



**MUROS E PASSAGENS:  
PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NA INTERNAÇÃO  
PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL ESPECIALIZADO.**

**Aline Porto Reis**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial (MEPPSO-IPUB/UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientador: Cristina Maria Douat Loyola

**RIO DE JANEIRO**

**Abril / 2020**

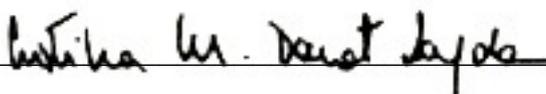
**MUROS E PASSAGENS:  
PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NA INTERNAÇÃO  
PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL ESPECIALIZADO.**

**Aline Porto Reis**

**Orientador: Cristina Maria Douat Loyola**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial (MEPPSO-IPUB/UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção de título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Aprovada por:



Presidente, Prof. Cristina Maria Douat Loyola

Participação por Videoconferência  
Prof. Maria Paula Cerqueira Gomes

Participação por Videoconferência  
Prof. Paula Isabella Marujo Nunes da Fonseca

Participação por Videoconferência  
Suplente: Andrea Damiana da Silva Elias

Rio de Janeiro

Abril/ 2020

## CIP - Catalogação na Publicação

PA411m Porto Reis, Aline  
Muros e Passagens: Práticas Assistenciais na  
Internação Psiquiátrica em Hospital Especializado.  
/ Aline Porto Reis. -- Rio de Janeiro, 2020.  
108 f.

Orientadora: Cristina Maria Douat Loyola.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do  
Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa  
de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial,  
2020.

1. Atenção Psicossocial . 2. Saúde Mental. 3.  
Reforma Psiquiátrica. 4. Cuidado. 5. Processo  
Assistencialocesso Assistencial. I. Douat Loyola,  
Cristina Maria, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

## RESUMO

Nosso objetivo nesta pesquisa de mestrado foi analisar as práticas assistenciais oferecidas aos usuários internados em um hospital especializado em psiquiatria na cidade do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa etnográfica onde, como profissional do local em questão, pude atuar como observadora participante, com a utilização de um diário de campo (totalizando 80h) e realização de 25 entrevistas semiestruturadas até a saturação teórica com profissionais da equipe da enfermagem visando captar o plano do discurso institucional e as contradições existentes nas diferentes percepções sobre o cuidado nesta instituição. Como mediação e pano de fundo para nossos objetivos, por meio de uma revisão bibliográfica, examinamos o processo histórico que engendrou o atual panorama da atenção psicossocial e os diferentes modelos de estruturação da assistência. Foram elaboradas três categorias prévias para os sete pontos que estruturaram as entrevistas, a saber: Espaço (im)permeável, Espaço (des)construção, Espaço (hi)ato e Espaço (a) crítico. Os resultados dessa pesquisa mostraram que o cuidado prestado pelo profissional médico ainda é centrado na racionalidade científica moderna, na biomedicina e no biopoder. O cuidado ainda é voltado para a resolutividade e a noção de “cura” produz mal-estar profissional na medida em que a cronificação se mostra como falência dos esforços terapêuticos. A força física dos plantonistas de enfermagem e a contenção física e química, ou as duas, ainda é a grande apaziguadora dos episódios de heteroagressividade. Falta equipe interdisciplinar para construir uma outra forma de cuidar, ainda permanece, numericamente, a velha dupla do hospício, enfermagem e médicos. Há baixa aceitação e implementação do PTS, porque o cuidado não é articulado com o território e nem no vínculo. Este cuidado, território e vínculo é sempre remetido aos residentes multiprofissionais, que marcam a assim chamada assistência “furo no muro” porque o serviço social afoga-se na rotina administrativa e burocrática da instituição. Há profissionais que tem sua atuação pautada pela lógica da atenção psicossocial embora dificultados pela configuração dos processos de trabalho, e pela rigidez das rotinas. A maioria dos entrevistados diz entender o trabalho de desinstitucionalização, mas que ele ainda não acontece no hospital. O pátio externo é visto como um ócio abandonado, lugar de pedir esmola, fumar, andar em círculo e aguardar nada acontecer. A busca por um novo fazer na clínica, possibilita uma compreensão mais ampliada da vivência de quem sofre. Neste sentido, refletir sobre o que baliza este novo cuidado e esta nova clínica nos coloca em um lugar de constante busca e compreensão.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Hospital Psiquiátrico; Reforma Psiquiátrica; Atenção Psicossocial; Cuidado; Processo assistencial.

## ABSTRACT

Our objective in this master's research was to analyze the care practices offered to users admitted to a hospital specializing in psychiatry in the city of Rio de Janeiro. It is a qualitative ethnographic research where, as a professional from the place in question, I was able to act as a participating observer, using a field diary and conducting 25 semi-structured interviews until theoretical saturation with professionals from the infirmary team in order to capture the institutional discourse plan and the contradictions existing in the different perceptions about care in this institution. As a mediation and background for our objectives, through a bibliographic review, we examine the historical process that engendered the current panorama of psychosocial care and the different models for structuring care. Three previous categories were elaborated for the seven points that structured the interviews, namely: (im) permeable space, (des) construction space, (hi) act space and (a) critical space. The results of this research showed that the care provided by the medical professional is still centered on modern scientific rationality, biomedicine and biopower. Care is still focused on resolvability and the notion of "cure" produces professional malaise as the chronification shows itself as a failure of therapeutic efforts. The physical strength of the nursing staff and physical and chemical restraint, or both, is still the great reliever of episodes of heteroaggressiveness. An interdisciplinary team is lacking to build another form of care, the old pair of hospices, nurses and doctors still numerically remains. There is low acceptance and implementation of the PTS, because care is not articulated with the territory or the link. This care, territory and bond is always referred to multiprofessional residents, who mark the so-called "hole in the wall" assistance, because social work is drowning in the administrative and bureaucratic routine of the institution. There are professionals whose work is guided by the logic of psychosocial care, although hampered by the configuration of work processes and the rigidity of routines. Most interviewees say they understand the work of deinstitutionalization, but that it still does not happen in the hospital. The outside patio is seen as an abandoned leisure, a place to beg, smoke, walk in a circle and wait for nothing to happen. The search for a new practice in the clinic allows a broader understanding of the experience of those who suffer. In this sense, reflecting on what guides this new care and this new clinic puts us in a place of constant search and understanding.

**Keywords:** Mental health; Psychiatric Hospital; Psychiatric Reform; Psychosocial Care; Watch out; Assistance process.

A Morená, minha filha, que me ensina diariamente a amar e lutar por mundo em que os seres humanos reconheçam como fundamental o respeito à vida.

Ao universo, com toda sua força criadora, que me permitiu fazer parte de uma família que sempre me amou, incentivou meus estudos e reconheceu meus esforços. Obrigada mãe, obrigada pai.

Aos meus amigos e amigas de jornada, especialmente aos que se tornaram grandes pares no cotidiano árduo e também gratificante que é o cuidado na saúde mental. Só foi possível chegar ao fim deste trabalho por saber que não andávamos sós. (Luciana, Andrea, Roberta, Carlos, Rodrigo).

Ao CAPS Maria do Socorro Santos – Rocinha (é o povo no poder!) pela oportunidade de crescimento humano e profissional. Ali nasceu algo (alguém) em mim. E aos amigos/amigas que caminham comigo até hoje.

À minha companheira, com a qual pude dividir melhores e piores momentos nesta fase de construção da pesquisa e ainda sim sempre esteve ao meu lado, me incentivando, me apoiando e acreditando mais em mim do que eu mesma. Gratidão, Fê.

À minha querida orientadora Cristina Loyola, por junto a mim, me guiar nessa jornada de ideias e imersões em campos pedregosos, mas tão transformadores, sempre com tanto carinho, sabedoria e maestria. Um exemplo de ética que nunca me deixou ter dúvidas de qual caminho devo seguir como enfermeira da saúde mental.

Aos usuários, que são a força propulsora do meu desejo de qualificar meu conhecimento para que eu possa devolver em cuidado, acolhimento, escuta, respeito, dignidade.

O corpo docente do mestrado profissional em atenção psicossocial do IPUB/UFRJ e à direção de enfermagem que me possibilitaram a realização desta pesquisa.

À Paula Cerqueira e Paula Isabela, pessoas que admiro profundamente, por terem aceito os convites para participarem das bancas. Suas contribuições foram imprescindíveis para que eu pudesse refletir meu trabalho e seguir adiante.

*“Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar.”*

Bertolt Brecht

*“Agora não se fala mais  
toda palavra guarda uma cilada  
e qualquer gesto é o fim do seu início:  
Agora não se fala nada e tudo é transparente em cada forma  
qualquer palavra é um gesto e em sua orla  
os pássaros de sempre cantam nos hospícios.  
Você não tem que me dizer o número de mundo deste mundo  
não tem que me mostrar a outra face  
face ao fim de tudo:  
só tem que me dizer o nome da república do fundo  
o sim do fim  
do fim de tudo  
e o tem do tempo vindo:  
não tem que me mostrar a outra mesma face ao outro mundo  
(não se fala. não é permitido:  
mudar de idéia. é proibido.)  
não se permite nunca mais olhares  
tensões de cismas crises e outros tempos.  
está vetado qualquer movimento.”*

Torquato Neto

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AP – Área Programática

CAPS– Centro de Atenção Psicossocial

CAPS Ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial tipo III

CID - Códigos Internacionais de Doenças

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CF– Clínica da Família

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HP- Hospital Psiquiátrico

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RP - Reforma Psiquiátrica

RPb - Reforma Psiquiátrica brasileira

SM - Saúde Mental

SRT - Serviço de Residência Terapêutica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

# SUMÁRIO

Página

1. Introdução	4
1.1 Delineando o objeto	4
1.2 Questões Norteadoras	8
1.3 Objetivos	9
2 Referencial Temático	10
2.1 A loucura como desvio	10
2.2 Instituições Totais: obstáculos e assujeitamento.	13
2.3 Novas representações sociais sobre a loucura: Reforma psiquiátrica	15
2.4 Breve história da psiquiatria no Brasil	18
2.4.1 A Saúde Mental no município do Rio De Janeiro	23
2.5 Retrocessos na Política de Saúde Mental	28
2.6 O Lócus do Cuidado: Transição do cuidado institucional pra o cuidado territorial	36
2.6.1 Processo Assistencial	36
2.6.2 Linhas de cuidados	42
2.6.3 Modelo asilar x Atenção psicossocial:	33
2.6.4 Projeto Terapêutico Singular como potência do cuidado.	46
3. Desenho metodológico	48
4. Apresentação dos dados	52
4.1 Descrição dos dados demográficos coletados	52
4.2 Descrição e Análise dos dados dos entrevistados	54
4.2.1 Espaço Permeável	54
4.2.2 Espaço Construção	62
4.2.3 Espaço (hi) Ato	68
4.2.4 Espaço Crítico	81
5. Considerações Finais	91
6. Referencial Bibliográfico	95
7. Cronograma	101
8. Orçamento da Pesquisa	101
9. Apêndices	102
9.1 Roteiro de entrevista semiestruturada	102
9.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	103
9.3 Transcrição das entrevistas	105

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Delineando o objeto

Há 18 anos foi aprovada a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPb), que trata sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e da reorientação do modelo assistencial. Ao longo desse período observa-se transformações e avanços no cenário assistencial do país.

Por décadas, o atendimento ao doente mental no Brasil esteve ligado ao modelo centrado no hospital, cujo tratamento limitava-se a internações prolongadas, mantendo o doente afastado do âmbito familiar e social.

Nos anos 1970, a modificação do modelo asilar foi inicialmente discutida e algumas alterações foram implementada através de lutas e conquistas que culminaram na Reforma Psiquiátrica, a qual dia-a-dia vem se consolidando nas políticas de saúde mental (AMARANTE, 2007).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram implantados, como resultado daquele movimento, para articularem a Rede de Saúde Mental e o território onde estão implantados. Pereira (2010) situa os CAPS como os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, que têm por objetivos: dar atendimento clínico diário, a fim de evitar as internações; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais; constituir-se em porta de entrada à rede de atenção especializada; e proporcionar suporte em saúde mental, focando no desenvolvimento de autonomia (BRASIL, 2005).

Toda a estratégia de Saúde Mental deveria ser desenvolvida no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, aprovada pela Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011), que visa o fortalecimento das ações e serviços oferecidos às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de drogas. Busca ainda a garantia do cuidado integral e intersetorial, sempre voltada para a promoção de autonomia e dos direitos destas pessoas exercerem sua cidadania (BRASIL, 2011).

A RAPS fundamenta-se nos princípios da autonomia, respeito aos direitos humanos e o exercício da cidadania; busca promover a equidade e reconhecer os determinantes sociais dos processos saúde-doença-sofrimento-cuidado; desfazer estigmas e preconceitos; garantir o acesso aos cuidados integrais com qualidade; desenvolver ações com ênfase em serviços de base territorial e comunitária; organizar os serviços em rede com o estabelecimento de ações intersetoriais, com continuidade do

cuidado; desenvolver ações de educação permanente; ancorar-se no paradigma do cuidado e da atenção psicossocial; além de monitorar e avaliar a efetividade dos serviços (BRASIL, 2011). Em termos organizativos, o ordenamento da Atenção Psicossocial em cada Região de Saúde deve estruturar-se em diferentes pontos da rede SUS: (1) atenção primária; (2) atenção psicossocial especializada; (3) atenção à urgência e emergência; (4) atenção residencial de caráter transitório; (5) atenção hospitalar; (6) estratégia de desinstitucionalização; (7) reabilitação psicossocial.

De acordo com o Ministério da Saúde, alcançou-se, em 2014<sup>1</sup>, o índice de 86% de cobertura com serviços extra-hospitalares, territoriais e de base comunitária. Observam-se mudanças no perfil dos hospitais psiquiátricos com incentivo financeiro para os de menor porte, redução dos leitos SUS em hospitais psiquiátricos e a indicação deste tipo de internação para descredenciamento no SUS a partir das avaliações do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH/Psiquiatria). Além disso, registra-se o repasse de recursos federais de incentivo financeiro para o desenvolvimento de estratégias de reabilitação psicossocial (trabalho, cultura e inclusão social) e em chamadas de fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares (BRASIL, 2015).

Os avanços no aparato legal e estruturação da rede de serviços psicossociais também tiveram papel importante na indução de transformações nas práticas assistenciais e materialização de direitos das pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2015). Da mesma forma, registram-se avanços no âmbito sociocultural com o fortalecimento das ações de protagonismo e participação dos usuários e familiares, na organização política e ampliação das redes sociais e comunidade solidária, dando novo vigor ao Movimento de Luta Antimanicomial frente aos novos e históricos embates da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Entretanto, não há como negar possíveis reformulações nessas conquistas, especialmente com as mudanças ocorridas na Coordenação Nacional de Saúde Mental e na condução da política de atenção psicossocial no país a partir de 2016 (AMARANTE et al., 2018). Exatamente 30 anos após a publicação da “Carta de Bauru”, documento que é um marco na luta antimanicomial no Brasil, a política de saúde mental sofre mudanças que validam distorções e retrocessos na implantação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001) no país.

---

<sup>1</sup> A atualização da publicação “Saúde Mental em Dados”, que foi interrompida desde o ano de 2016, e, também, ao Ministério da Justiça para requerer a publicização do estudo sobre drogas encomendado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD à Fiocruz, entregue desde novembro de 2017. (ABRASCO, 2018)

No dia 14 de dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne representantes do Ministério da Saúde e de secretários estaduais e municipais, aprovou a Portaria nº 3.588 que, entre outras mudanças, interrompe o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos em contraposição às determinações da Lei 10.216/2001, amplia os valores pagos para a internação nessas instituições e estimula a criação de novas vagas psiquiátricas em hospitais gerais, caracterizando um empuxo à internação. O texto também prevê a expansão e aporte de financiamento público às chamadas comunidades terapêuticas, ligadas à iniciativa privada e, na sua maioria, de orientação religiosa.

Diversas entidades da área, como a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos (PFDC), o próprio Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Direitos Humanos se posicionaram contrários às mudanças.

A despeito dos avanços, as distorções na implantação da política federal nos estados e municípios repercutem na lentidão do processo de substituição total do modelo manicomial e a coexistência com o parque asilar e os serviços substitutivos (Rosa, 2009). No plano micropolítico, observa-se dificuldades quanto à ruptura de práticas profissionais que afirmam a objetificação do portador de sofrimento psíquico, a supressão do sintoma, os especialismos, a demanda por internação, a não continuidade do cuidado, a ambulatorização da assistência, enfim, processos de trabalho que acabam mantendo a cultura manicomial vigorosa (SAMPAIO et al., 2011).

Na condição de enfermeira atuante em hospital especializado em psiquiatria os meus questionamentos emergem não apenas desta prática, mas da consolidação dessa lógica de cuidados construída durante a internação que oscila entre as regras do velho hospício e os pressupostos da política de saúde mental.

Sendo assim, este projeto de pesquisa tem como objeto de estudo as práticas assistenciais oferecidas às pessoas em sofrimento psíquico internadas em hospital especializado em psiquiatria. Justifica-se por ser um tema atual, uma vez que os hospitais psiquiátricos na prática nunca estiveram fora do circuito assistencial da rede, e que neste momento político ganharam maior incentivo para fortalecimento de suas atuações.

Cabe dizer que a motivação para este estudo se originou em minha trajetória profissional. Após a conclusão da graduação em Enfermagem, ingressei no curso de especialização em moldes de residência em saúde mental e psiquiatria cursada na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ/HUPE). Durante a pós-graduação pude constatar que o reconhecimento do sujeito em seus diversos aspectos dizia respeito à

assistência ética pautada em sua singularidade, ampliando o olhar para a totalidade da clínica, para além dos sintomas.

Ao término da residência ingressei no mercado de trabalho atuando como enfermeira no Centro de Atenção Psicossocial III no município do Rio de Janeiro, onde o cuidado era construído a partir de uma troca de saberes entre os diversos profissionais da equipe, articulado a ferramentas clínicas pensadas em espaços de supervisão clínico-institucional, priorizando a relação do sujeito com o dispositivo territorial através de um projeto terapêutico singular.

Em 2014, fui aprovada em concurso público para atuar como enfermeira na enfermaria do hospital psiquiátrico em questão. Por se tratar de um hospital universitário, além da assistência, componho uma equipe de supervisão e preceptoria junto aos residentes multiprofissionais na formação em saúde mental.

Acompanho diretamente diversos casos de usuários internados nas enfermarias, onde as práticas de cuidado se dão muitas vezes de forma fragmentada, dificultando o diálogo, a troca de informações, a construção e o direcionamento de um projeto singular, e conseqüentemente o trabalho delicado da porta de saída a partir da vinculação do usuário à sua família e ao dispositivo de cuidado em seu território.

As práticas assistenciais aos sujeitos em sofrimento psíquico em situação de crise, que por algum motivo necessitam de internação em um hospital psiquiátrico, são decisivas para a relação de cuidado. Nesta relação, diversas estratégias de atuação podem contribuir para que, diante do pressuposto da lógica da atenção psicossocial, seja possível a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos, os serviços e a comunidade.

O problema deste estudo baseia-se na compreensão e crítica das práticas assistenciais, uma vez que estas precisam estar afinadas aos princípios da RPb, serem dialógicas e conectadas com a RAPS para garantir a assistência ao sujeito durante a internação em hospital especializado em psiquiatria. Vale ressaltar que a internação pode acontecer fora do território, já que a área de abrangência do hospital engloba todo o estado do Rio de Janeiro, regulada por uma central de vagas, e não consegue considerar a variável território, constituindo-se por si uma dificuldade.

## 1.2 Questões Norteadoras

A partir deste cenário desenvolvi algumas questões norteadoras/direcionadoras que confirmam o problema deste estudo:

- É possível, enquanto o sujeito encontra-se internado, estreitar os laços com os serviços substitutivos que darão continuidade ao cuidado?
- Quais são as dificuldades em executar um plano de cuidado singular ao sujeito na enfermaria, que respeite os princípios da Reforma Psiquiátrica?
- A equipe assistente do hospital tem intenções de aperfeiçoar o diálogo com a RAPS, de tal forma que o sujeito possa ser reinserido de forma articulada em sua comunidade, família e serviços ao sair da internação? Ou a alta também é manicomial, centrada na remissão de sintomas?
- Qual tipo de assistência é oferecida ao sujeito em sofrimento psíquico durante a internação em um hospital especializado em psiquiatria?

O cuidado ao sujeito possibilita explorar potências que podem ser estabelecidas a partir de práticas assistenciais construídas entre a equipe que atua no momento da internação. Seria importante, portanto, priorizar o acolhimento, a autonomia e a troca direta com as experiências de vida do indivíduo que possui um lugar no mundo, uma história.

Loyola e Rocha (2000, p.7) ressaltam o cuidar como atitude fundamental de ocupação, de pré-ocupação, de implicação e de envolvimento afetivo com o outro. Significa acolher com garantias sem deixar de intervir/tratar, mas ter o cuidado na centralidade do processo. Cuidar, para as autoras, expressa sintonia com auscultar lhe o ritmo e afinar-se com, permitindo ao ser humano-paciente a experiência daquilo que realmente conta.

O cuidado entendido aqui é segundo Lancetti (2008) um horizonte ético que possa proporcionar as condições necessárias para que os serviços de saúde mental sejam 'turbinados', mediante um conjunto de proposições filosóficas, éticas e políticas que reafirmem o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum (AYRES, 2006).

Considerando a Resolução nº 32 de dezembro de 2017, que dispõe sobre a “Nova Política de Saúde Mental” e prevê o aumento da participação de hospitais psiquiátricos na RAPS, apesar da crescente modificação do panorama da assistência em

saúde mental na última década, com o aumento do número de serviços substitutivos e abrangência da rede de atenção psicossocial, este estudo mostra-se relevante ao discutir a existência destes hospitais, e principalmente como vem se realizando o cuidado aos sujeitos internados, levando em consideração as diretrizes do SUS.

Tal estudo visa contribuir com a reflexão acerca do cuidado prestado aos sujeitos internados nos hospitais psiquiátricos e do aprimoramento deste cuidado a partir do questionamento do modelo assistencial institucional. Os diferentes modelos assistenciais possibilitam desconfigurar a lógica de atenção psicossocial, a partir de práticas asilares ou ampliá-las à medida que sejam pautadas no diálogo com a RAPS e seus pressupostos de singularização e territorialização do cuidado.

### **1.3 Objetivos**

O objetivo geral desse trabalho é analisar as práticas assistenciais oferecidas às pessoas em sofrimento psíquico durante internação em hospital especializado em psiquiatria.

E os objetivos específicos são:

- Descrever as práticas assistenciais desenvolvidas pela equipe durante a internação em hospital psiquiátrico;
- Discutir as práticas assistenciais oferecidas às pessoas em sofrimento psíquico durante internação em hospital especializado à luz das orientações contidas nas propostas da Reforma Psiquiátrica.

## 2. REFERENCIAL TEMÁTICO

Este capítulo pretende abordar, a partir do estudo de diversos autores, a história da loucura, as respostas aos considerados desviantes na sociedade (como os asilos no passado e no presente), assim como as novas percepções de cuidado articuladas às diretrizes teóricas que balizam a clínica psicossocial.

### 2.1 A loucura como desvio

Historicamente o tratamento para as pessoas com transtorno mental, acompanhou a concepção vigente na época: “*la cabeza piensa donde pisan los pies*” como dito por Frei Betto (2013). Na antiguidade os loucos eram considerados em relação direta com os deuses, e pertencentes ao campo do sagrado e mensageiro de verdades (MILLANI; VALENTE, 2008).

De acordo com Millani e Valente (2008) no período da Inquisição ainda existia a relação com o sagrado, mas com outro formato: os loucos eram categorizados como bruxos e queimados. Essa ideologia religiosa enquadrava os hereges e os divergentes da ideologia como loucos, bruxos, feiticeiros e tinham por “tratamento” a fogueira.

Na antiguidade clássica existiu o rompimento entre o místico e o racional. Esse novo olhar sobre a loucura foi identificado por Foucault (1978) nas artes, que passaram a encarnar “a loucura em forma de tentação, expondo o mundo com tudo que nele existe de impossível, de fantástico, de inumano.”

Foucault (1978, p. 28) registrou o desaparecimento, no mundo ocidental, da lepra no final da Idade Média, e dois séculos depois apareceu uma nova “encarnação do mal, outro esgar do medo, mágoas renovadas de purificação e exclusão.” Assim, com a marca da exclusão social, a loucura ocupou o lugar social pertencente à lepra, dois séculos depois de seu desaparecimento.

A inclusão dos loucos em um mesmo grupo que os pobres, presidiários e desajustados de uma forma geral, sugere uma classificação pautada pela ordem moral e econômica, indicando tentativa de afastamento social de todos os que não se enquadravam na ordem social vigente. Em meados do século XVII, diz Foucault (1978), foram construídos, na Europa, os primeiros estabelecimentos para internação que acolhiam, além dos loucos, pessoas com doenças venéreas, mendigos, vagabundos, sujeitos que se enquadravam à margem da ordem social e da moral vigente.

Tais internações não se configuravam como estratégia de tratamento: a psiquiatria enquanto ciência médica ainda não estava posta. Segundo Millani e Valente (2008, p. 6),

essas instituições cumpriam o papel de “implantar a prática da correção e do controle sobre os ociosos, no intuito de proteger a sociedade de possíveis revoltas.”

A internação dos loucos nessas instituições estava associada a sentidos políticos, econômicos, sociais, religiosos e morais: ao mesmo tempo se constituindo como exclusão social e reintegração espiritual (FRAYZE-PEREIRA, 2004).

Assim, a internação é, “ao mesmo tempo, assistência pública, acolhimento, correção e reclusão” (AMARANTE, 1996, p.38), extrapolando os limites de uma instituição médica e constituindo-se em uma estrutura situada entre a política e a justiça.

No século XVIII Philippe Pinel propõe que a loucura possa ser entendida como doença, ao assumir a administração de asilos na França e promover a histórica transformação na forma de cuidar dos loucos. Como atitude inicial, ele solta as correntes, abre as janelas e os trata com alguma dignidade. Estas atitudes tinham como ponto de partida uma revolução conceitual, que vai entender a loucura como um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso, sendo ela, como tal, uma doença. (FOUCAULT, 1978). É necessário lembrar que esse período marca o fim de uma era dominada pelo saber místico, sobrenatural, e a verdade passa a ser ditada pela ciência positiva, construída pelos próprios homens.

Pinel acreditava que o meio social causava as “doenças mentais” e que as pessoas “loucas” deveriam ser mantidas afastadas das outras pessoas da sociedade. Elas deviam ser internadas em estabelecimentos institucionais fechados, para serem tratadas pelos médicos. A tradição da Clínica Psiquiátrica e o termo “alienista” para o médico da mente foram fundados por ele, acreditando que poderia tratar e curar a loucura por meio da internação hospitalar. Dessa forma, o hospital tornou-se um lugar de tratamento da “doença mental” e o “louco” passou a ser objeto de observação sistemática pelo saber médico (FOUCAULT, 1978).

Assim, a loucura passou a ser encarada como premissa da desrazão, mas a abolição das correntes que aprisionavam os loucos não implicou na libertação da loucura: a prática da internação se manteve, mas agora pela lógica da medicina. O que pode ser visto como uma conquista – a apropriação pela ciência médica dos quadros mentais – apresentou consequências paradoxais: ao mesmo tempo que trouxe implícita a indicação de tratamento pela área médica, trouxe também o sentido de desrazão para a doença, em que os sujeitos perdem a condição de decisão sobre si mesmos.

O ato de Pinel incluiu a loucura no campo da medicina, que se apropriou dela com um discurso próprio, porém não efetivando um processo de inclusão, e sim, ao contrário, encarcerando e excluindo (ORNELLAS, 1997).

O sequestro de vidas sob a égide de uma atitude terapêutica determinou um processo de institucionalização que Goffman (1987) define como a mortificação do eu e que se caracteriza pela desfiguração, pela profanação e pela violação do sujeito institucionalizado.

Sobre a institucionalização dos loucos, Basaglia (1985) afirma que esse processo acarreta no sujeito institucionalizado um “complexo de danos”, derivados de uma longa permanência coagida no Hospital Psiquiátrico, que determinam uma progressiva perda de interesse e que, através de um processo de regressão e de restrição do EU, o induz a um vazio emocional.

Segundo Amarante (2003), Pinel institui o estabelecimento de uma relação de saber-poder entre o médico e o sujeito considerado alienado mental. Nesse enfoque, pode-se dizer que ao incorporar a função social de “delegado da razão”, protagonista do ambiente asilar e detentor de um poder soberano e irrefutável - conquistado através do discurso competente, o médico estabeleceu uma relação de distância abissal entre ele e o alienado, a quem restou o estatuto jurídico e civil de “doente” e o ingresso na “carreira moral”. Tais implicações produziram um aniquilamento subjetivo, social e político do louco.

O grande médico do asilo [...] é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente (FOUCAULT, 1978, p.52).

É importante considerar o perfil dos considerados alienados mentais a partir da observação à época e que, através de estudos explicativos, busca dar conta da situação de miséria e doença dessa população. Isso pode nos confirmar, em muitos momentos, o sentido que possui o fato de que algumas autoridades, tais como juízes ou médicos psiquiatras, atribuem a alguns indivíduos, principalmente aqueles que estão em situações de dificuldade econômica, a qualificação de “doentes mentais”. Essa perspectiva podia colocar em xeque o tratamento moral do século passado, mas não abalava as forças hegemônicas. O tratamento moral continuou sendo o meio terapêutico mais utilizado nessa época (FOUCAULT, 1978).

O asilo se configurou como o lugar social da loucura, e a segregação e o asilamento como o modo de cuidado. É difícil rejeitar as ideologias bem entrançadas, habilmente construídas ao longo da história, defender uma lógica inversa de olhar para a loucura em uma sociedade tão pautada pela razão, sobretudo numa vertente médica e medicalizadora, O isolamento do mundo exterior, como princípio terapêutico, que

permite a apropriação do outro, como diz o autor em seu livro *O Homem e a Serpente* (AMARANTE, 1996), é um amargo e universal remédio, que até os dias atuais ainda não está superado.

## **2.2 Instituições Totais: obstáculos e assujeitamento.**

Goffman (1987) nos auxilia ao estudar minuciosamente o que denominou de Instituições Totais, procurando explicitar sua dinâmica de funcionamento e descrever suas peculiaridades, aguçando nossa capacidade de compreensão desse fenômeno social. A perspectiva de Foucault (1999) relativa aos fenômenos psicossociais que são produzidos dentro desses espaços disciplinares, estabelece importantes pontos de contato entre suas análises e as de Goffman (1987).

Locais de formação, de educação, de ressocialização de pessoas, ou tratamento psiquiátrico podem ser considerados como instituições totais (GOFFMAN, 1987) e também disciplinar (FOUCAULT, 1999) quando funcionam em regime fechado, de internação.

Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais “fechadas” do que outras. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais, e desejo explorar suas características gerais. (GOFFMAN, 1987, p.17).

As instituições totais de nossa sociedade são caracterizadas por estabelecimentos criados para cuidar de pessoas avaliadas como em situação de vulnerabilidade (órfãos), para proteger a comunidade contra perigos intencionais (penitenciárias), para servir de refúgio (mosteiros) e para cuidar de pessoas que são consideradas “incapazes de cuidar de si mesmas” e que, segundo o imaginário social, seriam uma ameaça potencial à comunidade (doentes mentais) (GOFFMAN, 1987).

Dentro dessas instituições totais existem, segundo Goffman (1987) os mais variados obstáculos que impedem as ações terapêuticas e que separam os profissionais/técnicos dos sujeitos internados por meio de restrição implícita da conversa, que limita a transmissão de informações, principalmente no que diz respeito aos planos relativos às pessoas internadas. Durante a internação nos hospitais psiquiátricos as pessoas geralmente não têm acesso ao seu diagnóstico, ao plano de tratamento e ao tempo aproximado de duração da internação. A omissão de informações dá à equipe dirigente

uma base específica de distância e controle com relação às pessoas internadas e, presumivelmente, todas as restrições de contato ajudam a conservar estereótipos antagônicos.

Realizar o rodízio de técnicos nos diversos setores, para que os profissionais não criem vínculo afetivo com as pessoas internadas, é outra potente ferramenta. Desenvolvem-se dois mundos sociais e culturais diferentes, que caminham juntos com pontos de contato oficial, mas com pouca interpenetração. O local é identificado, tanto pela equipe dirigente/técnica como pelos internados, como algo que pertence apenas à primeira delas, quando qualquer um dos grupos se refere aos interesses do HP, implicitamente se referem apenas aos interesses da equipe dirigente/técnica (GOFFMAN, 1987).

A instituição total também pode ser caracterizada como o rompimento das barreiras que comumente separam três esferas da vida, segundo Goffman (1987), como o trabalho, o lazer e o ócio do lar. Dentro das instituições totais todos os aspectos da vida são realizados num mesmo local e sob uma única autoridade. Cada fase da atividade diária da pessoa internada é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de pessoas, todas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto.

Quando as pessoas se movimentam em conjuntos, podem ser supervisionadas por uma equipe, cuja atividade principal não é terapêutica, mas de vigilância, fazer com que todos façam o que foi claramente exigido, sob condições em que a infração de uma tende a salientar-se diante da obediência visível e constantemente examinada das outras. Todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade e toda a sequência de atividades são impostas verticalmente pelos dirigentes, por meio de um sistema de regras formais e explícitas. Finalmente, as atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais do estabelecimento (GOFFMAN, 1987).

A incapacidade da pessoa internada para se comportar como um indivíduo facilmente controlável, gentil e delicado com os técnicos, aspecto que tende a ser uma exigência unânime das equipes dos hospitais psiquiátricos, tende a ser considerada como prova de que a pessoa ainda não está “preparada” para a liberdade e precisa submeter-se a mais tempo de tratamento. Há também uma necessidade de justificar o longo período das internações unicamente para que o hospital continue recebendo o repasse financeiro que ocorre por meio de diárias pagas pelo governo, o que prolonga, injustificadamente, o período de internação psiquiátrica. Com isso, é compreensível o fato de o hospital ser um

lugar odioso para as pessoas internadas. Defende-se, assim, nesses locais, uma confusão sistemática entre obediência aos outros e ajustamentos pessoais como resultados terapêuticos. As pessoas internadas podem descobrir-se em uma condição muito especial: para sair do hospital ou melhorar sua vida dentro dele, precisam demonstrar que aceitam o lugar que lhes foi atribuído que consiste em apoiar e obedecer às regras impostas pela equipe dirigente e pelos técnicos (GOFFMAN, 1987).

As relações instituídas no contexto dos hospitais psiquiátricos estão situadas no conjunto de práticas que produzem os sujeitos como corpos dóceis incapazes de contestar direitos básicos de vida. O projeto de controle (GOFFMAN, 1987) e de disciplina (FOUCAULT, 1999) vigente em nossa sociedade contemporânea visa, todavia, adestrar os corpos tal como nas instituições totais. A superação da lógica asilar na direção da atenção psicossocial torna necessário o enfrentamento das ideias profundamente plantadas no imaginário social, que insiste em atrair atores institucionais, sobretudo quando dotados de pouco recursos teórico-técnicos.

### **2.3 Novas representações sociais sobre a loucura e o louco: Reforma Psiquiátrica.**

No contexto dos pós Segunda Grande Guerra foram identificadas várias fragilidades no modelo de assistência psiquiátrica, e formuladas várias críticas às instituições psiquiátricas e ao saber psiquiátrico que o autorizavam. Foi evidenciada a situação de privação de liberdade e de desrespeito aos direitos humanos a que eram submetidas as pessoas internadas em instituições psiquiátricas. Tal situação foi comparada àquelas vivenciadas nos campos de concentração durante o Holocausto. A conjuntura à época motivou o surgimento da Psiquiatria Social que recortou um novo objeto de interesse da Psiquiatria: a Saúde Mental. Desse modo, foram possíveis novas interpretações para a loucura e o desenvolvimento de distintas e diversas abordagens sobre o processo saúde-doença mental (AMARANTE, 1998).

De acordo com Birman e Costa (1994), no período pós-guerra, é possível identificar dois momentos distintos de redimensionamento teórico no campo mental: o primeiro com a crítica à estrutura asilar, visto “que um conjunto de sintomas, anteriormente atribuídos à natureza essencial da psicose esquizofrênica, não passava de subprodutos do espaço asilar”. Esse conceito foi também abordado por Basaglia, na década de 1960, denominando de “duplo da doença mental”, que pode ser entendido como um grupo de sintomas que não estão associados ao quadro do transtorno mental, mas sim efeitos resultantes do processo de institucionalização (AMARANTE, 1995, p.50). E o

segundo momento, que redirecionou o cuidado para fora dos asilos, mudando o *locus* do tratamento do hospital para o território. Em cada um desses momentos estão identificados dois movimentos diferentes, abaixo discriminados.

Dois são os movimentos que se enquadraram no paradigma de crítica ao modelo asilar: a **Comunidade Terapêutica Inglesa** e a **Psicoterapia Institucional Francesa**. Apesar da crítica ao tratamento ofertado pelos hospitais psiquiátricos, esses dois movimentos não propunham seu desmonte e sim a humanização desses espaços. A proposta foi transformar o espaço asilar em uma réplica do mundo social, com um tratamento pautado por uma pedagogia social: “As normas e os limites que devem regular e delinear a vida dos pacientes no interior do hospital são uma síntese das regras da vida social mais ampla, que devem ser internalizados pelos pacientes, e a cura estaria relacionada com esta possibilidade de reeducação.” (BIRMAN; COSTA, 1994, p.44).

Segundo Rotelli (2010), a proposta inglesa de **Comunidade Terapêutica** deve ser valorizada enquanto projeto de modificação do cuidado no interior do hospital, mas não avançou na raiz do problema, que, segundo ele, se concentra na questão da exclusão, que, historicamente, constitui o núcleo duro do tratamento de um hospital psiquiátrico.

A **Psicoterapia Institucional**, outra modalidade de tratamento proposta nesse primeiro período de redimensionamento teórico no campo do cuidado em saúde mental, tinha como objetivo o resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico, visto que, na sua concepção, era necessário proteger da sociedade a pessoa com transtorno mental, daí a proposta de manutenção dos hospitais psiquiátricos. Esse modelo de tratamento não rompe com o asilo, “e não questiona a função social da psiquiatria, do asilo e dos técnicos, não objetivando transformar o saber psiquiátrico que se pretende operador de um conhecimento sobre o sofrimento humano, os homens e a sociedade.” (AMARANTE, 1998, p.34).

Segundo Amarante (1998), a **Psiquiatria Preventiva** e a **Psiquiatria de Setor**, pertencentes ao segundo período, trouxeram um novo território para a psiquiatria na medida em que se propôs a mudança do objeto: de doença mental para o de saúde mental.

Pelos conceitos presentes na Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, as ações na área envolveriam a prevenção primária (entendida como intervenções relacionadas à etiologia da doença mental, que pode ser de origem individual ou associada ao meio), prevenção secundária (que constitui ações vinculadas a um diagnóstico e intervenção precoce, mas presente em um momento em que a doença está instalada) e a prevenção terciária (associada à readaptação do sujeito à vida social após crise) (BIRMAN; COSTA, 1994).

A Psiquiatria de Setor nasceu na França e surgiu como contestação da psiquiatria asilar onde o hospital psiquiátrico era visto como um auxiliar ao tratamento, passando a não ser o tratamento exclusivo. A proposta considerava a divisão do território geográfico em setores, em que uma equipe composta por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e uma rede de instituições se responsabilizava pelo cuidado de prevenção e pós-cura de uma área de abrangência de aproximadamente 70.000 pessoas. (AMARANTE, 1998).

Amarante (2007) ampliou a classificação dos movimentos do pós-guerra para “dois grupos mais um”, e caracteriza esse “um” com outros dois movimentos europeus, da década de 1960, que não se encaixavam nos dois grupos já descritos acima, visto que o termo reforma parece inadequado para defini-los. Amarante (2007) destaca o movimento inglês chamado **Antipsiquiatria** e o movimento italiano, protagonizado por Franco Basaglia, chamado de **Psiquiatria Democrática Italiana** (PDI).

A Antipsiquiatria, com nascimento datado na década de 1960 na Inglaterra, antenada com o movimento *underground* da contracultura, propunha a revisão dos valores e costumes vigentes. A antipsiquiatria “questionava a psiquiatria em seu cerne, negando todas as formas de tratamento tradicional da loucura, e seus seguidores acreditavam que a loucura é construída, fabricada pelas relações de poder e também a partir de práticas discursivas.” (OLIVEIRA, 2011, p.3). Artistas denunciavam, através de suas obras, o saber médico psiquiátrico e as atrocidades cometidas no interior dos hospitais psiquiátricos. (OLIVEIRA, 2011). Assim, o movimento da antipsiquiatria lembrou a associação estrutura social e patologização do comportamento, tão presente na ciência mental desde seu nascimento.

O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) se diferenciou dos cinco anteriormente apresentados ao acrescentar à psiquiatria uma análise histórico-crítica em que aponta para a forma pela qual a sociedade se relaciona com o sofrimento e a diferença (AMARANTE, 1995).

É de Basaglia, médico psiquiatra e figura primordial da PDI, a ideia emblemática que, em poucas palavras, condensa a concepção que norteou essa corrente. Segundo ele, a psiquiatria colocou o homem entre parênteses e se preocupou apenas com a doença, destacando sinais e sintomas e secundarizando o sujeito (AMARANTE, 1995).

Em 1961, o médico psiquiatra Basaglia assumiu a direção do Hospital psiquiátrico de Gorizia e implementou profundas mudanças que o levaram a concluir que não existia possibilidade de mudanças efetivas no interior do hospital ao observar as sequelas da internação através do "duplo da doença mental", ou seja, sequelas, não da patologia, e sim

do processo de institucionalização dos sujeitos (AMARANTE, 1995).

Em 1970 ele assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste e promoveu o fechamento do hospital e a substituição por serviços territorializados e abertos: serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas com poucos leitos, descaracterizando institucionalização, cooperativas de trabalho protegidas, centros de convivência e grupos-apartamentos, que são as moradias para os que delas necessitavam. Tais mudanças foram consideradas pela Organização Mundial de Saúde, em 1973, referência mundial no tratamento para pessoas com transtorno mental.

O aspecto político e de mudança de paradigma apresentado pela Psiquiatria Democrática Italiana é fundamental para compreensão de alguns constructos presentes na Reforma Psiquiátrica brasileira, que, em sua essência, foi pautada pelo movimento italiano.

#### **2.4 Breve história da psiquiatria no Brasil**

No Brasil, a loucura como ação de intervenção estatal surgiu com a chegada da Família Real, no Século XIX e no ano de 1841 foi assinado por D. Pedro II: o decreto de fundação do primeiro hospício brasileiro, batizado com o nome do príncipe herdeiro, o Hospício de Pedro II, cujo nascimento está associado a três fatores: reclames de caráter humanitário, visto que muitos estavam encarcerados em instituições do Governo Imperial; solicitações médicas que apontavam para a implementação de práticas de assistência consonantes com as em voga na Europa; e por fim, atenção à necessidade de retirar das ruas esse grupo de pessoas (RESENDE, 1987).

Remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir, tratar. Em nome de um processo de “purificação” das cidades, existiu uma aliança entre os alienistas, os urbanistas, os engenheiros e os sanitaristas, com a missão de conter a propagação de epidemias, inclusive as psíquicas, identificando os que estavam à margem da sociedade e isolando-os da sociedade: “na tarefa de livrar a sociedade da degeneração, o alienismo serviu como instrumento para o combate ao crime, imposição de disciplinas para o trabalho e moral familiar e para a higiene social” (WEYLER, 2006).

Segundo Paulin e Turato (2004), em 1946 foi autorizado o Serviço Nacional de Doenças Mentais a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos, ocorrendo, assim, nas décadas de 1940 e 1950, importante expansão de hospitais públicos em vários estados brasileiros.

A ampliação da rede hospitalar psiquiátrica no Brasil teve comportamento

variável em diferentes períodos de tempo. Em 1941 o Brasil tinha 62 hospitais psiquiátricos, sendo a maioria privados (tabela 1). Embora os hospitais privados fossem numericamente maiores, eles tinham apenas 19,3% dos leitos; os 23 hospitais psiquiátricos públicos detinham 80,7% dos leitos de psiquiatria no país (PAULIM & TURATO, 2004).

A partir da década de 60, o número de hospitais psiquiátricos privados aumentou consideravelmente em todo o território nacional. Em 1981, dos leitos psiquiátricos disponíveis para internação, 70,6% eram privados e 29,4% eram públicos. O crescimento desenfreado do número de leitos privados no país a partir de 1966 decorreu da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e da compra de serviços por este instituto.

**Tabela 1:** Evolução do número de hospitais psiquiátricos, por natureza - Brasil -1941 a 1997

Ano	Hospital público	Hospital privado	Total	Relação público-privado
1941	23	39	62	1:1,6
1961	54	81	135	1:1,5
1971	72	269	341	1:3,7
1981	73	357	430	1:4,9
1991	54	259	313	1:4,8
1997	45	211	256	1:4,7

Fonte: DATASUS, 2013

Amarante (1995) chama a esse processo de mercantilização da loucura e aos hospitais de reduto dos marginalizados.

O financiamento do estado para os tratamentos em saúde mental estava quase que em sua totalidade voltado para o pagamento de internações psiquiátricas nas instituições privadas: em 1997, 93,14% do total de gastos estavam destinados à rede hospitalar, enquanto que somente 6,86% eram investidos em ações extra-hospitalares (BRASIL, 2005).

O transtorno mental se reduziu a uma mercadoria rendosa, visto que assiste sujeitos cujas falas são desqualificadas e desconsideradas pela sociedade. Assim, em uma perspectiva de mercado, não é questionada a qualidade de um serviço em que a opinião da clientela não tem valoração enquanto usuário/consumidor.

Amarante (1995) identificou como marco introdutório do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira a chamada Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão governamental responsável pela definição da política nacional de saúde mental. Em abril de 1978, profissionais a serviço da DINSAM no Rio de Janeiro iniciaram uma greve, nascedouro do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), ator nuclear na crítica ao que estava posto em termos de tratamento psiquiátrico e na construção de propostas que se configuraram no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ainda no ano de 1978 também aconteceu o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú: Previsto para ser um encontro científico de psiquiatras ligados aos setores conservadores das universidades, aos consultórios e hospitais privados, e uns poucos identificados com a linha entendida como progressista, termina por ser tomado de assalto pela militância dos movimentos e faz com que a entidade promotora, a ABP, tenha de servir de avalista para o projeto político do MTSM. No encerramento do Congresso, muitas foram as denúncias, como a privatização dos serviços e a discriminação de assistência para os ricos e para os pobres, reproduzindo no campo da saúde mental – e não poderia ser de outra forma – a situação de exploração e de desigualdades sociais postas no país (AMARANTE, 1995).

Em janeiro de 1979, foi realizado o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, e os debates enfatizaram a importância de uma interpretação política para a situação de tratamentos ofertados, já que os hospitais eram redutos de marginalizados submetidos à lógica de mercado. Isso posto, não bastaria uma reformulação de serviços, fazia-se necessário mudança de paradigma com ênfase nas questões sociais e ideológicas que atravessavam o campo mental. (AMARANTE, 1995).

Essa discussão repercutiu na I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CMSM, 1987), que foi realizada no vácuo da 8ª Conferência Nacional de Saúde, beneficiando-se do clima histórico vigente, já que ela consolidou as propostas da Reforma Sanitária brasileira. A trajetória da Reforma Psiquiátrica, com a marca da desinstitucionalização, teve início na segunda metade da década de 1980, período intenso em termos de acontecimentos, inclusive com a inauguração do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) brasileiro (1987), o CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira em São Paulo. Esse foi um período que apresentou a marca de reordenamento na Reforma Psiquiátrica brasileira, que ampliou o campo para além das mudanças na assistência “para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural.” (AMARANTE, 1995).

O CAPS será, nos momentos seguintes dessa reforma, o modelo oficialmente adotado pelo Ministério da Saúde, como o principal estabelecimento institucional de atenção ao sofrimento psíquico substitutivo ao hospital psiquiátrico. Entre outras experiências de práticas inovadoras da Reforma Psiquiátrica destaca-se a do município de Santos. Influenciadas pela desinstitucionalização italiana, expressaram-se inicialmente na criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) como substitutivos radicais dos estabelecimentos de internação psiquiátrica. Os Hospitais Psiquiátricos (HP) foram efetivamente extintos no município de Santos e substituídos por uma rede de estabelecimentos ambulatoriais (COSTA-ROSA, 2013).

No final da década de 1980, já estavam em execução as práticas do movimento ético-político que ficou conhecido como Reforma Sanitária, inspirado e pautado, por sua vez, em importantes exemplos mundiais de reforma dos modelos de Atenção à Saúde, especialmente os modelos italiano e cubano. A Reforma Sanitária pode ser considerada o mais genuíno exemplo, das últimas décadas, de política pública no Brasil, por ter sua origem instituinte na luta dos trabalhadores, que culminou na criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma nova figura institucional revolucionária que representa a tradução prática dos princípios éticos e técnicos penitentes ao campo da Saúde Mental (COSTA-ROSA, 2013).

Não eram apenas os recursos financeiros que configuravam as contribuições para a Reforma Psiquiátrica, também foram expedidas uma série de portarias e normas que foram se constituindo em um importante aparato jurídico-político que passou não apenas a facultar, mas a orientar de modo direto a implantação da Rede substitutiva à internação em hospital psiquiátrico, agora política oficial do país.

Considerando o disposto na lei 10.216 (BRASIL, 2001) – antigo projeto de lei Paulo Delgado, marco na história brasileira da RP, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental para a realização de tratamento em meio aberto, a internação, deve ocorrer apenas em casos excepcionais, após terem sido esgotadas todas as outras alternativas de tratamento.

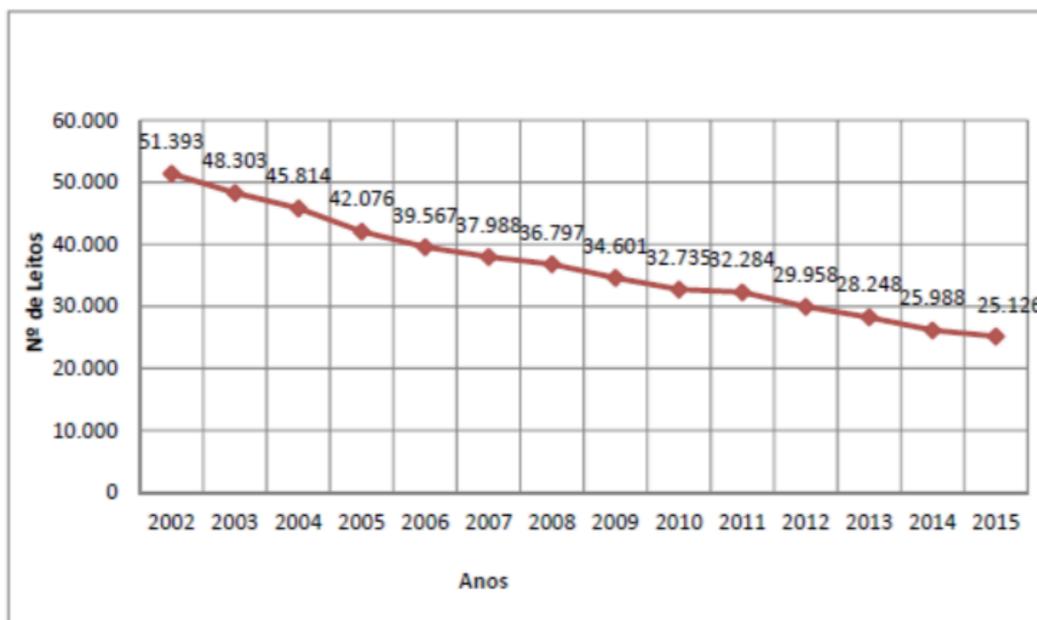
Os pressupostos da Reforma (BRASIL, 2001) foram incorporados em muitas das portarias como a Portaria nº 251/GM, em 31 de janeiro de 2002 com o Programa De Volta para Casa, voltado ao projeto de desinstitucionalização que direcionou o modelo de assistência; a Portaria nº 52, em 20 de janeiro de 2004, que estabeleceu diretrizes para a assistência psiquiátrica hospitalar no SUS; a Portaria n.º 336/GM15, em 19 de fevereiro de 2002, que criou os serviços abertos de atenção psicossocial nas

modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III; a Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003, que instituiu auxílio reabilitação psicossocial para egressos de internação psiquiátrica; a Portaria/GM nº 106, em 11 de fevereiro de 2000 que instituiu as Residências Terapêuticas, para citar algumas das legislações implementadas.

Com a publicação da Portaria 3088 de 2011, necessitou-se pautar ações com modalidade de atuação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), incorporando o conceito de região de saúde para garantir o acesso e cuidado integral de seus usuários. A Região de Saúde contém, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, vigilância em saúde, atenção ambulatorial, especializada e hospitalar. (COSTA-ROSA, 2013).

O relatório da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras drogas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) aponta que em 2002 o número de leitos em hospitais psiquiátricos era de 51.393 leitos. Em 2015 haviam diminuído para 25.126. Em relação aos Centros de Atenção Psicossocial, seu quantitativo passou de 404 em 2002 para 2328 em 2015. Esses números expressam a trajetória histórica e política que vem sendo afirmada pelo subsetor de saúde mental brasileiro. Evidencia-se no país a reorientação da assistência psiquiátrica, com marcante presença na legislação de saúde, na diminuição dos leitos psiquiátricos em hospitais especializados, na reorientação para uma assistência de base comunitária e na implantação de novos componentes da rede de cuidados.

**Gráfico 1** - Leitos do Sistema Único de Saúde em hospitais psiquiátricos por ano – Brasil – dezembro de 2002 a dezembro de 2015.



Fonte: BRASIL, 2016.

Os leitos para pacientes agudos em hospitais gerais surgiram como oportunidade de redesenhar a rede assistencial em saúde mental e oferecer atendimento de forma menos estigmatizada e iatrogênica. No Brasil, a assistência extra-hospitalar, representada principalmente pelos CAPS, vem garantindo que haja opção no atendimento aos portadores de transtorno mental, evitando internações desnecessárias. Os leitos de saúde mental em hospital geral, organizados dentro das RAPS, podem contribuir na diminuição do tempo de internação e construção coletiva de um projeto terapêutico para aquele que sofre. Apesar dos esforços para que isso aconteça, as internações em hospitais psiquiátricos ainda são mais ofertadas do que as internações em hospitais gerais (ECHEBARRENA, 2018).

O complexo campo da Saúde Mental exige dos profissionais que nela atuam, uma gama de instrumentos conceituais para ampliação de suas práticas. A Luta Antimanicomial e a Atenção Psicossocial compreendem conjuntos de ações, saberes e políticas que, inclusive, têm procurado transcender a Reforma Psiquiátrica, considerada como reforma estrita da Psiquiatria. Essa questão é algo importante para assegurar que o avanço não esteja unicamente direcionado e pautado sobre uma “psiquiatria reformada”, excluindo uma série de outras disciplinas desse campo. Entretanto, é importante, ainda, o valor dessa expressão “Reforma Psiquiátrica” que se impõe à própria psiquiatria, como uma sombra que a ofusca e nunca deixa de acompanhá-la (COSTA-ROSA, 2013).

Conhecer o processo histórico da Reforma Psiquiátrica, tanto no mundo quanto no Brasil, nos possibilita entender que os indivíduos que utilizam os serviços ofertados ainda são submetidos aos jogos de poder muito característico de nossa sociedade ocidental, com tecnologias disciplinares (GOFFMAN, 1987) e de controle (FOUCAULT, 1999), mesmo com todos os compromissos éticos que fundamentam as diretrizes, portarias e leis desse novo modelo de Atenção.

Apesar de todo este aparato, conceitual, técnico, jurídico e ético da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a lógica manicomial segue atravessando os trabalhos de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico.

#### **2.4.1 A Saúde Mental no município do Rio De Janeiro**

A cidade do Rio de Janeiro foi sede do Império e depois capital federal até 1960, sofrendo com a aglomeração populacional e, portanto, privilegiada em relação à implantação de serviços de saúde. A cidade recebeu o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, o Hospício Pedro II, também chamado de “Palácio dos Loucos” e após a sua desvinculação da Santa Casa, mudou o nome para Hospital Nacional dos Alienados que

abriu suas portas em dezembro de 1852. Seguiu forte tradição hospitalocêntrica, implantando outros hospitais de grande porte, públicos ou conveniados, como a Colônia Juliano Moreira, o Centro Psiquiátrico Pedro II, o hospital Philippe Pinel e a Casa de Saúde Dr. Eiras. Em 1997, a cidade tinha a oferecer 5636 leitos para internação psiquiátrica, sendo que destes leitos, 2958 leitos estavam no setor privado (MAIA, 2012), em clínicas de qualidade discutível que vendiam seus serviços ao setor público.

A gestão municipal tinha participação limitada nas ações de saúde mental da cidade até o início dos anos 90. A oferta mais consistente de atendimento às crises psiquiátricas era a internação, que acontecia em hospitais sob gerência do Ministério da Saúde (MS) ou na rede contratada, ligada ao Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este mesmo instituto também possuía uma rede ambulatorial que, junto com os hospitais de internação e as emergências psiquiátricas, compunham os serviços de assistência psiquiátrica do território. A opção pública que se tinha na época era basicamente a internação psiquiátrica com alta expectativa de reinternação. O município do Rio de Janeiro pouco podia intervir na organização de sua rede assistencial psiquiátrica. A cidade não dispunha de nenhum serviço próprio, hospitalar ou ambulatorial, de atendimento a clientela com grave comprometimento psíquico (SILVA, 2003).

A década de 90 condensou diversos fatores que favoreceram a organização da política de saúde mental do Rio de Janeiro. Foi uma época de conquistas, com a concretização do SUS e da municipalização. A extinção da antiga Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e sua substituição pela Coordenação Nacional de Saúde Mental representou importante passo na formulação e implantação de políticas de saúde mental, alinhadas com a reforma psiquiátrica e a qualificação da assistência pública. Os municípios foram chamados a assumir responsabilidades com seus moradores (MAIA, 2012) e isso impulsionou a organização da assistência psiquiátrica na cidade do Rio de Janeiro.

Uma das mais importantes ações do âmbito municipal foi a realização de um censo da população de internos em hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS, na cidade do Rio de Janeiro, em 1995. Neste mesmo ano o município passou a ser gestor incipiente do Sistema Único de Saúde Municipal, podendo exercer maior controle e fiscalização sobre as clínicas psiquiátricas contratadas. O município assinava a autorização de pagamento da AIH (Autorização de Internação Hospitalar) para remunerar a rede conveniada e passou a fazer seu papel, de fiscalizar aquilo que era comprado, enganosamente, enquanto serviço. Ainda na década de 90 aconteceram as

municipalizações dos três grandes hospitais psiquiátricos Federais (Colônia Juliano Moreira, Centro Psiquiátrico Pedro II e Hospital Phillipe Pinel) ocorridas entre 1996 e 1999 possibilitando que a gestão municipal se apropriasse cada vez mais do gerenciamento dos leitos psiquiátricos da cidade. A partir dessas ações (municipalização de hospitais federais, fiscalização das clínicas conveniadas e a realização do censo) o município do Rio de Janeiro traçou as estratégias necessárias para o início da substituição de seu parque hospitalar psiquiátrico (ECHEBARRENA, 2018).

O censo hospitalar foi realizado pelo IPUB/ UFRJ, ENSP/ FIOCRUZ e Secretaria Municipal de Saúde (1995). Era composto de um questionário - padrão e de dados qualitativos colhidos em diário de campo. O censo revelou o perfil clínico e socioeconômico da clientela internada nos hospitais psiquiátricos da cidade e serviu também para conhecer a realidade vivida pelos pacientes nos hospitais de internação. Segundo Tenório, “no contexto da municipalização, portanto, o Censo se desenha como um instrumento estratégico de conhecimento da clientela e dos serviços pelos quais o município foi chamado a zelar” (TENÓRIO, 1999). Os dados mostrados pelo censo subsidiaram as estratégias necessárias para o início da reversão do modelo hospitalocêntrico para o modelo comunitário de saúde mental na cidade.

Entre os achados do censo, três merecem ser apreciados, pois foram fundamentais no esboço da nova rede de saúde que se pretendia criar.

O primeiro diz respeito às péssimas condições dos hospitais que promoviam as internações. Os pacientes eram confinados em espaços insalubres, inadequados arquitetonicamente e sem assistência psiquiátrica adequada.

O segundo ponto dizia sobre o tratamento dos pacientes antes da internação. Apenas 12,72% estavam na sua primeira internação; as reinternações eram constantes e representavam a quase totalidade da amostra. Afora isso, incoerentemente, 56,90% não faziam tratamento ambulatorial entre as internações (RIETRA, 1999). O tratamento era a internação para a grande maioria dos pacientes avaliados pelo censo.

O terceiro ponto importante levantado pelo censo foi descobrir de onde os pacientes eram. Como o grande quantitativo de pacientes pesquisados no censo era da região de Irajá (15,74%), optou-se por ali construir o primeiro CAPS da cidade (RIETRA, 1999). Segundo Cerqueira (2008), o CAPS Rubens Corrêa nasceu da necessidade de receber a clientela grave, revelada no Censo que utilizava a internação do Centro Psiquiátrico Pedro II como único recurso de tratamento.

A criação do primeiro CAPS representou um ponto de partida para a revisão da política hospitalar e sua substituição por uma rede comunitária de saúde mental,

incumbida de tentar barrar as internações psiquiátricas e oferecer assistência comunitária de qualidade aos portadores de sofrimento mental. A realização do Censo e o conhecimento da rede hospitalar psiquiátrica municipal, alinhadas com o início da implantação dos CAPS e a organização da rede ambulatorial da cidade logo começaram a dar frutos. Nos cinco anos iniciais, cerca de 10% dos leitos psiquiátricos da cidade foram fechados (ECHEBARRENA, 2018).

**Tabela 2** - Leitos psiquiátricos disponíveis no Sistema Único de Saúde, por natureza, no município do Rio de Janeiro - outubro de 1995 e março de 2000.

Natureza	Outubro de 1995	Março de 2000	Percentual de variação
Contratado	3.009	2.660	- 11,6%
Federal	3	3	0%
Federal (verba própria)	2.039	494	-75,8%
Estadual	435	460	+5,7%
Municipal	15	1.072	+7.046,7%
Filantropico	153	62	-59,5%
Filantropico (isento de tributos e contribuições sociais)		252	-
Universitário (pesquisas)	127	155	+22,0%
<b>Total</b>	<b>5.781</b>	<b>5.158</b>	<b>-10,8%</b>

Fonte DATASUS, 2003.

Além dos CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) também foram fundamentais na redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos da cidade. Grande parte das pessoas internadas nos hospitais já não tinham referências familiares e não conseguiriam gerir suas vidas, de maneira autônoma, fora do hospital. Eram pessoas dependentes de cuidados e de supervisão na realização de atividades diárias. Para essas pessoas, o município criou Serviços Residenciais Terapêuticos, que são casas inseridas na comunidade, com a missão de cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de longa internação institucional, sem suporte familiar ou social, com vistas a promover sua inserção social (SOARES, 2017).

Levando em consideração o número de leitos em hospitais psiquiátricos da cidade que estão ocupados por pessoas com grave dependência institucional e com sérias incapacidades funcionais, o número de SRTs deveria aumentar consideravelmente. Para Soares (2017) a morosidade na criação de SRTs representa, ainda hoje, um entrave para o fechamento de leitos de longa permanência na cidade e para o desmantelamento do parque hospitalar psiquiátrico.

Para efetivação dessa política, o município do Rio de Janeiro dividiu sua área em

três regiões, criando as RAPS Centro –Sul, Norte e Oeste. Em cada uma dessas RAPS busca-se a integração dos diversos serviços, visando garantir a integralidade da assistência, oferecida em Rede. Os CAPS fazem parte da RAPS e representam o ponto da Atenção Psicossocial estratégico. A Atenção Básica também está presente na RAPS, representada por Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua e Centros de Convivência e Cultura. Os demais componentes são descritos, com especial atenção ao ponto “Atenção Hospitalar”.

A RAPS deixa claro que ainda não se pode prescindir de leitos hospitalares para atenção e inclui como um de seus pontos a Atenção Hospitalar, qualificada como Serviços Hospitalares de Referência em saúde mental e álcool e outras drogas, em Hospitais Gerais, Maternidades e Pediatria. O hospital psiquiátrico não estava presente na RAPS até 2017, pois pretendia-se que sua função fosse de fato substituída pelos diversos componentes da RAPS, inclusive a Atenção Hospitalar.

As internações ocorrem predominantemente em hospitais psiquiátricos, que dispõem de 378 leitos para tratamento de quadros agudos em cinco grandes hospitais. Chama a atenção nessa conta a presença do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, com 106 leitos para atenção à crise, sendo o maior hospital a oferecer vagas. Os hospitais gerais, oferecem apenas 54 leitos para internação em saúde mental, distribuídos em quatro hospitais. Os CAPS III oferecem 60 vagas para acolhimento noturno, divididas em 8 serviços. Os leitos disponíveis para acolhimento no CAPS III foram incluídos entre os leitos para estabilização de situações de crise. São leitos diferenciados, territorializados e para clientela sem comorbidades clínicas. Porém, participam da resolução de casos agudos e compõem a RAPS como ponto de atenção estratégico (ECHEBARRENA, 2018). A tabela a seguir mostra a distribuição dos leitos para internação/ acolhimento na cidade:

**Tabela 3** - Localização dos leitos de atenção à crise na Cidade do Rio de Janeiro – janeiro de 2018.

<b>Localização dos leitos</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem</b>
Hospitais Psiquiátricos	378	76,83 %
Hospitais Gerais	54	10,97 %
CAPS III	60	12,19 %
<b>Total</b>	<b>492</b>	<b>100 %</b>

Fonte: Dados obtidos no CNES/ DATASUS e informativo digital da Prefeitura do Rio ([www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=6631645](http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=6631645)). Acesso em: mar. de 2018.

Hoje a cidade possui cinco unidades de internação hospitalar que qualificam a assistência às urgências na cidade, e que deveriam trabalhar imbuídas dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, em rede, oferecendo alternativas à internação psiquiátrica. As cinco unidades disponibilizadas como emergências estão localizadas no PAM Rodolpho Roco, no Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro, no Instituto Municipal Philippe Pinel, no CER Barra e no CER Santa Cruz. Juntas, estas unidades oferecem 23 leitos para curta permanência, com internações de até 48 horas, com posterior encaminhamento para a rede assistencial (ECHEBARRENA, 2018).

## **2.5 Retrocessos na Política de Saúde Mental**

Neste capítulo julgo ser importante realizar uma breve análise de conjuntura que interfere na Reforma Psiquiátrica Brasileira referente ao grave desmonte das reformas consolidadas no campo da Saúde Mental nos últimos anos. Uma vez que pretendo neste estudo compreender as práticas de cuidado referentes à assistência aos usuários internados em um hospital especializado em psiquiatria, a relevância dos dados encontrados na pesquisa ajuda à reflexão deste cenário atualmente instituído.

As leis e a política pública se expressam em um determinado momento da história, condensada por processos de mudança e permanência, pela conformação de prioridades na agenda pública, por atores em cena e pelo jogo de interesse. Esse jogo se expressa na materialidade legal, institucional e política, e compõe uma arena de disputa envolvendo o Estado, o fundo público, os sentidos de proteção social, cidadania, participação e democracia (GIOVANELLA, 2012).

O processo de institucionalização, consolidação e avanços democráticos na sociedade brasileira teve seu ápice com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Surge nesta conjuntura o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) e o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB), que tem como principais objetivos, a universalidade da saúde, os direitos sociais e o cuidado em liberdade. A cidadania desse segmento é desenhada e construída processualmente, com reorientação da política de saúde mental, a partir dos anos de 1990.

Segundo Bravo (1996) o processo democrático ganha, de lógica heterogênea, corpo no contexto da saúde, ou seja, um que diz respeito ao projeto da Reforma Sanitária, que luta pela coletivização de direitos, na direção da universalidade da atenção; e outro

ligado ao projeto privatista, que procura impor a lógica do mercado na implementação das políticas sociais.

A promulgação da lei 10.216 em 06 de abril de 2001 se configurou em um marco orientador dos direitos dos usuários no campo da saúde mental e fruto de uma ampla discussão da sociedade e mobilização de usuários, familiares e profissionais. Nos últimos 19 anos de aprovação desta lei, a rede de suporte intersetorial em saúde mental desenvolveu diversas estratégias substitutivas à internação psiquiátrica, pois a transformação epistemológica da concepção de ‘crise’ efetuou uma ruptura conceitual com a noção de que esta situação se restringe a alterações psicopatológicas restrita ao processo natural de ‘doença’. A situação de crise deve ser contextualizada com a rede de apoio social do usuário, sua vulnerabilidade e vínculos sociais (PITTA; GULJOR, 2019).

A internação psiquiátrica é um recurso de exclusão, isto é, diferentes abordagens comunitárias devem ser realizadas antes de se decidir internar alguém. E assim está descrito na lei nacional, em seu artigo 4º: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.” (BRASIL, 2015).

Pitta e Guljor (2019) afirma que a internação psiquiátrica deve ser considerada um recurso terapêutico com forte potencial iatrogênico, na medida em que é um procedimento que induz à reinternação, pior prognóstico a longo prazo de transtornos psiquiátricos, aumento desproporcional para o custo do sistema de saúde e da assistência além de promoção de estigma, isolamento e fragilização das relações sociais dos hospitalizados.

Sobre a complexidade da rede de dispositivos existentes as autoras afirmam que:

Apesar da distribuição não ser equilibrada em todo o território nacional e necessitar de maiores investimentos para sua ampliação, tem demonstrado sua efetividade através da diversidade de ofertas de recursos para lidar com as questões envolvidas nas ‘crises’ recebidas em seus dispositivos. A manutenção dos vínculos comunitários gera a preservação dos laços de afetividade e, quando o cuidado intensivo se fizer necessário ocorrer, contar com suporte das equipes no período noturno é efetivado no Centro de Atenção Psicossocial com leitos de acolhimento no próprio território do usuário, preservando a relação com sua equipe clínica de referência (PITTA; GULJOR, 2019).

E ainda, sobre a existência de quadros de transtorno psiquiátrico onde são necessários suportes de clínica médica, segundo Pitta e Guljor:

[...] como na questão envolvendo álcool e outras drogas, podem ser acolhidos em leitos de hospitais gerais, cuja proporção de leitos de enfermaria é reduzida em comparação aos hospitais psiquiátricos e possibilitam o cuidado individualizado através de projetos terapêuticos singularizados. Estas internações acontecem por períodos curtos, não produzindo institucionalização e preservando o vínculo de acompanhamento com a equipe de referência do

CAPS, seja para os usuários do CAPS para álcool e drogas ou de transtornos mentais (PITTA; GULJOR, 2019).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se tornou um modelo reconhecido mundialmente como importante processo de desinstitucionalização desde os 21 anos de ditadura militar a que o Brasil esteve submetido, assiste agora ao desmonte da política de Saúde Mental.

Segundo Passos (2017), a Reforma Psiquiátrica, desde que se tornou uma política pública em 1992, era orientada por uma perspectiva antimanicomial. Entretanto, em 2011, ocorre uma “crise” com a inserção das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria no 131, de 26 de janeiro de 2012, como componente substitutivo que não atende às exigências para ser considerado um serviço de saúde, pois atua na perspectiva manicomial, com cunho religioso e sem uma equipe técnica para compor a rede de saúde mental.

A Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde foi sucessivamente ocupada por militantes da Reforma Psiquiátrica, fazendo avançar, na dependência das conjunturas, favoráveis ou não, uma reforma da assistência desospitalizante, dirigida ao território, num exercício ativo do cuidar em liberdade. Esse movimento, que sempre foi de difíceis conquistas, mas de consistentes avanços, começa a sofrer ataques no final de 2015, em sintonia com as mudanças e os retrocessos na vida política brasileira. A nomeação de um diretor do maior asilo manicomial da América Latina desencadeou protestos em muitos lugares do país, com a “ocupação” da Coordenação de Saúde Mental em Brasília durante mais de três meses. Saiu em maio de 2016, junto ao ministro que o tinha alçado ao cargo sem atributos ou competências que o legitimassem (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Após uma vacância de 9 meses na Coordenação Nacional da Saúde Mental, a política da contrarreforma é reforçada pela indicação de representante da Associação Brasileira de Psiquiatria, que, no passado, foi uma grande aliada da Reforma na defesa de Leis e políticas que a respaldassem, passou a ser, nas últimas décadas, defensora dos maiores retrocessos deste vitorioso movimento de Direitos humanos e inclusão social dos usuários de instituições psiquiátricas segregadoras, hegemônicas nos momentos de frágil democracia no país.

A partir de 2015, propostas conservadoras e neoliberais provocam mudanças na gestão da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) para cumprir acordos políticos. No ano seguinte, houve mudanças no indicador de avaliação da saúde mental, que desde 2008 foi pactuado como sendo principal a taxa de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes.

Em 2016, tal indicador foi substituído, na Resolução nº 08 de 24/11/2016 da Comissão Intergestores Tripartite, pelas ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica. Com isso, o financiamento de novos serviços é obstado.

As Comunidades Terapêuticas (CT) se reafirmam como estabelecimentos de saúde por meio da Portaria SAS/MS no 1.482 de 25/10/2016, o que as capacita a receberem recursos do SUS. Como a maioria das CTs não conta com equipe técnica, os equipamentos do SUS tendem a figurar como porta de entrada desses serviços, em um mix público x privado. CAPS (BRASIL, 2016).

Uma política e leis construídas no mais intenso debate onde todos os setores estiveram participando até a sua aprovação vêm, desde dezembro de 2017, ser aprovada, sem a participação dos interessados, a denominada “nova política de saúde mental” que, de novo, traz apenas o retorno à hospitalização para usuários com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos, e, em Comunidades Terapêuticas, para os usuários de álcool e outras drogas, multiplicando as camas de internação a números superiores aos tempos da “Indústria da Loucura”, quando o país gastava 97% dos recursos para o setor em hospitais (1982) e apenas 3% em estruturas comunitárias.

A implantação da Portaria 3.588/ GM/MS aprovada pela CIT de 21 de dezembro de 2017, no Governo Temer, gerou significativas mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, na contramão dos avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil que preconiza a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial e o mais grave, sem a tradição prevista na cultura da participação de pesquisadores e representantes dos movimentos sociais. Realizou-se análises unicamente quantitativas focadas nas fragilidades da RAPS, e que propõe defender nitidamente os valores corporativos e econômicos, desconsiderando toda a potência desta política, além de seus determinantes sociais.

A partir da Portaria 3.588/GM/MS de 21 de dezembro de 2017, elencam-se 4 (quatro) elementos que merecem destaque nessa política:

- Ambulatorialização do cuidado com equipes especializadas, uma vez que há amplos estudos que revelam a impotência desses equipamentos, historicamente voltado para a prescrição medicamentosa. Esta proposta de criação de equipes de assistência multiprofissional em saúde mental de média complexidade desconstrói a lógica de cuidado no território, ancorada pelo acolhimento, estabelecimento e manutenção de vínculo e responsabilização dos sujeitos. A RAPS o fortaleceu por meio das equipes de atenção básica e do incentivo ao matriciamento;

- A remanicomialização da saúde mental, com o asseguramento e enorme investimento financeiro no reajuste de recurso do Governo Federal, que aumenta o valor da diária dos manicômios em média 65%. Em contrapartida, não há aumento do repasse para os CAPS em suas diferentes modalidades desde 2011, o que intensifica a precarização do equipamento e gera dificuldades operacionais no cotidiano desses serviços, ou seja, o hospital psiquiátrico, que na lógica da Reforma sofreu uma amortização gradativa, sendo excluído da RAPS, retorna com força e dinheiro;

- A utilização de até 20% da capacidade dos leitos em Hospitais Gerais para alas psiquiátricas, sendo que enfermarias com maior número de leitos terão mais recursos investidos do que enfermarias com vagas reduzidas, devendo permanecer com 80% de ocupação, como condição para que a instituição receba a verba de custeio do serviço. Na prática, teremos mini hospícios nos hospitais gerais, acarretando a multiplicação de internações, com menos investimentos em estratégias de reabilitação psicossocial;

- A ampliação de aporte financeiro das comunidades terapêuticas de 4.000 para 20.000 vagas, ou seja, há um claro desinvestimento na RAPS/SUS em prol de instituições não públicas que tendem a violar direitos humanos, até pela resistência histórica em se abrir para fiscalizações e avaliações públicas. Há uma disparidade de valores oferecidos por usuário/mês em cada serviço. Para o Governo Federal, um usuário/mês em CAPS AD II, com porta aberta, ou seja, sem limites de atendimento, custa, em média, R\$ 43,00, enquanto o mesmo usuário/mês para uma Comunidade Terapêutica custa aproximadamente R\$ 1.100,00, para no máximo 50 pessoas.

É nítido que a internação em comunidades terapêuticas e no modelo manicomial é o grande foco central do cuidado, evidenciado no crescente financiamento de dispositivos antirreformistas de saúde mental, tendo em vista a possibilidade de mercado que isso representa para a indústria da doença e da loucura. Isso tudo camufla os reais interesses representados pelos empresários dos hospitais psiquiátricos e da indústria farmacêutica que perderam 60 mil leitos no país para os serviços substitutivos (AMARANTE, 2018).

Segundo Bravo et al. (2018), o MNLA e a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) repudiam tal medida pelo retrocesso na implantação da RAPS de base territorial, comunitária e construída com participação dos movimentos sociais da luta antimanicomial, além de trazer à tona o elemento extremamente manicomial e os

desinvestimentos nos dispositivos da RAPS, conforme elencado na Nota de Repúdio contra o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental, de 11 de dezembro 2017:

[...] Não aceitaremos a revisão da Política Nacional de Saúde Mental feita por um governo ilegítimo. Consideramos esse ataque à Política de Saúde Mental como mais um momento do golpe e da violação ao estado democrático que o país vive. Não aceitamos nada que venha de cima para baixo, tal como os medicamentos impostos pela medicalização do sofrimento, pela indústria de psicofármacos e seus representantes, para as pessoas usuárias dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Desta forma exigimos a rejeição de qualquer medida que represente retrocessos ao SUS e à Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

O dinheiro do orçamento público, que havia progressivamente migrado para a rede de atenção psicossocial comunitária, volta para a rede hospitalar e de comunidades terapêuticas igualmente enclausuradoras, sem a resolutividade dos problemas humanos ali confinados. Segue, após qualquer tipo de interrupção nos processos de internação, e as pessoas precisam serem assistidas em serviços territoriais resolutivos para seguirem vivendo suas vidas. Também os leitos psiquiátricos e de Álcool e Drogas em Hospitais Gerais, como previsto na Lei 10.216, vão perdendo a importância nessas novas decisões (PITTA & GULJOR, 2019)

Ao longo do ano de 2018, mais de R\$ 87 milhões foram assegurados ao novo pacto federal de acolhimento em comunidades terapêuticas através do Edital no 01/2018 SENAD, havendo um aumento 100% no volume de recursos inicialmente previstos para este edital que eram R\$ 37 milhões, devido a adesão dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social. Tal investimento permitiu o aumento do valor do repasse mensal por vaga para as comunidades terapêuticas, reajustado para R\$ 1.172,88 por adulto; R\$ 1.596,44 por adolescente e R\$1.528, por mãe nutriz, acompanhada do lactente sendo credenciadas 492 CT's em todo país que corresponde a 9.395 vagas (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2018).

Em 15 de agosto de 2018 é lançada a portaria nº 2.434 na intenção de fortalecer ações manicomiais no SUS, sendo reajustado o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do incentivo para internação nos hospitais psiquiátricos. Em seguida, 14 de novembro de 2018, através da portaria nº 3.659, é suspenso o repasse de R\$ 1.077.141,12 referente ao recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por suposta ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS, impondo que a não regularização no prazo de até 06 (seis) meses, acarretará na revogação das Portarias de habilitação e

qualificação. Subsequentemente, após 08 (oito) dias é publicado outra portaria de no 3.718, listando Estados e Municípios que receberam recursos referentes à parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes, totalizando o montante de: R\$ 43.655.000,00 (BRASIL, 2018).

Outro fato importante que ocorreu em novembro de 2018 foi à criação da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica, movimento apoiado principalmente pelas entidades representativas do setor hospitalar. De acordo com a entrevista cedida à Câmara dos Deputados Notícias, o então coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Quirino Cordeiro afirma que: “os frutos colhidos pela política de saúde mental anterior são incabíveis, devido o elevado aumento dos índices de suicídio, de pessoas em situação de rua e de usuários de drogas, sobretudo por consumo do Crack, com a ampliação das crackolândias”. Vale recordar que durante a sua gestão nenhum dispositivo de saúde mental foi habilitado e que a publicação anual “Saúde Mental em Dados”, não é mais produzida desde 2015, tendo informações monopolizadas e apresentadas de forma restrita para mascarar os recursos da RAPS que foram alocados para as comunidades terapêuticas (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Para finalizar o ano de 2018, gestores de CT's são convidados para reunião com a equipe de transição do novo governo de Bolsonaro, visando a fortalecer PNAD e as ações em parceria com as Comunidades Terapêuticas, além da pesquisa, prevenção e reinserção social.

E no início do ano de 2019, através da medida provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019, foi estabelecida a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios, incluindo as atribuições relativas à Política Pública de Drogas. Houve uma divisão entre as atribuições da Política sobre drogas do Ministério da Cidadania, comandado pelo Osmar Terra que assume a área da redução da demanda e do Ministério da Justiça e Segurança Pública, gerido pelo Sérgio Moro, que ficou encarregado com a área da redução da oferta de drogas.

A partir do decreto de nº 9.674 de 02 de janeiro de 2019 é criada a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas que possui 3 (três) departamentos: de Articulação e Projetos Estratégicos; de Planejamento e Avaliação; e de Prevenção, Cuidados e Reinserção Social onde estão vinculadas as Comunidades Terapêuticas. Em 25 de janeiro de 2019, Quirino Cordeiro Júnior, coordenador geral da área de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD) do Ministério da Saúde foi nomeado para

assumir a referida pasta no Ministério da Cidadania, esse fato materializa a cisão da política de saúde mental X política álcool e outras drogas

Em 04 de fevereiro de 2019, o coordenador supracitado, assinou e publicou uma Nota Técnica 11/2019<sup>2</sup>, que esclareceu sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas entre 2017 e 2018, que explicita o retrocesso da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, o reordenamento da atenção das pessoas que necessitam de assistência em saúde mental, com supressão do controle/participação social.

Dentre as barbáries, podemos citar: a internação, inclusive de crianças e adolescentes, em hospitais psiquiátricos considerados espaços privilegiados de cuidados, contrapondo-se com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), além do redirecionamento do financiamento público; a legitimação das comunidades terapêuticas como local estratégico no “tratamento” de pessoas em consumo de SPA, desqualificando as estratégias de redução de danos; a previsão de financiamento público para aquisição de equipamentos de eletroconvulsoterapia que passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde. Vale destacar que fica nítido nesta Nota Técnica o lugar privilegiado da Psiquiatria, em detrimento dos outros campos do conhecimento, da clínica ampliada e do trabalho em equipe.

O documento ainda ressalta a nova visão do Ministério da Saúde em relação aos CAPS's, equipamento considerado central do MRPB, “que não os considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais o fechamento de unidades de qualquer natureza” referindo-se aos leitos psiquiátricos.

A Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Conselhos de Classes entre outras entidades pró-movimento da luta antimanicomial elaboraram notas de repúdio contra o retorno da manicomialização da assistência em saúde mental. Após polêmicas e manifestações, a Nota Técnica foi retirada dos veículos oficiais de comunicação do Governo Federal e o Ministro da Saúde justifica que o conteúdo do documento será reavaliado pela nova coordenação, ainda não anunciada, pois em 07 de fevereiro Quirino Cordeiro foi exonerado do cargo.

---

<sup>2</sup> Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/227561220/dou-secao-2-11-02-2019-pg-50>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

A Política de saúde mental, álcool e outras drogas encontra-se, como referido inicialmente, em uma arena de disputa, com explícitos interesses econômicos e políticos, apontando para uma correlação de forças sob hegemonia de diferentes entidades (evangélicas/CT's e médicas).

As conquistas consignadas no plano legal e nas políticas públicas de saúde mental parecem pouco sólidas, pois são desafiadas por uma conjuntura política e econômica de desinvestimento no SUS, observado pela insuficiência numérica e infra estrutural da RAPS. Há dificuldades em fazer valer a lógica do cuidado territorial, intersetorial da redução de danos, e a reinserção social daqueles que foram desinstitucionalizados, apesar dos textos legais orientarem as políticas públicas para essas direções (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

O desenho proposto de “reformulação da Reforma” ameaça garantias de proteção e de dignidade asseguradas pela legislação brasileira às pessoas com transtorno mental, pois incentiva a manutenção de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, cujo modelo de funcionamento está baseado em propostas higienistas que restringem a vontade e os direitos dos usuários, excluindo-os do convívio com a família, violando frontalmente um conjunto de princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001 (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

A cada dia torna-se mais evidente o verdadeiro sucateamento da RAPS como garantia de direitos, pautada em uma rede ampla de serviços abertos, comunitários, territorializados, de valorização da subjetividade e diversidade e, acima de tudo, de reconhecimento da cidadania dos sujeitos portadores de transtornos mentais, sendo imprescindível que a sociedade lute para a manutenção da ampliação e garantia do cuidado em liberdade e pautado nos direitos humanos.

## **2.6 O Lócus do Cuidado: Transição do cuidado institucional para o cuidado territorial**

### **2.6.1) Processo Assistencial**

O que guia o processo de trabalho em saúde é um conjunto de determinantes (EGRY, 1996) de ordem:

- a) estrutural - a lei orgânica da saúde, os princípios do SUS, regulamentações, diretrizes e políticas públicas para o setor;
- b) particular - a função do serviço na rede local de atenção, os dispositivos de interdependência ou colaboração das ações no sistema de saúde, e
- c) singular - a forma de organização do serviço, modelo de atenção operado institucionalmente e a capacidade do serviço produzir saúde (nível de satisfação de clientela e trabalhador, resolutividade, previsibilidade de ações, disponibilidade e capacidade de absorção de demanda espontânea ou produzida nas ações interinstitucionais).

No campo da saúde mental, a dimensão singular - compreendida como coletivo institucional - diz respeito ao que “permanece e se enraíza nos indivíduos envolvidos por uma dinâmica institucional [...] algo deste imperativo coletivo [que também] poderia exercer-se de modo a solapar, a obliterar ou simplesmente dilapidar as vontades em jogo num espaço institucional” (GOLDBERG, 1998, p.147). A dimensão singular, o coletivo institucional é, portanto, a essência do projeto terapêutico, é o lócus onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de produzir produtos de saúde: cuidar, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, melhoria da qualidade de vida dos usuários, entre outros.

Modelos assistenciais, modelos de atenção ou modos de intervenção em saúde são entendidos por Paim (2003) como diferentes combinações tecnológicas com diferentes finalidades, como resolver problemas e atender necessidades de saúde, em determinada realidade e população adstrita (indivíduos, grupos, ou comunidades), organizar serviços de saúde ou intervir em situações, em função do perfil epidemiológico e da investigação dos danos e riscos à saúde.

Assumiu-se o entendimento de que práticas assistenciais são atos de trabalho em que instrumentos e meios são utilizados sobre um objeto e orientados a um fim. Esta definição foi transposta para as noções de doença, cura e tratamento, através da caracterização da biomedicina feita por Camargo Júnior (2003) e dos eixos de diferenciação entre os modos de atenção psicossocial e asilar - psiquiátrico, sistematizados por Costa-Rosa (2000).

Segundo o autor, o processo assistencial corresponde a um objeto, que é a quem (ou para o que) se dirige o nosso cuidado, instrumentos ou meios que incluem métodos, técnicas, equipamentos e/ou recursos para realizar um determinado trabalho, e a finalidade ou o que se quer alcançar com essa assistência. Essas três dimensões se

conformam mutuamente, não existem separadamente, são interdependentes e somente existem numa relação histórico-dialética.

Busco neste estudo dialogar com estes conceitos de assistência hospitalar ao discutir as normas institucionais e sua correspondência com os conceitos de cuidado profissional ofertado ao sujeito internado.

### **2.6.2) Linhas De Cuidado**

O cuidado em saúde sugerido pela Organização Mundial da Saúde, fundamenta-se em três premissas: compreensão, orientação e continuidade. Compreensão por parte da equipe de profissionais remete ao conhecimento acerca das condições de saúde da comunidade em que atuam; a orientação diz respeito a prestar informações acerca dos tratamentos em saúde, garantindo a efetividade; e a continuidade trata do acompanhamento de modo a assegurar o trabalho desenvolvido (OMS, 2008). O cuidado priorizando pessoas e comunidades, como sugerido pela OMS, advém de um interesse em levantar um perfil do território e, assim, agir efetivamente nas necessidades em saúde identificadas, a fim de apresentar melhores resultados sociais e ganhos em saúde.

O Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2012) também recebe estas influências ao formular programas e políticas voltadas para a saúde da população, com vistas a atender os princípios e objetivos formulados no SUS. Recentemente, vem sendo elaborada a ideia de Linhas de Cuidado (LC) que se configuram como ações em saúde previamente planejadas, voltadas para atender às necessidades específicas de determinados grupos da população.

A Linha de Cuidado visa integrar ações preventivas, curativas e de reabilitação em saúde e possibilitar o acesso aos dispositivos e recursos tecnológicos que a pessoa assistida necessita. Desde a visita domiciliar realizada pela ESF até ações que envolvem a alta complexidade hospitalar. E exige bom atendimento por parte dos profissionais. A Linha de Cuidado é vista como oportunidade de oferecer cuidado pleno, pois seus princípios se estabelecem no acolhimento, na vinculação e na responsabilização do profissional diante do problema apresentado pelo usuário. Também, visa garantir o cuidado a partir do ordenamento dos dispositivos de saúde e dos processos de trabalho realizados no interior deles, capazes de oferecer uma escuta atenta ao usuário, prover soluções aos problemas apresentados e realizar encaminhamentos eficazes, quando preciso for (FRANCO, 2012).

Merhy (2002) parte desta premissa: o usuário como centro da assistência à saúde. O autor dedicou-se ao estudo do processo de trabalho em saúde, o que chama de processo produtivo; especificamente, o momento do encontro entre profissionais de saúde e usuário - referido como ato de cuidar - e a organização dos dispositivos em sua dimensão organizacional. A partir disso, elabora um constructo sobre o exercício do cuidado em saúde.

De acordo com Merhy (2002), o trabalho em saúde configura-se como trabalho vivo em ato e diferente de outros processos produtivos centrados no trabalho vivo. No trabalho em saúde, as tecnologias das relações predominam e os saberes tecnológicos estruturados ficam em segundo plano ainda que exista a liberdade de escolha quanto à maneira de conduzir a produção dos atos em saúde.

Nesta compreensão, destacamos a operação de três tecnologias no processo de cuidado em saúde, e são elas: tecnologias duras, tecnologias leve - duras e as tecnologias leves. As tecnologias duras representam os equipamentos e objetos utilizados nas ações em saúde, assim como, as normas e as estruturas organizacionais dos serviços. Já as tecnologia leve - duras representam os saberes ou disciplinas estruturadas e específicas que são aplicadas no processo de trabalho, como o conhecimento do médico, do fisioterapeuta, do psicólogo, entre outros. E, ainda, as tecnologias leves se caracterizam pelas relações que podem ser estabelecidas no momento da produção dos atos.

Na prática cotidiana dos serviços de saúde deve-se priorizar a tecnologia leve como instrumento para atingir a integralidade e a humanização do cuidado. Essa prática pode ser fundamentada no acolhimento, no diálogo, no vínculo, na corresponsabilidade e na escuta ativa entre profissional e usuário dos serviços de saúde. Isto porque a integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do profissional que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no concernente à sua saúde. A integralidade está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos. (MERHY, 1998).

Merhy (1998) afirma que a articulação adequada destas tecnologias resulta em maior proteção da saúde daqueles que utilizam os serviços de saúde e, também, maior controle de ameaças de doenças ou dos agravos dos problemas de saúde que atingem a população assistida, possibilitando aos usuários maior autonomia para conduzirem suas vidas.

As reflexões tecidas por AYRES (2004) permitem melhor evidenciar a relevância,

para a saúde geral, assim como para a saúde mental, em especial, de se pensar novos modos de assistência, a partir da perspectiva do cuidado. É importante ressaltar que, através da perspectiva discutida por esse autor, a humanização é problematizada em termos de reestruturação paradigmática e não apenas mudanças estéticas nas relações de assistência, questões caras à essência da Luta Antimanicomial.

A questão da humanização da assistência é trazida por esse autor como uma forma tecnicamente diferente de atendimento do que o tradicionalmente realizado, implicando a concepção de cuidado. Esse autor define cuidado como “uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2004, p.22). Em outras palavras, entende que as ações e relações de assistência devem ser transformadas, e não somente as políticas e gestão dos serviços de saúde. Isto significa ressaltar a importância da chamada “flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde” (AYRES, 2004, p.22), norteadas pela lógica da humanização.

Ayres (2004) discorre ainda sobre a dimensão dialógica do encontro do profissional com o usuário, ambos considerados sujeitos, e chama a atenção para o acolhimento através da capacidade de escuta do outro, com destaque à qualidade da mesma. Esta perspectiva contrasta com aquela lógica positivista, que adota uma perspectiva prescritiva, cuja configuração relacional torna-se verticalizada na escuta e está direcionada aos riscos e à dimensão funcional com critérios objetivos de monitoramento. Os aspectos advindos da intersubjetividade são ignorados ou vistos como interferências indesejáveis na relação terapêutica.

Na lógica da humanização, chamada pelo autor de “ampliação do horizonte normativo para uma dimensão existencial”, a manifestação dos aspectos existenciais é vista como sinais da dinâmica da relação, a serem considerados para manter ou delinear novas formas de relacionar-se.

Outro aspecto discutido por AYRES (2004), com grande relevância para o campo de estudos em Saúde Mental, é a questão da responsabilidade e identidade na relação de cuidado do outro. Tendo em vista, uma aproximação das reflexões tecidas por esse autor ao nosso objeto de pesquisa, vale considerar, para o tratamento dessa questão, a concepção de tutela da pessoa com sofrimento psíquico que marcou fortemente a história da Saúde Mental. Através da concepção de tutela, considera-se os sujeitos com sofrimento psíquico como incapazes, afetando a dimensão de identidade dos mesmos e excluindo a capacidade decisória sobre suas próprias vidas, afetando também a dimensão de

responsabilidade. Os sujeitos, pelo modelo biomédico, capazes de decidir sobre a vida dos tutelados, pois, detêm o saber sobre suas vidas e as formas como devem pensar e agir, são os profissionais de saúde, em especial, os médicos, orientados pelo paradigma hegemônico da ciência moderna: a de que os sujeitos devam ser racionais, livres, prósperos e educados.

Quando refletimos sobre o cuidado, em novas concepções, as contribuições sobre responsabilidade trazidas por AYRES (2004) são fundamentais, pois o autor problematiza a tradicional questão da dicotômica relação médico-paciente tratada em outros termos. Para ele:

[É] preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interrogue acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos. O tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro, implica, por sua vez, em questões de identidade. Esta conclusão é relativamente intuitiva, pois se perguntar acerca de por que, como e quanto se é responsável por algo é como se perguntar quem se é, que lugar se ocupa diante do outro (AYRES, 2004, p. 24).

Sobre o cuidado, AYRES (2004) também destaca a importância da contextualização das construções históricas e sociais, evidenciando que “os determinantes do adoecimento [...] e instrumentos tecnicamente dirigidos a seu controle são fruto do modo socialmente organizado de homens e mulheres relacionarem-se entre si e com seu meio”. Dessa forma, é fundamental a compreensão das representações, significados em relação ao cuidado para o entendimento das chamadas respostas técnicas e políticas ao adoecimento, vistas como permeadas pelos contextos dos quais emergem.

As reflexões sobre o cuidado devem considerar que as construções sócio-históricas sobre este tema ocorreram e ocorrem atreladas às conjunturas políticas, econômicas e ideológicas de suas épocas. Para compreender os significados do adoecimento e do cuidado, em épocas específicas, é relevante contextualizar e compreender os aspectos macrossociais e institucionais desses momentos. Sobre esse tema, AYRES (2004, p.27) afirma que as “raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação” devem ser igualmente consideradas, além da “reflexão e transformação das interações interpessoais nos atos assistenciais”, designado pelo autor como a construção do cuidado.

Nesse sentido, a partir das reflexões sobre as concepções e práticas de cuidado, buscaremos, a seguir, contextualizar os movimentos de transformação nos modelos de

atendimento na realidade brasileira em relação à saúde mental.

Na visão do autor, a assistência à saúde recebe o caráter de Cuidado quando o profissional não consegue abrir mão da escuta atenta e interessada do que o outro, seja um paciente ou grupo, possui como expectativa quanto ao modo de viver. E, quando, para alcançar isto, pode utilizar-se do que se encontra disponível como recurso. Não somente conhecimentos técnicos, mas também, saberes populares, valores pessoais, religião, entre outros. Desta forma, há o Cuidado.

Resgatar a importância desta sabedoria prática é visto como princípio fundamental, quando se almeja o Cuidar. Nas palavras do autor, Cuidar nas práticas de saúde implica, o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiado na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente (AYRES, 2009).

### **2.6.3 Modelo asilar x Atenção psicossocial**

No campo da Saúde Mental, a discussão sobre as diversas concepções sobre o cuidado em saúde advém das preocupações em relação ao direcionamento de práticas, coerentes com alguns pressupostos. As mudanças nas concepções sobre o cuidado em Saúde Mental acompanham e foram acompanhadas de diferentes delineamentos no campo da Saúde Pública.

Luz (2002) ao discutir a racionalidade biomédica, permite observar a questão do reducionismo no campo da saúde pela perspectiva positivista que o mesmo encerra. A autora afirma que a perspectiva da ciência moderna constituiu-se a partir de uma metodologia descritiva, fisiológica e anatômica. Epistemologicamente, a objetividade torna-se um valor e o mecanicismo é um traço constitutivo da racionalidade que preside seu paradigma no campo da saúde. O papel da medicina, em termos de assistência seria, de maneira figurada, consertar partes da máquina danificadas pelas doenças e pelas guerras. Nessa perspectiva, o discurso disciplinar sobre a doença coloca a vida, a saúde e a cura como objetos externos à prática do cuidado. Assim, outras formas de cuidado são

afastadas, a partir do centramento sobre o fármaco e das intervenções cirúrgicas, de uso exclusivo do profissional médico.

Dessa forma, há uma simplificação na concepção do processo de adoecimento e perda da complexidade das interações entre as dimensões afetivas e sociais, com a não observação da dinâmica da vida pela disciplinarização das doenças, contraposta a uma concepção que aborde a complexidade do processo saúde-doença. A vida é tratada como “supérflua para o conhecimento” e os homens vivos são “fontes de confusão”, havendo a pressuposição de que um tipo de conhecimento responderá sozinho às diversas dimensões do sujeito e da sociedade (LUZ, 2002).

O homem ideal, segundo a perspectiva positivista, é racional, livre, próspero e educado (LUZ, 2002). Por isso, as intervenções manicomiais atuam no sentido de adaptar culturalmente os sujeitos e grupos às regras médicas, permeado pelo processo “racionalizador civilizatório” encabeçado pela ordem médica.

Nesse sentido, estabelecer limites entre o normal e o patológico passa a ser central para o paradigma biomédico. A dedução do estado “normal” ocorre em função da intensidade da manifestação de sintomas, considerados desvios patológicos da média (CANGUILHEM, 1995). Os desvios “supõem, portanto, um “estado-padrão” normativo, uma ordem reguladora” (LUZ, 2002).

Portanto, na perspectiva positivista, o modelo de assistência está permeado pela lógica vertical e prescritiva. A racionalidade científica moderna orienta os pressupostos dessas perspectivas, a partir da disciplina das doenças, sendo este um discurso explicitamente político, mas que busca se afirmar como neutro e objetivo, contrário à perspectiva de cuidado, tratada a seguir.

Na tecnologia alienista, ou seja, no modelo assistencial dos primórdios da psiquiatria, o objeto de trabalho era a "doença mental" abstraída de sua realidade de surgimento, numa perspectiva teórica de explicação individual, orgânica ou moral, e os meios estavam relacionados à organização do hospício e das práticas de "tratamento" que se mantiveram ao longo da história centralizadas no hospital psiquiátrico e que têm o isolamento como princípio (CASTEL, 1978). Nesse modelo, a cura, finalidade do processo era compreendida como o retorno a um padrão ideal de normalidade. Essa é a racionalidade que orienta o processo de trabalho ainda hoje no que denominamos modelo médico-psiquiátrico.

No modelo de atenção psicossocial, o objeto é definido na confluência dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos e culturais. O sofrimento mental não é um fenômeno exclusivamente individual, mas ocorre numa pessoa "em-relação",

portanto, o adoecimento e o tratamento necessitam dessa perspectiva sociocultural e política, além da biológica e psicológica. O alvo das ações é uma pessoa em todas essas dimensões, com seus vínculos familiares e sociais, e ela é o sujeito principal de todo o processo de tratamento, com direito a voz e participação nas decisões da sua vida e tratamento (COSTA-ROSA, 2000).

Nesse modelo de assistência, a equipe trabalha interdisciplinarmente buscando novas formas de sociabilidade para além das relações hierárquicas, além de comportar outros membros que extrapolam a constituição tradicional das equipes terapêuticas (como artesãos, músicos, artistas plásticos e outros) (COSTA-ROSA, 2000).

Admitindo que o sofrimento mental não é externo ao sujeito, mas se dá a partir de uma determinada maneira na qual ele se posiciona em relação a seus conflitos e contradições, então, a finalidade no modelo psicossocial "é um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos desses conflitos, passe a se reconhecer como um dos agentes implicados nesse "sofrimento" e como um agente de possibilidade de mudança" (COSTA-ROSA, 2000).

Nesse modelo psicossocial de atenção ao objeto de trabalho redesenhado, ampliado e complexificado, não mais reduzido à dimensão corporal e moral da "doença mental", apresenta-se a necessidade de novos instrumentos, nova conformação de equipes, relações de poder horizontalizadas, abordagem clínica que incorpore o campo social e o político, além da mobilização para a participação e o controle social, por meio de associações de usuários e familiares, de trabalhadores, assembleias de usuários e trabalhadores entre outros. É nesse processo que são "inventados" os novos dispositivos de cuidado, onde a instituição, em si, é um espaço de interlocução: o sujeito fala, participa de um diálogo, não inquirido, nem monólogo, e a organização institucional pressupõe a integralidade em relação ao território e ao ato terapêutico (COSTA-ROSA, 2000).

Souza (2008) apresenta um quadro panorâmico com as principais características do cuidado no modo asilar e no modo psicossocial, destacando as diferenças essenciais entre esses dois modelos. O modo asilar, além de pactuar da ênfase nos aspectos orgânicos, tem seu foco de intervenção centralizado no indivíduo. Trata-se de uma relação de poder vertical em que a possibilidade de participação da pessoa com transtorno mental é anulada, configurando-o como polo passivo. O cuidado é fragmentado e sem troca de informação entre os profissionais envolvidos, com forte hegemonia médica. O modo asilar tem nos hospitais psiquiátricos seu principal lugar de cuidado e o tratamento está focado na busca pela normatização dos comportamentos, com olhar dicotômico entre "normais/anormais". Discute-se sobre a possibilidade da continuação de práticas asilares

em contextos subjetivos em dispositivos extra-hospitalares.

O modo psicossocial, segundo Souza (2008), estende seu olhar para os aspectos políticos, sociais e culturais presentes na construção do transtorno mental, para além dos fatores biológicos. Existe a bem-vinda participação dos sujeitos na construção de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), tornando-os agentes ativos de seus tratamentos.

O tratamento está espalhado pelo território, com estímulo para que as pessoas com transtorno mental utilizem os diferentes dispositivos de saúde, descaracterizando o processo de exclusão presente nos estabelecimentos psiquiátricos hospitalares. No tratamento, além da presença de disciplinas distintas intercomunicando-se, existe a busca pela intersetorialidade, em que diferentes equipamentos de diferentes áreas (educacional, social, cultural, desportiva, entre outras) pactuam do tratamento. O modo psicossocial procura maior horizontalidade no tratamento, quebrando hegemonia de uma ou outra disciplina.

Para o modelo biomédico, o foco são os sintomas, a busca pelo enquadramento social, as relações de biopoder, a fragmentação multidisciplinar e a exclusão. Para o outro, psicossocial, a inserção sociocultural dos sujeitos e as ações diversificadas e espalhadas pelo território, em um modelo interdisciplinar. É fácil visualizar em um modelo fortes relações de poder e soberba teórica; e, em outro, um maior respeito aos direitos de expressão das pessoas com transtorno mental. Costa Rosa (2000, p. 153) compara a relação dos profissionais no modelo asilar com uma “linha de montagem”, “ou seja, as tarefas e, o que é mais grave, o sujeito, são fragmentados e encadeados como qualquer mercadoria da produção comum”, e o prontuário acaba sendo o elo de ligação entre os profissionais, com a presença de concepção de estratificação de saberes.

Tomando como referência as reflexões de Camargo Junior (1997), a respeito do modelo biomédico e aplicando ao campo da Saúde Mental sobre a concepção de doença como objeto de existência autônoma e, portanto, alheio às relações sociais, podemos refletir sobre aspectos importantes. O isolamento do doente e do sofrimento psíquico em um ambiente controlado pela racionalidade médica, antes descrita, fundamenta-se na expectativa de que a hospitalização, por separar o paciente da confusa dinâmica da vida, é capaz de propiciar a reunião de descrições patológicas mais puras e de controlar a crise psiquiátrica, em um ambiente limpo das complexas interações psicossociais, pois segundo essa perspectiva, o transtorno é autônomo e a dinâmica social, quando não considerada, é vista como empecilho ao tratamento. Vale enfatizar que esse controle é realizado através dos psicofármacos e da normatização comportamental.

Sobre a prática prevalente em hospitais psiquiátricos, Rotelli et al. (1990) relatam que estas funcionam a partir de uma associação entre identificação e explicação do problema e resposta racional adequada, que pode ser entendido como solução ao problema identificado. Esta relação é referida como paradigma racionalista problema-solução.

Os autores pontuam que a terapia neste âmbito não é entendida como relação individual entre profissional e pessoa assistida, mas sim, como um sistema estruturado e organizado de teorias e normas. Processo este, que conduz o diagnóstico ao prognóstico, que leva a doença ao estado de cura. “Este é, portanto, um sistema de ação que intervém em relação a um problema dado (a doença) para perseguir uma solução racional, tendencialmente ótima (cura)” (ROTELLI et al., 1990). A própria psiquiatria, segundo os autores, torna-se testemunho incoerente com este paradigma racionalista, tendo por objeto de intervenção a chamada doença mental que, apesar dos esforços para alcançar uma explicação, uma conceituação racional, medidas terapêuticas e farmacológicas, a cronicidade permanece, atestando a incapacidade da psiquiatria de obter a solução - cura.

O cuidado em saúde mental ainda é voltado para a resolutividade, necessitando de avanços quanto à instauração da desinstitucionalização como desconstrução de paradigmas, trazidos historicamente pela psiquiatria. E, também, encontra-se atrelada à noção de qualidade assistencial direcionada à operacionalização de ações e procedimentos, que corroboram com a manutenção do paradigma problema - solução que circunda a Rede de Atenção Psicossocial.

#### **2.6.4 Projeto Terapêutico Singular como potência do cuidado**

A gestão da assistência do usuário deveria se dar através de um plano de cuidados, o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS pode ser definido como o conjunto de propostas que visam o cuidado do indivíduo por meio de condutas terapêuticas articuladas e direcionadas às suas necessidades individuais ou coletivas (ZEFERINO et.al 2013, p.22). Para a autora, o objetivo do Projeto Terapêutico Singular pode ser definido como uma “estratégia de intervenção para o usuário, considerando os recursos disponíveis pela equipe, o território a que pertence sua família e as suas próprias necessidades”.

Barros (2009) propõe que os projetos terapêuticos devem superar o paradigma biomédico por meio de ações conjuntas e coletivas para responder as necessidades das pessoas, geradora de mudança de vida e dá atenção especial e recomenda a utilização da terminologia Projeto Terapêutico Singular (PTS). Proposto por diversos autores, este

conceito apreende com maior precisão, as intenções gerais e específicas assumidas na construção de projetos terapêuticos, especialmente a diretriz de estar centrado nos sujeitos, em suas necessidades e contexto de vida, o que define seu caráter singular.

Na mesma direção, PTS é definido por Oliveira como um arranjo operador e gestor de cuidado, cooperação e compartilhamento de saberes centrados no usuário, “é encontro de desejos, projetos, ideologias, interesse, visão de mundo e subjetividade” (OLIVEIRA, 2007).

Em posição complementar, Mororó (2010) define projeto terapêutico como o conjunto de condutas terapêuticas articuladas, resultantes de discussão coletiva de equipe interdisciplinar, que objetiva, além da melhoria de sintomas, a ampliação da rede social e o aumento de espaços de contratualidade para modificar o curso do adoecimento.

Para Merhy (1998), o projeto terapêutico deve ser um instrumento que responda as demandas objetivas e subjetivas dos usuários e tem como objetivo a produção de sua autonomia e apropriação de seu processo de cuidado.

Segundo Mendes (2011), este plano de cuidados é elaborado conjuntamente pela equipe de saúde, usuário e família, implicando em uma mudança na relação entre a equipe, que deve atuar cooperativa e proativamente na elaboração, monitoramento e avaliação do plano de cuidados.

De acordo com a Cartilha HumanizaSus, Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico (BRASIL, 2004) o PTS “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário”. Sendo geralmente exigido para situações mais complexas, como os citados na portaria 251/2002, que torna obrigatório o PTS para usuários com mais de um ano ininterruptos de internação, mas que, no entanto, não exclui a possibilidade que o PTS seja desenvolvido para um maior número de usuários. O PTS deve ter o envolvimento de toda equipe de saúde, do usuário e de familiares no intuito de ampliar as possibilidades terapêuticas.

Segundo a Cartilha, o PTS deve se articular em quatro momentos:

1. Diagnóstico: deve conter uma avaliação orgânica, psicológica e social e que possibilite a identificação dos riscos e vulnerabilidades do usuário. Para tanto deve ser levado em consideração todo o contexto social, cultural e familiar no qual o indivíduo está inserido.
2. Definição de metas: nesta etapa deve-se fazer proposta de curto, médio ou longo prazo, que serão negociadas com o sujeito doente por algum membro da equipe, preferencialmente aquele que tiver um vínculo melhor.

3. Divisão de responsabilidades: definir as tarefas de cada membro dentro do projeto.
4. Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

O projeto que acredita no sujeito como protagonista de seu cuidado deverá ter como fundamentais o acolhimento e o vínculo, pois estes são decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental e o usuário. Nesta relação, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica.

### **3. DESENHO METODOLÓGICO**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo da etnográfica com abordagem descritiva e analítica. A justificativa pela escolha do método se deu frente ao objeto da pesquisa, as práticas assistenciais como cuidado destinado a pessoas em sofrimento psíquico internadas em hospital especializado em psiquiatria, que exige observação e análise de um objeto em construção.

Segundo Gil (2007) a abordagem qualitativa é aquela em que procura-se a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis e para isso, utiliza-se de técnicas de coleta de dados tais como a entrevista e a observação participante.

A etnografia, etimologicamente, é o estudo descritivo (*graphos*) da cultura de uma comunidade (*ethnos*) ou de alguns de seus aspectos fundamentais numa perspectiva de compreensão global da mesma. Os etnógrafos buscam conhecer as histórias populares, símbolos, rituais e expressões artísticas de um grupo ou comunidade. Outras características da estrutura social como a política, religião, leis, educação, além de fatores tecnológicos são estudados para definir como eles influenciam os padrões gerais de vida das pessoas (AGUIERRE BAZTÁN, 1997).

Esse método de pesquisa foi primeiramente desenvolvido e utilizado por antropólogos como Franz Boas, Bronislaw Malinowski e Margaret Mead para revelar fatos desconhecidos, investigar como as pessoas vivem em um dado tempo e como se comunicam e interagem uns com os outros.

No caso das investigações que têm como objetos de estudos os fenômenos do processo saúde-doença-cuidado, nos últimos anos tem sido mais frequente a utilização do método etnográfico. Impulsionados pela necessidade de uma leitura ou (re) leitura de tais fenômenos sob uma luz teórica e metodológica que os abarcassem em profundidade, os pesquisadores buscam retratar seu caráter essencialmente experiencial e vivencial, sua inscrição nas múltiplas dimensões e a possibilidade da construção de um cuidado que produz subjetividades e é, fundamentalmente, carregado de símbolos e significados. (QUEIROZ, 2003).

O método etnográfico é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Estas questões não deveriam ser quantificadas e resumidas a uma operacionalização de variáveis, e sim construídas de um modo mais aprofundado, priorizando a essência da interação entre o pesquisador e dos sujeitos pesquisados. (MINAYO, 2008). Esse método permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novos conceitos e categorias durante a investigação.

Há diversas formas e técnicas de coleta de dados para a realização deste trabalho de campo, utilizamos, contudo, dois instrumentos: a observação participante e a entrevista semiestruturada.

Na observação participante o pesquisador deve se colocar como observador da situação social, estabelecendo uma relação direta com seus interlocutores e participando das atividades realizadas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. A filosofia que fundamenta a observação participante é a necessidade que todo pesquisador social tem de relativizar o espaço social de onde provem, aprendendo a se colocar no lugar do outro. (MINAYO, 2008).

O principal instrumento de trabalho de observação é o chamado *diário de campo*. De acordo com Minayo, (2001) num diário de campo constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa. Falas, comportamentos, hábitos, usos, costumes, celebrações e instituições compõem o quadro das representações sociais.

Dessa forma, para o pesquisador, o diário de campo tem como objetivo registrar, em tempo real, atitudes, fatos e fenômenos percebidos no campo de pesquisa. O diário é um excelente instrumento de análise da vida institucional (HESS, 2006).

Construímos quatro categorias prévias de análise para os sete pontos que estruturaram a entrevista, a saber: Espaço Permeável, Espaço (hi)ato, Espaço Construção e Espaço Crítico.

O cenário do estudo foi um hospital especializado em psiquiatria, universitário, público, que compõe a RAPS no município do Rio de Janeiro.

Atualmente possui 90 leitos psiquiátricos divididos em duas enfermarias separadas por gênero. São 49 leitos femininos e 41 masculinos. Em ambas as enfermarias, os pacientes são acomodados em quartos, em média compostos por 4 a 6 leitos. Cada uma das enfermarias é guardada por um posto de enfermagem, dentro dos quais 4 leitos são reservados para observação clínica dos pacientes. As duas enfermarias possuem pátios abertos internos.

As atividades de ensino e assistência tem o seu financiamento através do Sistema Único de Saúde e do Ministério da Educação e em suas instalações conta atualmente com duas enfermarias (feminina e masculina), ambulatório de adultos, infante-juvenil e de tratamento do idoso, hospital-dia para adultos, unidade de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas e três unidades de moradia assistida.

As enfermarias, locais de observação deste estudo, destinam-se ao tratamento de pacientes graves, submetidos a intenso risco psicossocial e/ou onde as modalidades externas de tratamento não se mostraram adequadas. Idealmente, o período de internação deveria durar apenas o necessário para o controle agudo dos sintomas, segundo informado pela página do hospital na internet.

O Tempo Médio de Internação Psiquiátrica estabelecido pelo Ministério da Saúde é de 30 dias para uma internação de adulto. Não foram encontrados dados estatísticos e epidemiológicos relacionados ao tempo médio de internações em hospitais psiquiátricos no Município do Rio de Janeiro (BRASIL, 1990).

As vagas para internação neste hospital são submetidas ao controle da Central Reguladora de vagas da Secretaria Estadual de Saúde, ou seja, o paciente deve ser levado anteriormente a um dos serviços de pronto-atendimento psiquiátrico existentes no Município do Rio de Janeiro.

Os sujeitos do estudo foram os profissionais concursados de múltiplas categorias, residentes médicos e residentes multiprofissionais. Adotei as siglas: S (Médico supervisor), E (Enfermeiro), A (Assistente social), P (Psicólogo), M (Residente médico) e R (Residente multiprofissional). As numerações que seguem as letras dizem respeito à ordem em que realizamos as entrevistas.

Adotou-se como critério de inclusão o profissional que atue há no mínimo 1 (um)

ano diretamente nas enfermarias do hospital e possua capacidade de se expressar verbalmente.

O recorte temporal proposto é o período compreendido entre a aprovação pelo comitê de ética e pesquisa e a qualificação, em torno de 18 meses, sendo realizado inicialmente a partir da observação participante do cotidiano da internação nas enfermarias e a composição do diário de campo, totalizando 80 horas.

Foi possível realizar 25 entrevistas semiestruturadas, com dados sócio demográficos e com perguntas abertas aos funcionários.

O roteiro da entrevista pretendeu permitir a reflexão do profissional acerca da assistência prestada na instituição, do olhar sobre o impacto do seu cuidado, da relação entre o hospital e a RAPS, dos espaços de supervisão, do processo de desinstitucionalização e da permanência do sujeito no pátio externo do hospital assim como no leito clínico das enfermarias.

As entrevistas foram gravadas com aquiescência dos respondentes, e posteriormente transcritas, durando em média 30 minutos. Na sequência sistematizadas e preliminarmente analisadas através da análise de conteúdo, que compreende um conjunto de técnicas das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, na modalidade temática amparada pelas questões presentes no roteiro das entrevistas semiestruturadas. (BARDIN, 2011)

As entrevistas foram colhidas durante esses 3 meses (junho, julho e agosto de 2019) até atingirmos o ponto de saturação teórica, que segundo Minayo (2008) corresponde ao momento em que o material coletado atinge o limite possível de se obter resultados confiáveis, em uma pesquisa de abordagem qualitativa e começam a se repetir, sem ideias novas. Este conceito encontra respaldo científico no pressuposto da constituição social do sujeito que, na Teoria das Representações Sociais, reflete-se no conceito de determinação social das representações individuais e, na Análise do Discurso, no conceito de determinação histórica e social das formações discursivas e da fala (BRANDÃO, 2004).

Após a transcrição das falas foram retirados os enunciados que surgiam e a recorrência dos mesmos, como mostra o Quadro 1 (Apêndice). Não havendo novos tipos de enunciados nas entrevistas optou-se por encerrá-las, resultando na definição da amostra que subsidiará a análise e interpretação dos dados.

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por se tratar de pesquisa com seres humanos esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB, sendo apreciada, avaliada e aprovada, respeitando desta forma os princípios éticos que cabem em pesquisas com seres humanos, como disposto na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012), assim como a Resolução nº 510/2016 (BRASIL, 2016) que dispõe sobre o reconhecimento do consentimento e do assentimento livre e esclarecido como processo que envolve relação de confiança entre o pesquisador e seus interlocutores, tendo sua comunicação adaptada às características das pessoas e grupos. No ato de realização das entrevistas foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde estão detalhados, de forma clara e precisa, os objetivos da pesquisa e suas implicações. Será mantido o anonimato dos depoentes. garantindo-se o sigilo das informações.

## 4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

### 4.1 - Descrição dos dados sócio demográficos coletados:

Primeiramente, foi realizado perfil sócio demográfico dos 25 entrevistados, a fim de desenhar algum contorno sobre o grupo em estudo.

- Gênero - Feminino: 16 / Masculino: 9
- Idade - de 23– 40 anos: 18 / entre 41 a 60 anos: 7
- Tempo de atividade no serviço - 1 a 5 anos: 12 / 6 a 10 anos: 8 / 10 anos ou mais: 6
- Trabalha em outro lugar - sim: 8 / Não: 17
- Serviço extra hospitalar - Sim: 7 / Nunca: 18
- Qualificação - Sim: 11 / Não: 14

O grupo entrevistado é majoritariamente composto de mulheres jovens, com até 40 anos de idade. Possuem apenas um emprego e encontram-se há pouco tempo no serviço, ou seja, menos de cinco anos.

Em relação à maioria dos entrevistados ser do sexo feminino, entende-se que a divisão sexual do trabalho é um princípio organizador da produção capitalista, portanto não são neutras ou somente científicas (e a saúde centra-se nessa científicidade “neutra”).

Apesar de não ter sido especificado qual o gênero de cada categoria entrevistada, o resultado dos números traduz as relações institucionais abordadas neste estudo. Adianto

que, apesar na maioria se enquadrar no gênero feminino, apenas uma é médica (dos 6 médicos, incluindo supervisor e residente).

A relação que existe entre as práticas médicas (tratamento) e as de outras categorias na saúde (cuidado) traduz, por exemplo, as ligações que existem entre natureza e legitimidade, entre gênero, classe e poder. A (re)construção cotidiana do poder médico e a dominação que exercem as práticas do tratar sobre as práticas do cuidar se articulam na dupla conjunção entre sexo e classe. Esta conjunção define os conteúdos das primeiras – masculinas, científicas, portadoras de valores de verdadeira qualificação profissional – frente às segundas – associadas às “qualidades” femininas, empíricas. O diagnóstico e a terapêutica medicamentosa representam os atos-fim, o saber que embasa a organização e os processos de trabalho na saúde. Os atos médicos são concretos, quantificáveis, justificam maior salário e pagamento por ato realizado. (Lopes, 2005)

Os resultados destes números, no que diz respeito à idade e tempo de serviço se deram devido ao número de profissionais recém-admitidos nos últimos concursos prestados. Devido a exigência da carga horária de 60 horas semanais e dedicação exclusiva dos residentes entrevistados, o número de pessoas que só tem um vínculo empregatício foi maior. Além do mais os servidores públicos possuem garantias e incentivos que os possibilitam manter um (1) emprego.

Alegam não ter experiência em funções extra-hospitalares (nunca trabalharam em dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial). O item sobre ter realizado algum tipo de qualificação encontra-se em número equitativo e é diversificado, pois engloba cursos *stricto sensu* e *lato sensu*, como capacitação.

O quadro abaixo se refere ao número de entrevistados de acordo com cada categoria profissional, e que desempenha diretamente suas funções nas enfermarias do hospital:

<b>Categoria profissional</b>	<b>n° entrevistados</b>
Enfermeiro (a)	7
Médico (a)	2

Técnico(a) de enfermagem	7
Residente multiprofissional	3
Residente médico	4
Psicólogo(a)	1
Assistente Social	1

#### 4.2 - Descrição e Análise dos dados dos entrevistados:

Neste capítulo, por se tratar de uma pesquisa etnográfica, a descrição dos dados será realizada utilizando fragmentos do Diário de Campo (DC) e a fala dos entrevistados.

##### 4.2.1 Espaço Permeável

“O manicômio tem sua razão de ser porque torna racional o irracional. Quando qualquer um fica louco e entra no manicômio, deixa de ser louco para transformar-se em doente. O problema é como desfazer esse nó, superar a loucura institucional e reconhecer a loucura lá onde ela teve origem, como se diz, na vida.

(Basaglia, 2000)

Nesta categoria abordarei questões que dizem respeito aos espaços institucionais permeados por sua lógica de gestão de assistência prestada e a dialética entre as possibilidades e dificuldades de transpassar os muros para realização do trabalho em rede.

##### Trecho do DC:

[...] *alguns pacientes uniformizados transitam pelo posto de enfermagem. Solicitam roupas e são informados por um técnico de enfermagem (TE) de que a "rouparia ainda não chegou" [...]* (16/10/19)

[...] *o movimento no pátio interno fica cada vez mais intenso, os pacientes saem de seus quartos e circulam. Alguns em busca de cigarros, outros se aproximam do portão de ferro de saída, procurando pelo porteiro através do pequeno quadrado no portão. O horário do "pátio livre" se aproxima. São quase 9 horas.* (16/10/19)

[...] outro paciente também pede um cobertor pois o seu teria sido "roubado por outro paciente" a TE responde que só dará "mais tarde" quando ele for dormir, pois será roubado novamente. (18/11/19)

[...] alguns residentes médicos (RM) entram na enfermaria e chamam pelos seus pacientes, levam para algum lugar. (supervisão?) [...] (18/11/19)

## I. O paradigma assistencial biomédico

De acordo com a maioria dos profissionais entrevistados, a assistência prestada aos sujeitos internados é pautada pelo modelo biomédico e hospitalocêntrico, em que as normas e regras existem como forma de controle sobre os corpos destes sujeitos, como observamos nas falas seguintes:

*“A assistência do hospital é normatizada, não leva em consideração o caso de cada paciente, as pessoas (profissionais) não se falam e o paciente é fragmentado ... o saber é médico centrado, amarrados a normas e regras que tiram a autonomia do profissional” E4*

*“... a enfermagem fica nesse lugar controlando os horários, vigiando ele (paciente) ligar, o uniforme ... é controle demais ... final de semana só tem a galera que fica vigiando” E5*

Para Pitta (2016) o hospital psiquiátrico coloca-se como a autoridade capaz de garantir o caráter científico do tratamento, de tal maneira que a figura do paciente tende a se apresentar como objeto de um aparato institucional dotado de um saber e uma tecnologia postos *a priori*. O tratamento, por sua vez, via-se absorvido no âmbito de relação sujeito-objeto, interessada nos efeitos de práticas tidas como científicas e na confirmação da teoria que as sustenta, o que conduzia a uma preocupação do profissional somente com aquilo que se apresentava sob a autoridade da “ciência” em sua relação com o “objeto”.

Assim, esta “ciência psiquiátrica” toma como foco de atenção o sintoma, e despreocupa-se com o “resto”: o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura, sua vida cotidiana, elementos que constituem precisamente o campo de inerência de tais sintomas.

Goffman (1987) se refere às instituições psiquiátricas como espaços de mortificação de eu, de perda da individualização/individualização, enquanto Rotelli

(1990) diz que é um lugar de *zero trocas sociais*, composto por verticalidade, hierarquia e dominação nas instituições manicomiais. Onde o tempo penetra com total intensidade ou não penetra, não tem qualquer capacidade de intervir na história.

O quanto o hospital psiquiátrico se aproxima ou se afasta desses conceitos e práticas manicomiais? Amarante (2017) entende que o primeiro passo do processo de transformação das práticas e instituições psiquiátricas consiste em desconstruir o paradigma problema-solução, ou seja, a ideia da doença que precisa de cura (normalização absoluta), em torno da qual se legitima o *isolamento*, a medicalização, a tutela e a desqualificação do sujeito. O passo seguinte é envolver e mobilizar o sujeito enquanto protagonista de suas histórias, possibilitando espaços de troca.

Elia (2000, p.71) afirma que uma instituição é fechada não apenas no sentido de não ser *aberta* ao livre movimento do ir e vir de seus usuários, como ocorria, por exemplo, no modelo manicomial, mas quando é fechado a todo e qualquer saber e a todo e qualquer fazer que possa interrogá-la em seus princípios, isto quando são encontráveis tais princípios, já que o fechamento pode chegar a tal ponto que nem mesmo princípios sejam localizáveis. Assim, uma instituição pode ser considerada fechada em “seus modos de funcionar, em sua existência institucional, reduzida à inércia e à repetição morta e mortificante do mesmo”.

O que há de mais importante e significativo no processo de RPb é o protagonismo dos sujeitos considerados loucos na construção de novos cenários, pois o que a psiquiatria fez, por toda a sua história, foi anular os sujeitos, considerando-os incapazes de desejos, de projetos, despossuídos de Razão.

A utilização da força física do profissional do gênero masculino, assim como a utilização da contenção física e química, não alcançam o significado da singularidade do cuidado preconizado pelo modelo da atenção psicossocial que prioriza o vínculo, escuta e acolhimento. Estas ações terapêuticas não são utilizadas como potentes manejos em situações de crise. Portanto a “crise” segue sendo um desafio ameaçador para a equipe, somente apaziguado pela força física dos homens do plantão:

*“existem diferentes formas de entender o uso da contenção mecânica pelos profissionais, uns, antigos, ainda entendem como punição, mas a equipe ainda entende que precisa ter um homem no plantão, o “leão de chácara” na linha de frente para o uso da força das situações de crise” T3*

O isolamento do sujeito em sofrimento psíquico em um ambiente controlado pela racionalidade médica fundamenta-se na expectativa de que a hospitalização, por separar o paciente da dinâmica da vida, seja capaz de propiciar a reunião de descrições

patológicas mais puras e de controlar a crise psiquiátrica, em um ambiente limpo das complexas interações psicossociais, onde lança-se mão de recursos medicamentosos e de contenção física.

A partir do relato acima, pode-se concluir que a maneira como os profissionais da equipe de saúde falam e se comportam pode ter um papel fundamental no controle de comportamento potencialmente agressivo e pode minimizar drasticamente o risco de violência. Segundo Mantovani (2010) a adequação do comportamento da equipe de profissionais no manejo da situação é um aspecto fundamental para a prevenção de agressão física ou danos materiais.

Para Kondo (2011) o comportamento violento e agressivo exteriorizado pelo paciente provoca medo, ansiedade e insegurança naqueles que o cercam, incluindo os profissionais. Contudo, o medo de algumas pessoas em relação a todos os pacientes psiquiátricos pode se mostrar desproporcional aos poucos que, de fato, constituem risco para os outros. O medo dos profissionais ou dificuldade em realizar outro tipo de manejo clínico pode, segundo o mesmo autor, prejudicar o julgamento clínico e levar ao uso prematuro e em grandes quantidades de medicamentos sedativos e de restrições físicas, como as contenções no leito.

A equipe assistencial do hospital é composta, majoritariamente, por profissionais médicos e de enfermagem (a velha dupla do hospício), os quais apresentam dificuldades em compreender o cuidado singular, que possibilite aos sujeitos em situação de crise, o acesso a abordagens que vão além do confinamento no pátio interno e na contenção químico-física.

*“a assistência é fragmentada, subdividida em médica e enfermagem na enfermaria... deveriam existir outras categorias profissionais trabalhando e pensando juntas ... os pacientes são mal acolhidos e quando aciona-se o plantão (médico) a intervenção, na maioria das vezes, é medicamentosa” El*

No momento em que o trabalho com a loucura se desenvolve através da conjugação dos esforços de profissionais de diversas disciplinas, na tentativa de desconstruir a ordem psiquiátrica tradicional, impõe-se o desafio permanente de manter aberta essa escuta para que se possa, com cuidado, isto é, com delicadeza, escutar o louco e escutar-nos a nós próprios, em um constante questionamento de nosso lugar e de nossa prática. Rinaldi (2015) verifica que esta é a possibilidade de transformar a negatividade em que nossa cultura mergulhou a loucura em um campo rico de produção e criação.

A entrevista a seguir também fala sobre a falta de outras categorias profissionais na dimensão interdisciplinar para a troca de saberes e informações na construção do caso. A interdisciplinaridade também ajudaria a refletir sobre o manejo em situações de crise e/ou descumprimento de regras, que geralmente resultam nas práticas assistenciais essencialmente biomédicas, prescritivas e normatizantes que relembram as antigas práticas asilares.

*“apesar da proposta do hospital ser trabalhar casos graves, não há manejo, as medidas são muito protocolares ... trata-se qualquer agitação com contenção e medicação ... não entendem que aquilo faz parte do comportamento disfuncional na vida e aqui é local que deveria ser compreendido e não punitivo ... ter equipes menos médico - centradas nas decisões e com a presença de outros profissionais de formações diferentes ajudaria, com os residentes multiprofissionais ajudaria” P1*

É visível que o não estabelecimento do vínculo, como potência no manejo em situações de crise, aumenta a probabilidade de intervenções físicas e químicas, cuja permanência com baixo efeito tranquilizador, termina por justificar a indicação da eletroconvulsoterapia (ECT) como única intervenção resolutiva.

*"há uma hiper medicalização de comportamentos dentro da internação... o que poderia ser resolvido de outra maneira ou entender que ele está num lugar que pode estar desse jeito sem que precise de contenção ... aí muitas vezes acontece até mesmo a indicação precoce de ECT, pela falta de manejo da equipe ou por não conseguir garantir a segurança do paciente e que precisem ficar o dia inteiro contidos ... o médico aprende que o poder dele é curar com medicação e não reconhece que tem um limite” M2*

Para o paradigma asilar, isolar seria terapêutico. Segundo Sant’anna (2006, p. 370) “Os locais especializados em tratar especificamente os alienados, os loucos, proliferaram no século XIX, com duas características básicas: estratégia médica e precaução social”.

Pela nova proposta em Saúde Mental, a emergência psiquiátrica é vista como resultado de condições psicossociais. O entendimento do processo psicossocial permite não somente melhor entendimento do fenômeno de saúde, mas também o delineamento

de novas estratégias terapêuticas que passam pelo acolhimento, pela escuta através da formação de vínculos de confiança entre a equipe, os usuários e familiares. Nessa visão, terapêutico é promover e mediar interações (AMARANTE, 2003).

O cuidado quando não é pautado no vínculo com o sujeito, desconsidera o propósito da Reforma Psiquiátrica e desconsidera possibilidades de construção de vínculo, resumindo as relações ao esvaziamento de trocas e aumentando as chances de repetições de quadros críticos, violentos e iatrogênicos que colocam o sujeito em risco, prolongando o tempo da sua internação.

O hospital estudado possui dificuldade em estabelecer o diálogo junto aos componentes do serviço territorial responsável pelo sujeito internado, função esta atribuída aos alunos da residência multiprofissional, que embora importante, possui número reduzido de atuantes dentro do hospital. Com a inconsistência dos laços territoriais, o tempo de internação aumenta:

*“a residência multiprofissional acaba fazendo a maioria das saídas do hospital, algumas vezes junto com parceiros da enfermagem e médicos, mas na grande maioria sozinhos” R1*

*“o hospital pode até dar conta da crise, mas no que diz respeito ao projeto de vida, deixa a desejar ... o hospital quer resolver tudo sozinho, acha que dá conta de tudo... com ambulatório, hospital dia ... e não conta com a rede, aí o usuário vai ficando cada vez mais tempo internado aqui” E5*

A instituição típica, de acordo com Costa-Rosa (2000) continua sendo concretizada pelo hospital psiquiátrico fechado, ainda que nas últimas décadas ele tenha sido alvo de reformas intermitentes e democratizantes, e exista acompanhado de dispositivos denominados extra asilares.

## **II. O hospital psiquiátrico na rede.**

A relação deste hospital psiquiátrico com a rede municipal de saúde mental se dá através da disponibilidade de leitos para central de regulação de vagas.

Após a procura de atendimento inclusive, por ambulância à emergência de um hospital (que possui leito psiquiátrico) da rede municipal de saúde, este serviço vai

encaminhá-lo para outro bairro, muitas vezes afastado do local de sua moradia, contribuindo para o aumento do tempo de internação devido à não articulação com o território do sujeito.

De fato, o que se verifica na fala dos entrevistados é que não se contempla a questão do território para a internação, que pode durar por muitos meses, e que o hospital, por ser especializado em psiquiatria, deveria dar suporte a pessoas com transtornos graves.

Caberia ao hospital especializado a assistência pontual e estabilização breve do quadro, após ter esgotado o manejo no território, articulando o caso junto ao CAPS, trabalho que deveria ser realizado durante a internação.

*“o ideal seria o paciente ir embora da emergência, voltar para o território, a gente aqui é visto como retaguarda de longa” E4*

*“o hospital deveria servir pra situações extremamente graves, boa parte dos pacientes tem condições de acompanhamento externo e o hospital acaba sendo um espaço de sobrevivência do paciente, com a dificuldade estrutural torna esse espaço como a “falta de” S1*

*“a rede é a vida de fato, a internação é um momento, mas eu vejo um grande sucateamento nesses serviços, mas ainda sim, apesar das dificuldades ainda rola articulação com eles” “atualmente não podemos abrir mão dos hospitais, mas eles devem ser pontuais, o mais curta possível, estabilizou da crise, volta para o território” E3*

Silva e Dimenstein (2014, p.44) afirmam que enquanto não forem apresentadas possibilidades de manejo dos casos graves, assim como às crises nos territórios, equipamentos da Reforma Psiquiátrica serão “satélites sem vida e impotentes, gravitando em torno do hospício, justificando-se, assim, sua existência prática e ideológica” e não estarão sendo prestados cuidados no modelo da Atenção Psicossocial.

A lógica biomédica, ainda em vigor nos hospitais psiquiátricos, apresenta resistência em trabalhar consonante com a Reforma psiquiátrica, ao destituir o papel de cuidado do CAPS como principal serviço de atendimento de saúde mental. O hospital ignora *a priori*, o papel fundamental de continuidade de cuidado no CAPS, criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

*“eu acho que este hospital não quer saber da rede, se acha superior, autossuficiente, uma ilha que se isola ... “eu tenho visto a rede aparecer de uns anos pra cá ... Até quando o paciente é do CAPS 3 o hospital não transfere com facilidade” E5*

*“acho que a rede funciona, mas com fragilidades, a conversa com o hospital existe, mas enviesada. A equipe é heterogênea... o residente médico às vezes não tem saco pro CAPS, acha que o serviço entra pra atrapalhar, só que não, o cuidado é deles”*

*“acho que o hospital existe porque a rede não dá conta e não consegue absorver todos os casos” P1*

O trabalho da residência multiprofissional proporciona maior diálogo com a RAPS num contexto onde há a lógica hospitalocêntrica, fragmentada, não-interdisciplinar, de maior concentração de profissionais médicos dentro do espaço hospitalar, e que somado à precarização da rede, contribui para dificuldade de regionalização do acesso à saúde.

*“Sobra pra residência multi fazer o contato com a rede, isso é um erro. É de todos os profissionais, inclusive do médico, procurar saber do caso entrar em contato com a rede, e a gente não tem esse estímulo, tempo em ir ao CAPS, não tem essa cultura em conhecer a rede, isso falta” M2*

*“a rede é fundamental para o cuidado do sujeito e precisa ser ampliada, o hospital precisa estreitar o dialogo com a rede para garantir cuidado continuado no território” R2*

O sucateamento da RAPS compromete o cuidado territorial centrado no sujeito e substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos e apresenta dificuldade de cuidar em crise no território. Acredita-se que a ampliação da cobertura da RAPS, principalmente o aumento do número de CAPS 3, seria fundamental para o cuidado do sujeito, evitando sua internação hospitalar.

*“a rede está deficitária, mas quando o CAPS consegue absorver um caso, é impressionante a diferença que faz na vida do sujeito” M1*

*“a rede, principalmente no Rio, está sucateada, falta profissional, vínculos precários, os CAPS não estão tendo pernas para sustentar o sujeito lá fora sem internar. Visivelmente tem pacientes que se tivessem apoio do CAPS não internaria, principalmente aqueles com acolhimento noturno” S2*

O quadro atual da política de saúde mental no Brasil vem propiciando a revalorização do modelo hospitalocêntrico, tanto pela inserção dos hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial, como pelo aumento do montante de investimento, desde 2017, para os hospitais psiquiátricos.

De acordo com Lima (2019) isso tem se refletido, diretamente, na rotina de funcionamento da atenção psicossocial no Brasil com a limitação de investimentos, fragilização da RAPS, relação com os gestores em um quadro de austeridade no investimento, precarização da formação permanente dos profissionais que integram os diversos equipamentos de saúde mental.

Para um cuidado efetivo é necessária uma adequada integração entre os vários tipos de serviços de saúde. Nenhum serviço, por si só, tem competência para cuidar sozinho da complexidade dos problemas de saúde mental, por mais bem equipados que estejam ou por mais bem-intencionados e preparados que sejam seus profissionais (RIBEIRO; TANAKA, 2017).

Essa relação de diálogo poderia ser pensada pela via do trabalho conjunto entre os serviços, considerando, de forma hierárquica, seus níveis de complexidade e pelo estabelecimento de uma relação que seja pautada pela autonomia das ações e respeito entre os serviços. A partir dessas contradições, pode-se inovar e movimentar-se para algo melhor, sem perder de vista o posicionamento central no cuidado do usuário. (SOUZA; JORGE, 2018)

#### **4.2.2 Espaço Construção**

O espaço se produz, de tempos em tempos, como estrutura arquitetônica, como representação cultural, como metáfora da experiência, como dimensão psicológica ou como possibilidade terapêutica. O espaço, de fato, é uma realidade complexa de interações, de representações, de cenas e de retrocenas, sociais e pessoais.

Ernesto Venturini

Nesta categoria apresentaremos os depoimentos divididos por categorias profissionais entrevistadas, pois cada uma delas tem uma relação distinta com os espaços

de supervisão para discussão dos casos. A entrevista não define espaços de supervisão específicos, e sim a forma como o profissional entende que este espaço contribui para a assistência aos sujeitos internados na enfermaria.

Há cerca de um ano foi criado um espaço semanal de reunião de colegiados, o que mais se aproxima de uma supervisão clínico-institucional (SCI), mediado pelo diretor clínico do hospital para discussão interdisciplinar de questões trazidas pelas equipes e que está em processo de consolidação e crescente quórum participativo, porém nenhum dos entrevistados se referiu especificamente a esta reunião.

### **Trechos do DC:**

*[...] o supervisor pergunta a um residente médico sobre "qual paciente ele quer falar" e ele diz que pretende trazer à supervisão uma paciente recém internada [...] eles continuam, o residente médico ajustando e corrigindo o exame psíquico enquanto o supervisor explicava psicopatologia. Outras pessoas da sala conversam baixo entre si, olham o celular e por vezes assistem à apresentação do RM. O RM então vai buscar a paciente [...] ela entra desviando o olhar das pessoas e senta no lugar indicado, ao lado do supervisor. Este inicia se apresentando e em seguida faz várias perguntas a ela. Ela responde as perguntas, ora olhando para o chão, ora para o médico de referência, em tom de voz baixo, em dado momento chora ao relatar uma situação que provocou sua internação. O restante das pessoas na sala faz comentário baixo entre si, uns olham o celular, outros riem baixo de algum fala delirante ou absurda [...] ao final, o supervisor agradece sua participação [...] a paciente é levada embora [...]. Os dois (supervisor e residente) retomam a discussão psicopatológica e psicofarmacológica. Uma residente multiprofissional diz que irá se aproximar da paciente e entrar em contato com a família e do CAPS. A enfermeira diz que ela tem se alimentado, dormido e sido cooperativa e que quase não fala com ninguém [...]. (26/10/19)*

Os enfermeiros identificam que as supervisões de equipe - divididas por cinco equipes dos dias da semana - é reconhecida como principal espaço de discussão institucional existente, apesar de seu formato centrado na figura do médico priorizando a abordagem biomédica. Identificam também que a interdisciplinaridade proporciona à supervisão uma discussão clínica potente e que faz alternar os discursos sobre o cuidado ao sujeito internado. Contudo, as escalas de trabalho diferenciada da enfermagem seguem sendo uma dificuldade à participação na reflexão para construir os casos coletivamente.

*“me incomoda a formação médica estar direcionada a residência médica... teria que desvincular talvez com outros staffs”*

*“como plantonista a gente fica muito restrito a demandas e informações, quando ia pra supervisão ficava perdida com o que já tinha avançado ou não” E4*

*“há outros, mas vou só na supervisão, é potente, mas ainda tem aquele formato clínico, médico discutindo medicação e conduta... tradicionalmente médico deveria ser multiprofissional” E5*

*“no momento não participo de nenhum espaço de discussão, pois estou no plantão noturno e não tenho compatibilidade de horário” E1*

A presença do residente multiprofissional na reunião de supervisão é determinante para que as questões relacionadas à construção do projeto terapêutico singular sejam abordadas. Importante salientar que a residência multiprofissional tem passado por processos de transformação que incluem a divisão das equipes através da lógica de território atendendo aos preceitos vigentes do modelo da atenção psicossocial<sup>3</sup>.

*“as supervisões clínicas que acontecem mais cotidianamente ficam muito na discussão da psicopatologia” E1*

*“quando o residente multi não está na supervisão, agora com os NATIs, se perde a discussão do projeto terapêutico, a discussão se perde...” E3*

*“quando vai o residente multi discutir o caso aí se discute olhando todos os lados, aí dá pra ver o outro lado da assistência que não seja clínica ... se tivesse representante de todas as categorias desdobrava pra coisa melhor” E5*

Os residentes multiprofissionais contam com diferentes espaços de discussão clínica durante o processo formativo, além da supervisão de equipe (preceptoria de núcleo, preceptoria de campo, tutoria, educação permanente), que contribuem para a

---

<sup>3</sup> Atualmente a residência multiprofissional é dividida por NATI's (Núcleo de Atenção Territorial na Internação) onde as referências terapêuticas são responsáveis pelos usuários de acordo com seu território (geográfico ou afetivo).

melhor qualidade da atuação clínico-política do cuidado. Os residentes apontam que a supervisão de equipe conserva um modelo biomédico e impede a discussão, troca e construção efetiva entre os profissionais envolvidos no cuidado do sujeito.

*“espaços de preceptoria, tutoria, EP...  
contribuem para pensar o trabalho e cuidado prestado” R3*

*“nos espaços de supervisão nem sempre me  
sentia a vontade pra discutir aspectos mais complexos que considerava importante...”  
R1*

O profissional da área de psicologia revela a heterogeneidade das equipes clínicas e a formatação multidisciplinar nas supervisões de cada uma delas. No momento da pesquisa havia apenas dois psicólogos responsáveis pela assistência aos sujeitos internados, porém esse número não garante presença em todas as cinco equipes. A supervisão clínica que conta com este profissional de psicologia, onde este é considerado como (um outro) supervisor, possibilitava novas contribuições para a construção clínica de cuidado que não fossem estritamente médicas.

Além do mais, revela que todos os espaços de discussão são potentes e extrapolam o espaço-tempo da supervisão de equipe.

*“o espaço de supervisão tem sido potente, já foi  
mais fragmentado, as decisões eram apenas médicas ... mas está melhor..., um dia o  
supervisou faltou e eu disse que iria ter supervisão, grande parte dos residentes  
permaneceu, foi proveitoso ... estou sempre encontrando as pessoas para discutir casos”  
P1*

Apesar de compreender que os espaços de discussão clínica são fundamentais para a integralidade do cuidado ao sujeito, os profissionais de enfermagem de nível técnico, que assistem o indivíduo internado durante vinte e quatro horas do dia, avaliam que não são convocados ou estimulados a participar dos espaços de discussão e troca em supervisões clínico-assistenciais, ficando reduzidos à função tecnicista do cuidado.

Estes profissionais identificaram que os antigos espaços de supervisão clínica de enfermagem eram fundamentais para o processo de educação continuada e proporcionavam maior possibilidade de trocas, uma vez que para esta categoria, a

supervisão de equipe acaba sendo seletiva ao usar termos técnicos e linguajar médico específico durante as discussões.

*“tento discutir os casos, mas não em supervisão de equipe... poderia ser uma orientação da chefia ou dos enfermeiros” T4*

*“o técnico de enfermagem fica mais na prática da emergência do que na reflexão .. e a gente que está ligado com o paciente dia e noite precisava dizer da nossa experiência com ele” T3*

*“já participei das supervisões de enfermagem, achava superimportante, me sentia mais à vontade, a supervisão de equipe tem um linguajar muito técnico... sinto falta de espaços que transmitam conhecimento” T2*

*“recentemente participei da discussão de um paciente, fui lá em cima, tinha médico, residente multi, e uma enfermeira, gostei bastante, contribuiu” T1*

A categoria médica verifica que tradicionalmente, e há relativamente pouco tempo, a supervisão de equipe era o espaço reservado para o supervisor médico discutir diagnóstico, medicação e realização de anamnese psíquica com os sujeitos internados para atender à formação da residência médica. Este espaço ainda mantém características biomédicas de formação, embora hoje inclua os preceitos da atenção psicossocial. Percebemos que esta formação reduzida ao conhecimento biomédico fragiliza o cuidado integral do sujeito fazendo-se urgente a criação de um espaço de supervisão clínico-assistencial que contemple a interdisciplinaridade nas discussões, trocas e construções de cuidado.

*“a mudança dos programas dos res multi fragmentou e separou as pessoas ... a supervisão pode ter um aspecto médico que traga ao outro profissional uma certa dificuldade de compartilhar o conhecimento e definir coisas consensuais” S1*

*“acho bacana, mas precisamos de um espaço maior de troca e isso precisa ser considerado, só aquele espaço formal não cabe... as discussões ficam apenas no âmbito médico... diagnóstico, ajuste de medicação” S2*

O profissional do serviço social é o entrevistado com menor tempo de atuação no atual cargo, mas já identifica que a presença de profissionais de diversas categorias contribui para a potência do espaço de supervisão.

*“acho que contribui muito, e é fundamental a presença da enfermagem e dos res multi e do serviço social até pra conduta médica aqui dentro” A1*

Os residentes médicos reconhecem a supervisão de equipe como estritamente biomédica, e embora com dificuldades em manter a multidisciplinaridade nas discussões de casos clínicos, esta prática ainda proporciona diferentes olhares e saberes que contribuem para o cuidado do sujeito internado.

*“é basicamente a supervisão de equipe, mas são espaços de supervisão médica ..., mas é importante a gente quebra o pau, faz diferença confrontar saberes” M1*

*“No geral é positivo, as vezes não vemos no dia a dia, mas vemos como os pacientes se beneficiam...sempre tem um olhar diferente, algo que não consegui perceber” M2*

Através das entrevistas podemos analisar que o lugar da supervisão é entendido como centrado na figura do médico, com discussões diagnósticas e medicamentosas.

Costa-Rosa (2010) afirma que no modo asilar, os meios de trabalho, apesar de incluírem recursos multiprofissionais, não ultrapassam a fragmentação de tarefas e a supervalorização do saber médico. As formas de organização institucional são piramidais, com o fluxo do poder seguindo apenas em um sentido verticalizado e o poder de decisão e de coordenação concentrados no ápice da pirâmide. Já o Paradigma Psicossocial propõe que a equipe inter profissional deve caracterizar o meio de trabalho, com a inserção de dispositivos diversificados. A organização do trabalho deve apresentar uma lógica de cooperação entre diferentes profissionais, serviços e gestão-administração.

O trabalho da assistência torna-se dissociado do trabalho da gestão, pois os processos decisórios devem perpassar o cotidiano dos serviços, existindo a horizontalização de saberes e de decisões. Onocko (2014) explica que a supervisão institucional é um dos dispositivos usados para subverter as linhas de poder instituídas nos serviços. Como ferramenta de educação permanente, ela precisa ser um espaço não

apenas de resolução, mas de problematização, no qual não se impõem os ideais do supervisor, desprivilegiando o desejo e o conhecimento dos trabalhadores das equipes.

As transformações propostas pelo complexo campo da Reforma Psiquiátrica brasileira apresentam grandes desafios, especialmente aos profissionais de saúde que cotidianamente têm a tarefa de consolidar e expandir essa mudança. Para isso, a supervisão é um dos principais instrumentos, visando também a educação permanente, que faculta redefinição e reorganização de seu processo de trabalho.

A proposta de ação da supervisão exige a superação do paradigma biomédico e sua substituição por um novo, que seja capaz de se situar de modo afirmativo: um paradigma que situe a Saúde Mental no campo da Saúde Coletiva, compreendendo o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos e que demandam uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, com a decorrente construção de uma diversidade de dispositivos territorializados de atenção e de cuidado (COSTA-ROSA, 2006).

#### **4.2.3 Espaço (hi) Ato.**

“A tomada de consciência que passa do vivido ao pensado não termina o conhecimento, ela faz parte dele; pois o estabelecimento dos conceitos não anula a dimensão e a incursão do imaginário.”

Canguilhem

Nesta categoria abordaremos a complexidade da percepção do profissional sobre o impacto da sua atuação no cuidado aos usuários internados e sobre o processo de desinstitucionalização.

#### **Trechos do DC:**

*[...] um paciente vem ao portão do posto e diz que quer passar por ali, pois segundo ele, acabara de ligar para seu pai e este está conversando com seu médico. Ele quer ver o pai e participar da conversa. A equipe responde que ele precisa esperar alguém chamá-lo. O paciente insiste. Tenta abrir a porta. Alguns TE sentados a mesa repetem algumas vezes a mesma coisa, 2 TE falam ao mesmo tempo que ele não pode passar por ali, e voltam a conversar em voz alta sobre assuntos pessoais. O paciente chuta o portão. A TE diz que ele irá ser amarrado se continuar com a "palhaçada" e ele joga uma cadeira no*

*chão, com força, quebrando-a. Mesmo com todo o barulho da discussão, a TE chamou o plantão médico. O RM tenta abordá-lo verbalmente, insiste que ele precisa tomar uma medicação e que ele não poderia ter quebrado a cadeira. O paciente continua gritando, xinga a equipe, diz que vai embora de qualquer jeito. Um técnico de enfermagem fala sobre ser necessário contê-lo. O médico comunica a equipe que precisa contê-lo. e enquanto prescreve a medicação injetável, os TE o levam pelo braço, o forçando a deitar, enquanto o paciente resistia. Contido mecanicamente por 3 TE em 4 pontos no leito clínico. A injeção foi aplicada na sua perna direita. Em poucos minutos o pai do paciente vai até ele se mostra contrariado com a conduta. O paciente se acalma em conversar com o pai. A residente multidisciplinar que acompanhava a conversa com o pai, solta a contenção do pé (o paciente se queixou de estar apertada) e pergunta se pode retirar toda a contenção para conversarem no consultório. A enfermeira chega neste momento e pergunta o que tinha ocorrido, diz que estava no telefone com o paciente e que ele havia acabado de falar com o pai. A técnica de enfermagem diz que acha absurdo a residente multidisciplinar retirar a contenção após tudo o que ele fez. O médico assistente do paciente pergunta à equipe de enfermagem o que acham e percebendo o impasse, diz que o paciente precisa ficar mais tempo, esperar a medicação fazer efeito. O paciente chora e diz ao pai que quer ir embora, o pai diz que ele não poderia ter feito aquilo [...] (14/08/2019). Durante o tempo em que realizei a observação participante pude presenciar outros quatro episódios semelhantes próximo à porta do posto de enfermagem, em que a intervenção se deu com o sujeito medicado e contido mecanicamente no leito clínico.*

## **I. O impacto do cuidado na atuação no trabalho**

### **a) A busca pela ética do cuidado:**

Mais da metade dos entrevistados afirma que suas atuações no trabalho são pautadas na lógica da atenção psicossocial, caracterizadas pelo acolhimento, escuta, vínculo, construção de redes territoriais, cuidado integral, ético, focado na produção de vida.

O cuidado centrado no sujeito e em sua complexidade impacta na construção de direcionamentos e permite com que ele exerça através da sua forma de estar no mundo, sua cidadania e liberdade.

*“busco oferecer um cuidado compartilhado, integral, pois só assim o impacto na vida do paciente é melhor ... e com direcionamento ético focado na produção de vida dos usuários” R2*

*“acredito na importância da escuta de um sintoma que vá além da psicopatologia, mas como modo de organização...de estar no mundo” P1*

*“acolho quando posso estar disponível, fazendo com que ele se sinta tranquilo, mais seguro...recolho angústias, pensando com ele outras formas de estar na vida...não reinterne” E1*

*“busco a autonomia dos usuários, quem é, de onde veio, pra onde vai, quais vínculos... me preocupo com isso” A1*

A responsabilização com a saúde vai além do atendimento propriamente dito, pois diz respeito também ao vínculo necessário entre profissional e usuário, estimulando a autonomia e a cidadania.

Segundo Merhy (2003) o vínculo é uma diretriz que, acoplada ao acolhimento, é capaz de garantir o real ordenamento do processo de trabalho, ou seja, um arranjo tecnológico que propõe reorganizar o serviço, garantindo acesso aos usuários, com o objetivo de escutá-los, resolver seus problemas mais simples, além de proporcionar um atendimento humanizado.

A construção do vínculo é um recurso terapêutico essencial da clínica, portanto, não se trata somente de uma preocupação humanizadora, mas também do estabelecimento de uma técnica que qualifique o trabalho em saúde.

Assim, Campos (2007) afirma que o vínculo é fundamental no serviço de saúde, pois propicia ao usuário exercer seu papel de cidadão, conferindo-lhe maior autonomia no que diz respeito a sua saúde, tendo seus direitos de fala, argumentação e escolhas respeitados, permitindo ao profissional conhecer o usuário para que colabore com a integração dele na manutenção da sua saúde e redução dos agravos.

No contexto da saúde, essa tecnologia é, antes de tudo, como diz Merhy (2002), relacional e se produz nas trocas afetivas relacionais; no emprego de uma atitude de zelo

e desvelo para com o outro. Essa relação pulsante acontece em ato, quando o agente assume para si uma atitude de implicação, (pre)ocupação e (co)responsabilização com a demanda apresentada.

Este cuidado, segundo alguns entrevistados, deveria ser uma prática desempenhada por todos os profissionais que atuam na saúde mental, porém o elevado número de pacientes internados, a configuração do processo de trabalho e a rigidez das rotinas impedem a exploração de novas possibilidades de cuidado.

*“gosto de atuar em saúde mental, toda a minha formação se deu nessa área, mas fico frustrada por perceber que são apenas poucos pacientes que a gente consegue se aproximar, investir de verdade...pelo grande número de pacientes e ainda mais pela constituição do plantão em escalas” E4*

O hospital psiquiátrico segundo Pitta (2016) é massificado, não existe a individualidade, pelo contrário, os grupos de internados são grandes, as pessoas são tratadas da mesma forma, obrigadas a fazerem a mesma coisa. Os horários são impostos. As pessoas que ali trabalham não sabem como lidar com a desordem e com o inesperado, elementos corriqueiros no dia a dia das pessoas com problemas de saúde mental.

Podemos observar que, a manifestação de sentimentos de frustração nas práticas profissionais relaciona-se, ao que parece, à idealização de que seu investimento profissional geraria resultados transformadores, imediatos e definitivos na vida do usuário. A pessoa atendida passa ser depositária da expectativa decorrente do investimento profissional em um trabalho não implicado à ideia de equipe interdisciplinar. Esse relato pode ser aproximado com o que Yasui (2006) entende como uma concepção norteadada pelo paradigma biomédico, que pressupõe expectativas de comportamentos, norteadada pela visão de homem ideal e não real, segundo a racionalidade positivista que direciona esse modelo tradicional de assistência.

Através das falas dos profissionais é possível perceber que a disponibilidade para construção de um cuidado integral, que priorize o acolhimento do sujeito internado levando em consideração sua subjetividade e autonomia, não é eficaz devido à falta de uma equipe interdisciplinar.

Uma entrevistada identifica que há um impacto muito positivo no cuidado através da participação da equipe interdisciplinar em atividades coletivas. Ainda que a equipe necessite de frequentes convocações para a constituição deste espaço terapêutico que

possa transcender a lógica asilar e não reduzir o sujeito ao sintoma, e sim produção de formas de estar no mundo.

*“preciso de suporte devido à grande demanda...é preciso uma equipe formada por diferentes categorias que ajudem a construir o cuidado” E1*

*“... me vejo importante em relação à atuação nas atividades coletivas, mas só tem efeito porque é compartilhado...não dá pra fazer sozinha ... no começo foi difícil construir esse coletivo, mas fui chamando e os outros foram indo... é caótico, ninguém me mostrou, fui aprendendo” P1*

Percebemos que o entendimento sobre a interdisciplinaridade expressa a ideia de integrar, compartilhar, contar com a ajuda de outro profissional. Para esses profissionais, a interdisciplinaridade seria uma forma de ampliar seus horizontes, o que permitiria o fim da visão restrita disciplinar e incluiria outras dimensões das situações trabalhadas.

Costa (2016) trabalha com a ideia de unicidade, que impulsiona o profissional a obter melhor conscientização dos limites e das possibilidades de cada campo de saber e o faz ter maior abertura ao trabalho coletivo, que surge, aí, como construção imprescindível.

O autor ainda afirma que a interdisciplinaridade só é realizada por meio da intencionalidade, baseada no plano institucional, que pode fomentá-la com políticas e projetos, mas também, e principalmente, com o desejo de cada profissional de aderir a esses projetos e de se engajar na construção da prática coletiva. A postura interdisciplinar exige trocas entre os profissionais e abertura para questionar e ser questionado quanto ao respeito ao reconhecimento mútuo.

#### b) Rupturas e fragmentações no cuidado

Sobre a forma de atuação no cotidiano do trabalho, dois entrevistados médicos concursados consideram que o cuidado ao sujeito internado se dá indiretamente, ao desempenharem o papel de supervisores médicos. Com isso, as condutas e atuações dos residentes são orientadas por tomadas de decisões do supervisor médico.

*“acho que meu trabalho impacta sim, através da supervisão... tenho que sinalizar sobre o atendimento ao sujeito e sobre as relações com outros profissionais... isso vai refletir de alguma forma no paciente” S1*

*“as decisões que se toma em supervisão acabam impactando na vida do sujeito, às vezes alguém tem que dar a palavra final” S2*

É importante ressaltar que este estudo tem como cenário um hospital psiquiátrico universitário, ou seja, um espaço de formação associado à assistência prestada pela residência médica e multiprofissional, que se diferenciam entre outros aspectos, pelo conteúdo curricular e sua abordagem sobre o conceito de doença mental.

Paulo Freire (2006) procurava ampliar a noção de formação para que fosse possível superar as compreensões reducionistas, possibilitando sua transcendência como experiência humana num permanente movimento de procura, construção e crítica, torando-a epistemológica.

Portanto, quando falamos de formação como referência cultural e epistemológica, não nos referimos a um simples treinamento, adestramento, transferência de conhecimento, mas de emancipação, criação de potência, de projetos, de perspectiva crítica.

Os sujeitos que trabalham em saúde mental poderiam receber, em sua formação, reflexões mais amplas, mais problematizadoras, sobre a complexidade humana, sobre a produção de sentidos das atividades essencialmente humanas.

Amarante (2015) questiona a manutenção de programas de formação nos moldes de residência estritos à espaços hospitalares, e sugere que tais programas se deem de forma intensiva nos territórios, participando de formulações e controle social do SUS.

O autor defende que se amplie o conceito e prática de reforma psiquiátrica para compreensão do processo social complexo sem reduzi-la a simples reformulação de serviços, mas que enfrente espaços conceituais da psiquiatria, sua função de controle na sociedade, suas articulações com a justiça e interesses mercadológicos e exploratórios existentes neste campo.

Alguns entrevistados percebem a especificidade profissional, porém entendem que o cuidado em saúde mental ultrapassa a especificidade do profissional e a especificidade formal da própria clínica e deve ser centrado na singularidade do indivíduo internado.

*“é diferente do que estava acostumado no hospital clínico, aqui a gente não tem protocolo, se tiver não é o ideal, dois pacientes com a mesma patologia têm demandas diferentes, diferente do hospital clínico” T2*

Os profissionais são estimulados a se “super - especializarem” com o aprendizado e a ler fragmentos da realidade. Os médicos aprendem a medicar e a ver na medicação a solução primeira para qualquer tipo de situação; os psicólogos aprendem a realizar uma terapia centrada no indivíduo e em seu sofrimento privatizado; os enfermeiros a se ocupar com a administração de medicações e higiene, etc.

No entanto, nenhum desses profissionais aprende a lidar com as situações cotidianas dos usuários, como, por exemplo, impasses na subjetividade das pessoas e seu sofrimento, na maioria das vezes, desencadeados pelo cotidiano, que se desenrola em duras condições sociais.

Para Yasui (2008) esses profissionais são incapazes de ouvir o sujeito e sua dor além da doença, de forma que articule os sintomas e sinais em um quadro mais amplo e complexo; raramente estabelecem diálogos que produzam uma integração com outros profissionais que trabalham a seu lado; não compreendem as dificuldades das pessoas em aderir ao tratamento estruturado dessa forma; estranham e se incomodam com as reivindicações das pessoas a respeito de seus direitos; apresentam grandes dificuldades em construir estratégias que ampliem a participação e autonomia dos usuários.

A mudança de paradigma não é uma agenda específica da Saúde Mental. Pelo contrário, ela se inclui no conjunto de transformações práticas que têm como prioridade a construção do SUS no contexto da Reforma Sanitária.

Alguns entrevistados apontam a dificuldade em lidar com o sofrimento psíquico, este que é diferente da clínica médica e não tem cura, no sentido cirúrgico de uma solução, mas requer um cuidado criativo, provisório, integral, intersetorial e capaz de sustentar o sujeito em sua complexidade como um cidadão em liberdade.

*“às vezes acho que meu trabalho é enxugar gelo, eu já investi muito, talvez não fosse da maneira correta, mas daqui a pouco ele está aqui de novo... isso desestimula um pouco... diferente de uma pneumonia” E5*

O modelo psicossocial não almeja a supressão sintomática, o que se visa diretamente pode ser descrito com os termos “reposicionamento subjetivo”, uma vez que se procurará levar em conta a dimensão subjetiva e a sociocultural (COSTA-ROSA, 2000).

Nesse sentido, Onocko-Campos (2001) comunga com o fato de que a doença não ocupa todo o lugar do sujeito, não o desloca totalmente de todo o cenário social no qual está inserido. Ele sempre é um sujeito multifacetado e não restrito apenas aos aspectos biológicos, ele também tem em sua integridade um ser social, histórico e subjetivo, que demanda outras necessidades e necessita ser abordado nas suas diversas dimensões.

Outro entrevistado aponta que outras formas de abordagens em situações de crise, que contassem com equipe interdisciplinar, poderiam diminuir a necessidade do uso de força física para realização de contenções mecânicas. Para criar novas possibilidades de cuidado singularizado que possam ir além das normas institucionais, como a própria contenção químico-física, é importante o treinamento contínuo e atualização do conhecimento.

*“estou sempre aberto ao conhecimento, próximo à academia e de enfermeiros que pensam na melhoria do cuidado ... tento sempre melhorar a vida institucional da pessoa... tem pessoas que só dão medicação dentro do posto, pro sujeito que não conseguiu dormir a noite eu posso ir lá no leito dar a medicação dele, esse é um outro olhar ... em relação à contenção mecânica, se outras pessoas estiverem junto, podem agir e participar de outra forma... é uma visão de todos da equipe acionar alguém que tenha mais força na hora da contenção” T3*

Para que o cuidado em saúde mental possa ser posto em prática, deve-se superar o viés estritamente biomédico, fragmentado, normatizado e maniqueísta.

Para tal, Merhy (2014) nos lembra que faz-se necessário ressaltar que os usuários, enquanto redes de existências, produzem-se ‘em-mundos’, ‘in-mundizam-se’, constituindo certas formas éticas existenciais e certos modos de conduzir, por si, também a produção de cuidado, disputando o tempo inteiro com as outras diferentes lógicas de existir, em si, e que lhes são impostas pelas instituições. Os usuários produzem modos de existências que são, muitas vezes, julgados e cerceados pelas equipes de saúde, e estas ficam aprisionadas a um modo de saber tão preponderante, que não possibilita perceber que certas atitudes, comportamentos, expressões são modos de existência, ainda que se apresentem cheios de tensões e problemas.

## II. Residência multiprofissional e o impacto na assistência.

A contínua transformação da melhoria da assistência, para a maior parte dos entrevistados, está diretamente relacionada à inserção da residência multiprofissional no cerne das direções “não-médicas” e “extra - clínicas” de suma importância na vida “em ato” (em contraposição ao recorte gerado durante a internação em que é afastado do seu meio social/familiar) dos sujeitos internados, provocando fortes impactos, tanto na intervenção e forma de cuidado voltado para o modelo da atenção psicossocial, quanto na influência na formação da residência médica.

Tais mudanças foram consideradas positivas, pois o “trabalho fora-muros” (também conhecido como o próprio “furo-no-muro” - termo utilizado e também questionado pelos residentes multiprofissionais) é fundamental para abreviação da permanência do sujeito internado no hospital, redirecionando o ainda vigente modelo médico-centrado para o da lógica de cuidado no território.

*“houve mudanças na articulação com a rede quando se institui bolsas para residência multiprofissional ... a intervenção e forma de ver o paciente passaram a ser diferentes, o serviço social não dava conta sozinho ... houve uma mudança radical na avaliação de fatores não médicos e na formação do médico” S1*

*“percebo que a assistência tem estado mais voltada para a escuta do usuário, principalmente em relação à equipe multi” T1*

*“o hospital ao longo do tempo mantém a mesma infraestrutura, houve a mudança com a chegada das residentes multiprofissionais para atender os pacientes” S2*

*“estou aqui há pouco tempo, acho que a assistência é boa, mas falta um conectivo entre os saberes, acho que a residência multiprofissional discute mais do que as outras categorias” A1*

*“aqui as práticas de modelo tradicional, verticalizado, médico-centradas vêm sendo transformadas pela residência multiprofissional através dos NATIs” T3*

Na abordagem clássica da formação em saúde, o ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado, planejado segundo o referencial técnico-científico

acumulado pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional.

No campo da saúde mental, as formações tradicionais por vezes realizam abordagem rasas sobre aspectos desafiadores da clínica no cotidiano dos serviços, sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e sobre as práticas inovadoras no campo da Atenção Psicossocial. A grade curricular da residência multidisciplinar aponta uma ampliação neste campo, entendido aqui, como modelo de cuidado em liberdade, de trabalho territorial, de produção de autonomia, garantia e exercício de direitos.

Os modelos de cuidado (manicomial e psicossocial) se entrelaçam num mesmo espaço configurando uma espécie de arena de disputa de saberes. A reprodução acrítica das dicotomias sujeito/objeto, teoria/prática, interior/exterior acaba buscando uma orientação “protocolar e burocrática” que pode ser tanto com operações de estabilização e supressão dos sintomas, como a “mapeamento da rede e a “escuta-surda” do sujeito que precisa ter alta hospitalar custe o que custar, sem a construção do cuidado necessário para evitar maiores sofrimentos ou, possivelmente, o breve retorno à internação.

Conforme discute Ayres (2006), o cuidado em saúde mental deve ser vivenciado mediante configurações em redes que ampliem as possibilidades de acolhimento do usuário e de seus familiares, potencializando o exercício da cidadania e da inclusão social.

### III. O processo de desinstitucionalização como analisador da assistência hospitalar - O cuidado como produção de vida em liberdade.

Ainda que este tópico seja relacionado ao acompanhamento e inserção direta do profissional no processo de desinstitucionalização de sujeitos de longa internação neste hospital, opto por incluir falas de profissionais com diferentes perspectivas sobre sua participação neste processo. Entendo que esta questão serve como importante analisador do cuidado em um hospital psiquiátrico com pessoas internadas há mais de 1 ano ininterrupto.

Os entrevistados em sua maioria referem entender o processo de desinstitucionalização como um trabalho para além dos muros do hospital, ao dar suporte no acompanhamento de pessoas internadas e priorizar a construção de uma nova vida e de um novo cotidiano. Vida que foi marcada por um longo período de institucionalização. Há a compreensão de que o processo de desinstitucionalização é marcado por outras formas de existir no mundo e pautado pelo desejo do sujeito.

*“Acompanhei vários casos de desinstitucionalização trabalhando com os pacientes de construir como seria a vida dele lá fora, trabalho com o CAPS, como lidar com perdas e reaver o que for possível” P1*

*“Sim, como acompanhante terapêutico, estimulando o usuário a ter sua própria voz, produzir desejo, planejar saídas, preparar para vida na cidade ... compondo a equipe, apesar de sentir que era apenas meu trabalho ações mais complexas de saídas para o território” R1*

*“acompanhei como técnica de referência, participei da articulação do caso com a rede, do trabalho territorial, construção coletiva” R2*

Tendo em vista o retorno desse usuário ao seu território e seu movimento de reconstrução dos laços perdidos devido ao tempo de afastamento, Ribeiro (2009) vai dizer que “... Tratar de um louco seria, dessa maneira, criar dispositivos para que o mesmo possa ter lugar, se territorializar, estabelecer redes com o refinamento necessário para garantir algo que possamos chamar de vida” (RIBEIRO, p. 79, 2009).

A pouca circulação, o estabelecimento mínimo de relações interpessoais, a aceitação de tudo que lhe era imposto sem nenhuma crítica, facilitavam e levavam esses sujeitos ao que Foucault (2012) chamou de corpos dóceis ou docilizados, sendo sujeitos que passavam despercebidos ao longo dos dias e suas internações se alongavam, o que tornava o processo de desinstitucionalização mais complexo, ou seja, empurrando vez a saída para mais adiante.

Como já mencionado neste estudo, grande parte dos entrevistados localiza nos residentes multiprofissionais esta função de “conexão do hospital com o território” e facilitar o processo de desinstitucionalização. O mesmo pode se aproximar dos sujeitos internados e através da fala, do estabelecimento de vínculos, pode dar lugar ao “sujeito esquecido”, e trazer à tona recordações dos momentos que deixaram para trás ao saírem caminhando sem um destino fixo de chegada, fazendo da memória deles uma importante ferramenta para traçar novos encaminhamentos durante a internação, para retomar o que fora perdido durante o tempo na longa caminhada.

Os entrevistados sinalizam que para que possa de fato acontecer, este processo precisa ser entendido como um trabalho interdisciplinar que exige a prática

transdisciplinar permitindo multiplicidade de intervenções no processo de trabalho que favorecem a reformulação ampliada do trabalho em saúde mental, através da interlocução com a rede, do cuidado singular e do estreitamento do vínculo.

*“sim, mesmo que não seja meu papel como médica, tem que exercer um objetivo e fazer além da sua função aqui no hospital... dei suporte medicamentoso, assistência à família, procurei moradia, fui ao CAPS” M2*

*“Sim, acompanhei como técnica de referência tomei o caso em mãos e atuei junto com a residente multi, levamos o caso pra discussão no CAPS, em GT's, pensamos manejo clínico” E1*

Esse trabalho requer uma complexidade e disponibilidade em atuar no percurso e construções de vida, na relação com o território (seja ele afetivo ou de origem) e o mundo, com a família, no encontro com o sujeito em seu cotidiano afim de promover um cuidado fora do espaço institucional, desvinculando a prática da saúde desses espaços.

*“Sim, ela ainda está em processo de desinsti... tem que criar nova rotina, saber o que ela quer, passar pela vontade dela” M1*

*“estava inserida de forma a trabalhar a clínica do sujeito apontando para fora, exemplo, atividades na cozinha, tensionamento com o CAPS, trabalho com a família” R3*

Para outros entrevistados, a sua inserção no processo de desinstitucionalização se deu indiretamente através de supervisões de equipe, discutindo junto aos residentes que acompanham diretamente o sujeito internado, ou dando suporte devido à afinidade com o sujeito e/ou por ter facilidade em dialogar com a equipe, da qual já fez parte, do serviço de referência do sujeito oferecendo suportes que o residente multiprofissional solicitava.

*“sim, a residente multi me pediu ajuda e como eu trabalhei lá no CAPS de referência do paciente, conhecia a equipe... foi do meu desejo participar e não pela função propriamente dita, que fica mais com o residente multi” E3*

*“estava inserido como avaliador não só no sentido clínico, mas o que é mais adequado pro paciente... como a pessoa se vira, se foi bem-sucedido” S1*

Outra parte dos entrevistados, ainda que identifique barreiras para o processo de saída do sujeito internado com a angústia nesta nova etapa da vida, relatam não estarem inseridos neste processo de discussão e construção coletiva do projeto singular terapêutico.

*“não diretamente, pontualmente levando ao CAPS, mas não sabia o que estava sendo conversado” E4*

*“Não, só vi o processo acontecer... não participei ativamente, só da angústia do paciente” E2*

*“não, acabo acompanhando por iniciativa minha, afinidade, a gente plantonista não participa, até sabe que o fulano vai sair, mas não participa” T2*

Para Marzi (1993) a desinstitucionalização é parte de uma produção simbólica mais geral, que não propõe a substituição de um poder por outro, mas pressupõe um processo contínuo de transformação. É importante neste estudo destacar a distinção entre desinstitucionalização – processo complexo, e desospitalização – pura e simples redução das internações hospitalares, uma vez que existe uma grande parcela dos profissionais a par deste trabalho.

O processo que envolve a desinstitucionalização dos usuários não parece envolver os profissionais como cuidado inerente ao seu processo de trabalho, uma vez que sequer há um projeto terapêutico singular definido que diferencie este usuário dos demais.

Muitos profissionais trabalham há mais de 10 anos neste hospital e não tiveram oportunidade de realizar cursos de atualização, não tem atividades nitidamente definidas na enfermagem e perpetuam passivamente o modelo de assistência manicomial. Provavelmente esses funcionários se encontram nessa condição, em função de muitos anos condicionados à uma prática sem reflexão. Desenvolveram uma prática de cuidar repetitiva, aparentemente sem uma base teórica, oriunda da própria experiência de vida pessoal, familiar e profissional.

Rotelli (1986) introduz o conceito de “instituição inventada” onde não se pode chamar de desinstitucionalização uma ação que mantenha vivo o conjunto dos aparatos científicos, legislativos, administrativos, dos códigos de referência e das relações de poder, que se estruturam ao redor da ideia tradicional de doença. A desinstitucionalização da instituição inventada é um processo prático-crítico, que orienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções rumo ao novo objeto: a existência/sofrimento do sujeito na sua relação com o corpo social.

#### 4.2.4 Espaço Crítico

“Se quiser construir um barco, não reúna os homens para escolherem a madeira e distribuírem as tarefas; trata de ensinar-lhes a nostalgia do mar, amplo e infinito...”

Antoine de Saint-Exupéry

Nesta categoria abordaremos os leitos clínicos das enfermarias e o pátio externo, os espaços “velados”, pois apesar deles emergirem vários acontecimentos diários que impactam nas relações de trabalho e cuidado, são espaços que geradores de discordância e direcionamentos que precisam ser clinicamente discutidos, pensados e planejados.

As enfermarias clínicas apresentam-se geograficamente como espaços anexos do interior do posto de enfermagem com quatro leitos de observação. Apesar de analisarmos a compreensão dos profissionais sobre a importância deste espaço na primeira internação, ele é utilizado de maneira geral como local de observação dos pacientes pela equipe, principalmente pela equipe de enfermagem. Ou seja, por apresentar um quadro clínico que coloque o sujeito em risco ou ofereça risco a outros (ideias suicidas, auto-heteroagressividade, desorganização psíquica, gravidez), grau de autonomia (autismo, dificuldade na locomoção), quadro orgânico em monitoramento, contenção mecânica, pernoite para realização de ECT.

O pátio externo é caracterizado geograficamente pelo espaço fora dos portões de ferro que limitam as enfermarias, estas compreendida pelo posto de enfermagem, a enfermaria clínica, os leitos coletivos e o pátio interno. O pátio externo encerra-se na entrada principal que dá acesso ao hospital, vigiada por dois seguranças que controlam a entrada e saída de pessoas e carros.

O pátio externo também pode ser definido pelo momento em que é acessado, o “ir e vir” garantido pela permissão dada, primeiramente pelo médico assistente, que define na sua prescrição que seu pátio não está proibido, ou seja, está livre e que de acordo com seu quadro clínico ele pode circular pelo pátio sem a necessidade de acompanhamento profissional. Segundo, pela equipe de enfermagem que é incumbida de preparar uma lista de pátio de cada enfermaria a partir das prescrições de todos os pacientes, classificando – os como: o pátio livre, proibido ou acompanhado. E terceiro, o acesso ao pátio externo é mediado pelo porteiro que tem em mãos a lista entregue pela equipe de enfermagem. Ele define então, a partir de horários pré-estabelecidos (9h as 11h e 13h as 17h), quem tem a permissão de sair da enfermaria de acordo com o nome do paciente.

## **I. Primeira crise e leitos clínicos como analisador da assistência:**

### **Trechos do DC:**

*[...] às 14h chega uma ambulância trazendo uma mulher que estava sendo transferida de um CER para este hospital. Um funcionário vestido de branco e jaleco e com um papel na mão sai da ambulância, abre a porta de traz do veículo e chama a mulher que lá estava. Acompanha a paciente à procura de um médico e a equipe de enfermagem, do posto, aponta a sala do plantão. Ele bate na porta e dois residentes médicos (um do primeiro outro do segundo ano) saem da sala, pegam o papel que o funcionário da ambulância entrega. Levam a paciente até o posto de enfermagem da enfermaria masculina e pedem para que ela sente na cadeira enquanto eles realizam o exame físico. A paciente, jovem e vestindo roupas sujas, aparentemente assustada e segurando uma sacola com as duas mãos, diz que nunca tinha sido internada anteriormente, que não sabe o que está acontecendo e pergunta se ficará ali. Eles respondem que não, que existe uma ala feminina. Três pacientes homens se aproximam do portão do posto onde a paciente estava e a observam. Um deles pergunta se ela estava em outro hospital, ela não responde e abaixa a cabeça. Os médicos verificam sua pressão, colocam o estetoscópio sobre suas costas e sobre seu peito, enquanto falam que vão auscultar o pulmão e o coração. Verificam seu pulso, sua temperatura e falam que vão espetar rapidamente seu dedo. Ela se mostra passiva durante toda a intervenção. Diz apenas que acabara de passar por todo aquele procedimento. Um dos médicos responde que é assim mesmo, que agora ela está em outro hospital e inicia algumas perguntas ali mesmo. A equipe de enfermagem apenas observa a cena. Ao final, um residente médico diz para o funcionário da ambulância que ele está liberado e encaminha a paciente para uma sala ao lado e diz que irão conversar. A paciente então é levada para a enfermaria feminina ao final do atendimento [...] (17/08/2019)*

Grande parte dos entrevistados acredita que a avaliação quanto à permanência no leito clínico deveria ser discutida a partir de como o sujeito se apresenta clinicamente no momento da internação. A avaliação deve identificar a gravidade de seu estado físico e de fatores que envolvam risco de vida para si mesmo.

De acordo com estes profissionais, o sujeito deveria ser incluído na decisão quanto ao local que deseja permanecer e não ser instituído a todos que internarem na primeira crise.

*“não acho que seja uma regra, tem que decidir com ele, tem que ser caso a caso, avaliar clinicamente, se o estado físico e comportamento expõe ele a risco maior se ficar no meio das pessoas” S1*

Outros acreditam que a enfermagem clínica oferece ao sujeito em sua primeira internação, maior acolhimento, suporte e escuta, onde o sujeito se sentiria menos inseguro e desconfortável neste período de grande sofrimento e estranhamento que a própria doença ocasiona, maximizado pela mudança do ambiente familiar este sujeito seria avaliado mais de perto pela equipe de enfermagem. Entretanto esta rotina poderia sobrecarregar a equipe de enfermagem que necessitaria do apoio de outras categorias para exercer este cuidado.

*“acho que deveria ser assim, a primeira crise é um sofrimento imensurável e no coletivo há a perda de identidade, na clínica ele vai ter maior suporte, acolhimento e escuta” E4*

*“acho que seria importante para que minimizasse a estranheza desse local de internação” R3*

*“Tem o problema que a enfermagem fica muito de frente e isso não faria diferença pros médicos porque eles não estão próximos nem de quem está no leito clínico nem de quem não está” M2*

Um entrevistado aponta que, para além da indicação para o leito clínico, de uma forma geral os sujeitos não são bem orientados quanto ao processo de internação, e que a equipe deve melhorar a forma como os acolhe, o que pode diminuir o impacto negativo da internação.

Uma entrevistada afirma ser indiferente quanto a isso, uma vez que esta decisão, segundo ela, é estritamente médica.

*“acho que não pode ser regra geral, o hospital deixa a desejar sobre a orientação do paciente de primeira internação, o paciente chega, o pessoal dá uniforme, bota lá no pátio, não orienta, ai a pessoa assusta, é complicado”*  
T2

*“pra mim é indiferente, se o critério médico decide eu acho que deveria ser seguido”* A1

Outra questão também bastante comentada diz respeito à estrutura física da enfermaria clínica, que não comportaria tal medida, a não ser que fosse ampliada ou criado novo espaço para atender à especificidade desta clínica. Um entrevistado relembra o antigo pavilhão de observação que poderia ser útil, à medida em que a evolução do diagnóstico poderia evitar uma internação de fato.

*“seria uma boa ter um espaço maior para esses pacientes, como existia antigamente, chamados pavilhões de observação, muitos pacientes nem precisavam internar de fato quando os médicos constatavam que não havia indicação”* M1

*“acho que a estrutura não comporta, será escolha de Sophia, e acho que é caso a caso, estar lá fora também tem um efeito terapêutico”* E3

Para além da preocupação com o acolhimento do sujeito em sua primeira crise face ao estranhamento de si e do mundo registramos a avaliação dos profissionais sobre a enfermaria coletiva. Esta é caracterizada por sua estrutura física de molde manicomial, que impede a aproximação e visualização da equipe, da perda de identidade e singularidade dos sujeitos. Um lugar que pode ser traumatizante, agitado, barulhento, que “mistura clínicas”, onde ocorrem agressões, que parece uma jaula, uma prisão.

*“depende, o ambiente da enfermaria pode trazer estranhamento, é barulhento, mistura muitas clínicas, acontecem agressões, pode ser uma alternativa pra quem esteja precisando de um olhar mais próximo” P1*

*“não discordo, dá muito medo internar aqui, o paciente vê pessoas estranhas, vai achar que vão matá-lo, ai joga ele na toca do leão, na jaula, pro paciente é muito ruim... mas teria que ser um enfermaria criada pra isso, nessa clinica não teria vaga, e ter apoio dos médicos próximos” E2*

*“a primeira crise tem que ser tratada de forma diferente, não colocar junto com varias pessoas em crise e agitação, é toxico. O modelo de infraestrutura não cabe” T3*

Um entrevistado afirma que o desconforto físico e emocional das enfermarias atua pressionado o desejo de alta do paciente, e que o contrario disso poderia aumentar o tempo de internação. Observa também que o leito clínico pode ser visto como privilegio em relação à classe social e raça, onde um sujeito negro morador de comunidade em sua primeira crise não teria a mesma avaliação de demanda se comparada ao sujeito branco que reside na zona sul da cidade.

*“depende da estrutura da enfermaria, teria que ser pra todos, como um protocolo, pois precisa tomar cuidado para não parecer privilegio de não ter que se misturar” E5*

A partir das falas dos entrevistados analisamos que o sujeito, em função de uma crise psicótica que ultrapassa seu limiar de contenção, demanda intervenção urgente do profissional de saúde. O profissional deve respeitar a subjetividade, unicidade e individualidade do paciente, pois é na crise que se encontram exteriorizadas as necessidades do paciente em sofrimento, suas demandas e possibilidades.

Apesar de alguns profissionais concordarem que o leito clínico possa trazer a sensação de segurança e cuidado ao paciente de primeira internação, observa-se resistência por parte da equipe, principalmente de enfermagem, que se apegam às atividades burocráticas em sua “ilha de tranquilidade possível” (ROCHA, 1997).

Com isso propõem que a ocupação destes leitos se dê em situações clínicas como intercorrências (agitação psicomotora, heteroagressividade, uso de contenção mecânica)

e observações temporárias (risco de suicídio, gestantes, alterações orgânicas).

Por se localizar num espaço mais “protegido” e próximo ao posto de enfermagem, a enfermaria clínica é o local onde a equipe seria apaziguadora das situações de crise, ainda que, como mostram Gomes e Loyola (2014), a equipe de enfermagem apresente dificuldades para lidar com comportamentos agressivos, ansiosos e logorreicos, os usuários de drogas e hipersexualizados.

Alguns também consideram o espaço da enfermaria clínica como privilegiado, destacando questões socioeconômicas e raciais para definição do local da internação, uma vez que o leito clínico é uma prescrição médica e não anteriormente discutida com toda a equipe multidisciplinar. Portanto, este espaço é constantemente local de critérios conflituosos, nem sempre levados à discussão, atravessado por insatisfações veladas que dificultam a visualização deste espaço crítico um potente agenciador de cuidado.

## **II. O pátio externo do hospital como analisador da assistência.**

### **Trechos do DC:**

*[...] são 15h e muitas pessoas circulam pelo pátio neste horário, é possível distinguir apenas os pacientes internados devido ao uso do uniforme. Duas pacientes de mãos dadas, uma jovem de uniforme vestido azul e outra mais velha, circulam lentamente por toda a extensão do pátio. Vão e voltam, pela terceira vez. Outro paciente, descalço, vestes desgrenhadas, também faz o mesmo trajeto, em direção contrária a outras duas mulheres, ele anda sozinho, falando alguma coisa, sozinho. Olha sempre para o chão, como se garimpando algum objeto, por vezes acha um cigarro e guarda no bolso. Ele se aproxima de uma obra no final mais escondido do grande pátio, sendo retirado pelos funcionários da obra. A maior parte dos pacientes se aglomera próximo à cantina. Alguns pedem fiado ao funcionário, que diz "não posso, dá licença", outros pacientes pedem moedas para pessoas sem uniformes para inteirar pra comprar um doce, um sanduiche. Pedem o restante do café de um senhor que conversa com outro. Ambos de roupa social. Eles se afastam sem dar o café. Uma mulher que aparenta ter um familiar internado compra um biscoito para a paciente que pede a ela. Os pacientes, tanto uniformizados como os que aparentam ser do Hospital Dia (HD) sentados no banco de frente para a cantina trocam cigarros entre si. Eles são os mais abordados pelos internos que fumam e não tem cigarros. Dois pacientes estão, cada um, conversando sentados.*

*Um com seus familiares, outra com sua residente multiprofissional. Um grupo de 5 pacientes, dois homens e três mulheres, passam pelo pátio em direção a uma sala acompanhados de uma residente multiprofissional para participarem de um grupo. Muitas pessoas passam de um lado para o outro, algumas parecem ocupadas, com pressa, elas vão para diferentes direções. Próximo à sala de comunicação, 6 pacientes aguardam a sua vez de telefonar enquanto um técnico de enfermagem acompanha o tempo da ligação e media a vez de cada um. As 17h o porteiro chama os pacientes para entrar. Alguns pacientes continuam circulando. Ele abre o portão de ferro por meio de uma chave eletrônica e em seguida a fecha, terminando assim o horário do "pátio livre". Ele liga para a equipe de enfermagem e informa que ainda existem pacientes lá fora [...] (22/07/2019).*

*O pátio externo, por estar fora do espaço restrito das enfermarias, possibilita ao sujeito, que a partir da avaliação médica encontra-se apto a circular nele, o encontro com a circulação de pessoas que, por diferentes motivos, acessam o hospital. Por ser um hospital universitário e oferecer diferentes serviços de atendimento especializado em saúde mental (hospital dia, ambulatório, tratamento para Alzheimer e síndromes de ansiedade/pânico, etc) nele circulam, além dos profissionais e pessoas internadas, também professores, alunos, pesquisadores, visitantes e pessoas em busca de diferentes tratamentos em psiquiatria.*

*Portanto, estar no pátio possibilita ao sujeito internado o encontro com diferentes pessoas, com seus técnicos da equipe de referência, com seus familiares, com sujeitos internados de outra enfermaria, com a possibilidade de comprar algo na cantina e de realizar atividades abertas no hospital dia.*

*Porem a oferta das atividades para o público internado muitas vezes é escassa, restando-lhes um atendimento pontual por um profissional, a demanda por escuta, por cigarros, por itens da cantina, pela alta hospitalar, ou a espera pela passagem do tempo. A espera pelo atendimento das demandas e pelo término da internação gera o padrão mais comumente observado neste espaço, o ócio, até que finde o horário em que se possa estar nele e retornar para dentro das dependências das enfermarias.*

Os entrevistados afirmam que a ocupação do pátio pelos profissionais é reduzida e este esvaziamento da equipe produz ociosidade dos usuários internados, que sem propostas de participação em atividades, teriam como principais ocupações a troca e consumo de cigarros, pedir aos consumidores (funcionários, estudantes, familiares e

usuários) alimentos da cantina localizada na área central do pátio externo, além de caminhar ou até mesmo permanecer nos bancos observando o tempo passar ou uma visita chegar. Este comportamento se agrava nos fins de semana devido ao reduzido número de profissionais no plantão.

*“a ocupação é ruim, o pátio é um local de circulação, ocupação, troca e possibilidades, bonito, arborizado, mas um lugar de pacientes ociosos, andando em círculos” R3*

*“poderia ter mais propostas de atividades, vejo grande ociosidade, passam o dia sem ter o que se ocupar, muitas vezes a ocupação é o cigarro” A1*

A redução de profissionais do pátio é justificada nas entrevistas por diferentes motivos.

O primeiro seria que ocupação no pátio deveria estar acompanhada de uma proposta de atividade para que não configurasse uma simples vigilância dos sujeitos. O segundo, de que a equipe não ocuparia o pátio devido à grande demanda de usuários que permanecem nas enfermarias, o que sobrecarregaria a equipe de enfermagem. O terceiro se refere ao profissional ter desejo de estar no pátio propondo alguma atividade e que os profissionais que optarem pelo adicional de plantão hospitalar (APH<sup>4</sup>) de atividades deverão estar encarregados dessa ocupação. O quarto motivo seria sobre o profissional que deseja propor atividades aos usuários no pátio externo não ser visto como alguém que está comprometido na melhoria da assistência no trabalho por não estar ocupando o seu posto tradicional. O quinto e último motivo, de que os profissionais preferem e se sentem mais confortáveis ocupando seus postos designados nos plantões.

*“eu não gosto da ideia da enfermagem no pátio para vigiar e eu acho que não é essa nossa função, teríamos que ter uma proposta para estar lá, a ocupação teria que ser pelo hospital todo desenvolvendo atividades” E5*

---

<sup>4</sup> (APH) – Adicional de Plantão Hospitalar é a possibilidade de realizar plantão extra, com remuneração diferenciada de acordo com cada categoria profissional, além da carga horária semanal estabelecida,

*“baixíssima ocupação, eu já levei paciente pra jogar futebol varias vezes, mas aqui no hospital se você está no pátio com o paciente dizem que você está voando, sem fazer nada, por não estar no posto” T2*

*“os profissionais pouco circulam, a gente gosta mesmo é de ficar no nosso posto, sala de plantão, deixa eles muito ociosos, eu gosto do pátio grande, mas eles ficam a deus dará” M1*

Em vista disto, os profissionais entrevistados afirmam que o pátio é um dispositivo clínico-terapêutico com potencial terapêutico pouco explorado, sem proposta de ocupação, atividades, grupos e de ocupação voluntariosa. Um espaço amplo, arborizado, redutor de complicações-crisis-medicalizações, local de troca, escuta, produções, encontros e inventividades. Entretanto, por ser subaproveitado, acaba ocasionalmente, propiciando a troca de drogas ilícitas e as tentativas de relações sexuais.

*“a gente não acompanha paciente no pátio, se não tem profissional no pátio tudo pode acontecer, venda de drogas, agressão, sexo” E2*

*“a ocupação é baixa, não é efetiva, não é ter gente andando, é ter uma função, e não estar aleatoriamente, tem que ser construída atividades junto com os pacientes, que sejam legais pra eles” T1*

O pátio, positivamente considerado um potente espaço de manejo das crises, de diminuição da ansiedade, acompanhamento de usuários desorganizados que requerem contorno, muitas vezes se torna, negativamente o pátio meramente prescritivo, controlado pelo profissional detentor da lista de nomes e do porteiro-eletrônico do portão de ferro, onde quem tem o nome referente ao pátio livre sai, quem não tem, fica no pátio interno até que algum profissional o acompanhe lá fora.

Este pátio prescrito também é o pátio regulador, que devido a um comportamento que caracterize a quebra de alguma norma hospitalar, ponha em risco a si, outra pessoa ou o patrimônio, o usuário pode ter seu pátio proibido.

*“o pátio também sofre certo tipo de regulação, quem cometeu alguma coisa, tentou fugir, agrediu, agitou, o médico proíbe o pátio, o pátio é prescrito, quem está livre vai, quem está proibido não vai” T3*

À medida que a concretização da Reforma Psiquiátrica está na dependência de conjunturas locais, legais e na superação dos velhos modelos assistenciais, só os trabalhos de atenção psicossocial diferenciada, sob novos modelos de cuidado, que crie novas dimensões, novas subjetividades, que produza vida e liberdade, em qualquer espaço em que se desenrole a assistência ao portador de transtorno psíquico, será uma “semente” a ser cultivada, das muitas modificações a serem processadas (AMARANTE, 2011).

As possibilidades de se operar o cuidado através de ações terapêuticas proporcionam benefícios ao sujeito internado, como redução da ansiedade e da irritabilidade, aumento da autoestima e da memória, reintegração social, dentre outras. Para Andrade (2005) os usuários devem ser estimulados e respeitados quanto ao seu desejo à medida que se constrói a oferta de espaços como oficinas e grupos terapêuticos. Essas modalidades podem ser utilizadas de maneira mais livre, preenchendo os espaços deixados pelo cotidiano duro das rotinas tradicionais e que possuem horários pré-determinados.

A observação participante revelou-nos que o pátio “livre” e fora das enfermarias coletivas, mesmo tendo seu horário regulado, implica em se distanciar da demanda permanente e da desorganização de outros pacientes, fazendo do pátio externo um lugar apaziguador, onde circulam estudantes, professores, profissionais, familiares. Onde é possível encontrar uma loucura mais diluída entre outros personagens, e encontrar alguma escuta sobre sua condição clínica, além de receber visitas.

A partir da escuta no pátio é possível conhecer melhor as demandas dos usuários, fortalecendo o manejo de suas singularidades e produzindo ofertas de possibilidades que produzam efeito terapêutico. Esta prática pode ser vista como cuidado, à medida que se propõe a ser espaço para a diversidade, para alguma reinvenção do cotidiano, tornando-se um lugar de ampliação e acolhimento de vários discursos: o estético, o clínico e o político.

Na ocupação terapêutica dos espaços, os pacientes podem apropriar-se do ambiente do hospital e incrementar as trocas relacionais. O pátio, os jardins, a sala de informática, o salão de beleza, a biblioteca, e outros lugares do hospital que os pacientes não usam com frequência, são ocupados. Estas intervenções pretendem ser facilitadoras da comunicação entre os usuários. Por isso, no seu manejo, o coordenador não deve visar meramente à realização da atividade proposta, mas, pautado por uma lógica clínica, deve considerar os modos de sustentação do sujeito na lida com cada um. Para Taylor (1992, p. 90), um ambiente terapêutico depende da filosofia de trabalho da equipe

profissional e tem como meta “ajudar o cliente a desenvolver um senso de auto estima e valor pessoal, melhorar sua capacidade para relacionar-se com os outros, ajuda-lo a aprender a confiar nas pessoas e possibilitar que ele volte à comunidade melhor preparado para o trabalho e para a vida”.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo atingiu seu objetivo de analisar as práticas assistenciais oferecidas aos usuários internados em um hospital especializado em psiquiatria. O recorte metodológico realizado para uma pesquisa qualitativa e etnográfica baseada em entrevistas e observação sistemática mostrou-se adequado para guiar a coleta de dados. A utilização do referencial teórico baseado em Amarante, Basaglia, Onocko, Pitta e Menhy permitiu analisar e melhor visualizar o muro e as passagens da instituição hospital.

Analisamos o cuidado, o seu texto e seu contexto, através da fala dos profissionais entrevistados. As categorias de análise construídas (Espaço Permeável, Espaço (hi)ato, Espaço Construção e Espaço Crítico) apontam algumas questões precisas a serem discutidas.

Considerando a Reforma psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005) um processo dinâmico de: crítica ao modo hospitalocêntrico (fase 1- 1979 a 1987), construção e fortalecimento da rede de saúde mental (fase 2- 1988 a 2000); e busca dos direitos de cidadania dos usuários e a integralidade da assistência (fase 3- a partir de 2001). Considerando a lei 10216 de 06 de abril de 2001, que dispõe dos direitos dos portadores de transtorno mental e redireciona o modelo de atenção em saúde mental (para psicossocial) torna-se necessária mudança na estruturação dos serviços de saúde mental e a transformação da ação de todas as profissionais do campo da saúde mental.

O cuidado prestado pelo profissional médico ainda é centrado na racionalidade científica moderna, na biomedicina e no biopoder. Para a maior parte destes profissionais a doença tem uma existência autônoma que independe do sujeito e a internação se orienta pela pureza necessária dos sintomas. Os modos de viver dos pacientes, se forem construídos por outras regras, fora de uma chamada “normalidade”, não são aceitos e nem compreendidos pelos profissionais de saúde.

O cuidado ainda é voltado para a resolutividade e a noção de “cura” produz mal-estar profissional na medida em que a cronificação se mostra como falência dos esforços

terapêuticos. A questão da cura segue controversa na comparação com outras clínicas, e traz um certo desalento de “enxugar gelo”, um sempre recomeçar, pelas muitas reinternações. não conseguem ver que a falha é dos dispositivos de cuidado e não pessoal.

A força física dos plantonistas de enfermagem e a contenção física e química, ou as duas, ainda é a grande apaziguadora dos episódios de heteroagressividade. O ECT aparece como indicação precoce, ocasionado mais por falha no manejo clínico das situações.

Falta equipe interdisciplinar para construir uma outra forma de cuidar, ainda permanece, numericamente, a velha dupla do hospício, enfermagem e médicos. Os supervisores médicos ainda avaliam que detém “a palavra final” sobre o paciente”.

A enfermagem tende a trabalhar na psiquiatria, com belas exceções, na organização clara de uma fábrica de montagem. A escala fixa de 12 por 60 da enfermagem, segue sendo uma dificuldade estabelecida para a participação nos colegiados de supervisão.

Há baixa aceitação e implementação do PTS, porque o cuidado não é articulado com o território e nem no vínculo. Este cuidado, território e vínculo é sempre remetido aos residentes multiprofissionais, que marcam a assim chamada assistência “furo no muro”, porque o serviço social afoga-se na rotina administrativa e burocrática da instituição. A inconsistência dos laços territoriais aumenta o tempo de internação. -o hospital não reconhece o CAPS como ordenador da RAPS, nem mesmo o CAPS 3 e resiste nas altas hospitalares

Alguns profissionais percebem a diferença entre a clínica psiquiátrica – onde o sujeito imprime singularidades à patologia - e outras clínicas, como a cirúrgica por exemplo. Há crítica a algumas internações consideradas desnecessárias, que poderiam ser atendidas em serviços externos e o fato de não atuar no território aumenta o tempo de internação

O nível técnico de enfermagem se sente excluído da discussão clínica dos pacientes, não entendem os termos e sentem se reduzidos a um trabalho difícil e repetido, embora a supervisão clínica de enfermagem tenha sido valorizada.

A maioria dos entrevistados diz entender o trabalho de desinstitucionalização, mas que ele ainda não acontece no hospital, outra parte dia não participar desta discussão porque está no “plantão” e não fica claro o que isso quer dizer

A enfermagem clínica oferece melhor acolhimento à primeira internação, entretanto a equipe de enfermagem resiste, porque : haverá nova sobrecarga para a enfermagem e não compromete os médicos, pode significar um privilégio para pacientes brancos e de

melhor nível sócio econômico e ainda pode aumentar o tempo de internação porque alguns sentirão muito conforto e evitarão a alta que também é pressionada pelo desconforto das enfermarias

O pátio externo é visto como um ócio abandonado, lugar de pedir esmola, fumar, andar em circulo e aguardar nada acontecer. O hospital ainda trabalha de que nos finais de semana o tratamento diminui porque as escalas trabalham com numero reduzido de profissionais. Alguns avaliam que o pátio deveria ter uma atividade que não fosse simples vigilância, embora vá sobrecarregar o plantão da enfermagem; outros acham que deveria ser responsabilidade de quem recebe APH, e também que quem for para o pátio será visto como “alguém que não quer trabalhar” por não ficar dentro das enfermarias. Há também quem avalie que é melhor, mais seguro e mais confortável, estar dentro das enfermarias.

Contraditoriamente, avalia-se que o pátio é um potente dispositivo clínico – terapêutico, mas que só tem favorecido o uso de drogas e relações sexuais. Quem nada no pátio é o porteiro, com sua lista de autorizados.

Assinalo a importância do cuidado aliado ao valor da multidisciplinaridade no processo, posto que a construção do saber não se dá de forma isolada. O trabalho no campo da atenção psicossocial depende da capacidade dos profissionais de se organizarem em equipe para cuidarem de uma forma criativa visando atender as singularidades do paciente. Isso exige o respeito às diferentes formas de crenças e saberes presentes no campo institucional.

A mudança do conceito de saúde mental abandona a assistência centrada na doença e adota o enfoque na produção de saúde, no resgate da cidadania e na participação social. Assim, ampliou os espaços terapêuticos para o território e passou-se a buscar a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. As ações terapêuticas ocorrem nas inter-relações entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho e clínica. O cuidado, nesta perspectiva, exige conhecimento técnico e comprometimento sociopolítico, habilidade em lidar com a diferença e responsabilidade com a vida de cada pessoa que o busca, motivação profissional e valorização do seu trabalho. A solidez está alicerçada no questionamento, na reflexão e, sobretudo, nas relações interpessoais dialógicas. Essas características articulam-se com o compartilhamento das ideias da Reforma Psiquiátrica e com uma prática cotidiana crítica, reflexiva e criativa (NUNES et al, 2008).

No campo das políticas públicas e de acompanhamento em saúde mental no âmbito do hospital psiquiátrico, reconhece-se a confluência de cenários críticos e complexos na atuação dos profissionais, que vão desde aspectos ligados à macropolítica institucional, até a própria assistência desenvolvida no cotidiano desse serviço. Reforça-

se, portanto, a necessidade do cuidado humanizado em saúde mental e do diálogo intersetorial no conjunto de ações desenvolvidas nessa área, como capaz de contribuir no processo de reinserção social e familiar dos usuários com transtornos mentais e fortalecer cada vez mais o processo de Reforma Psiquiátrica em curso, demonstrado pela evidência de novos estudos sobre as práticas assistenciais nos hospitais psiquiátricos.

A busca por um novo fazer na clínica, possibilita uma compreensão mais ampliada da vivência de quem sofre. Neste sentido, refletir sobre o que baliza este novo cuidado e esta nova clínica nos coloca em um lugar de constante busca e compreensão. Apresentamos neste artigo as premissas para o caminho do cuidado em Saúde Mental como partindo do território, do cuidado para além da administração dos fármacos (desinstitucionalização), do empoderamento do sujeito em sofrimento psíquico e do trabalho em equipe com uma postura respeitosa e agregadora.

## **6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICO**

AGUIRRE BAZTÁN Á (ed.). Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural. Ciudad de México: Alfaomega; Marcombo; 1997. Etnografía; p.3-20.

- AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 1994 (a).
- AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. Manguinhos –História, Ciências, Saúde. Vol. I, n. 1, jul.- out, 1994 (b).
- AMARANTE, P. Loucos Pela Vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- AMARANTE, P. A constituição do paradigma psiquiátrico e as reformas. In: Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.
- AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
- AMARANTE, P; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2018.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde Soc., São Paulo, 2006.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência e Saúde coletiva, 2001.
- AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. Saúde Soc., v.18, n.2, p.11-23, 2009.
- BASAGLIA F. Carta de Nova York – o doente artificial. In: Amarante P, organizador. Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro, 2005.
- BASAGLIA, F. (1985). A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal.
- BIRMAN e COSTA, Jurandir. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo (org.) Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- BIRMAN, Joel. A psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- BRASIL 1987. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Rio de Janeiro.
- BRASIL 1990. Ministério da Saúde. Orientações para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental. Brasília (DF).

BRASIL 1992. Ministério da Saúde. Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF).

BRASIL 1990. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL 1994. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental Brasília (DF).

BRASIL 2000. Ministério da Saúde. Portaria nº 106. 17 de junho de 2000. Dispõe sobre a criação e regulamentação das residências terapêuticas para portadores de transtornos mentais.

BRASIL 2001. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União.

BRASIL 2003. Ministério da Saúde. Manual do Programa "De Volta para Casa". Brasília (DF).

BRASIL 2005. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília (DF).

BRASIL 2011. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF).

CAMARGO JR., KENNETH Tochel. A biomedicina. 1997.

CAMPOS, GASTÃO Wagner de Sousa. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, ROSANA O. Clínica a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. Saúde em Debate, v. 25, n. 58, 2001.

CASTEL, R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT). Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabeleceu as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União 2017.

COSTA-ROSA, A. Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. Ed. Unesp, São Paulo: 2013.

ECHEBARRENA, Rodrigo Cunha. Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro / Rodrigo Cunha Echebarrena. Rio de Janeiro, 2018.

EGRY EY. Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

ELIA, L.; GALVÃO, M. S. Estratégias de desconstrução da instituição fechada e produção de subjetividade. In CASTRO, N.; DELGADO, P. G. (Orgs.). De volta à cidadania: políticas públicas para crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2000.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: a história da violência nas prisões. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999

FOUCAULT, M. História da loucura na idade clássica. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. 29. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011.

FRANCO, T.B & Magalhães Jr., H. A Integralidade e as Linhas de Cuidado; in Merhy, E.E. et al, O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2012.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. A dimensão estética da experiência do outro. Proposições, 2004.

GOFFMAN, E. A representação do eu na vida cotidiana. Petrópolis: Vozes, 1983.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOLDBERG, J. Cotidiano e instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

LIMA, CLAUDIA HENSCHER DE, SAMPAIO, THALLES CAVALCANTI DOS SANTOS MENDONÇA e CUNHA, JULIA DA SILVA. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de qualificação na Atenção Psicossocial: uma experiência de parceria com a Universidade. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. v. 29, n. 03

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cad. Pagu, Campinas, n. 24, p. 105-125, Junho, 2005.

LOYOLA Miranda CM, ROCHA RM. Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica [Apresentação]. Cadernos IPUB 2000.

LUZ MT. Racionalidades médicas e bioética. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.

- MAIA, A.M.Q. A experiência do planejamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro: um planejamento sem métodos. Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.
- MALINOWISKI, B. Argonautas do Pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia. 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (Orgs.). Agir em Saúde: um desafio para o público; São Paulo, Hucitec, 1998.
- MERHY, E.E.; A cartografia do trabalho vivo; São Paulo, Hucitec, 2002.
- MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, 2008.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F . Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2008.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. Hist. cienc. Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, 2011.
- ORNELLAS, C.P. Paciente excluído: Histórias e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro, 1997.
- PAIM, Jairnilson Silva. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2003.
- PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. Hist. cienc. Saúde -Manguinhos, Rio de Janeiro, 2004.
- PITTA, A. O que é a reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In A. Pitta (Org.), Reabilitação Psicossocial no Brasil (pp. 19-30). São Paulo, 2001.
- QUEIROZ MS. Saúde e doença: um enfoque antropológico. Bauru: EDUSC; 2003.
- RESENDE H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica, pp. 15-73. In Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil. Vozes-Abrasco, Petrópolis-Rio de Janeiro, 1987.
- RINALDI, Doris Luz. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. Ciênc. saúde coletiva

ROSA, L. C. S. Política Pública Brasileira de saúde mental: cenários e atores no contexto neoliberal. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 4., 2009. São Luís: EDUFMA, 2009.

ROTELLI, Franco et al. Desinstitucionalização: uma outra via. São Paulo: HUCITEC, 1990.

SANTOS AM, JORGE MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Publica, 2007.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá; Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 1999.

SEVERO, Ana Kalliny de Sousa; L'ABBATE, Solange; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. Interface (Botucatu), 2014.

SILVA, J.P.L.da. A desinstitucionalização e o processo de reformulação da assistência psiquiátrica no Rio de Janeiro no período 1995-2000: Monitoração de resultados de uma política pública utilizando dados de inquérito epidemiológico associados a registros administrativos. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, M.L.B. & DIMENSTEIN, M.D.B. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. Artigo In: Arquivos brasileiros de psicologia; v.66, n.3, 2014.

SORANZ, D. et al. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2016.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; JORGE, Maria Salete Bessa. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: Retrocessos recentes na política de saúde mental. trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, 2019.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen; ALMEIDA, Cristiane Andrea Locatelli de. Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. 2017.

VASCONCELLOS, E. M. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teoria e estratégias. São Paulo, 2003.

WEYLER, Audrey Rossi. A loucura e a república no Brasil: a influência das teorias raciais. Psicol. USP, São Paulo, 2006.

YASUI S. A produção do cuidado no território: “há tanta vida lá fora”. Textos de apoio para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, 2010.

ZEFERINO; Silvia Maria Azevedo dos Santos; Jeferson Rodrigues; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

## 7. CRONOGRAMA

As etapas da pesquisa poderão sofrer alterações de acordo com a discussão posterior e com as sugestões do orientador. Segue abaixo uma prévia sobre a distribuição das atividades:

	2018	2019												2020			
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	
Construção dos referenciais teóricos e metodológicos	X	X	X	X	X												
Apreciação do Comitê de ética e elaboração TCLE					X	X											
Realização das entrevistas e construção do diário de campo							X	X	X								
Qualificação do Projeto											X						
Interpretação e análise dos dados coletados									X	X	X						
Redação do texto da dissertação											X	X	X				
Revisão da dissertação													X				
Entrega da dissertação à banca examinadora															X		
Contemplação das correções sugeridas pela banca															X		
Versão final da dissertação																X	
Defesa da dissertação																	X

## 8. ORÇAMENTO DA PESQUISA

Todos os custos referentes à pesquisa serão de total responsabilidade da pesquisadora incluindo compras de materiais de escritório, passagens para deslocamento e transcrição das entrevistas. Estas serão realizadas pela própria pesquisadora com acesso restrito à mesma e à sua orientadora.

## 9. APÊNDICES

### 9.1- Roteiro de entrevista semiestruturada

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Área de formação: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo se encontra no atual cargo: \_\_\_\_\_

Trabalha em outro local? S ( ) N ( )

Trabalha (ou) em serviços extra-hospitalares na saúde mental? S ( ) N ( )

Realizou curso (s) de qualificação (s) na área da saúde mental? S ( ) N ( )

1. Como identifica a assistência deste hospital destinado aos sujeitos internados?
2. Como avalia o impacto da sua forma de atuação no trabalho em relação ao cuidado prestado?
3. Participa de espaços de discussão clínico – assistencial, se sim, como eles contribuem?
4. Acompanhou algum processo de desinstitucionalização nesta instituição? Como estava inserido neste processo?
5. Como avalia a articulação do hospital psiquiátrico com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?
6. O que você pensa sobre a possibilidade de os pacientes de primeira internação dormirem na enfermaria clínica nas primeiras noites de internação?
7. Como você percebe a ocupação de profissionais responsáveis pelos pacientes no pátio?



## 9.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada **"Práticas assistenciais em internação psiquiátrica: Ampliando cuidados"** desenvolvida pela pesquisadora Aline Porto Reis, sob orientação da Prof. Dra. Cristina Loyola, que dará origem à dissertação a ser apresentada ao Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro IPUB/UFRJ como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) pela relevante contribuição para esta pesquisa e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o IPUB/UFRJ.

Esse trabalho tem como objetivo geral discutir as práticas assistenciais oferecidas às pessoas em sofrimento psíquico durante a internação em hospital especializado em psiquiatria. Como objetivos específicos: Descrever as práticas assistenciais desenvolvidas pela equipe durante a internação em hospital psiquiátrico; Analisar a compreensão da equipe sobre as práticas assistenciais existentes durante a internação psiquiátrica da pessoa em sofrimento psíquico; Contrapor as propostas, os desafios, as perspectivas e os impasses destas práticas assistenciais de internação hospitalar e aquelas orientações contidas nas propostas da Reforma Psiquiátrica.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre as práticas assistenciais oferecidas às pessoas em sofrimento psíquico durante a internação.

Caso o Sr(a) esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, o Sr(a) poderá solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Identificamos que poderá acontecer de algum participante não se sentir confortável em expor-se publicamente e respeitaremos sua decisão e ainda caso haja algum desconforto de ordem psicológica estaremos à disposição para uma escuta individual. E se necessário encaminharemos o participante à psicoterapia.

As expressões subjetivas das falas e emoções serão restritas e de uso exclusivo da pesquisadora e de sua orientadora e a sua identificação não será revelada.

Desejamos que o estudo proporcione reflexão sobre as práticas assistenciais e que estas possam incorporar novas ferramentas de cuidado com o intuito de promover melhor qualidade de vida aos sujeitos com transtorno psíquico.

Esta pesquisa não apresentará custos aos participantes ou pagamento por sua participação.

As informações fornecidas serão processadas pela pesquisadora e analisadas em conjunto com outras entrevistas e documentos disponíveis sobre o tema investigado, sem permitir identificações a partir das citações de sua entrevista. Seus dados pessoais são sigilosos e não serão divulgados de forma nenhuma.

Destaque-se que os resultados da análise realizada são de inteira responsabilidade da pesquisadora. Todo o material da pesquisa ficará sob a guarda da pesquisadora e será mantido arquivado no prazo recomendado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do IPUB

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de psiquiatria da UFRJ, localizado Av. Venceslau Brás, 71 fundos. Gabinete da direção. Desta instituição: Telefone: (21) 3938-5510 – Email: comite.etica@ipub.ufrj.br

**Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_**

---

**Participante**

---

**Testemunha**

---

**Orientador**

---

**Pesquisador**

## 9.3 Quadro I – Transcrição das entrevistas

Tipos de enunciado	Entrevistas																								Total de recorrências	
	R 1	R 2	M 1	E 1	E 2	P 1	E 3	T 1	E 4	T 2	S 1	A 1	S 2	R 3	M 2	M 3	M 4	E 5	E 6	T 3	T 4	T 5	E 7	T 6		T7
<b>1- Assistência Institucional</b>																										
Trabalho territorial como exclusivo da residência multiprofissional.	x		*	*		*	*	*			*	*	*	*		*		*	*	*						14
Contenção mecânica como recurso imediato	x	*		*		*														*	*		*		7	
Ausência de interdisciplinaridade	x			*	*	*	*		*		*		*	*	*	*			*						11	
Focada no modelo biomédico	x	*		*	*	*	*	*	*				*	*	*	*	*					*			13	
Insuficiência do cuidado singular/Modelo Psicossocial	x	*		*	*	*	*	*	*	*			*	*	*	*		*	*	*			*		17	
Insuficiência de atividades terapêuticas		x			*				*									*	*					5		
Falta de PTS		x							*					*					*	*		*		6		
Ampla espaço de circulação			x																					1		
Baixo número de profissionais			x	*					*															3		
Percepção de longo período de internação			x	*	*				*										*			*	*	7		
Hipermedicalização				x	*	*													*	*			*	6		
Falta de perfil de profissional para escutar					x	*	*														*			4		
Estrutura física em moldes asilares					x	*	*						*		*		*							6		
Equipe heterogênea nas direções de cuidado						x		*					*	*					*			*		6		
Confinamento																		x						1		
A força do gênero masculino																				x				1		
	R 1	R 2	M 1	E 1	E 2	P 1	E 3	T 1	E 4	T 2	S 1	A 1	S 2	R 3	M 2	M 3	M 4	E 5	E 6	T 3	T 4	T 5	E 7	T 6	T7	
<b>2- Cuidado profissional</b>																										
Cuidado compartilhado	x	*	*	*							*	*	*	*					*			*			10	
Cuidado pautado na singularidade	x	*	*	*				*	*	*		*		*	*			*	*		*	*			14	
Cuidado orientado na lógica de território		x		*								*		*								*			5	
Necessita de investimento em EP		x				*		*						*					*			*			6	
Frustração com o desfecho do cuidado			x		*				*	*								*			*		*		7	

Fragmentado e reducionista			x	*	*	*		*		*	*		*		*							*		*		11	
Enfermagem solitária na enfermaria				x	*											*		*								4	
Delimitado a ações pré-estabelecidas					x							*														2	
Dificuldade em lidar com a crise						x																				1	
	R	R	M	E	E	P	E	T	E	T	S	A	S	R	M	M	M	E	E	T	T	T	E	T	T7		
	1	2	1	1	2	1	3	1	4	2	1	1	2	3	2	3	4	5	6	3	4	5	7	6			
<b>3- Supervisão clínico-assistencial</b>																											
Espaços de contribuição para a formação	x	*				*					*		*	*	*		*						*			9	
Supervisão clínico-assistencial médico-centrada	x	*	*				*		*	*			*					*	*	*						10	
Importante troca de saberes interdisciplinar			x			*					*	*	*			*		*				*				8	
Incompatibilidade de horários				x	*			*	*	*								*		*			*	*		9	
Importante para construção do caso clínico					x	*					*	*	*		*							*				7	
Presença do residente multiprofissional para discussão do caso							x				*		*					*	*							5	
Pouca construção coletiva									x		*							*								3	
	R	R	M	E	E	P	E	T	E	T	S	A	S	R	M	M	M	E	E	T	T	T	E	T	T7		
	1	2	1	1	2	1	3	1	4	2	1	1	2	3	2	3	4	5	6	3	4	5	7	6			
<b>4- Processo de desinstitucionalização</b>																											
Inserido como técnico de referência	x	*		*										*	*											5	
Estimulando a produção de desejo/vida na sociedade	x	*	*			*								*								*				6	
Construção coletiva em equipe	x					*				*				*	*	*										6	
Articulação com a rede territorial		x		*			*															*				4	
Função da residência multiprofissional		x				*								*				*								4	
Assistiu o processo passivamente			x		*			*			*	*				*		*	*	*		*	*			11	
Atuação em saídas sem participar das discussões								x	*	*								*								4	
	R	R	M	E	E	P	E	T	E	T	S	A	S	R	M	M	M	E	E	T	T	T	E	T	T7		
	1	2	1	1	2	1	3	1	4	2	1	1	2	3	2	3	4	5	6	3	4	5	7	6			
<b>5- RAPS</b>																											
Dispositivo fundamental centrado no sujeito	x	*	*	*	*	*	*	*			*		*	*	*			*		*			*			15	
Insuficiente, precário e sucateado	x		*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*		*	*	*		*	*	*	*	*	*	21	
Assistência próxima ao território do sujeito	x	*				*												*				*			5		



Discussão institucional sobre a ocupação profissional							x				*					*		*		*	*	*		*			8	
Espaço prescrito											x							*										2
<b>Total de novos tipos de enunciados para cada entrevista</b>	21	9	9	9	5	3	3	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0		

