, com vinte e dois anos de experiência em psiquiatria/saúde mental, sendo oito deles no Hospital-dia Dr. Elger Nunes. Atualmente trabalha no Hospital Dr. João Machado (HJM).

A entrevista foi gravada no consultório do pronto-socorro do HJM, no dia 06 de maio de 2011, às 8h30min, sob um ambiente barulhento, mas sem interferências. Esse momento aconteceu de maneira espontânea, onde colaborador se dispôs em participar do estudo, demonstrando serenidade e emoção nas suas falas, numa história de amor e entusiasmo com o HD, apesar dos dissabores vividos na sua trajetória em saúde mental.

O trabalho no hospital-dia fazia reascender o sentimento pela vida, fazer resgatar verdadeiros gênios existentes em cada paciente. Nunca me senti tão útil como profissional

O início de minha história no hospital se deu após uma reunião de equipe, onde teria que ser designado um enfermeiro para auxiliar no hospital-dia, pois a colega designada para assumir, tiraria licença prêmio. Era um serviço novo e que nem todo mundo estaria disposto a assumir; na verdade pus minha conta em risco, mas me encantei e encontrei com o serviço, nunca me senti tão útil como profissional.

A felicidade constante dos pacientes e seus familiares, além das boas condições de trabalho que dispúnhamos. Os pacientes tinham atividades durante as 12 horas que passavam lá, sejam elas, terapia, diversão, lazer, passeios, festas, aniversários; resgatando sua verdadeira cidadania, e quando saiam de alta, eram consideradas pessoas normais.

O trabalho no hospital-dia fazia reascender o sentimento pela vida, fazer resgatar verdadeiros gênios existentes em cada paciente. Agente participava das diversas atividades desenvolvidas sem distinções, desde a jardinagem até as festas. Como fui professora substituta do Departamento de Enfermagem da UFRN, cada turma que acompanhava no campo de prática no hospital-dia pedia para eles fazerem uma festa no encerramento das atividades. É fantástico poder fazer muito coisa para o paciente com transtorno mental. Formávamos uma verdadeira equipe. Muitas vezes você era pedagogo, psicólogo, professor de arte; era uma coisa muito bonita! Não era porque algum profissional da equipe faltava que a atividade deixaria de ser realizada.

A tal Reforma Psiquiátrica acabou sendo uma justificativa para o fim dos novos projetos. Havia, na época, um sentimento de contrito e inveja, a direção do Hospital Dr. João Machado não se entendia com o hospital-dia, pois como o trabalho era bem visto, a extinção seria uma forma de se vingar. De fato, as desculpas foram as mais absurdas possíveis. “Incrível destruir um trabalho que funcionava tão bem; assim os pacientes ficaram desgarrados!”

Os CAPS não funcionam! Com a extinção do hospital-dia os atendimentos no Hospital Dr. João Machado aumentaram consideravelmente. “É como um episódio onde a mãe e o pai são obrigados a darem seus filhos pelas ruas”. Os pacientes ficaram todos desgarrados! A saúde mental em Natal está crítica, tudo porque os CAPS não funcionam! Temos

assim um único hospital psiquiátrico que sofre hoje com o sério problema das drogas, especialmente o crack. O que acontece: o paciente chega apresentando crise de abstinência tende a agredir os outros pacientes dentro do hospital, e muitas vezes, termina até viciando os outros pacientes. Ainda há entrada de drogas dentro do hospital [João Machado], embora exista fiscalização; os familiares não são revistados. Considero caótica toda essa situação. Hoje, infelizmente, nós damos um passo para frente e outro para trás! No local onde trabalho [Hospital João Machado] não vejo progresso!

NARRATIVA III

O colaborador III não revelou a idade, sexo masculino, profissão enfermeiro, formado no ano de mil novecentos e setenta e sete, vinte e dois anos de experiência em psiquiatria/saúde mental, sendo três deles no Hospital-dia Dr. Elger Nunes. Atualmente trabalha no Hospital Dr. João Machado (HJM).

A entrevista foi gravada na Sala de Enfermagem da primeira enfermaria, Ala Masculina do HJM, no dia 20 de maio de 2011, às 8h40min, sob um ambiente tranquilo, mas com interferências de pacientes vez por outra, mas que foram contornadas. O colaborador fala com entusiasmo e espontaneidade sobre o HD, demonstrando nostalgia com o trabalho da música em saúde mental.

O melhor lugar onde trabalhei em psiquiatria

O Hospital-dia Dr. Elger Nunes foi o melhor lugar onde trabalhei em psiquiatria. Havia poucos pacientes, com boas condições de trabalho e possibilidades para estudar, participar de coral, atividade e reunião de grupo.

O bom do hospital-dia era a quantidade reduzida de pacientes, equilibrada ao número de funcionários, enquanto isso não ocorre no hospital psiquiátrico.

Quando cheguei ao Hospital Dr. João Machado tínhamos uma média de setecentos pacientes, onde, muitas vezes, tinha que trabalhar sozinho. Era um cenário preocupante: a estrutura, a falta de higiene generalizada, pois não tínhamos o pessoal de apoio da limpeza que hoje dispomos.

Quando o hospital-dia fechou fiquei muito frustrado, pensei voltei ao cenário pré hospital-dia. Uma insatisfação, ver que as coisas não funcionam, se funcionam acontece de maneira insatisfatória. ‘O hospital-dia era muito bom!’

Sempre lutei pela inserção da terapia ocupacional, algo que faltava no hospital e que destaco há muitos anos. Os meninos da Faculdade de Música foram excelentes no hospital-dia, conseguimos montar um coral, e como fiz vocalismo no Rio de Janeiro, pude contribuir nesse sentido.

Foi muito frustrante o fechamento do hospital-dia, e não saberia destacar se tal processo foi de ordem unicamente política. No Brasil é assim, as coisas que funcionam são levadas a segundo plano,

são descartadas: “um país terrível por isso, pior que ditadura!” Você não pode fazer as coisas; tem-se o nome de democracia, mas é tudo fachada, acho, por exemplo, que em Cuba deve estar melhor!

A saúde mental Natal está terrível, especialmente com o craque. A gente não pode passar ali na Praça Cívica, Rua Mossoró, aos sábados, domingos. Sábado no horário da tarde não se pode andar

tranquilo devido a malandragem, eles exigindo dinheiro, e, domingo nem se fala.

Reconheço que o hospital-dia teria que retornar ou, então, termos mais hospitais-dia, porque vale a pena. Não sei como deve se encontrar a atual situação dos CAPS; mas o sistema de saúde local tem que avançar!

NARRATIVA IV

O colaborador IV tem cinquenta e seis anos de idade, sexo feminino, profissão enfermeira, formado no ano de mil novecentos e oitenta e dois, vinte anos de experiência em psiquiatria/saúde mental e seis meses de serviço prestado no Hospital-dia Dr. Elger Nunes. Atualmente trabalha no Hospital Dr. João Machado (HJM).

A narrativa foi gravada sala da coordenação de Enfermagem do HJM, no dia 06 de maio de 2011, às 9h30min, sendo agendado previamente. O colaborador teve uma importante contribuição na definição de nossa colônia e no transcurso da coleta dos depoimentos. Demonstrou-se segura e coerente no discurso, trazendo informações relevantes sobre a situação de saúde mental no estado.

A família era importante para o paciente

Minha história no hospital-dia começou há aproximadamente quinze anos atrás, em 1996, quando fui remanejada. Era um serviço que oferecia atendimento semi-integral, onde os pacientes permaneciam durante o dia e no período da noite e finais de semana voltavam para a convivência com a família.

Tínhamos uma equipe de profissionais que planejava um trabalho para esses pacientes no sentido de ocupá-los. Ao longo da semana fazíamos um calendário com atividades em conjunto, desenvolvidas por dois técnicos, ou um psicólogo, enfermeiro e auxiliares de enfermagem, por exemplo.

Lembro de um grupo de história em que dizíamos uma frase e cada um do grupo ia complementando, no final tínhamos a construção de uma história. Era

bem interessante, pois levava a refletir a vivência de cada um, tanto aqui dentro, como lá fora.

Outra coisa interessante era o fato de que a família era importante para o paciente e se dispunha a acompanhar o tratamento. Tinha um grupo da recepção, quando o paciente retornava do final de semana e ele contava um pouco de sua vivência em casa. Percebia que a maioria, devido à desestruturação no ambiente familiar, voltava ansiosa, com certo grau de agressividade; então, escutávamos o que cada um tinha feito. Quando o ambiente da família era mais acolhedor o paciente voltava mais tranquilo. Nos casos em que voltava mais ansioso, era necessário um tempo no hospital para que ele começasse a ter certo equilíbrio.

Dávamos funções aos pacientes. Como era um ambiente coletivo, tínhamos um calendário: paciente dessa semana está responsável pela manutenção da higienização do banheiro, um paciente ficaria responsável pela recepção, embora existisse um funcionário no setor.

Outra coisa: o hospital tinha vaga para trinta pacientes, mas não dispúnhamos de trinta leitos. Havia uma quantidade de leitos para uma eventual necessidade, quando um paciente entrava numa crise e precisava ser medicado ou coisa do tipo. Depois do almoço, eles gostavam de repousar um pouco nos colchonetes e ficavam em determinadas áreas, muitas vezes, em grupo. Naquele momento de descanso não havia um leito para cada paciente e os que tinham era para intercorrências.

Quando eles saíam no final do dia, levavam os medicamentos para tomar durante a noite, e, pela manhã, retornavam ao hospital. Eram dadas as devidas orientações acerca de cada medicação e alguns pacientes que tinham problemas clínicos, tentávamos agendar consultas em outras unidades.

Uma coisa que me inquietava era o fato dos trinta leitos não serem ocupados na sua integralidade, pelo menos no período que fiquei lá. Geralmente tínhamos em torno de dezoito a vinte pacientes, isso

no período que permaneci. Hoje a demanda de transtorno mental puramente não é tão grande, o que prevalece é a questão do álcool e drogas; então não sei se isso refletia naquele momento, pois se pregarmos as estatísticas, pelo menos nesse período, não tínhamos trinta pacientes.

Outro critério para internação era o paciente não fazer uso de álcool. Priorizávamos pacientes de primeira vez. Havia um cuidado para o paciente não passar um tempo muito grande na instituição, pois deveria continuar o tratamento dele em casa, junto à família.

Em relação à extinção do hospital, não trabalhava mais lá. Discutiu-se que o hospital-dia não deveria estar funcionando nas dependências de um hospital psiquiátrico. Não fazia parte da Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, pelo menos foi o que tive oportunidade de ouvir, na época participando das discussões com a Direção do Hospital João Machado e também com a Coordenação de Saúde de Mental do Estado. Já existiam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e seria função deles, até numa outra esfera de governo, no caso o Município.

Isso não foi muito bem visto pelos pacientes, familiares e pelos próprios funcionários que trabalhavam no hospital-dia na época. Houve até certa revolta,

inclusive foi chamado sindicato, mas apesar de todas as interferências realmente foi extinto com a justificativa de que era função do município e os CAPS integrariam esses pacientes.

Lembro que na época, os pacientes, familiares se viram perdidos, pois tinham aquela instituição como apoio e, de repente, viram que não iam ter mais. Foi até organizada uma forma de atendimento tipo ambulatorial para que eles não ficassem desassistidos totalmente de imediato, mas, esse suporte não ficou sistemático, apenas nos primeiros meses da extinção.

Hoje avalio a Saúde Mental do Município num momento de uma crise, porque a Reforma Psiquiátrica tem como preceito a Desinstitucionalização, e isso quer dizer progressivamente a extinção de hospitais psiquiátricos, tipo o Hospital Dr. João Machado. Acredito que esse é o caminho para que pacientes não sejam tão estigmatizados, nem segregados. Temos exemplos aqui de pacientes que passaram muito tempo internados e perderam sua singularidade e individualidade. Mas, hoje não vejo como extinguir o hospital, nem de forma progressiva, tendo em vista o fato de que o município não tem essa resposta.

Há cerca de um ano implantamos aqui no hospital o acolhimento, onde agente tenta, até porque conseguimos nem

setenta ou oitenta por cento, acolher o paciente e fazer uma classificação por necessidades. Mudamos até a nomenclatura classificação de risco, por classificação de necessidades, vendo o subjetivo que permeia o paciente com transtorno psíquico. Uma coisa é você fazer classificação de risco numa clínica onde se lida com cuidados clínicos concretos, outra coisa é fazer uma classificação de necessidades num hospital psiquiátrico. Temos dados ainda muito incipientes, até porque o nosso acolhimento não funciona integralmente. Antes era só de segunda à sexta-feira e há dois meses funciona de domingo a domingo.

A nossa demanda, em sua grande maioria, não era para estar procurando o Hospital João Machado, porque são casos que não diz respeito a um hospital de nível terciário, tais como: receitas médicas, não conseguem atendimento na atenção básica; atestado; pacientes que não estão em crise e que merecessem um internamento integral; enfim, pacientes que precisaram de um atendimento em nível de assistência básica (PSF, CAPS, entre outros). Como eles não têm essa resposta, terminam indo para onde tem as “portas abertas – o hospital, onde tem uma resolutividade.

Leito em hospital geral que a Reforma preconiza não temos, em Natal,

apenas quatro leitos no Hospital Universitário regulados, só que não são ocupados por pacientes com transtornos mentais, mas com outros fins. Então esse sonho, pois diria assim, do hospital psiquiátrico progressivamente acabar, não está muito próximo!

O município deveria se reestruturar melhor. Tem CAPS no município, até recentemente aberto o III, que presta assistência integral aos pacientes em crise, mas está com o funcionamento ainda se estruturando. Eles têm dificuldade com equipe, capacitada para trabalhar com saúde mental, até porque hoje existe o próprio estigma com os profissionais.

Poucos querem se dirigir para essa área. Já conseguimos trazer mais a família e hoje, por exemplo, no João Machado recebemos alunos de diversas categorias, o que vai desmitificando, ao longo do tempo, essa ideia errônea que as pessoas acerca da saúde mental e da própria psiquiatria.

NARRATIVA V

O colaborador V foi o ponto-zero de nossa colônia. Ele tem sessenta e dois anos de idade, gênero masculino, profissão médico psiquiatra, formado no ano de mil novecentos e setenta e nove, com trinta anos de experiência em psiquiatria/saúde mental, sendo três deles no Hospital-dia Dr. Elger Nunes, e, atualmente encontra-se aposentado pela Secretaria de Saúde Pública do RN.

A entrevista foi gravada no consultório particular do colaborador, no dia 23 de fevereiro de 2011, às 14h30min, sob um ambiente tranquilo, sem interferências de outras pessoas. Antes da coleta, houve um encontro inicial com o colaborador, quando ficou agendando outro momento. Durante a entrevista apresentou firmeza, seriedade e clareza em suas falas, num discurso eloquente e revelador sobre o HDEN.

Fui designado com portaria para ficar à frente no hospital-dia

O início de minha história no hospital-dia se deu quando se formou uma comissão para rever o modelo de assistência psiquiátrica no Rio Grande do Norte, principalmente quanto à questão das internações, com um novo modelo de assistência. Houve uma série de propostas.

Aproveitando a questão política no momento, levamos essas propostas à comissão formada por quatro ou cinco colegas, entre eles, Douglas, Arnaldo e Geneci; e, também, a pessoa que seria indicada, na época, pelo Governo Garibaldi, para assumir a pasta da Secretaria Estadual de Saúde, Dr. Ives Bezerra. Ele encampou a ideia e quando assumisse entraria em contato conosco para definir como materializar isso e

definir quais as medidas necessárias para a instalação do hospital-dia.

Ao nos reunimos com Dr. Ives Bezerra, logo após ter assumido, a coisa mudou de figura. Praticamente as outras pessoas que integravam a comissão não puderam participar por um motivo ou outro. Nessa mesma reunião Dr. Ives perguntou se poderia levar à frente a ideia do hospital-dia e me comprometi. Assumi que podia formar equipe própria, e não via muita dificuldade, até porque já tinha alguma experiência na iniciativa privada, pois tinha uma clínica particular, que, na época, havia fechado por motivos diversos.

Tinha quinze anos de experiência nessa área. Disse a ele que não era motivo para se preocupar, pedi apenas que cedesse algumas pessoas para trabalharem comigo.

Então, a partir daí ele me designou com portaria para ficar à frente no hospital-dia, de sua construção ao início das atividades.

Foram alocados recursos, escolhido o local, que não era para ser dentro do Hospital João Machado, mas como ficaria muito dispendioso e caro, foi visto uma área que teria acesso para fora do hospital.

Os arquitetos e engenheiros da própria secretaria junto conosco viram as modificações que precisavam ser feitas naquela ala do hospital, a última edificação no lado direito do Hospital João Machado, com bastante área verde para recreação, enfim dava para funcionar muito bem o hospital-dia. Então, a secretaria se encarregou de colocar placa e outras medidas necessárias, fazendo o hospital-dia funcionar como planejado, sob nossa supervisão.

Depois de construído, houve a inauguração. E, até uma questão de discórdia com relação à Prefeitura de Natal que queria encampar o hospital-dia, só que quem construiu, teve a ideia e inaugurou foi o estado. Mas a prefeitura por intermédio de seu secretário na época, era coordenador estadual e passou a ser secretário, Dr. Hilton, quis com um grupo, num momento em que estava o processo de formação de CAPS, englobar não a ideia do hospital-dia, mas dele ser transformado

num CAPS. Entretanto, vingou a ideia do hospital-dia e ele foi inaugurado.

Com relação à trajetória, no dia da inauguração, Dra. Mirna, diretora geral do Hospital Dr. João Machado na época, na solenidade de apresentação do pessoal, onde havia um quantitativo considerável de pessoas, fez até uma surpresa. Numa reunião decidiram dar meu nome para o hospital, coisa que se faz hoje com alguém falecido. Fiquei muito surpreso e ficou o nome Hospital-Dia Dr. Elger Nunes. Lá fui coordenador da época da inauguração, março do ano de 1996, até minha saída, em maio do ano de 1999.

Durante todo esse período as dificuldades foram muitas, pois tínhamos que treinar pessoal por conta própria, inclusive antes da própria inauguração, conheci outros hospitais-dia no Brasil, onde o de Pernambuco serviu de referência. Ele funcionava fora da Tamarineira, o mais antigo hospital psiquiátrico de lá. Então, viajamos para esses lugares com recursos próprios, a secretaria não forneceu nada, nem passagem ou hospedagem. Durante a coordenação, até alguns móveis tivemos que trazer, pois havíamos fechado a clínica e tínhamos alguns objetos (ventiladores, entre outros) levados para o hospital-dia. O Hospital João Machado forneceu alguns objetos como geladeira, birôs e outros.

O hospital-dia foi feito assim, de outra forma não teria como funcionar porque a secretaria dizia não tem agora, só depois. Começamos na data certa, com o número de pacientes estabelecidos e sempre com equipe completa – médico, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, o pessoal de Enfermagem, recepcionista, a maioria vinda do João Machado. Houve alguns auxiliares de enfermagem que chegaram através do concurso do Estado, vindos diretamente para o hospital-dia. Se formos traçar um comparativo, esses profissionais foram o melhores que tivemos em relação os que vieram do João Machado, pois estes tinham alguns vícios; mas, todos eles se enturmaram, adaptaram-se e fizeram de jeito a equipe do hospital-dia, totalmente diferente de como funcionava no João Machado.

O paciente chegava de manhã, tomava café, almoçava, tinha o descanso, e seu dia era todo ocupado; à tarde jantava e ia para casa. Havia um calendário semanal e mensal com as atividades que eram desenvolvidas pela equipe. Isso demonstrou para todos que a assistência em si melhorou porque o paciente era visto todos os dias por uma equipe, tinha que o médico que passava toda dia pela manhã, a equipe de Enfermagem, assistente social, inclusive com profissionais que

trabalhavam os dois turnos: uma assistência completa! Pela tarde eram entregues a família, e aqueles que podiam iam embora sozinhos, mas a maioria vinha com a família, chegavam pela manhã e era entregue a tarde, com exceção dos finais de semana. Se houvesse algum que não tivesse condições de ir para casa, era mandado para o pronto-socorro do Hospital João Machado, onde ficava o final de semana e na segunda-feira retorna para o hospital-dia, mas eram casos raros. Quando aconteceu um caso desses, já tínhamos para onde mandar, eles não iriam para casa agitados ou em crise. Em resumo essa era a maneira com o hospital funcionava.

Tinha reuniões de grupos com os pacientes, duas vezes por semana, uma reunião semanal com familiares, geralmente as sextas-feiras, onde era discutido toda semana, como o paciente ia para casa, se ia ou não, entre outros pontos. O paciente não ficava ocioso em nenhum momento, sem dúvidas, a maior vantagem do hospital-dia, tanto assim que na hora do descanso, após o almoço, embora não houvesse um local adequado, tínhamos uns colchonetes e um espaço amplo onde descansavam.

Dispúnhamos de oito leitos (quatro masculinos e quatro femininos), mas destinados a casos específicos, como

pacientes em crise ou não que tivesse condições de participar das atividades, eram medicados e ficavam sob vigilância. Os pacientes passavam o dia todo em atividade. Tínhamos aparelhos de rádio, televisão, enfim eles ficavam a vontade para descansar ou fazer outra coisa. Após o período de descanso eles voltavam para as atividades. O auxiliar de enfermagem encarregado os chamava e iniciavam as atividades. De certa forma eles já sabiam, as tarefas eram muito bem distribuídas, e não havia discórdia. A presença deles nas atividades já mostrava que não existia essa questão de ausência do paciente, se alguém saísse era visto logo e se tomariam providências nesse caso.

Quanto à compreensão do processo de extinção do hospital-dia deu-se principalmente devido a discórdia da secretaria municipal, de ideólogos da Reforma Psiquiátrica, pois eles entendiam que não deveria existir hospital-dia, apenas CAPS, NAPS, entre outros. O hospital-dia por estar dentro de um hospital psiquiátrico, como falei anteriormente os motivos de não ter sido construído fora, criticado e bombardeado por esse grupo no sentido de fechar ou transformá-lo num CAPS. Veja só a incoerência, um hospital-dia não poderia funcionar, mas o CAPS sim. Infelizmente não estava mais nessa época lá, não posso mencionar claramente

os motivos. Mas, saliento continuava na ativa e trabalhava no ITEP como perito, e o próprio ex-diretor de lá trazia as informações, como até hoje tem Dr. Marcos que trabalha comigo no ITEP e continua trabalhando no João Machado. Não cheguei a tomar nenhuma iniciativa ou intervindo nesse sentido, pois já estava aposentado pela Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. E, Dra. Nilza que estava na coordenação, ficou a frente de todo embate, mantendo o hospital até dois mil e seis.

Mas, o processo de extinção começou depois que um grupo dito militante da Reforma Psiquiátrica, fazia discurso pelo até pelas ruas, dizendo que era para acabarem com a internação, manicômios tinham que fechar todos, os hospitais psiquiátricos, aquele discurso ideológico; e algumas dessas pessoas ficaram a frente do CAPS. Mas, tem-se outra história. Antes desse pessoal, os fundadores do CAPS em Natal, e também NAPS trabalharam em conjunto conosco, tanto que os professores que vinham dar aula nas capacitações para esse processo de abertura de serviços, e nossos técnicos também participavam. Às vezes, o hospital-dia servia de sede para essas aulas que aconteciam, então havia uma sintonia com o CAPS e NAPS naquele momento. Depois que surgiu esse grupo de ideologia

totalmente diferente, muito radical e que continua até hoje, jogou-se forte contra o hospital-dia, e a política já era outra. Eles queriam transformar o hospital-dia em CAPS, mas acabou sendo transformado num hospital para dependentes de drogas. O secretário apoiou essa ideia, e o hospital-dia passou a ser uma enfermaria destinada para tratar de drogaditos, sendo esta a justificativa dada para a extinção.

Avalio que atualmente a Saúde Mental no município de Natal esteja de mal a pior, nunca esteve tão ruim. Os radicais, ideólogos da Reforma Psiquiátrica acham que a doença mental pode ser tratada sem o psiquiatra, devendo, pois, ser descartado, conseqüentemente a figura do hospital também. Eles conseguiram a pouco tempo fechar a Casa de Saúde Santa Maria. Caicó já se acabou, conta com um anexo de uma casa de saúde particular funcionando, Mossoró tem apenas o núcleo do antigo Hospital São Camilo, que hoje pertence à prefeitura e praticamente se encontra em extinção.

Em Natal, o Hospital João Machado diminuiu o número de leitos devido às portarias editadas, com o novo comando da Psiquiatria no Brasil. Hoje, estamos somente com a Casa de Saúde Natal, privada, e o Hospital João Machado, público, vivendo uma situação polvorosa a todo tempo, até para assumir a direção

agora nessa nova gestão da Governadora Rozalba Cearline foi um problema. O grupo que queria a extinção do hospital, ao mesmo tempo queria colocar diretores lá dentro, uma incoerência, como se quer fechar e pensa-se em colocar pessoas a frente do serviço. O pessoal mais antigo não aceitou. O secretário convocou a reunião e disse ou vocês ficam com os CAPS, e o pessoal do João Machado fica lá. Mas, muitos deles querem que os CAPS funcionem sem o psiquiatra, e, parte daí a questão da extinção do Hospital-dia, da Casa de Saúde Natal e o João Machado vivendo aquele caos. Eles tornando o Hospital Dr. João Machado num hospital geral, vai ficar como o hospital das clínicas [Hospital Universitário Onofre Lopes], onde deveriam existir enfermarias destinadas a pacientes psiquiátricos, mas só no papel, pois nunca funcionou desde o tempo que eu era auditor do SUS. Passei dez anos como auditor, do ano de mil novecentos e noventa e nove, quando me aposentei, e fiquei até dois mil e oito, e nunca fiz uma auditoria lá para ter pacientes ocupando esses leitos.

Hoje no Rio Grande do Norte temos os CAPS que não dão conta da demanda, se você quiser uma vaga agora, só daqui há três ou quatro meses, e o paciente vai para onde? Se for para o João Machado agora vai encontrar dez, trinta até

quarenta pacientes esperando uma vaga, que na realidade é outra incoerência, como alguém está dentro do hospital e não se encontra internado? Esperar uma vaga dentro do hospital? Isso não existe! O que vemos é um monte de pacientes psiquiátricos perambulando pela cidade, nos diversos locais ou então sendo mortos, atropelados, quase todos os dias. Eles chamam de mendigos para mascarar, mas na realidade são pacientes psiquiátricos. Já morreu paciente embaixo de viaduto, na Hermes da Fonseca, Prudente de Moraes, e nas vias mais movimentadas da cidade se tem notícias de pacientes psiquiátricos mortos. Mas, só quando o carro que atropela é de uma pessoa de alguma projeção, ele passa a ser paciente psiquiátrico, como foi o caso, já a algum tempo, do carro do próprio Vice-Governador. Quase todo dia morre; às vezes presta-se socorro, outras não. Isso aconteceu porque não há assistência, é um descaso total, e não existe por parte dos poderes públicos locais nenhuma política para modificar esse contexto. Houve recentemente um concurso para psiquiatra do Estado e a maioria não assumiu.

O nó da questão está na rede básica! Se o serviço de referência que absorvia a maior parte não está funcionando, imagine sem a rede básica. Antigamente havia psiquiatria em cada

posto ou unidade de saúde da cidade, inclusive no interior também, alguém treinado para atender os pacientes psiquiátricos, mas isso acabou. Tinha psiquiatra nos bairros de Mãe Luiza, Cidade da Esperança, Candelária, Panatis, entre outros. Atualmente temos somente no Pirangi, em Mãe Luiza não tem mais, nem Candelária, na Cidade da Esperança esporadicamente vai um, e Panatis do mesmo jeito. Então se a rede básica não funciona, para onde o paciente vai? Para o João Machado, ele vai procurar assistência onde tem. Chegando lá é medicado, às vezes não tem onde ficar, daí volta para casa, ou quando chega em casa tem um novo surto, inclusive até hoje um colega responde processo, porque disseram que ele mandou o paciente para casa doente. Ora se não havia local para ele ficar, acabou mandando para casa; e, de madrugada o paciente teve um surto matou os filhos, uma tragédia na cidade. Nesses casos seria interessante ter um local para esses pacientes ficarem em observação pelo menos de vinte e quatro horas e depois liberar, mas não temos! Daí se medica e ele fica na espera de vaga ou segue para casa. Não há um controle.

No interior essa realidade ainda é pior, com exceção de Caicó, Mossoró e Pau dos Ferros, municípios onde temos psiquiatras. Se antigamente, há trinta anos

as pessoas já vinham encaminhadas para Natal, imagine hoje quando não se dispõe de profissionais com experiência para tratar de doentes mentais, até porque existe

esse movimento divulgando que não se precisa de psiquiatra, uma ideia que parte de um pequeno número de ideólogos, radicais.

NARRATIVA VI

O colaborador VI tem cinquenta e dois anos de idade, sexo masculino, profissão Médico, com formatura no ano de mil novecentos e oitenta e quatro, vinte anos de experiência em psiquiatria/saúde mental, sendo um deles vividos Hospital-dia Dr. Elger Nunes. Atualmente trabalha na Direção Médica do Hospital Dr. João Machado (HJM).

A entrevista foi gravada na sala de Direção do HJM, no dia 20 de julho de 2011, às 11h, sem interferências externas. O colaborador se dispôs a participar do estudo, foi objetivo nas suas falas e reforçou o papel do HDEN no campo da saúde mental.

Seus profissionais eram engajados no trabalho para garantir a qualidade da assistência oferecida

Como trabalho no Hospital João Machado, fui convidado, na época, para atuar como médico no hospital-dia. O hospital-dia era um anexo do Hospital João Machado que tinha médico nas doze horas de seu funcionamento, pois nele a assistência não se restringia à hospitalização.

Antigamente existia o hospital geral, hospital integral, vinte e quatro horas, hospital-dia para aqueles pacientes que não precisavam de uma internação integral, hospitais-noite, visita domiciliar. Lançou-se essa ideia de CAPS como se fosse uma novidade, e esse teria mais eficácia caso tivesse médico nas suas doze horas de funcionamento, diferente do hospital-dia.

O hospital-dia tem vantagens e desvantagens. Como vantagens apontam-se o atendimento aos pacientes em condições

de serem assistidos numa unidade intermediária e que não apresentam condições plenas de ficarem em casa, embora existam casos onde eles não têm casa ou família presente e vivem sozinhos. Nesse serviço havia um acompanhamento feito por uma equipe de profissionais composta de médico, enfermeiro, psicólogo, entre outros, além do que no momento de uma crise psicótica disporia de um atendimento junto ao hospital, seja para um internamento integral ou mais curto.

É importante entender que tanto o hospital-dia como hospital-noite são complementos da internação integral. Os CAPS nos moldes que conheço aqui de Natal não têm a qualidade de um hospital-dia porque a presença do médico é esporádica, e se assemelham a um centro de convivência, lugar de terapia

ocupacional, já no hospital tem-se outro fundamento. O hospital-dia tinha o nome Dr. Elger Nunes e os seus profissionais eram engajados no trabalho, quer seja tanto no atendimento individual, psicoterapias de grupo, ou no próprio grupo família, o que contribuía para garantir a qualidade da assistência oferecida.

A desvantagem seria a distância da comunidade, pois existiam pacientes que moravam longe, por exemplo, em Paranacirim, na Zona Norte; e, muitas vezes, não tinha transporte suficiente, o que exigia o maior empenho da família. Destaco a necessidade dos centros intermediários funcionarem mais próximos da comunidade.

O hospital-dia, antes, era uma área de difícil acesso, fato que remonta, historicamente, o processo de instalação do Hospital João Machado, no ano de 1957, quando havia uma dificuldade no deslocamento das pessoas nessa área. Caso outros hospitais-dia fossem construídos, deveriam ser localizados próximos da comunidade, no sentido de abranger um universo maior de pessoas que necessitam desse serviço.

Sobre a questão da extinção, acredito que foi uma decisão do governo e da secretaria de saúde da época, não sei

reais motivos ou razões, pois o hospital psiquiátrico pode perfeitamente dispor em suas instalações físicas de um hospital-dia ou ambulatório. Talvez tenha sido um período onde se fechou vários setores no Hospital João Machado, inclusive. Eles alegaram esses serviços passariam a ser responsabilidade do município, até certo ponto é coerente, mas o Estado não pode abdicar de suas responsabilidades.

Houve protestos na Câmara de Vereadores e sindicato, mas foi uma decisão de Governo. As justificativas não foram satisfatórias para o encerramento do hospital-dia, que era uma proposta positiva, atendia uma boa quantidade de pacientes e evitava internamentos integrais.

Atualmente percebo que a Saúde Mental do município de Natal deveria ser pensada enquanto política pública, integrada com o Estado. Não temos ambulatórios suficientes, pois qualquer atendimento em saúde deve dispor dessa modalidade assistencial que se propõe a prevenir e tratar, levando-se em consideração que quando se trata uma depressão se previne uma recaída, a agudização de um caso, e esse serviço devidamente estruturado constitui um espaço preventivo, terapêutico e de reabilitação.

A rede municipal no campo da saúde mental deixa a desejar, pois oferece

poucas unidades de atendimento, e, que, às vezes, fecham sem tomarmos conhecimento. Os CAPS nem sempre dispõem de psiquiatras ou outros tem eventualmente, então não posso classificar como serviço de boa qualidade. Uma pesquisa recente em São Paulo mostrou que os CAPS lá estavam irregulares, e não possuíam responsáveis técnicos, no caso

De fato, não sei para onde caminharemos com essas atitudes de fechar serviços ou reduzir leitos, quando não acompanhados da abertura de novos serviços são ações sintomáticas, e que mostra um atendimento cada vez mais restrito. Temos que entender que o SUS é integral, sem distinções do tipo esse serviço é municipal, aquele é estadual, devem ser integrados. Acredito que a Associação Brasileira de Psiquiatria, a

médicos atuante. Imagine o Estado mais rico da federação nessa situação. E, aqui existem CAPS que não dispõem sequer de assistente social. Muitas vezes, temos profissionais interessados e querendo dar o melhor de si. A zona norte não possui nenhum CAPS, tem apenas um serviço de álcool e drogas, o que já mostra a dificuldade.

Associação dos Familiares de portadores dos doentes mentais vão lutar por melhorias nesse sentido. A nossa esperança é que o controle social modifique essa realidade.

NARRATIVA VII

O colaborador VII tem cinquenta anos de idade, sexo feminino, profissão Psicóloga, com formatura no ano de mil novecentos e oitenta e quatro, vinte e cinco anos de experiência em psiquiatria/saúde mental, sendo vinte e cinco deles vividos Hospital-dia Dr. Elger Nunes. Atualmente trabalha no Setor de Psicologia do Hospital Dr. João Machado (HJM).

A entrevista foi gravada na sala de Psicologia do HJM, no dia 19 de maio de 2011, às 14h15min, sem interferências externas. O colaborador ficou entusiasmado ao participar do estudo, deixando transparecer claramente sua emoção ao narrar passagens históricas vividas no HDEN.

Um tratamento diferenciado porque não perdia o vínculo com a família

Trabalhava antes no município de São José de Mipibú-RN, e no início do ano de mil novecentos e noventa e seis tiveram mudanças no setor que trabalhava e como era funcionária do Estado cedida, quis voltar a atuar em Natal. No momento fazia um curso no Hospital Dr. João Machado e tive contato com Élger, e então o procurei para saber se poderia vir a trabalhar no hospital-dia; e o mesmo concordou. Então, procurei oficializar esse contato com requerimento de servidor pedindo para sair de São José de Mipibú e voltar para a Regional de Natal. Apresentei-me no hospital-dia, entre janeiro e fevereiro do ano de mil novecentos e noventa e seis, e passei a trabalhar lá.

No hospital-dia tínhamos um tratamento diferenciado, porque o paciente não perdia o vínculo com a família, com a

vida lá fora – extramuros. O paciente passava o dia no hospital, chegava às sete horas e saía por volta das dezessete horas, saía do hospital, mas os profissionais ficavam até as dezoito horas. Fazíamos um cronograma para a semana, com atividades que eram desenvolvidas de segunda à sexta-feira, pois o hospital não funcionava sábados e domingos. Não lembro o cronograma da época, mas, na segunda-feira de manhã, por exemplo, tinha o grupo que recebia os pacientes e procurava como havia sido o final de semana dele; concluíamos com o grupo da sexta-feira sobre as expectativas para o final de semana. O paciente repassava se tinha ido à feira, ficado em casa dormindo, visitado alguém, ido a missa ou ao culto, e havia uma verdadeira troca de informações entre eles; já no período da tarde outro grupo.

Havia o grupo de relaxamento na segunda-feira à tarde, no momento que chegavam inquietos para o hospital. No decorrer da semana, tanto tinha atendimento individual aos pacientes e familiares por parte do serviço de psicologia, de enfermagem, serviço social, como tinham os atendimentos em grupos, geralmente um grupo pela manhã e outro pela tarde. Quando sabíamos de alguma programação cultural, religiosa, repassávamos para eles, onde teriam um leque de oportunidades para o final de semana.

A manhã começava com o café, depois medicação. Os grupos operativos desenvolviam atividades tipo laborativas durante a semana. Na extensão do hospital tinha um jardim da frente, outra parte uma horta, entre outros, e todos os dias algum paciente ficaria responsável pela organização e limpeza desses espaços. Tínhamos, também, um cantinho da beleza com dois criados mudos, materiais de higiene pessoal e para as mulheres batons, maquiagem e espelho, chamávamos esse local de cantinho da beleza. Por exemplo, vamos supor que no grupo definiriam quatro pessoas que ficariam responsáveis pelo jardim da frente, outras no jardim de trás, quatro na horta; e elas se organizavam para cortar grama, plantar, regar; outra ficaria encarregada pelo cantinho da beleza, onde iria limpar o espelho,

organizava os batons entre outras atividades. Lembro que existia um pessoal responsável pela organização do refeitório e depois de cada refeição, normalmente duas pessoas limpavam as mesas e tiravam o resto de comida do chão.

Depois dessas atividades laborativas, feitas normalmente pela manhã, iniciava o trabalho dos grupos, e quando encerrava a atividade já era o horário do almoço. Logo após tinha o descanso, mas só tínhamos oito leitos na realidade, pois o hospital-dia não tinha uma quantidade de leitos equivalentes a de pacientes. Fazíamos muitas parcerias com pessoas, famílias, profissionais e empresas como Lyons que doou colchonetes para esse momento de repouso. Conseguíamos muitas coisas para o hospital por intermédio de doações de amigos, empresas, firmas. Então eles tinham o descanso, e se dividiam entre as camas que existiam e os colchonetes na própria enfermaria, inclusive no chão, inclusive isso era motivo de discussão para o grupo, porque às vezes não dava certo, por exemplo, ficar homens e mulheres repousando, então no grupo definia isso. Depois do descanso, eles levantavam, escovavam os dentes, alguns tomavam banho, e, por volta das catorze horas era feita a medicação da tarde, e logo após começávamos um grupo.

Em relação às oficinas, houve uma parceria com a Faculdade de Natal [FAL], que tinha um serviço chamado Operart, e eles disponibilizaram algum professor para vir ao hospital, inclusive tivemos momentos com artista plástico do Rio Grande do Norte dando aula para nossos pacientes. Vamos supor uma oficina de sabonete, aonde vinha uma pessoa para fazer as pinturas em sabonete, pinturas em tela, pintura em tecido; oficinas de cartões de natal. Havia também um momento ecumênico com um missionário, não necessariamente católico ou protestante, de evangelização, tudo isso sem ônus para o hospital. Teve momento de grupo de terço, em que juntos rezávamos o terço e escutávamos a leitura do evangelho. Depois dos grupos, já era o horário que a medicação estava chegando, porque o jantar normalmente é cedo em se tratando de hospital, em torno das dezesseis e trinta ou dezessete horas, e depois finalizávamos o dia com um momento de reflexão. Reuníamos os usuários e líamos de um texto, uma mensagem que falasse de superação, de auto-estima. De um modo geral era isso que acontecia.

Teve uma época em que escrevemos um jornal, através de oficinas, quando juntávamos todos os usuários e funcionários que estivessem presentes no horário, e discutíamos como ia ser o jornal,

o que iria compor o jornal e anotávamos as sugestões. Nesse momento definíamos os responsáveis por cada função, alguém para anotar os nomes dos aniversariantes do mês e assim por diante, de maneira que distribuíamos as tarefas com os que dispusessem a realizá-la. No grupo decidíamos a forma e o conteúdo das notícias, até o momento que tínhamos o jornal pronto nas mãos. O jornal primeiro era lido por todos responsáveis e depois distribuído entre outras pessoas. Inclusive teve um fato bem interessante em que um paciente, morador do bairro da Redinha, disse que estava com o jornal na mão, e alguém achou interessante, pediu para olhá-lo, e quando entregou o jornal a pessoa disse *ochê, pensei que fosse um jornal!* e ele respondeu dizendo *é um jornal!*, e a pessoa continuou questionando a origem do jornal, sobre a menção de um hospital, daí o paciente disse que era produzido no hospital. E ele continuou questionando *e é o hospital dos doidos! E vocês sabem fazer isso?* Então ele respondeu: *Para você ver como doido saber fazer as coisas, que você nem imagina!* Achei muito interessante essa passagem, ele falar com orgulho que era capaz de fazer alguma coisa, e as pessoas achavam pelo fato de eles estarem no hospital, seriam doidos e incapazes de fazer um jornal. Inclusive teve um dos

jornais onde uma paciente publicou uma carta dirigida ao Secretário de Saúde para melhorar as condições do hospital, dizendo que doido votava. Levava a frente a oficina de jornal era eu, fazíamos à tarde, tantas outras histórias; ali era um mundo!

O processo de extinção do hospital-dia foi uma dor muito grande! [momento de comoção, choro] Difícil tanto para nós profissionais quanto para os usuários, porque tínhamos muito amor, fazíamos nosso trabalho com empolgação, entusiasmo e interesse; um pedacinho da vida da gente [lágrimas, emoção] e, de repente, foi destruído! Preocupamo-nos com relação à quantidade de pessoas que iam deixar de ter uma assistência considerada de qualidade e quantas perderiam aquele tipo de serviço, bem como as futuras que procurariam esse serviço. Era um serviço muito gratificante! Foi doloroso, muito! [lágrimas].

A Saúde Mental do município ainda está muito aquém de fornecer uma assistência em que atenda as necessidades, as demandas que são muito grandes. Existe uma corrente que pensa em acabar o hospital psiquiátrico, mas nada é feito para ampliar a rede de serviços ou não feito como deveria ser, com mais serviços que assistissem a população com sofrimento mental! Temos uma cidade enorme, com uma quantidade muito grande de

habitantes, no entanto, dispomos apenas de um CAPS III, dois CAPS AD, uma média de quatro Ambulatórios (se não me engano, Ribeira, Zona Norte, Cidade da Esperança e Neópolis) e mais dois CAPS II, aliás nem mais dois, porque um deles virou III, então o outro deixou de existir. No momento tem-se uma quantidade enorme de pessoas dentro do pronto-socorro Hospital João Machado, quer seja aguardando vaga, quer seja em observação, quer seja na sala de espera. Percebo que a rede ainda é muito pequena e falha; e ainda por cima existe a ideia de acabar com o hospital psiquiátrico. Fico imaginando se nós hoje não existíssemos, quantas pessoas não estariam sofrendo, sem ter espaço para tratar; ou quem sabe se nós não existíssemos a rede tivesse muito maior, não sei! O hospital João Machado dá apoio, assistência ao município de Natal e de todas as cidades do interior do Rio Grande do Norte, pois, a maioria dos municípios não dispõe de serviço de saúde mental. Para se abrir um CAPS, segundo a portaria tem-se o critério do número de habitantes; portanto uma cidade de interior, vamos imaginar uma perto da gente, tipo São José de Mipibú, com quarenta mil habitantes, ela não preenche o critério de abertura, então esse serviço passa a ser consorciado entre municípios, mas em contrapartida tem que dar assistência as

idades adstritas. Ainda é muito pequena a quantidade de CAPS do interior, e normalmente os pacientes acabam

entrando em crise e vindo todos para o hospital. No município de Natal a rede é pequena!

NARRATIVA VIII

O colaborador IV tem cinquenta e sete anos de idade, sexo feminino, profissão Psicóloga, formado no ano de mil novecentos e oitenta quatro, com vinte e cinco anos de experiência em psiquiatria/saúde mental, sendo sete anos de serviço prestado no Hospital-dia Dr. Elger Nunes. Atualmente trabalha no Hospital Dr. João Machado.

A entrevista foi gravada no dia 06 de maio de 2011, às 11h, sendo agendada previamente. O colaborador teve uma importante contribuição na definição de nossa colônia e no transcurso da coleta dos depoimentos. Apresentou-se serena e coerente em seu discurso, demonstrando paixão pelo antigo hospital, e, ao longo da narrativa evidenciou-se seu empenho pelo seu não fechamento, tendo vivenciando de perto a luta do processo de extinção.

Um ideal que poderia ser levado a todo o Estado

O início de minha história no hospital-dia seu deu quando fui convidada pelo diretor na época, Dr. Oswaldo Azevedo, para compor a equipe de psicólogos de lá. A partir de então, passei a conhecer o que era um hospital-dia, e correspondia as minhas expectativas relacionadas ao atendimento em psiquiatria e saúde mental, um ideal que poderia ser levado a todo o Estado. Havia o acolhimento para o paciente e sua família, tratando-os de forma humanizada, buscávamos o resgate de sua independência e sobrevida.

Conseguimos superar determinadas concepções errôneas da própria família que dizia fulano não sabe fazer nada, fulano não consegue fazer nada! Nesse contexto, um fato interessante era que toda a equipe

de profissionais estava tendo contato pela primeira vez sobre o que era o hospital-dia, as bases da Política Nacional de Saúde Mental e as novas formas de atendimento. Aos poucos a equipe do hospital-dia foi se consolidando, chegando mais gente, fomos trazendo mais profissionais como assistentes sociais, técnicos em enfermagem, entre outros, sempre tendo o cuidado de selecionar pessoas que apresentassem um perfil diferenciado no trato com o paciente, pois, naquele momento havia uma carência de recursos humanos; e, ao mesmo tempo precisávamos qualificar os funcionários de lá.

Desse modo, tivemos a necessidade de buscar apoio para o suporte técnico-especializado desses profissionais, onde

começaram a surgir as parcerias, sendo o hospital-dia o primeiro receber alunos e professores da Universidade Federal do Rio Grande do Norte de vários cursos: música, teatro, dança, entre outros. Lembro na época do coordenador, o professor Edson Gouveia, que trouxe esse pessoal para estagiar no hospital-dia. Fomos desmitificando uma série de coisas, entre as quais destaco a postura dos alunos, pois existiam alguns que temiam entrar no hospital, diziam *não vou lá trabalhar com louco!*; mas saíam de lá maravilhados. Então formamos o coral de música com os pacientes, abrimos espaço para ex-pacientes retornarem e também participarem, mantendo o vínculo com o pessoal do hospital; um período muito rico! Guardo ainda hoje o relatório dos estagiários de música, de teatro, com depoimentos do que eles perceberam, sobre a mudança de pensamento que tiveram depois da experiência do hospital-dia.

Fomos crescendo, conseguimos estruturar os trabalhos, colocar uma equipe completa pela manhã, outra equipe completa pela tarde, com médico, psicólogo, assistente social, dando todo o suporte necessário. Veio também o pessoal do curso de Enfermagem e Medicina da UFRN com aulas práticas ministradas no hospital. Enfim, conseguimos estruturar

um bom trabalho, com uma equipe sólida, interessada, e de um vínculo com os pacientes e as famílias que não encontrei em nenhum local. É uma pena que teve essa política que resolveu acabar, desestruturar, pois foram dez anos de hospital-dia e mais de mil e setecentos pacientes cadastrados. Os residentes em Psiquiatria chegaram para somar com o serviço, viram como era diferenciado o trabalho e, voluntariamente, se dispuseram a fazer o ambulatório dos egressos do hospital.

Tínhamos todo um acompanhamento, dávamos alta aos pacientes que saíam com medicação para trinta dias e com seu agendamento de retorno para avaliação psiquiátrica, e, por conseguinte, a continuidade do tratamento, um período de ouro do hospital-dia porque não havia internações. Nesse trajeto, houve uma inversão nos valores: em vez de ter só reingresso, começamos a ter novos pacientes, inverter toda essa estatística. Todo mundo começou a fazer movimento quando soube dos boatos do fechamento. Beneficiamos nossos pacientes na parte social, pois tinha direito à previdência, acesso à transporte, entre outros.

Considero o processo de extinção, na verdade, mais uma briga pessoal de determinados elementos que faziam a Saúde Mental naquela época do que

propriamente com algo relacionado ao serviço. Uma justificativa dada quando questionávamos o porquê do fechamento do hospital-dia era o fato de encontrar-se instalado dentro do Hospital João Machado, e não era permitido atender pacientes nesse mesmo espaço. Por mais que tentássemos justificar que era um anexo, e os nossos pacientes não tinham contato com os pacientes do Hospital João Machado. É tanto que as pessoas que entravam no hospital-dia diziam que era outro mundo, indagavam *tem certeza que é aqui é o Hospital João Machado? Parece outro mundo!* Outra justificativa dada para a extinção era de que precisava do espaço do hospital-dia para montar um serviço de álcool e drogas, na época, era a nova demanda psiquiátrica dentro do Rio Grande do Norte.

Várias reuniões técnicas com direção, coordenação de saúde mental do Estado, e relutávamos *consigam outro espaço e instalem o atendimento de álcool e drogas*. Uma última justificativa dada dizia que tinha verba do Ministério da Saúde para implantar esse serviço de álcool e drogas, daí sugerimos o espaço do João Machado, grande, imenso, com um terreno ali que até foi ate doado para o Tribunal. A nossa sugestão inicial foi de criar um CAPS III lá, instalar o de álcool e drogas em outro local já que se tinha verba

para isso e deixar o hospital-dia em paz! Houve uma insistência grande, percebemos que o negócio era fechar realmente; *a extinção tornara-se algo pessoal, um jogo de poder, vou fechar porque tenho poder para isso!* Parece-me que essa não é só minha percepção, mas de todos os colegas que vivenciaram esse processo percebiam da mesma forma.

De fato não teve nada consistente para justificar o fechamento do hospital-dia, e ainda hoje ainda questionamos muito isso, *por quê?* Está claro que foi uma coisa pessoal! A última indagação que a equipe do hospital-dia fez foi com relação seguinte a portaria de fechamento - *cadê a portaria para fechar o hospital-dia?*- do jeito que tem portaria para criar, deveria ter portaria para fechar. Vasculhei a internet de todas as formas, entrei em contato com outros Estados possuíam hospitais-dia e funcionavam nos moldes do nosso, e que ninguém fechou, pelo contrário, abriram serviços substitutivos e o hospital-dia permaneceram. *Por que só o Rio Grande do Norte vai ser pioneiro em fechar o hospital-dia?* De fato, foi pioneiro, o único que fechou hospital-dia, em decisão da coordenação daquela época. Até rebati *se o problema é esse, mude o nome!*; parece-me que o problema é só de nomenclatura, mude o nome, *coloque CAPS III, Centro de convivência, como querem os nomes*

dos substitutivos, mas não feche o hospital, porque já tínhamos um trabalho de dez anos estruturado, a confiança do paciente e da sua família, mas mesmo assim não ficaram sensibilizados.

Participamos para audiências públicas, denunciei junto ao Ministério Público o fechamento, tive o apoio do SINDSAÚDE, dos professores que utilizavam o hospital-dia como local de estágio e formação de alunos. Mas, foram incisivos, bateram o martelo e deram trinta dias para fechar o hospital e encaminhar os pacientes para outros serviços, numa decisão autoritária, sem chances reivindicações. A equipe toda foi remanejada, uns optaram por ficar no serviço que iria ser montado de álcool e drogas, outros voltaram para o Hospital João Machado, especificamente no pronto-socorro e enfermarias. O que mais marcou foi quando voltei a trabalhar no Hospital João Machado, dando assistência na enfermaria dos crônicos residentes e no pronto-socorro, foi ver os nossos pacientes que há oito, dez anos não iam para o internamento integral, começavam a aparecer no pronto-socorro em surtos graves.

Quando me viam no plantão diziam *Doutora pelo amor de Deus não me bote aqui não, quero ir pro Dia!* E o Dia não existia mais, o que mais choca é isso, você

extinguir um serviço que fazia tão bem para o usuário! Até hoje não foi montado nenhum serviço que desse resolutividade como o hospital-dia dava. A lógica adotada é o usuário que se dane, a verdade é essa! *Então muitos familiares chegavam para mim no pronto-socorro e questionava, queria saber: olha quando fechou o hospital-dia, vocês não foram encaminhados para a Ribeira? Não teve um compromisso dizendo que vocês iam ser atendidos no Centro Clínico da Ribeira?* E, eles diziam *Doutora agente ia lá, fila de espera, não tem vaga não! Não tem médico não! Não tem psiquiatra para atender não! Não tem remédio não!* Daí passaram dois, três meses sem remédios, sem atendimento, surtando; vários pacientes nossos entraram para história da cronificação, devido essa descontinuidade no tratamento.

Avalio atualmente a Saúde Mental no município de Natal como péssima! Existe muita propaganda, mas efetivamente não observo nenhuma mudança efetiva. Os ambulatórios de psiquiatria continuam não existindo, a demora na marcação da consulta, para o acompanhamento; teve o fechamento de cem leitos da Clínica Santa Maria que agravou mais ainda o problema. O pronto-socorro do Hospital João Machado registrou dias com uma média de setenta

ou oitenta pacientes na lista de espera, aguardando uma vaga na Casa de Saúde Natal ou no próprio hospital. Machado.

Vejo a Saúde Mental em Natal como uma eterna briga ideológica; pois se levanta a bandeira pela luta antimanicomial, desospitalização, movimento contro hospitalocêntrismo; uma luta política, ideológica, e não há uma preocupação concreta com o paciente. Tem-se um serviço para álcool e outras drogas, que repente se transforma em outra coisa, não está atendendo a demanda que realmente se propôs a atender, um conflito! Fiz recentemente uma visita ao CAPS III, na verdade um CAPS I que transformaram em III, e colocaram seis leitos, dizendo que fazem internamento de urgência psiquiátrica. No entanto, o que observei era que tinha até leito chão, três pacientes, então isso é tratamento humanizado? No hospital-dia não tinha leito-chão! Outra coisa, achei interessante a escala dos psiquiatras de lá. Anuncia na imprensa *agora o CAPS III vai funcionar vinte e*

quatro horas, podendo fazer internamento; só que não tem psiquiatra plantonista noturno, nem no final de semana, esse profissional só trabalha diurno, de segunda à sexta-feira, aos sábados, domingos, feriados e noturno ficam de sobreaviso porque não tem recursos humanos suficiente.

Temos o SAMU como referência na urgência, e o que dito *agente liga para o psiquiatra de sobreaviso!* Não sei se isso é serviço de urgência psiquiátrica, na minha compreensão não é, pois daqui que o psiquiatra chega para prestar o atendimento o paciente em surto já tem quebrado toda a unidade ou então fez qualquer tragédia maior. Enfim, a saúde do município é péssima e não vejo perspectiva de melhoras com essa política atual! Quem quiser me questionar estou aberta a discussão, mas não pactuo com essa nova postura adotada nos últimos anos em relação à Saúde Mental do Estado e do município.

NARRATIVA IX

O colaborador IX tem quarenta e oito anos de idade, sexo feminino, profissão Terapeuta Ocupacional, com formatura no ano de mil novecentos e oitenta e cinco, dezessete anos de experiência em psiquiatria/saúde mental, sendo dois deles vividos Hospital-dia Dr. Elger Nunes. Atualmente trabalha no Setor de Terapia Ocupacional do Hospital Dr. João Machado (HJM).

A entrevista foi gravada na sala da Terapia Ocupacional do HJM, no dia 04 de julho de 2011, às 9h11min, sem interferências externas. O colaborador demonstrou serenidade e objetividade nas suas falas, reforçou o papel precursor e o empenho dos profissionais durante o início das atividades no HDEN.

O hospital-dia era um modelo de assistência em saúde mental diferenciado

Iniciei minha trajetória em psiquiatria no Hospital João Machado, no ano de mil novecentos e noventa e quatro, vindo de uma experiência com reabilitação infantil. Trabalhei durante dois anos, justamente quando comecei a me atualizar, conhecer melhor como funcionava a assistência em saúde mental, sobre os novos processos e as sugestões para a melhoria dessa área. Nessa época ampliaram-se as discussões sobre Reforma Psiquiátrica, especialmente com Portaria nº 224, além do que isso me interessava, pois acredito na questão da desospitalização e na ressocialização do paciente com a família e sociedade.

Nesse sentido, as discussões sobre a implantação do hospital-dia despertaram minha atenção, era um modelo de

assistência em saúde mental diferenciado. Como sempre tive um olhar à frente do meu tempo, quando me candidatei ao cargo de terapeuta ocupacional no hospital-dia, e assim cheguei lá. Éramos, num primeiro momento, uma equipe bastante reduzida, apenas um médico, Dr. Élger, também diretor, eu como terapeuta ocupacional, Geneci, assistente social, Janilde enfermeira, e alguns técnicos em enfermagem. O hospital ainda estava se estruturando e dispúnhamos de poucos recursos materiais, na verdade, foi um serviço que começou pelo empenho dessa equipe. Conhecíamos o modelo, as portarias que o regulamentavam, tínhamos pacientes cadastrados, mas não sabíamos na prática como esse tipo de serviço

funcionava, e, sempre discutíamos como fazer e proceder nesse sentido.

Lembro que, muitas vezes, não tínhamos material para desenvolver atividades, inclusive recebemos doações de familiares dos pacientes. A primeira atividade que fiz com eles foi o grupo de histórias, baseada numa brincadeira vivida na infância, onde contávamos uma história e o outro complementava. Na verdade, uma opção de escolha naquele momento, pois precisávamos apenas de uma caneta e papel para desenvolvê-la. A equipe vivenciou dificuldades no que se refere à questão de como fazer e de saber realmente como deveria funcionar, tendo em vista que a prática em si não é fácil. Foi quando resolvemos conhecer, por iniciativa e recursos próprios, outros serviços dessa modalidade. Eu, Geneci e Janice viajamos à Recife, e por ser natural de lá, nos hospedávamos em minha casa e conheceríamos o Espaço Azul, um hospital-dia já implantado, buscando compreender sua dinâmica de funcionamento e metodologia de trabalho.

Partindo dessa experiência criamos implementamos nossa metodologia de trabalho, ampliando atividades. Aos poucos, a equipe cresceu, chegaram os psicólogos, o número de pacientes também aumentou, e, fomos divulgando nosso trabalho, pois como era um serviço novo,

as pessoas tinham certo receio em relação ao paciente permanecer apenas durante o dia e ir embora para casa, achavam que deveria ficar internado. Levou um tempo até a família, a sociedade e os outros profissionais aceitarem isso, de que é possível, de acordo com o quadro, a estabilidade do paciente, que passou a entender sua doença, aceitar seu tratamento e se sentir capaz de ter controle, poder voltar para sua casa, passar o final de semana com a família, sem precisar romper nenhum vínculo. Classifico como um desafio muito grande esse início, no momento dos primeiros indícios da Reforma Psiquiátrica. Essa foi minha trajetória no hospital-dia onde permaneci durante dois anos, até o ano de mil novecentos e noventa e oito, quando, então, retornei para o Hospital João Machado, e a outra equipe continuou as atividades lá, até sua extinção.

Sobre a extinção, entendo que está ligada aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, sendo o trajeto dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) necessário, mas acho que foi um processo precoce, levando-se em consideração o momento. A sociedade ainda se preparava para essa transição, tendo em vista que os CAPS estavam sendo implantados no município. Na verdade, o hospital-dia funcionou como um mediador entre a internação tradicional

e o atendimento ambulatorial. Então, essa transição era necessária, mas não teve aceitação por parte do paciente, família e sociedade por ter sido extinto naquela época. Sem dúvidas, houve a perda de um instrumento que dispúnhamos, mas cada gestor público tem uma visão diferente, entendo que poderia ter esperado um pouco mais. A atenção básica municipal deveria estar preparada e estruturada para dar suporte no atendimento ao portador de transtorno mental.

Hoje, ainda acho que, apesar dos mais de vinte anos de Reforma Psiquiátrica, os municípios ainda não estão

preparados. Deveriam se implantar mais CAPS, ambulatórios, além de oferecerem suporte técnico e profissional para atender essa demanda de pessoas com transtorno mental. Considero que evoluímos em alguns aspectos, tanto em nível de capital e Estado, mas ainda temos muito chão pela frente, pois temos uma Saúde Mental engatinhando, mas tem tudo para ficar de pé e correr, depende dos investimentos dos gestores, coordenadores, enfim dos que fazem a política de saúde mental no Rio Grande do Norte.

NARRATIVA X

O colaborador X tem cinquenta e sete anos de idade, sexo feminino, profissão Professora, com formatura no ano de mil novecentos e setenta e sete, trinta e quatro anos de experiência em psiquiatria/saúde mental. Atualmente trabalha na Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Potiguar (UNP).

A entrevista foi gravada numa sala de Coordenação de Curso da UNP, no dia 13 de julho de 2011, às 17h15min. O colaborador demonstrou serenidade e objetividade nas suas falas, e mencionou a relevância do trabalho que era desenvolvido pelo HDEN.

Um local onde se percebia o exercício da cidadania e o respeito pelo paciente

Desde a sua instalação, comecei a levar alunos para o hospital-dia. Antes levava para o Hospital Dr. João Machado. O que mais impressionava era o fato de que apesar dos pacientes apresentarem as mesmas doenças do Hospital Dr. João Machado, inclusive a medicação e os profissionais serem de lá, o hospital-dia tinha uma característica totalmente diferente. Era um local onde se percebia o exercício da cidadania e o respeito pelo paciente. Os alunos ficavam impressionados com as características do pacientes do hospital-dia, pois tinham mais liberdade e eram mais responsáveis por si, onde se percebia a cidadania neles. Pude acompanhar alunos no hospital-dia durante muito tempo. Lá tínhamos um grupo de profissionais muito afinado, com psicólogos, assistentes sociais, enfermeiro, entre outros, sempre procurando acertar.

Fazíamos grupos todos os dias. Disponha-se de uma riqueza natural impressionante, belas árvores e um ambiente alegre com pequenos detalhes que contribuía para humanização, que ali havia chegado antes de qualquer coisa. Todo o dia ao iniciarem as atividades se ouvia uma música pelo paciente ou funcionário que sabia tocar violão. Sentávamos embaixo das árvores e cantávamos juntos, e terminávamos o dia também dessa forma. Uma coisa interessante: nas sextas-feiras fazíamos churrasco; tinham umas mesas brancas, grandes, debaixo das árvores, e cada um contribuía de alguma forma, seja levando a farofa, o vinagrete, refrigerante, pratos e copos descartáveis; num dia que ficou conhecido como “a sexta do churrasco”. Havia uma aproximação muito grande entre os pacientes e profissionais. Hoje guardo muitas lembranças boas do

hospital-dia; numa época em que vivenciava o que se falava na Psiquiatria, não perceptível em outros locais.

O processo de extinção do hospital-dia não acompanhei muito, pois já havia saído da universidade. Algumas pessoas até me ligaram, informando sobre esse processo, “iria acabar com algo que dava tão certo”! O que me falaram foi com relação à questão das drogas, pois tinha a necessidade de um local para tratar essa demanda e que o hospital-dia seria transformado numa clínica de álcool e drogas, e não sei se teria a mesma característica, se era internação ou o paciente passa o dia e a noite volta para casa.

A Saúde Mental no município de Natal em relação a política nacional

caminha muito devagar levando-se em consideração o número de pessoas com problemas mentais. Atualmente dispõe-se, entre outros, de trinta e dois CAPS, um CAPS III, residências terapêuticas. Tem-se o embate “para onde levar”? Mas, vejo que o problema não é uma realidade somente Estadual ou do município de Natal, pois está presente em todo o país.

NARRATIVA XI

O colaborador XI tem cinquenta e nove anos de idade, sexo masculino, profissão Professor, com formatura no ano de mil novecentos e setenta e cinco, trinta e três anos de experiência em psiquiatria/saúde mental. Acompanhou alunos do curso de graduação em Medicina durante dois anos no Hospital-Dia Dr. Elger Nunes. Trabalha como professor da disciplina de Psiquiatria curso de graduação em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Atualmente encontra-se cedido a Secretaria Estadual de Saúde Pública, atuando na Direção Técnico do Hospital Dr. João Machado (HJM).

A entrevista foi gravada numa sala de Coordenação Técnica do HJM, no dia 26 de maio de 2011, às 17h15min. O colaborador demonstrou serenidade nas suas falas, e mencionou a relevância do trabalho que era desenvolvido pelo HDEN.

Um lugar adequado para o ensino da psiquiatria

Podemos considerar minha participação no hospital-dia como pontual, apesar de ela ter se estendido por um período de dois anos. Era uma participação semanal que fazia como docente da UFRN na aula prática de Psiquiatria para os graduandos de medicina, em acordo com direção do Hospital João Machado. Não tive nenhuma participação assistencial, no sentido da terapêutica psiquiátrica. Eu e meu colega, também professor, só temos a agradecer a equipe do hospital-dia que nos acolheu para dar essas aulas, na sequência farei essa ressalva e o contorno dos limites de minha participação.

A iniciativa de ensinar no hospital-dia se deu porque considerava e considero o hospital-dia como um modo avançado de

assistência psiquiátrica, que se diferencia do tratamento tradicional voltado ao tratamento dos pacientes psicóticos. O hospital-dia pode ser considerado até como uma transição entre, por exemplo, o período de uma internação necessária e a volta para a família e para a comunidade, com, evidentemente, o segmento ambulatorial, que na época era feito no próprio hospital, e menos frequentemente, um ou outro paciente era atendido também no ambulatório do Hospital Onofre Lopes. Esse lugar de acompanhamento do paciente psicótico funcionava, em sua estrutura e dinâmica, de um modo diferenciado, pois o paciente tinha condições de experimentar uma unidade de terapêutica em saúde mental e voltar para

casa no final do dia, experimentando o convívio com a família e a sociedade.

É importante que o aluno em formação tenha essa vivência, não apenas do paciente psicótico internado, que deve acontecer quando necessário no hospital, sem dúvida, principalmente na crise psicótica, como também no serviço intermediário entre o hospital e o ambulatório, como hospital-dia e consequentemente a vivência na própria comunidade. Partindo desse objetivo elaboramos a proposta da disciplina de Psiquiatria que integrada ao trabalho prático com alunos do curso de Medicina. O início dessa história foi em função desse sentido e objetivo. Posso dizer, também, que o que me motivou para trazer o aluno para ter esse tipo de experiência no hospital-dia foi o modo como funcionava e funciona um hospital-dia, que além do tratamento clínico tradicional que tem certa prioridade no uso de psicofármacos, não só isso, mas é necessário, quando um paciente está em crise precisa ser hospitalizado. O aluno experimentava uma prática da entrevista clínico-psiquiátrica com um paciente que estava experimentando a participação nos grupos operativos, terapia ocupacional, o tratamento clínico tradicional e psicoterapia, quer dizer, um conjunto de atividades terapêuticas formava a estrutura e dinâmica do hospital-

dia. Na minha concepção continua sendo fundamental essa participação, sem minimizar nenhuma outra prática de psiquiatria, como, por exemplo, pronto-socorro psiquiátrico, enfermaria psiquiátrica e ambulatório psiquiátrico. A minha trajetória então tem esse contorno e configuração bem delimitada de uma participação voltada para o ensino de psiquiatria a partir da vivência real do aluno em contato com o paciente, evidentemente sob a minha supervisão.

Com relação ao processo de extinção do hospital-dia, parto do princípio de que ele não deveria ter sido extinto, essa é uma opinião pessoal, mas com base na minha formação profissional, e qualificação em psiquiatria. Como disse antes, escolhi o hospital-dia como um lugar adequado para o ensino da psiquiatria, portanto, para a formação de um médico no caso específico, mas estendo isso a todos os profissionais de saúde mental, demonstro a importância que dou a esse serviço como unidade terapêutica de saúde mental. A minha compreensão do processo de extinção, acredito, pelo menos da forma onde tenho ciência e fui informado, está ligada a uma base ideológica voltada para um programa dentro da Reforma Psiquiátrica, que vem sendo realizado pelo Governo Federal, em nível nacional, de Política em Saúde Mental implantada nas

últimas duas gestões, canalizado para os Estados e municípios do país a ideologia que sustenta esse processo.

Quero fazer um parêntese importante que ao dizer isso não está criticando o programa da Reforma Psiquiátrica como um todo, mas sim os excessos e abusos decorrentes de um programa estabelecido e que está sendo realizado. O fato, por exemplo, de um hospital-dia funcionar no conjunto de uma unidade hospitalar não minimiza a sua validade terapêutica, porque você imagine se esse hospital-dia que vinha dando certo na sua prática fosse ampliado para outras partes ou ampliado na sua forma assistencial para um maior número de pacientes do próprio hospital, mas não chegou a esse momento, até porque foi extinto. Não que o hospital deve ser fechado e ser substituído por hospitais-dia ou outras unidades assistenciais, pois ele será sempre necessário para o atendimento da crise psicótica, evidentemente que no menor tempo possível, mas necessário para recuperação do paciente. Em seguida, se necessário, se não pode ainda voltar para a comunidade, passaria pelo hospital-dia. Então esse processo de extinção, tenho uma compreensão dessa forma, ela não se baseia, por exemplo, de quando uma coisa se extingue por algum motivo, um deles é porque não deu certo ou porque não tinha

validade ou sentido, ou não se constitui unidade terapêutica de fato, que não foi o motivo.

O término teve mais uma denotação política equivocada de saúde mental, que não concebia, na época, o funcionamento de um hospital-dia como unidade terapêutica vinculada diretamente ao hospital psiquiátrico. Caso me perguntar se as comunidades, bairros ou sociedade em geral precisam ter hospitais-dia, não tenho menor dúvida. Existem hoje os chamados CAPS – Centros de Atenção Psicossocial e claro que devem ter. Se você tem unidades funcionando na comunidade como ambulatório e hospital-dia, como o CAPS, por exemplo, sem dúvida nenhuma que a demanda de internação tende a diminuir, ainda não é que está acontecendo, mas ela tenderá a diminuir. Farei um comentário de passagem porque não trabalho na rede, mas tenho evidentemente uma concepção geral de como funcionam estas unidades. Em termos técnicos, médico-assistenciais, no campo da saúde mental, o fato de um hospital-dia funcionar vinculado a um hospital psiquiátrico não diminui nenhum um pouco sua validade terapêutica, e deve existir, funcionar muito bem. Dinâmica de funcionamento desse sistema propriamente dito, hospital para tratamento do paciente internado e o sistema hospital-dia, hospital-noite, que existe também, e

ambulatório deve funcionar em sintonia. Essa extinção teve mais uma base ideológica do que um motivo técnico. Acrescentando que é lamentável! Porque você estrutura uma unidade de saúde mental, mantém ou acaba com ela, se essa não promove a saúde do paciente mental, mas o hospital-dia, até onde conheci e conheço o funcionamento de outros hospitais-dia, promovia o avanço no tratamento do paciente mental. Considerando esses aspectos, não havia motivo ou motivos para sua extinção, essa é a minha concepção enquanto professor e profissional.

Não avalio muito bem a Saúde Mental em Natal. Não me refiro especificamente a gestões político-administrativas nem da atualidade, nem da anterior, falarei de um modo geral; o que me interessa é dizer o seguinte, constato, aí não entrarei no mérito da análise dos motivos porque são vários e precisaria adentrar a política de saúde mental que predomina no município de Natal e os determinantes que regem esse campo de atuação, mas posso dizer alguma coisa como profissional e psiquiatra que tenho observado. Observo o seguinte, essas unidades diferenciadas ou diferentes do hospital psiquiátrico tradicional que existem na comunidade e sociedade no geral, e o Hospital João Machado, diga-se

de passagem, é única referência em saúde mental do Estado, essas unidades, os chamados CAPS e Ambulatórios têm funcionado de forma precária.

Um dado importante de uma recente pesquisa feita pela equipe de acolhimento aqui do João Machado, e que pude observar é que nos bairros onde existem CAPS, não sei se em todos existem também ambulatórios, mas observou-se que a demanda para internação foi maior do que nos bairros onde não existem CAPS; de fato uma contradição. Você tem um bairro, onde tem uma unidade de saúde mental como CAPS e se tem uma demanda maior que chega para internação no Hospital João Machado, comparando com bairros onde não existe esse serviço. Então considerando o dado de uma pesquisa real feita, inclusive documentada, é preciso examinar o porquê disso. Ora é de esperar o contrário. Espera-se que você tenha unidades importantes funcionando como CAPS e ambulatórios, que é fundamental na comunidade para manter a estabilidade sadia do paciente mental e com isso diminuir o número de internações, o número de ocorrências e urgências num pronto-socorro psiquiátrico, por exemplo.

A informação que se tem é de que a rede ambulatorial não tem funcionado de uma forma satisfatória. Essa era a

informação que queria trazer e ao mesmo tempo fazer uma crítica construtiva. É muito importante essa questão, porque você tem na comunidade, ou seja, extra-hospitalar, portanto nos bairros da cidade de Natal, mas vale também para outras cidades, pois se você tem essas duas unidades funcionando de modo satisfatório, tipo hospital-dia, portanto CAPS e ambulatório, não há dúvida que a demanda para internação será cada vez menor! O paciente terá condições de continuar convivendo na família e na sociedade com os recursos que temos hoje de psicofarmacologia e psicoterapia, principalmente, citando duas vertentes terapêuticas fundamentais.

NARRATIVA XII

O colaborador XII tem quarenta e oito anos de idade, gênero feminino, profissão técnico de enfermagem, com aproximadamente quinze anos de experiência em psiquiatria/saúde mental, sendo dez deles no Hospital-dia Dr. Elger Nunes, onde atuava como técnico administrativo. Atualmente trabalha no setor administrativo do Hospital Dr. João Machado.

A narrativa foi gravada numa das salas do setor administrativo do HJM, no dia 20 de maio de 2011, às 9h30min, sob um ambiente tranquilo acolhedor, sem interferências de outras pessoas. O colaborador fala com entusiasmo e espontaneidade sobre o HD, transparece a memória de alguém que acompanhou de perto e vivenciou essa história.

Dez anos de hospital-dia. Uma experiência excelente

O início de minha história no hospital-dia se deu no dia vinte e seis de junho de mil novecentos e noventa e seis, quando então me apresentei no hospital [Hospital João Machado] vindo com um memorando da Secretaria de Saúde; num momento em que estavam precisando de uma pessoa para o arquivo, e me designaram para lá.

Fiquei no hospital-dia desta data até o seu fechamento, no ano de 2006; foram dez anos de hospital-dia. Classifico como uma excelente experiência, não só para mim como para os usuários, pois tudo que você imaginar funcionava lá: oficina terapêutica, grupos, ambulatório, que depois foi cortado, entre outros. O paciente saía de alta, mas ficava agendado o

ambulatório para ele retornar. Na alta, dava-se medicação para trinta dias e depois ele retornava para a consulta no ambulatório, esse agendamento ficava sob minha responsabilidade. Lá, poderia dizer que fazia um pouco de tudo, inclusive até mesmo da Enfermagem participei, porque tenho o curso técnico de enfermagem, e quando faltava algum funcionário, pediam minha ajuda.

Uma experiência excelente, e, até hoje sinto falta. Quando cheguei aqui nesse setor onde atuo hoje [Hospital João Machado], ficava pelos cantos tristes. Você passar quase dez anos num hospital, ou mesmo em qualquer outra instituição, e, de repente, chega a notícia: “vai fechar, vai fechar”!; e agente ter que arcar com tudo

(fechamento de prontuário, de arquivo, devolver para o Hospital João Machado e organizar no SAME) foi algo muito triste. No hospital-dia dispúnhamos de equipe multidisciplinar que considerava uma família, pois cada um tinha um problema; chegava, colocava e todos ajudavam, agente vestia a camisa de lá, uma verdadeira família!

O processo de extinção do hospital-dia foi muito doloroso, os pacientes choravam, as famílias mobilizaram a imprensa local, equipe de reportagem. Senti muito, não só pelo ambiente de trabalho, mas pelos pacientes, porque lá eles eram bem atendidos, tinham toda assistência: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro e médico; e, às vezes também agente tinha que encaminhar para o clínico quando precisava. Se fosse para reabrir de novo voltaria a trabalhar lá com maior prazer, mas sei que não volta. A extinção foi muito polêmica, fomos, inclusive para uma audiência com a Promotora Pública, mas ela disse que deveria fechar, estava na Lei e não pode mais existir hospital-dia, teria que ser CAPS ou NAPS. Daí agente questionou porque não poderia se tornar um CAPS, mas ela disse que dentro de

uma unidade hospitalar não poderia funcionar um CAPS. Lutamos de todas as maneiras, mas não houve acordo.

Avalio a atual situação da Saúde Mental de Natal como péssima, isso digo e confirmo, pois assistência aos pacientes não existe. Para se ter uma ideia eles, muitas vezes, passam em torno de noventa dias para ter uma consulta. Paciente psiquiátrico precisa ter a rotina dele e o cuidado como uma questão contínua, digo isso porque tenho familiares doentes mentais; e se eles não tivessem plano de saúde teriam que passar pelas mesmas coisas daqueles que não tem condições de pagar. A Saúde Mental no município de Natal está um caos!

NARRATIVA XIII

O colaborador XIII tem cinquenta e sete anos de idade, sexo feminino, profissão Técnica em Enfermagem, com catorze anos de experiência em psiquiatria/saúde mental, sendo quatro deles vividos no Hospital-Dia Dr. Elger Nunes. Atualmente trabalha no Hospital Dr. João Machado.

A entrevista foi gravada numa sala de Coordenação de Enfermagem, no dia 26 de maio de 2011, às 10h15min. O colaborador demonstrou serenidade e objetividade nas suas falas, e mencionou a relevância do trabalho que era desenvolvido pelo HDEN.

No hospital-dia era desenvolvido um trabalho muito importante para os pacientes

O início de minha história no hospital-dia se deu no ano de dois mil e dois, quando já havia sido fundado. Era um hospital tipo ambulatorial aonde o paciente chegava às sete horas e só retornava para casa por volta das dezessete horas. Existia todo um acompanhamento durante esse período, mesmo estando num hospital, podiam retornar para casa e conviver em sociedade. Gostava muito de lá! Tinham as oficinas, além de uma assistência diferenciada e medicação, não faltava; eles tinham uma assistência melhor! Quando eles saiam de alta, levavam medicação e eram encaminhados para outros serviços de saúde; uma grande diferença em relação ao hospital psiquiátrico.

O fechamento do hospital-dia não foi muito bom não porque eles gostavam muito da assistência, as oficinas e tinha a equipe toda que prestava atendimento; eles sentiram bastante assim como agente. Na

verdade, no hospital-dia era desenvolvido um trabalho muito importante para os pacientes, pena que chegou o ponto de fechar. Quando fechou, fomos alocados para o Hospital João Machado, onde teríamos que cumprir nossos plantões. Passei a atuar na Ala Masculina, especificamente na segunda enfermaria. Até hoje ainda encontramos pacientes que dão entrada no hospital [João Machado] e eram acompanhados no hospital-dia, e até hoje ainda estão internados; pacientes que vão e voltam. A extinção foi uma determinação da Secretaria de Saúde, de Direção, coisa de política mesmo, porque não havia outro motivo para ser fechado. Tinha-se um tratamento muito bom lá para os pacientes, semelhante, hoje aos residentes do hospital, pacientes que moram aqui há bastante tempo.

A Saúde Mental em Natal acho precária, pois muita coisa falta, inclusive a

própria assistência. Com o fechamento da Casa de Saúde Santa Maria estão superlotando o Hospital João Machado, ocasionando um verdadeiro caos na assistência em saúde mental. Não posso

avaliar como boa porque poderia ser melhor. O cenário que temos é uma demanda muito grande onde falta muita coisa. Houve uma época que foi melhor!

NARRATIVA XIV

O colaborador XIV tem quarenta anos de idade, sexo feminino, profissão Técnico em Enfermagem, com formatura no ano de mil novecentos e noventa e dois, quinze anos de experiência em psiquiatria/saúde mental, sendo dez deles vividos no Hospital-Dia Dr. Elger Nunes. Atualmente trabalha na Ala Masculina e Pronto-Socorro do Hospital Dr. João Machado.

A entrevista foi gravada numa sala de Coordenação de Curso da UNP, no dia 27 de maio de 2011, às 8h15min. O colaborador demonstrou objetividade nas falas e mencionou a relevância do trabalho que era desenvolvido pelo HDEN para a saúde mental no Estado.

O hospital-dia era quase um CAPS

Cheguei ao hospital-dia ainda estava sendo aberto, no primeiro mês, antes mesmo de inaugurar, e fiquei lá até seu fechamento, os dez anos que ele passou aberto trabalhei lá. Foi uma experiência boa, nunca havia trabalhado em hospital psiquiátrico, o início de minha trajetória foi no hospital-dia. Os pacientes tinham uma recuperação, como eles não se desligavam da família, tinham uma melhora considerável.

Muitas histórias que marcaram. Pacientes que eram acompanhados e nunca mais adoeceram, hoje em dia trabalham, vivem bem; adolescentes de quinze, dezesseis anos que tiveram o primeiro surto e estão aí trabalhando. Houve muitos pacientes que tiveram por lá e hoje fazem tratamento em casa, tiveram uma melhora. No hospital-dia fazíamos parte de tudo, tanto dos grupos operativos como das

atividades laborativas, sempre observando o desenvolvimento das atividades pelo paciente. No geral, eles tinham atividades como varrer as folhas que ficam ao lado das plantas, por exemplo, ajudavam a limpar as partes externas do hospital; então eles pegavam vassouras, pás para apanhar o lixo, e observávamos. Tinham os grupos operativos e a equipe se integrava: psicólogo, assistente social, médico, éramos uma equipe multidisciplinar, onde estavam sempre presentes.

Estive no hospital-dia do começo ao fim, desde antes da inauguração, porque ele passou um mês aberto para poder ser inaugurado. Ele foi aberto no começo de março e só foi inaugurado em abril, então ele passou um mês aberto só com um paciente para poder ser inaugurado. Ao final havia uma fila de espera de pacientes querendo ser tratado lá, pois todos os dias

eles estavam em casa. No hospital-dia eles iam e viam sozinhos, tinham liberdade, as festinhas que fazíamos nas datas comemorativas, onde eles sempre participavam e colaboravam com comidas. No São João, por exemplo, tinha quadrilha, danças, outros momentos trabalhavam peça teatral, atividades manuais. Houve uma parceria com professoras da FAL que vieram ensinar a fazer boneca de tecido, pintura. Conheço uma paciente que até hoje ela trabalha com as coisas que ela aprendeu a fazer no hospital-dia, ganha dinheiro com isso, e continua o tratamento na Ribeira.

O fechamento do hospital-dia foi triste, todo mundo chorando. Os pacientes quando ouviram falar que o hospital-dia ia fechar parecia o caso de alguém da família que havia morrido, muito triste! Quando fechou lá, passei a trabalhar no pronto-socorro do Hospital João Machado. O hospital-dia era tranquilo, por mais que um paciente se agitasse, era um ou dois; e, sempre tínhamos medicação de urgência, raramente íamos ao pronto-socorro com eles. O pronto-socorro é aquela loucura literalmente! Estranhei muito! No hospital-dia você ficava com o paciente, conhecia-o, sabia sua história. Lá você convivia dia-a-dia com ele, estava sempre junto, e, no pronto-socorro não, às vezes você nem sabe o nome dos pacientes, pois ele passa

dois, três dias, e você nem tem condições de saber quem era aquele paciente. Aqui nas enfermarias [Hospital João Machado] é quase a mesma coisa, eles ficam muito sem ter o que fazer. Quando não tem o forró na quadra, ficam aí dormindo, sem fazer nada. No hospital-dia era o dia todo de atividades: manhã tinha aquele grupo, tarde outro grupo, já tinha outra atividade, sempre eles tinham o que fazer, tinha a hora do repouso, mas eles sempre ocupavam a mente dele durante todo dia.

A Saúde Mental em Natal precisa melhorar muito. Tem os CAPS, mas com poucas vagas para a demanda muito grande. Ultimamente a demanda maior no pronto-socorro [Hospital João Machado] é de álcool e drogas, não é saúde mental. Às vezes estamos com quarenta pacientes, e desses trinta é álcool e drogas, que ocupa o lugar dos doentes mentais. Algumas vezes eles vêm para cá todos orientados, convivendo com os pacientes doentes mentais, e sabe que, em alguns momentos, eles perturbam. Pacientes alcolistas dois, três dias estão orientados, e, por isso não gosta porque aquele outro está perturbando, fazendo barulho, inquieto, o que ocasiona brigas. Agente encaminha para os CAPS quando pensa não tem vaga, é uma fila de espera enorme. O hospital-dia era quase um CAPS, só que com atividades todos os dias, de segunda à

sexta. Nos CAPS, o paciente, às vezes, vai pela manhã e não vai de tarde, algo assim, e no hospital-dia ia todos os dias. Eles até se identificam com os CAPS, mas não consegue vaga, e terminam voltando para cá [Hospital João Machado] se internar. Outras vezes não conseguem medicação ou

uma consulta com o psiquiatra, e termina sempre vindo para cá para se internar. São as mesmas caras, os mesmos pacientes, quando agente pensa que eles estão em casa, já deram entrada no pronto-socorro.

NARRATIVA XV

O colaborador XV tem trinta e cinco anos de idade, sexo feminino, profissão Técnico em Enfermagem, com dez anos de experiência em psiquiatria/saúde mental, sendo cinco deles vividos no Hospital-Dia Dr. Elger Nunes. Atualmente trabalha no Setor de Arquivo do Hospital Dr. João Machado (HJM).

A entrevista foi gravada numa sala de Setor de Arquivo do HJM, no dia 276 de maio de 2011, às 15h. O colaborador demonstrou serenidade e objetividade nas suas falas, e mencionou a relevância do trabalho que era desenvolvido pelo HDEN.

É muito triste saber que o hospital-dia foi um serviço que funcionava

O início foi um tanto chocante. Antes trabalhava no Hospital Giselda Trigueiro com pacientes clínicos, e vim aqui para o Hospital João Machado e de cara não gostei da psiquiatria. Lembro quando cheguei no hospital-dia estava gestante, com três meses de gravidez. Não gostei e liguei para minha chefe do Giselda dizendo que queria voltar. Ela disse para tirar a licença gestante e quando voltasse, retornaria para o Giselda. Quando voltei de minha licença gestante foi na época que comecei a me habituar com os pacientes e não quis mais voltar, pois fui me identificando com aqueles pacientes, a história deles, suas necessidades, cada um com sua particularidade. Eles chegavam para você, começavam a contar a história da vida deles e você se envolvia.

Continuei no hospital-dia, e, desde então não quis mais sair, porque lá era uma

família, os profissionais, a equipe era muito boa, e, era ótimo trabalhar no hospital-dia. Na época um professor da UFRN foi ótimo, pois ele se envolveu tanto naquilo ali, juntamente com os alunos, que o trabalho em si era muito gostoso. Víamos a recuperação do paciente, ele progredindo no tratamento. Sou técnica em enfermagem e estou na burocracia, resistente a trabalhar nas enfermarias do João Machado, pois não vejo uma evolução do paciente, que sai e com pouco tempo está aqui de volta. Fiquei muito triste quando vi paciente que eram do hospital-dia aqui internado no João Machado. Atualmente tem uma paciente que era do hospital-dia e víamos a evolução dessa menina, ela saía bem; hoje a vejo num quadro difícil. Particularmente do João Machado não gosto, e, se fosse

para voltar hoje para a Enfermagem aqui não queria!

A extinção do hospital-dia foi horrível, um clima lamentável para todo mundo, tanto para os pacientes como para os funcionários, e que ninguém esperava. O paciente tinha todo um suporte no hospital-dia, mesmo quando ele saia de alta, estava interno, conseguia estabilizar o quadro; o médico dava alta, ele saia, mas tinha o apoio ambulatorial. Quando acabava a medicação, voltava ao hospital-dia para o atendimento médico, e tinha aquele suporte para não entrar em crise novamente. Hoje agente não vê isso! É lamentável ver pacientes que foram do hospital-dia catando lixo na rua, pois descompensou de um jeito que vive sujo, com mal cheiro, guardando o lixo dentro da bolsa, perambulando pelas ruas. É muito triste saber que o hospital-dia foi um serviço que funcionava, e não sei o porquê que fecharam, acabaram, até hoje não entendo. Como é que se fecha uma coisa que funciona? Mas aconteceu, foi lamentável para todo mundo, tanto para familiares e pacientes, como para professores da universidade. Era um local muito gostoso de trabalhar.

A Saúde Mental de Natal está doente! Vemos o paciente que sai de alta e não tem acesso à medicação. Indago: como é que ele vai continuar o tratamento? Vai

para um posto de saúde não tem medicação, aqui no João Machado não sai mais medicação para ninguém! No caso quando o hospital-dia funcionava, eles pegavam medicação aqui, tinham a consulta, recebiam a receita e o hospital fornecia a medicação, hoje não tem mais isso! O paciente sai e ele fica largado, solto, voltam aqui. Outro dia, chegou uma paciente que recebeu alta há uns quinze dias totalmente descompensada; o paciente sai sem suporte e apoio.? Ele vai para onde? Os CAPS está superlotado, encharcou! E quem vai absorver isso aí? Não tem condição, o doente mental está largado. Não sei como funciona o sistema de consulta com o psiquiatra na rede pública, como eles conseguem, se é daqui há três, seis meses. Acho que eles já saem com aquela preocupação: e o meu remédio? É muito triste ver a situação do doente mental, principalmente para eu que trabalhei num serviço ótimo, onde via um paciente se recuperar, ficar no seu senso normal. Existem coisas que marcaram: você ver uma pessoa surtada e achava que nunca mais ia ver aquela pessoa normal, e, de repente, ela sair como uma pessoa normal, no seu senso normal, mas infelizmente ela não poder continuar assim porque não tem medicação, e o sistema não fornece, em minha opinião isso não funciona!

Anexos

ANEXO A – Parecer de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIOGRANDE DO NORTE - UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Parecer Nº 115/2008

Prot. nº:	008/08 - PR 189878
CAAE:	0041.0.051.000-08
Projeto de Pesquisa:	Trajetória de Vida dos Usuários do Hospital da Dr. Elger Nunes: Um Recorte Histórico da Psiquiatria e Saúde Mental no Rio Grande do Norte.
Área de Conhecimento:	Ciências da Saúde – Enfermagem – Grupos III
Pesquisador Responsável:	FRANCISCO ARNOLDO NUNES DE MIRANDA
Instituição onde será realizado:	UFRN/CCS – Departamento de Enfermagem
Instituição Sediadora:	Hospital João Machado, responsável pelo ex-hospital Elger Nunes, anexo do Hospital João Machado
Finalidade:	Outros tipos
Período de realização – Início:	Julho de 2008,
Término:	Junho de 2009,
Data da Revisão Ética:	13 de Junho de 2008.

RELATO

1. RESUMO

O presente protocolo foi submetido à Revisão Ética em 09 de maio de 2008, quando recebeu o seguinte parecer:

Considerando o exposto, entendemos que o Protocolo sob análise está bem estruturado e justificado. Esperamos ao pesquisador uma recolheita de dados de pesquisa, visando sempre mais coerente com os resultados que poderão ser obtidos.

Desse forma, o presente protocolo deverá ser enquadrado como **PENDENTE**.

O pesquisador atendeu correspondência a este Comitê na qual aceita o seguinte conteúdo na primeira Revisão Ética, passando o Projeto a ter o seguinte título: "Trajetória de Vida dos Usuários do Hospital Da Dr. Elger Nunes: Um Recorte Histórico da Psiquiatria e Saúde Mental do Rio Grande do Norte".

2. PARECER

Considerando que a recomendação, contida na primeira Revisão Ética foi completamente atendida, somos favoráveis ao enquadramento do presente protocolo como **APROVADO**.

3. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinado (Resol. 196/96 – CNS – item IV.3d);

Processo Nº 115/2008-CEP-UFRN

2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3c);
3. apresentar ao CEP/UFRN e-entusias mudanças ou extensões no protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitê de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa - (Manual Operacional para Comitê de Ética em Pesquisa - CONEP – Brasília – 2002 – p.65).

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 17 de junho de 2008.


Dulce Almeida

VICE-COORDENADORA DO CEP-UFRN

ANEXO B- Proposta de Trabalho do Hospital-Dia



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

ELGER OLIVEIRA RONES DA SILVA
(Médico Psiquiatra/Diretor de H.Dia)

ANA ELIZABETH MADRUGA
(Terapeuta Ocupacional)

JANILDE HENRIQUE GODEIRO
(Enfermeira)

ISAC ALVARO DA SILVA
(Enfermeiro)

MARIA CECÍLI DE A. ALVES
(Assistente Social)

ROSILENE PEREIRA DE MELO
(Auxiliar de Enfermagem)

MARLUCE DO NASCIMENTO
(Auxiliar de Enfermagem)

LUCILA MAIA BARRAS
(Auxiliar de Enfermagem)

JOSÉ AUGUSTO DE LIA
(Auxiliar de Enfermagem)

DJALMA JOSÉ DA SILVA
(Auxiliar de Enfermagem)

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA

1- JUSTIFICATIVA:

Pretende-se com a implantação do hospital-dia, proporcionar à população da Cidade de Natal mais uma alternativa assistencial na área de saúde mental, que substitua as internações de tempo integral por internações parciais.

Dessa forma, manter-se-á esforços efetivos entre o usuário-família-comunidade, resguardando a vinculação do paciente com o seu cotidiano e evitando o estigma frente as internações em hospitais psiquiátricos tradicionais.

2- OBJETIVOS:

2.1. Geral

Proporcionar uma assistência menos restritiva, permitindo uma interação contínua entre usuário-família-comunidade.

2.2. Específicos

- Atuar enquanto equipe multidisciplinar, mediante tratamento intensivo, de forma a possibilitar o resgate das habilidades sociais e laborativas do paciente;
- Realizar ações com ênfase na modalidade de grupo;
- Articular com rede básica, a fim de diminuir a internação integral.

3- Clientela

Pacientes agudos de primeira crise ou recidivantes, desde que sejam referenciados por outros serviços.

4- Estratégia de Atuação

- Realização de grupos de orientação para familiares, podendo ser coordenados por membros da equipe multidisciplinar, a fim de elucidar os familiares quanto a aspectos da doença, co-participação no tratamento e colaboração para garantir os direitos sociais dos usuários;
- Explicitação aos familiares e usuários sobre o contrato de trabalho, especialmente quanto à duração do tratamento e o procedimento terapêutico por ocasião da sua admissão;
- Participação de membros da equipe técnica de nível superior na orientação, treinamento e supervisão de servidores de nível médio e elementares sempre que necessárias;
- Realização de grupos operativos;

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA

- Estabelecimento de contatos com outros serviços na área de saúde mental, a nível estadual e municipal, visando efetivamente a integração e colaboração;
- Estabelecimento de contatos com a U.F.R.N. e outros órgãos que venham subsidiar as ações do Hospital-Dia.

5- Avaliação.

Oportunizar à equipe multidisciplinar, supervisões destinadas à discussão de casos, visando melhor compreensão da clientela, o aprimoramento dos serviços e trabalho coletivo da equipe; Promover reuniões semanais, visando o aprimoramento da organização interna do hospital-dia e o estabelecimento de canais eficazes de comunicação.

6- Marcas Gerais.

- Na quebra de compromisso da família, com o retorno do paciente a sua residência, o mesmo será acolhido no pronto-socorro do Hospital Dr. João Machado - HJM, permanecendo nas condições aferidas pelo referido hospital;
- Em caso de agravamento do quadro clínico, que impeça o retorno do paciente ao lar, o mesmo poderá ficar interno durante o período noturno no H.J.M.
- Na fase inicial do tratamento, em casos excepcionais, o familiar ou responsável poderá acompanhar de forma direta o usuário.

7- Quadro de Recursos Humanos

EXISTENTES	NECESSÁRIOS
01- Médico Psiquiatra	02- Médico Psiquiatras
01- Terapeuta ocupacional	02- Terapeutas ocupacionais
01- Assistente social	02- Assistentes sociais
01- Psicólogo	02- Psicólogos
01- Enfermeiro	02- Enfermeiros
05- Auxiliares de enfermagem	08- Auxiliares de enfermagem
	02- Recepcionistas
	03- Serventes
	02- Copistas
10- Funcionárias	25- Funcionários

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA

B- RECURSOS MATERIAIS.

B.1- MATERIAL PERMANENTE

Qtd. DESCRIÇÃO

05	Bureaus em madeira 3 gavetas
01	Armário vitrine
02	Armário em aço com 01 portas
06	Cadeiras giratórias
01	Bureau em ferro com 03 gavetas
01	Arquivo em aço com 04 gavetas
01	Bebedouro
07	Bancos de 2 1/2m de madeira
01	Mesa em fórmica 3m X 80cm
14	Cadeiras de plástico rotativo
01	Mesa redonda em madeira com 04 cadeiras
01	Estante de aço
01	Armário de aço tipo roupa com 02 portas(pacientes)
01	Armário de aço tipo roupa com 06(outras)portas(funcionários)
01	Aparelho de televisão
01	Aparelho de videocassete
06	Ventiladores de coluna
01	Geladeira
02	Fogão com 4 bocas
01	Lavatório
01	Espelho de 1m X 50cm
02	Mesas de 01m X 80cm
08	Cadeiras de madeira
01	Relógio de parede
01	Tensímetro
01	Estetoscópio
01	Aparelho telefônico
01	Máquina de escrever elétrica
01	Quadro de aviso
01	Liquidificador
01	SOM

ANEXO C – Folder de divulgação do HDEN

ONDE FICA

Assessoria Hospital
Dr. Arjo Machado (HUM), na
Avenida Alexandre de
Alencar, 1578 - Taubaté - Natal,
RN. Telefone (84) 302.73.01.



Aparcerias

Equipe Saúde Família
Do Rio Grande do Norte
Eo Rio Grande do Norte
Do Rio
Do Rio

Instituições



Banco de
Produtos de Saúde de RN

Programa Saúde
Tua Saúde




SAÚDE MENTAL HOSPITAL -DIA. DR. ELGER NUNES



**ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA**

HISTÓRICO

O Hospital Dia (HD) é integrante de uma instituição de saúde pública do Estado do Rio Grande do Norte e segue as premissas da Reforma Psiquiátrica, visando aos eixos de tratamento, prevenção, saúde social e respeito às diferenças.

Seu funcionamento é regido pela Portaria 234/03, do Ministério da Saúde, que preconiza "a humanização da assistência em psiquiatria".

Em 1995, a Secretaria de Saúde Pública do RN, através da Portaria nº 4090, aprova as normas técnicas dos Serviços de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS) no RN.

Com o Decreto nº 1640, do RN, de 04/02/97 é criado o HD, e em 15/04/98 este é regulamentado pelo Ministério da Saúde.

O QUE É

É um espaço interdisciplinar na assistência em saúde mental, entre a internação hospitalar e o ambulatório, que promove o protagonismo do tratamento oferecendo ao usuário múltiplas e interativas para os portadores de sofrimento mental, constituindo uma estratégia terapêutica, visando à família, comunidade, sociedade e reabilitação do usuário.

COMO FUNCIONA

Funciona em regime de semi-internamento, de 2ª a 6ª feir, das 7:00 às 17:00 horas e oferece aos usuários atendimentos individual/grupal acompanhado por equipe multi e interdisciplinar. Dentre as diversas atividades de grupo, destacam-se oficinas terapêuticas/profissionalizantes, hortas-plantagens, festividades e atividades extra-hospitalares que juntamente com o acolhimento individualizado promove estímulo à participação e integração familiar.

O HD tem capacidade para atender 20 usuários conta com uma equipe formada por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, arte-terapeutas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem.

A CLIENTELA

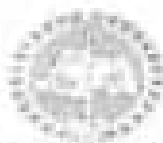
Usários portadores de sofrimento mental e pessoas em reabilitação encaminhados de outras instituições, ou por procura espontânea, exceto portadores de deficiência mental grave, dependentes químicos (álcool e outras drogas) e portadores de doenças degenerativas.



ANEXO D – Quadro de rotinas de trabalho do HDEN

ROTINAS DE TRABALHO DO HD								
TÉCNICO	COORDENAÇÃO GERAL	PSIQUIATRIA	ENFERMAGEM	PSICOLOGIA	SERVIÇO SOCIAL	ARTE TERAPÊUTA	FARMACÊUTICO	
ROTINAS	Participar de reuniões técnicas (com Direção Geral e demais setores) quando necessário; coordenar reuniões técnico-administrativas com servidores; administrar e supervisionar setores; estabelecer, promover e participar de eventos intra e interdepartamentais.	Acolhimento a usuários e familiares; admissão e alta; intervenção medicamentosa; eju; outras reuniões terapêuticas; acompanhamento; participação em atividades grupais e familiares quando necessário; coordenação de grupos terapêuticos; encaminhamentos.	Acolhimento do usuário; acompanhamento; encaminhamento; orientação de plano de cuidado p/ o cliente; coordenação e supervisão de auxílios de enfermagem; coordenação e participação em atividades grupais e reuniões com familiares e visita domiciliares quando necessário.	Acolhimento do usuário; encaminhamento; orientação de plano de cuidado p/ o cliente; coordenação e supervisão de auxílios de enfermagem; coordenação e participação em atividades grupais e reuniões com familiares e visita domiciliares quando necessário; encaminhamentos.	Acolhimento do cliente; entrevista transmitida com familiares/responsável; eju; perfil psicológico do usuário; avaliação psicológica; orientação; suporte terapêutico; preparação de apoio para usuárfamília; visitas domiciliares quando necessário; encaminhamentos.	Acolhimento do usuário; entrevista com familiares/responsável; atendimento individualizado ao cliente e familiares sobre direitos previdenciários e sociais; coordenação de reuniões familiares; visitas domiciliares quando necessário; encaminhamentos.	Acolhimento do usuário; coordenação e participação de oficinas terapêuticas; atividades recreativas; recreativas e entre-famílias; acompanhamento e orientação do cliente.	Prestar assistência individual farmacêutica aos usuários; orientar uso de medicação; controlar e emitir laudo; e monitorar a medicação controlada; registrar e emitir prescrição e deixar o medicamento; participar com equipe multiprofissional de atividades grupais.
<p>Obs: () De de odontologia, clínica geral e nutrição do H.U.M., embora não compõem o corpo técnico do HD, prestam serviços de rotina a este hospital-Do. (ii) São atividades desenvolvidas em todos os setores técnicos: admissão do usuário; orientação das normas e regras hospitalares; preparação para alta; participação em reuniões técnico-administrativas e atividades grupais terapêuticas; participação em eventos sócio-culturais juntamente com usuários e familiares; contato com outras instituições.</p>								

ANEXO E – Ata de Audiência Pública na Promotoria de Saúde

**MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
47ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE DEFESA DA SAÚDE DE NATAL**

ASSUNTO: Fechamento do Hospital Dia (serviço de Saúde Mental do João Alchando)

ATA DE AUDIÊNCIA

Aos 26 (vinte e seis) dias do mês de dezembro do ano dois mil e seis, pelas 10:15 horas, na Sala de Audiências da Sede das Promotorias de Justiça da Comarca de Natal, situada na Rua Floriano Peixoto, 350, Bairro Petrópolis, nesta Capital, onde presente se achava a Exma. Dra. Iara Maria Paçoiro de Albuquerque, Promotora de Justiça, compareceram a Sra. Liège Uchoa Azevedo de Araújo, Coordenadora Estadual de Saúde Mental, Nilza Cecília dos Santos, psicóloga do Hospital-Dia, Lucila Maia Ramos, Técnica de Enfermagem e Francisco Arnaldo Luz de Miranda, Professor-Doutor da UFRN (Centro de Ciências da Saúde). Iniciada a audiência a psicóloga do Hospital-Dia demonstrou a preocupação do fechamento do serviço uma vez que os pacientes serão encaminhados para os caps e ambulatórios de psiquiatria, só que essa rede não dará conta, pois os pacientes que recebem o tratamento no hospital-dia atualmente já não são bem atendidos na rede básica havendo uma descontinuidade no fluxo do tratamento, uma vez que as consultas são demoradas, o acesso a medicação é quase inexistente, em face da dificuldade do acesso ao médico, gerando o risco desse paciente vir a precisar de uma internação integral (vinte e quatro horas dentro do hospital psiquiátrico). Os pacientes no hospital-dia passam o dia no hospital, recebendo atenção de uma equipe multi-profissional, vão ao hospital todos os dias da semana; o tratamento dura, em média, 45 dias-úteis; existe acesso ao medicamento; o tratamento é feito a partir de oficinas profissionalizantes; existe uma atenção do serviço social e uma atuação sobre os grupos familiares, que atualmente trabalham com vinte e cinco pacientes, mas a capacidade do serviço é para trinta, já que deixa-se vagas remanescentes para o fluxo do pronto-socorro. Que o objetivo do hospital-dia é justamente não quebrar o vínculo do paciente com seus familiares; Que o hospital-dia não está previsto na Reforma Psiquiátrica – LF nº 10.216/01, mas também não colide com ela; Que se defende que

nesses períodos de transição em que a implantação da Reforma se encontra, o serviço hospital-dia deve permanecer já que apresenta uma boa resposta de tratamento; Que ao todo são vinte e dois funcionários trabalhando no hospital-dia; Que os funcionários serão aproveitados na UD(Unidade de Desintoxicação) que será montada no lugar e quem não tiver interesse a depoente não sabe com precisão o destino desse servidor; Que Lucila se manifestou no sentido de que o hospital-dia é um importante locus para estágios dos cursos de enfermagem, música, psicologia, serviço-social e terapia ocupacional; Que o Professor Universitário Francisco esclareceu que desde 2004 realiza práticas curriculares e estágios supervisionados do curso de enfermagem no hospital-dia, além de desenvolver projeto de extensão VIVA A VIDA SEM MUROS, pesquisa monitoria e voluntariado, com participação de vinte e dois alunos atualmente, com publicação internacional de mais de dez trabalhos científico, portanto será uma perda para a formação do enfermeiro envolvido com a atenção em saúde mental; Que na forma como o currículo está montado, somente em 2009 será possível desenvolver todas essas práticas científicas em saúde mental na rede básica, com a mudança curricular; Que nos caps, os alunos não terão a oportunidade de acompanhar todo o tratamento do paciente, na perspectiva em que está montada a disciplina; Que o SINDSAÚDE, na pessoa de Sônia Godeiro, está presente em defesa dos serviços de saúde pública, na luta tradicional do sindicato pelo não fechamento de serviços de saúde; Que o fechamento foi feito de forma abrupta, sem a consulta aos funcionários, aos usuários, demonstrando o caráter autoritário da presente gestão, assim como todas as outras; Que o serviço é fechado, sob a alegação de que se vai abrir outro, mas que não se justifica, pois diante do aumento da demanda de saúde mental, tem é que se ampliar os serviços; Que tem depoimento de usuários de que o serviço funciona é eficiente; Que faz sugestão para a manutenção do serviço e que abra a unidade UD em outro local, pois ninguém é contra, pelo contrário; Que os caps já possuem demanda reprimida, não tendo a menor condição de receber essa nova clientela. ESCLARECIMENTOS de Liège Uchoa, Coordenadora Estadual de Saúde Mental; Que inicialmente assevera que o perfil da Coordenação Estadual é a abertura, o diálogo; Que desde o ano passado vem transformando a saúde mental no estado, colocando-a numa perspectiva de ampla visibilidade; Que houve um incremento de dezesseis caps no interior do Estado, onde inicialmente só haviam seis; Que diante dessas modificações, o maior desafio era o João Machado, foi planejado uma ala de clínica médica, já existem sessenta e quatro leitos de clínica médica em funcionamento; Que o hospital-dia fica localizado na parte de clínica médica, onde, a partir de fevereiro de 2007, será aberta a Unidade de Desintoxicação; Que a equipe do hospital-dia foi sensibilizada para a importância da instauração da clínica médica em um hospital psiquiátrico, já que os pacientes psiquiátricos com problemas clínicos, sempre eram encaminhados ao hospital psiquiátrico; Que o hospital-dia foi pensado quando ainda não havia a política de caps no Estado; Que dentro do município de Natal existe uma política de ampliação

de caps; Que o caps III é um serviço similar ao hospital-dia indo mais além, pois tem capacidade para internação; Que em Natal existe a previsão para a abertura ainda em 2007 de mais uma residência terapêutica e dois caps III, o II Oeste e o II Leste, que passará para III; Que Natal vai assumir o ambulatório de Saúde Mental do João Machado também ainda em 2007; Que a fechamento do serviço do hospital-dia está inserido no contexto maior da política nacional de saúde mental do SUS voltada para a municipalização de todos os serviços básicos de saúde, inclusive de saúde mental; Que a Coordenação reconhece os bons resultados do serviço hospital-dia, mas este é um serviço que não se adequa as responsabilidades estaduais em saúde mental. Que foi feita uma reunião com o hospital-dia, verificando os pacientes cadastrados no serviço e, se estabeleceu um compromisso entre a Coordenação Estadual e Municipal de Saúde Mental para incorporação desses pacientes na rede básica; Que com a alta os pacientes serão atendidos na Policlínica da Ribeira, pois a maioria sai para ambulatório; Que a Coordenação Estadual reitera que está assegurado a assistência aos vinte e cinco pacientes do hospital-dia, especialmente no ambulatório da Policlínica da Ribeira; Que reitera que a Coordenação Estadual vem trabalhando com afinco para mudar a realidade de atendimento em saúde mental em todo o Estado.⁸ CONSIDERAÇÕES FINAIS: Nízia esclarece que os funcionários nunca partiram para um confronto com a política de saúde mental; Que os funcionários buscam a manutenção do hospital-dia em outro local, já que a UD precisa ser instalada no João Machado; Que reitera que o fechamento do hospital-dia se procedeu de forma abrupta; Que seria interessante um maior interregno de tempo para o encaminhamento dos pacientes para os caps, feito pela equipe do hospital-dia. Sônia Godeiro, conclui que em nome da municipalização não se pode estar fechando serviços; municipalizar com responsabilidade, precisa-se de verbas, concursos, orçamento, licitação. Etc; Que não se trata apenas de vinte e cinco pacientes, pois existe os ex-usuários, que reingressam no serviço; Que a Policlínica da Ribeira não tem condições de receber nem mais um paciente lá; Que reitera a proposta da audiência pública: só fechar os serviços, após os novos serviços estarem prontos. Que o Professor Francisco: que a sua presença nessa audiência é para mostrar que é possível integrar serviços com a universidade que possui, que por sua vez, compromisso com a formação de recursos humanos para a saúde dentro das diretrizes do SUS, especialmente na política de saúde mental; que em nenhum momento questionou as opções técnicas ou mesmo ideológicas da gestão. Liége Uchoa: o percentual de pacientes de álcool e outras drogas no pronto-socorro é de masculino e 33,54% e 5,62 feminino, ou seja: no total 41,16%, por isso a urgência em implantar a unidade UD no João Machado. O número de primeira internação suplanta a primeira internação por transtorno mental no hospital psiquiátrico; que o hospital-dia não faz atendimento a alcoólicos. Encerrada a audiência tentou indagado pela Promotoria à Coordenação Estadual de Saúde Mental, com prazo de dez dias para apresentação de resposta.

Se é possível uma nova rodada de conversas com a equipe multi-disciplinar do hospital-dia para que seja pensado conjuntamente um novo prazo para o encaminhamento dos pacientes ao ambulatório da Ribeira, sob responsabilidade do município de Natal e, conseqüentemente, ser pensado um novo prazo e arranjo para o fechamento do hospital-dia.

Willy Lacerda - coordenador estadual de saúde mental RJ
 Jônia Araújo Budeva - Juiz de Direito - RN
 Iara M P Albuquerque MP/RN
 Precilso Yáñez Lozano - Funcionário do UFRN
~~Stênio (unif) Mendonça - Oficial de Saúde~~
 Juiz O. Rentes IAC