Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem

Luiz Carlos Lourenço Silva

**O LUGAR DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO MUNICÍPIO DE SÃO
PAULO FRENTE AO PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DO MODELO DE
ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL PELA VOZ DOS
TRABALHADORES**

São Paulo
2007

Luiz Carlos Lourenço Silva

**O LUGAR DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO MUNICÍPIO DE SÃO
PAULO FRENTE AO PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DO MODELO DE
ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL PELA VOZ DOS
TRABALHADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de Mestre na Área de
Concentração Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Ana Luisa Aranha e Silva

**São Paulo
2007**

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Luiz Carlos Lourenço.

O lugar dos hospitais psiquiátricos no município de São Paulo frente ao processo de reestruturação do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil pela voz dos trabalhadores. / Luiz Carlos Lourenço Silva. – São Paulo, 2007.

171 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ana Luisa Aranha e Silva.

1. Hospitais psiquiátricos 2. Desinstitucionalização
3. Multidisciplinaridade 4. Profissionais de saúde. I. Título.

AGRADECIMENTOS

Á minha orientadora Ana Luisa pela competência, dedicação e, sobretudo, pela paciência com que me acolheu nos momentos mais difíceis desta jornada.

Ao Arthur Hyppolito pelo incentivo ... foi aí que tudo começou.

Aos docentes da Escola de Enfermagem que me ajudaram a rever a “visão de mundo”, representados pela Sônia Barros.

***A todos os bons amigos das terras de Minas...doces lembranças.
Somente a amizade e relações construídas em bases sólidas são capazes de sobreviver à distância e ao passar do tempo.***

A todos os trabalhadores da saúde mental que acreditam ser possível contribuir com uma prática transformadora da realidade.

A Escola de Enfermagem que me recebeu com carinho, tornando possível realizar mais esta etapa da minha vida.

A todos os meus colegas de equipe de trabalho do hospital, que seguraram a onda enquanto eu concluía este estudo.

Ao Valter e a Taís, que receberam meu projeto de pesquisa com prontidão e me ajudaram na interface com os demais colegas, para o desenvolvimento deste estudo, aos quais devo muito pela contribuição.

DEDICATÓRIA

**Aos
meus avós e minha querida mãe.
Mesmo na ausência, se fazem presentes
pela lembrança ...saudades.**

**Ao meu pai Elson: um exemplo de vida e a
quem devo o apoio, sempre..
Às minhas queridas irmãs Jack e Vivi que sempre me apoiaram**

RESUMO

Silva LCL. O lugar dos hospitais psiquiátricos no Município de São Paulo frente ao processo de reestruturação do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil pela voz dos trabalhadores [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.

O objeto de estudo desta pesquisa qualitativa é o entendimento dos trabalhadores dos hospitais psiquiátricos sobre a Reforma Psiquiátrica e como lidam com esse processo. A finalidade é contribuir para a ampliação arsenal teórico prático da Reforma Psiquiátrica e propor novas luzes para a sua análise. Tem como objetivos: conhecer o que os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos pensam sobre a função do hospital psiquiátrico no contexto da Reforma Psiquiátrica; compreender como os trabalhadores de saúde mental lidam com o processo da desinstitucionalização nas suas práticas. O cenário do estudo foi dois hospitais psiquiátricos, um público e outro privado, sem fins lucrativos, integrados ao SUS e situados no município de São Paulo. Participaram deste estudo 12 (doze) trabalhadores (de nível médio e superior). Os dados empíricos foram obtidos por meio de entrevista individual semi-estruturada. O material empírico foi analisado de acordo com as categorias analíticas: instituição, institucionalização, transição, desinstitucionalização e crise e foi referenciado em Minayo. A análise dos dados deu origem às categorias: a) o hospital psiquiátrico: o lugar da crise; b) a internação da crise; c) desinstitucionalização: a desconstrução de saberes; d) o hospital e a rede em crise; e) a persistência da cultura hospitalocêntrica; f) o hospital psiquiátrico e a família em crise; g) o hospital psiquiátrico e a sociedade. Os trabalhadores descrevem um *novo* hospital, cuja função é o acolhimento da crise e internação de curta permanência; identificam medidas reformistas de ordem técnica e administrativa, ocorridas no hospital como: especialização no atendimento da clientela; regime de internação de curta permanência x cronicidade; intervenção multidisciplinar x trabalho isolado; melhoria da estrutura física e de recursos humanos; melhoria da ambiência; implantação de projeto terapêutico; redução de leitos hospitalares, em função do atendimento às exigências das portarias ministeriais. Evidencia-se o entendimento de desinstitucionalização como desospitalização. Os discursos dos entrevistados evidenciam uma relação em crise do hospital psiquiátrico com a rede substitutiva de atenção à saúde mental de base comunitária. Os trabalhadores enfrentam dificuldades no processo de des-internação de pacientes com grave problemática social. O hospital psiquiátrico tem sido a própria contradição no atual modelo de atenção em saúde mental no Município de São Paulo e, portanto, nesta perspectiva, sustenta dentro de si as várias contradições advindas de sua própria gênese enquanto instituição, somadas às condições atuais em que se encontra "inexistente" na rede. O hospital psiquiátrico: lugar da crise porque lugar das contradições.

Palavras chave: Hospitais psiquiátricos, desinstitucionalização, multidisciplinaridade, Profissionais de saúde.

ABSTRACT

Silva LCL. Psychiatric hospital's place in the city of São Paulo subjected to the process of restructure of the psychiatric assistance model in Brazil through worker's voice [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.

The object of study of this qualitative research is the understanding of the psychiatric hospital's workers about the Psychiatric Reform and how they deal with this process. The purpose of the study is to contribute for the expansion of the Psychiatric Reform's theoretical-practical arsenal and propose new lights to its analyses. Objectives are: know what the psychiatric hospital's workers think about the psychiatric hospital in the context of the Psychiatric Reform; understand how mental health workers deal with the process of desinstitutionalization in their practices. The scenery of this study were two psychiatric hospitals, one public and the other private, nonprofit, integrated to SUS and placed in the city of São Paulo. 12 (twelve) workers (medium level and high education) participated in the study. Empirical data were gathered through semi-structured individual interview. The empirical material was analyzed according to the categories: institution, transition, desinstitutionalization and crises, according to Minayo. Data's analyses originated the categories: a) the psychiatric hospital: the crisis's place; b) crisis' hospitalization; c) desinstitutionalization: knowledge's deconstruction ; d) the hospital and the net in crisis; e) hospital-centered culture's persistence; f) the psychiatric hospital and the family in crisis g) the psychiatric hospital and society. Workers described a *new* hospital, which's function is welcoming of crises and short-term hospitalization; it's identified reformist's technical and administrative measures in the hospital, such as: humanization; attendance of clientele's specialization ; short term hospitalization regime X chronic ness; multidisciplinary intervention x isolated work; physical structure's and human resource's improvement; environment's improvement; therapeutic project implantation; hospital wards' reduction, due to the attendance of Ministry laws. It leads to the understanding of desinstitutionalization as des-hospitalization. Interviewed's speech show articulation in crisis between the psychiatric hospital and the substitutive mental health care net, community based. Workers deal with difficulties in the process of des-hospitalization of patients with serious social problematic. The psychiatric hospital has been the contradiction itself in the current mental health care model in the city of São Paulo and, therefore, in this perspective has in itself many contradictions that come from it's own genesis as an institution, added to current condition in which it "doesn't exist" in the net. The psychiatric hospital: the crisis's place because the place of contradictions.

Key words: psychiatric hospitals; desinstitutionalization; multidisciplinary; health professionals.

SUMÁRIO

1. SOBRE ESTAR EM UM LUGAR QUE NÃO EXISTE: O PROCESSO DA DESCONSTRUÇÃO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	1
1.1 As instituições totais: breve história do hospital psiquiátrico.....	7
1.2 O hospital psiquiátrico no contexto da Reforma Psiquiátrica.....	11
1.3 O estado da arte: os trabalhadores produzindo e reproduzindo saberes acerca de si mesmos e de suas práticas	17
1.4 Problemática: Os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos frente ao processo da Reforma Psiquiátrica brasileira	25
2. OBJETIVOS DA PESQUISA.....	29
3. PERCURSO METODOLÓGICO	30
3.1 Bases Conceituais.....	32
a) A Gênese das Instituições: o instituído e o instituinte	32
b) Institucionalização.....	35
c) A transição	38
d) Desinstitucionalização.....	41
e) A crise	45
3.2 Cenário do estudo	48
3.2 Os sujeitos do estudo	53
3.3 Instrumento e procedimentos de coleta e análise dos dados.....	55
4. DISCUSSÃO E ANÁLISE	59
4.1 O hospital psiquiátrico: o lugar da crise	59
4.2 A internação da crise	62
4.3 Desinstitucionalização: a desconstrução de saberes	70
4.4 O hospital e a rede em crise.....	76
4.5 A persistência da cultura hospitalocêntrica	84
4.6 A crise do novo hospital	91
a) Internação breve e pacientes de longa permanência.....	91
b) Desinstitucionalização e Trans-institucionalização: o direito de morar	101
4.7 O hospital psiquiátrico e a família em crise	112
4.8 O hospital psiquiátrico e a sociedade	132
5. SÍNTESE.....	138
6. <i>POST-SCRIPTUM</i>	151
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	154
ANEXO 1 – Quadro Síntese da Captação da Realidade Objetiva	160
ANEXO 2a – Distribuição dos leitos psiquiátricos SUS por UF e hospitais psiquiátricos	161
ANEXO 2b – Redução dos leitos psiquiátricos	162
ANEXO 3 – Municípios com mais de 300.000 habitantes, por tipo de CAPS	163
ANEXO 4 – Instrumento de coleta dos dados empíricos.....	164
ANEXO 5 – Solicitação para realização da pesquisa.....	165
ANEXO 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	166

1. SOBRE ESTAR EM UM LUGAR QUE NÃO EXISTE: O PROCESSO DA DESCONSTRUÇÃO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Além das motivações pessoais para o desenvolvimento da presente pesquisa, amparei-me também nos resultados de um estudo exploratório^{1 (1)}, realizado em 2005, para compreender a realidade de um hospital psiquiátrico privado, situado no município de São Paulo, conveniado com o SUS, do programa de tratamento da citada instituição, da sua dinâmica de funcionamento e da sua inserção no sistema público de saúde.

O objetivo do estudo foi compreender e explicitar as contradições, da perspectiva dialética², a partir do referencial da Reforma Psiquiátrica, pautada nos conceitos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Foi utilizado como metodologia: a coleta de dados por meio de entrevistas com os trabalhadores e análise dos projetos institucionais, utilizando-se do método da Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva - TIPESC⁽³⁾ nas suas duas primeiras fases: captação e interpretação da realidade objetiva, nas dimensões estrutural, particular e singular.

O método dialético, em questão, entende que a captação e a interpretação da realidade objetiva tomam a apreensão e compreensão de

¹ Estudo realizado em cumprimento às exigências da disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva I do programa de mestrado EEUSP. Apresentado no IX Congresso Paulista de Saúde Pública – Santos, 2005.

² Referência a Konder em sua obra “O que é dialética?”, citado por Egry, 2005⁽²⁾: “Na acepção moderna, a dialética significa o modo de pensarmos as contradições da realidade, o modo de compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação”.

um dado fenômeno social como realidade processual, mantendo sempre a historicidade e a dinamicidade, como características fundamentais.

Portanto, equivale dizer que a realidade objetiva está em constante transformação, contém a tensão das contradições sociais, admite superação e mutações, relaciona-se interdependentemente com os vários aspectos e fenômenos que a compõe, implica em progresso e retrocesso, uma vez que se desenvolve de forma não linear; não aceita verdade absoluta; é inacabada e fragmentária, como condição de sua própria existência ⁽³⁾.

Na perspectiva dialética, admite-se dizer ainda que a realidade objetiva tem como categoria fundamental a totalidade – uma unidade concreta de contradições que se relacionam entre si. Portanto, a categoria totalidade diz respeito ao todo “não totalizante” (absoluto), mas sim de natureza provisória, relativa e flexível, que em sua totalidade, decompõe-se em partes que mantêm as características constitutivas do seu todo, agregando a ele, elementos próprios de suas partes totais, organizando-se em unidades de forma dinâmica e interdependente. Tais partes interagem entre si de forma dialética, e também com o todo, influenciando-o e por ele sendo influenciadas, evidenciando-se as contradições nestas instâncias parciais e totais, que por sua vez leva à permanente transformação da totalidade sempre inacabada, ou seja, “a compreensão dialética da totalidade exige a relação entre as partes e o todo e das partes entre si” ⁽³⁾.

Neste sentido, em relação às diferentes dimensões da realidade objetiva mencionadas acima – quais sejam: *estrutural*, *particular* e *singular*, faz-se necessário considerar que existem nos fenômenos sociais, “uma relação dialética entre o singular e o universal e entre o particular e o geral.

O geral e o universal só se realizam nas totalidades parciais. O método dialético é que vai buscar, nas determinações particulares, o nexo explicativo das totalidades concretas” ⁽³⁾.

O *geral* define processos estruturais da sociedade e da organização social, reportando-se aos aspectos macro-estruturais do objeto focalizado; a dimensão *particular*, os perfis de reprodução social de grupos, classes ou estratos; enquanto que na dimensão *singular*, encontramos os fenômenos biopsíquicos de pequenos grupos ou indivíduos ⁽³⁾.

No caso do estudo exploratório ⁽¹⁾ mencionado, as dimensões da realidade objetiva foram categorizadas da seguinte forma: *estrutural* – as políticas públicas de saúde mental, contextualizadas no funcionamento do Sistema Único de Saúde e seus princípios; *particular* – os serviços de saúde, sua organização e funcionamento na rede local, referenciados nas diretrizes gerais para a consolidação das políticas; *singular* – os projetos assistenciais ou de intervenção terapêutica junto aos usuários dos serviços, propostos pela equipe interdisciplinar (trabalhadores) e seus processos de trabalho dentro dos equipamentos de saúde.

Com este estudo pôde-se identificar as várias contradições a serem superadas, como as descritas no quadro-síntese de resultados que se encontram no Anexo 1.

Dentre as contradições encontradas, a partir dos resultados obtidos, destacam-se: a desconstrução do modelo hospitalocêntrico com a implantação de rede substitutiva de atenção em saúde mental, conforme previsto pela Reforma Psiquiátrica, contrapondo-se dialeticamente com a central de regulação de encaminhamento de usuários para a internação

hospitalar. Trata-se de uma contradição, uma vez que as atuais políticas de saúde mental não contemplam o hospital psiquiátrico na rede de assistência.

Concluiu-se com este estudo que a contradição fundamental presente na realidade objetiva, encontra-se no nível *estrutural* – políticas públicas de saúde mental, do qual derivam outras que se manifestam nas dimensões: *particular* – funcionamento e organização dos serviços psiquiátricos hospitalares; e *singular* – programas de assistência aos usuários internados.

Existe um distanciamento entre o que está assegurado por Lei e o que efetivamente acontece na rede de assistência hospitalar local, na estrutura e nas práticas dos serviços hospitalares e, finalmente, nos programas de assistência aos usuários destes serviços, encaminhados para internação.

O hospital psiquiátrico, como é de se esperar, não é mais representado no desenho da territorialidade onde está inserida a rede de atenção à saúde mental, conforme pode-se verificar nas publicações do Ministério da Saúde de 2004, que vigoram até os dias de hoje.

Tais publicações são destinadas a informar aos usuários, profissionais de saúde e aos gestores do SUS, sobre a função dos serviços substitutivos – os Centros de Atenção Psicossocial, o CAPS ⁽⁴⁾. Cabe ao CAPS, no seu papel estratégico, organizar a rede comunitária de cuidados e as ações sociais e de saúde do território.

Os Centros de Atenção Psicossocial deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os

longo dos tempos, uma forma ineficaz de tratamento da saúde mental e tem sido gradativamente substituídos por outras formas de atenção mais eficientes” ⁽⁶⁾.

Acontece, porém, que os hospitais psiquiátricos ainda estão espalhados pelo Brasil e no município de São Paulo; estes recebem ainda um grande número de usuários durante todo o ano. Os trabalhadores de saúde mental, ainda estão atuando neste cenário. Em que implica sua presença, num lugar que “não existe”, que é indesejado e negado, numa rede que, contraditoriamente, não o contempla?

Os leitos psiquiátricos ainda são numerosos, embora tenha havido redução significativa nos últimos anos, em todo o Brasil, conforme demonstra o Anexo 2, inclusive na própria cidade de São Paulo, correspondendo coerentemente com a proposta da Reforma Psiquiátrica, embora as avaliações dos gestores de saúde do município, apontassem para uma falta de leitos na cidade, identificando uma situação que poderia levar à “desassistência” da população usuária destes leitos de internação ⁽⁷⁾, uma vez que não foram ampliados os leitos psiquiátricos em hospital geral e nem construída a rede de CAPS III, que prevê a assistência contínua 24 horas, conforme previsto na Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde ⁽⁸⁾. O que fazer neste momento de transição, diante de tais contradições?

Portanto, evidencia-se a partir do referido estudo exploratório ⁽¹⁾, a necessidade de investigar, na dimensão *particular* – a dos serviços, as experiências cotidianas das instituições psiquiátricas hospitalares, ditas manicomiais, tendo em vista os “saberes” e “fazeres” dos seus agentes operadores - os trabalhadores de saúde mental, responsáveis pela

implementação de programas terapêuticos adequados às necessidades dos usuários e por sua assistência direta. De que forma eles enfrentam as tensões contraditórias, impostas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, presentes no interior das instituições, e que, conseqüentemente, interferem no seu trabalho junto aos usuários?

1.1 As instituições totais: breve história do hospital psiquiátrico

Uma instituição total, conforme definida por Goffman, pode ser entendida como um lugar onde um grupo de pessoas que vivenciam experiências comuns ou que tenham necessidades semelhantes, estando numa mesma situação de isolamento social, são submetidas por outras pessoas, a um modo de vida controlada e dependente, por longo período de tempo ou permanentemente. Trata-se de instituições “fechadas” e “seu ‘fechamento’ ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo” ⁽⁵⁾.

A sociedade moderna é constituída por pessoas que vivem suas atividades cotidianas em diferentes contextos sociais ⁽⁵⁾. Seguem seu próprio modo de vida em torno do trabalho, lazer, atividades domésticas, mantendo relações sociais diversas na sua comunidade, conforme o ritmo que lhes apraz e sob condições que melhor atendam às suas necessidades.

Este mesmo autor, afirma que as instituições totais se caracterizam pela ruptura das barreiras que separam essas dimensões da vida social e

dos diferentes modos de vivê-la, totalizando sob uma única ordem e num mesmo lugar, as diferentes possibilidades de andar a vida. ⁽⁵⁾.

Não é por acaso que nesta categoria, se insira o “Grande Asilo” – o hospital psiquiátrico. A natureza totalitária deste tipo de instituição, não o deixa sozinho numa relação de tantas outras instituições de igual natureza, uma vez que ele encontra-se entre as diversas estruturas sociais produzidas pela humanidade no decorrer da história, como é o caso das prisões, dos orfanatos, dos educandários, dos abrigos de proteção social, das instituições militares ou religiosas, de disciplinamento ou de enclausuramento.

Cabe lembrar que o hospital psiquiátrico, a exemplo das instituições em geral, é o produto de uma dada sociedade em constante transformação, a depender sempre do seu modo de estruturar-se, das suas bases econômicas, políticas e culturais.

Portanto, o hospital é uma construção histórica e socialmente determinada, e neste contexto, cumpre a sua função social, correspondendo aos valores ideológicos e aos anseios da coletividade. O hospital psiquiátrico veio ao longo do tempo consolidando-se historicamente como um lugar de confinamento, atendendo na forma de internação da loucura, as expectativas de uma sociedade cada vez mais intolerante e excludente.

O hospital, seguindo a linha de sua historicidade, surge de necessidades sociais – a proteção dos desvalidos contra a miséria, o combate ao ócio e à mendicância, o controle da ordem e da paz da sociedade européia do século XVII, mantendo-se, desta forma, por meio do princípio do isolamento, o modelo da normatização e da normalização do sujeito.

De acordo com Castel, “o hospital é o último e mais discutido grau de um dispositivo mais geral de luta contra os riscos sociais provocados pela miséria e pela doença” ⁽⁹⁾. Relata que desde 1545, já se fazia presente na sociedade parisiense, as instituições cuja função principal era a de acolher os pobres e inválidos, produtos de uma nova ordem social, após a queda do modelo feudal.

A França do século XVIII mantinha em suas instituições fechadas, toda a sorte de pessoas que divergiam da moral e dos bons hábitos, numa espécie de homogeneização dos excluídos, inclusive os loucos. Segundo Foucault, estas instituições detinham o poder entre a polícia e a justiça, desempenhando um papel de assistência e repressão ⁽¹⁰⁾.

Com a Revolução Francesa e seus princípios libertários, somado ao advento da Era Moderna, surgia uma nova organização econômica e social, impondo novos modos de produção, que por sua vez exigiam as forças produtivas encerradas nas instituições. Foram inevitáveis a abertura das instituições *totalitárias*³ e a libertação da força de trabalho daqueles aptos para o mercado de trabalho em expansão. Neste contexto, evidenciava-se uma população que se mantinha ainda excluída: os loucos.

Para os loucos e a loucura, surge a partir da tecnologia pineliana – a categorização da doença e a instituição do tratamento moral - um “novo” espaço de exclusão. Desta vez, o hospital ganha por meio das ciências positivistas, o seu status de hospital psiquiátrico e lugar de cura.

³ Este termo, em sua ambigüidade, tem uma conotação política e foi utilizado propositadamente por Castel para referir-se ao Antigo Regime da França do séc. XVIII quando então se instaurava as instituições asilares, sob a ordem absolutista do Estado ⁽⁹⁾.

Segundo a lógica pineliana, o hospital é um lugar privilegiado para o exercício da prática que resulta do saber outorgado pela ciência e pelo poder da autoridade, que emana da relação estabelecida entre quem cuida e quem se submete ao cuidado:

Pinel reuniu essas três dimensões, heterogêneas em aparência, cuja articulação vai constituir a síntese alienista: classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico das doenças mentais, imposição de uma relação específica de poder entre médico e doente, o tratamento moral”⁽⁹⁾.

Segundo Castel, “o asilo nada mais é do que o dejetos da sociedade, a ordem da moralidade reduzida ao seu esqueleto de leis, obrigações e constrictões”⁽⁹⁾.

No decorrer da história, a depender das diversas formas de se conceber a loucura e o seu tratamento, foram se transformando os diversos lugares reservados para os loucos.

Com o “hospital da psiquiatria”, após a inauguração do Tratamento Moral, produziu-se associada à loucura, uma outra ordem de efeitos subjacentes ao processo de institucionalização, que levam ao conseqüente estado de dessubjetivação do sujeito. A este fenômeno, provocado pelas instituições totais, Goffman denomina-o de “mortificação do eu”⁽⁵⁾.

1.2 O hospital psiquiátrico no contexto da Reforma Psiquiátrica

No Brasil, precedeu-se aos anos 70 um longo período de consolidação de uma prática psiquiátrica caracterizada pela exclusão e pela institucionalização.

Há unanimidade no estabelecimento do marco institucional da psiquiatria brasileira em 1852, com a inauguração do primeiro hospício brasileiro, no Rio de Janeiro, precursor de outras instituições psiquiátricas se seguiram em todo o país e tinham por característica a função exclusivamente segregadora ⁽¹¹⁾.

Depositária de questões eminentemente sociais, estas instituições serviam para preservar a ordem e a paz social, protegendo da loucura, a sociedade, seus bens e seus cidadãos. Percebe-se desde já a construção das representações sociais da loucura, associadas à periculosidade, improdutividade, marginalidade, incapacidade. A tutela, a guarda e o controle são palavras de ordem na lógica da *institucionalização*.

a institucionalização é um “complexo de ‘danos’ derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia em princípios de autoritarismo e coerção” ⁽¹²⁾.

Em outras palavras, a institucionalização “decorre da submissão do doente internado, de forma compulsória e por tempo indeterminado, ao autoritarismo e à coerção do manicômio e do modelo da psiquiatria” ⁽¹³⁾.

Um processo de crítica a este modelo iniciou-se em 1987, que sob inspiração da VIII CNS – Conferência Nacional de Saúde, que discutiu e aprovou a implantação do Sistema Único de Saúde, o SUS, ⁽¹⁴⁾, quando

aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve como tema principal Cidadania e doença mental, e propôs: a) “reversão da tendência hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica”, dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional; b) não credenciamento pelo setor público de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos tradicionais, com redução progressiva dos existentes, substituindo-os por serviços alternativos; c) proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos; d) implantação de recursos assistenciais alternativos como hospital-dia, lares protegidos, núcleos de atenção psicossocial e outros. Com relação ao resgate da cidadania, propunha retirar a internação psiquiátrica como ato obrigatório do tratamento psiquiátrico; garantias legais contra internações involuntárias ⁽¹⁵⁾.

Nos anos 90, a Declaração de Caracas ⁽⁸⁾, produto da Conferência para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina ressaltou a importância da assistência comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva, aspirações do povo da Latino América de um modelo alternativo ao hospitalocêntrico, centrado na comunidade e nas redes sociais ^(8, 16).

O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em dezembro de 2001 reafirmou os princípios e diretrizes do SUS; exigindo agilização no processo de desativação dos hospitais psiquiátricos e organização da rede substitutiva; capacitação de RH; priorização no incentivo ao pleno exercício da cidadania do portador de transtornos mentais, dentre outras recomendações ⁽¹⁴⁾.

Os hospitais psiquiátricos brasileiros têm passado, nos últimos anos, pela gradativa redução de leitos, dentro do programa preconizado pela Reforma Psiquiátrica, que pretende a sua progressiva desconstrução.

Conforme dados do DATASUS, em 1996 havia no país 72.514 leitos psiquiátricos. Em 2003 eram 53.180 leitos, segundo informou a Coordenação Geral de Saúde Mental ⁽¹⁷⁾. No estado de São Paulo, em 1991 havia 34.000 leitos e em 2003 esse número caiu para 15.511 leitos, com a diminuição de 54,4% do total ⁽¹⁸⁾ ⁴.

Destaca-se a legislação vigente que trata da normatização da assistência hospitalar psiquiátrica, demonstrando sua existência na rede de serviços de atenção à saúde mental e a necessária avaliação da qualidade destes serviços:

- a. Portaria 799/00 - determina avaliação da assistência prestada em saúde mental pelo SUS, supervisão continuada dos serviços hospitalares e ambulatoriais;
- b. Portaria 251/02 – institui o processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada de psiquiatria; estabelece critérios de classificação e requisitos de qualidade para a assistência hospitalar psiquiátrica;
- c. Portaria Nº 52 de 20 de janeiro de 2004 - Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS; acompanha substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede comunitária de atenção psicossocial reduzindo especialmente nos hospitais de maior porte; dá garantia de

⁴ Dados atualizados sobre as estatísticas do Ministério da saúde podem ser acessados no sítio www.saude.gov.br ou http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=925

adequada assistência extra-hospitalar aos pacientes; dá garantia de avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada nos hospitais psiquiátricos pelo PNASH/Psiquiatria; redireciona os recursos financeiros ainda centrados na assistência hospitalar⁽⁸⁾.

Observa-se um forte apelo de vários segmentos representativos da sociedade brasileira que querem se fazer ouvir por meio da participação nas Conferências Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde Mental, no sentido de reivindicar a desconstrução dos hospitais psiquiátricos em prol da ampliação da rede substitutiva.

Conforme os dados da Secretaria Municipal de Saúde, SMS, no município de São Paulo existem atualmente 1.100 leitos psiquiátricos inseridos no SUS. Fazem parte do sistema hospitalar psiquiátrico, dois hospitais públicos estaduais, três hospitais filantrópicos, duas unidades vinculadas a faculdades de medicina e dois hospitais privados conveniados com o SUS, sob gestão plena municipal, além de leitos psiquiátricos disponíveis nas enfermarias psiquiátricas dos hospitais gerais públicos⁽¹⁷⁾.

Segundo a SMS, pela recomendação da OMS (1,5 leito/10.000 habitantes), seriam necessários 1.500 leitos distribuídos no município⁽²¹⁾ e que para cobrir esse déficit e substituir os atuais leitos de agudos que não oferecem tratamento adequado aos pacientes, é necessário investir em novos leitos psiquiátricos em hospital geral. Uma importante estratégia alternativa seria a abertura dos leitos de curta duração nos CAPS III⁽¹⁷⁾.

Trata-se da Portaria 336, publicada em fevereiro de 2002 que acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria 224/92⁽⁸⁾

normatizando os CAPS I, II, III, Ad, i, conforme porte dos equipamentos e características populacionais.

Esta Portaria define claramente os rumos para a mudança de modelo assistencial na perspectiva da atenção psicossocial. Entretanto, no momento, não existe no município nenhum equipamento deste porte em funcionamento, embora conste habilitação pelo Ministério de Saúde (veja Anexo 3); a rede comunitária de assistência à saúde mental é incipiente e não é suficiente para a substituição dos leitos de internação hospitalar, como pretendido para a reforma psiquiátrica na maior cidade da América do Sul.

O município de São Paulo ainda conta com aproximadamente 300 pacientes-moradores em hospitais psiquiátricos, todos eles distribuídos em instituições estaduais e conveniadas. É **prioridade** estabelecer medidas que permitam a absorção desses pacientes pela comunidade e os serviços ambulatoriais. Para os casos mais graves de perda dos vínculos familiares e sociais, necessitamos implantar os serviços residenciais terapêuticos como alternativa definitiva às internações de longa duração”⁽¹⁷⁾ (grifo meu).

Com relação aos pacientes-moradores existem dois dispositivos jurídicos importantes para os desejáveis avanços no campo da saúde mental: a Portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000⁽⁸⁾ que dispõe sobre a criação e regulamentação dos serviços residenciais terapêuticos e a LEI Nº 10.708 (De Volta para Casa)⁽⁸⁾ que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência.

Mais do que instrumentos reguladores, estes dispositivos representam estratégias do Ministério da Saúde para a substituição do

modelo asilar, atendendo a um princípio fundamental da Reforma Psiquiátrica: a desinstitucionalização.

Embora o município esteja habilitado pelo Ministério da Saúde para a implantação do Serviço Residencial Terapêutico, existe na cidade apenas uma residência terapêutica, atendendo oito usuários.

A Reforma Psiquiátrica brasileira surgiu num contexto de transformações e vem questionando o modelo hegemônico no qual se dá a assistência psiquiátrica, pautada na medicalização e na institucionalização da loucura.

As discussões têm avançado nos diversos fóruns da sociedade brasileira e prova disto é o que de concreto têm se produzido: as leis favoráveis à desinstitucionalização e as novas tecnologias de intervenção no campo psicossocial ⁽¹⁸⁾.

Em relação ao arcabouço jurídico produzido nos últimos anos, qual seja o conjunto de leis promulgadas e portarias, vale considerar que são extremamente relevantes, legítimas e compatíveis com os anseios da sociedade, contemplando o que resulta das lutas dos movimentos pró-Reforma, naquilo que se refere ao resgate da cidadania do louco e de sua inclusão social.

Constata-se, portanto, a existência de um conjunto de normas bastante eficazes e geradoras de efeitos e que podem sustentar adequadas políticas de saúde no âmbito da saúde mental.

Entretanto, lançando mão da lente que permite analisar de perto a realidade objetiva dos diversos cenários que compõem a rede de atenção em saúde mental, pode-se observar a existência de um grande

distanciamento entre o que assegura a lei e o que de fato verificamos na prática. Existe, portanto, um descompasso entre as leis e sua aplicabilidade frente à realidade.

Esta pode ser a maior evidência das *contradições* postas no cenário da Reforma Psiquiátrica no município de São Paulo. Na prática, isto gera conflitos e coloca o hospital psiquiátrico num “lócus” ainda privilegiado de tratamento. A aplicação das leis tem sido dificultada por fatores que merecem ser investigados e profundamente analisados, como contribuição essencial para a superação destas contradições.

1.3 O estado da arte: os trabalhadores produzindo e reproduzindo saberes acerca de si mesmos e de suas práticas

A importância dos trabalhadores de saúde mental para a Reforma Psiquiátrica brasileira, se dá desde a sua origem, a partir dos primeiros movimentos da Reforma Sanitária, sua precursora.

Para a pesquisa bibliográfica nas bases de dados LILACS, MEDLINE, DEDALUS, BDEnf e PERIENF, selecionando artigos no período de 1990 a 2005, foram considerados os seguintes descritores: desinstitucionalização; equipe de assistência ao paciente; hospitais psiquiátricos; recursos humanos em hospitais; reforma psiquiátrica. Como resultados, foram encontrados 632 artigos nacionais e internacionais.

Com relação à totalidade dos artigos encontrados, verificou-se pelos resumos, que aqueles que tratam especificamente da questão colocada para

este estudo, e que estão, de fato, mais próximos do objeto da pesquisa, representam apenas doze artigos (descritos a seguir).

Os estudos sobre a Reforma Psiquiátrica, entendida na sua dimensão política e social, como prática transformadora da realidade social e estrutural, são encontrados na América Latina, sobretudo no Brasil, com maior evidência. A literatura estrangeira tende a tratar da Reforma Psiquiátrica tão somente como a reestruturação dos serviços de saúde.

Os artigos internacionais, em sua maioria, referem-se à equipe de saúde, tomando-a tão somente na sua relação clínica com o paciente e ou com a instituição; considera as suas intervenções e o seu papel, como sendo predominantemente técnico / terapêutico, enquanto que na literatura nacional, percebe-se com maior ênfase, a natureza técnico / política da intervenção em saúde mental, destacando-se as políticas de saúde mental.

Conclui-se a partir do levantamento bibliográfico, que foi possível verificar entre os autores, uma grande diversidade de experiências e de contribuições, de caráter técnico e político, trazendo para a comunidade científica e para toda a sociedade, uma rica e democrática discussão em torno da Reforma Psiquiátrica brasileira, construída por seus vários atores sociais. Estão sendo produzidos, coletivamente, saberes e práticas que permitem intervir sobre a realidade, transformando-a processualmente.

Um estudo de natureza qualitativa e descritiva aborda as representações sociais dos profissionais de saúde que trabalhavam em um hospital psiquiátrico e um hospital-dia da cidade de Fortaleza, com a finalidade de construir o pensar e o fazer destes profissionais no campo do saber, referente à cultura manicomial exercida em seu cotidiano. Os

resultados apresentados evidenciaram que em relação aos profissionais de saúde do hospital psiquiátrico pesquisado, estava presente como função do hospital, o processo de controle e exclusão social, a predominância do modelo organicista, com intervenção médico-medicamentosa, cujo tratamento estava voltado para a internação e controle da crise. Os sujeitos deste hospital compreendem a Reforma Psiquiátrica como desospitalização, humanização da assistência, mudança da prática assistencial. As autoras demonstram que existia por parte dos profissionais inseridos no serviço substitutivo pesquisado, o entendimento da necessidade da existência dos hospitais psiquiátricos, desde que modificadas as condições de assistência. Sobre a Reforma, existia um consenso, entre os profissionais, de que ela era uma forma de construir uma cultura antimanicomial e uma mudança de atitude diante do doente mental, embora não fosse consenso a crença na sua aplicabilidade, haja vista a inexistência de serviços substitutivos e concluem sobre a necessidade de “reformatar a mente dos profissionais” para que seja superada a cultura manicomial ⁽¹⁹⁾.

Um levantamento sobre a familiaridade dos psiquiatras a respeito da literatura referente à desinstitucionalização dos doentes mentais enviou a 76 Departamentos de Psiquiatria das Universidades brasileiras, um questionário com dezesseis itens de conhecimento sobre o assunto. Obteve-se resposta de 48%. Os resultados indicaram um nível moderado de familiaridade dos sujeitos com o assunto. As autoras referem que os dados sugerem a subestimação dos efeitos da medicação sobre o tratamento, superestimando os efeitos da intervenção comunitária e evidenciando posições favoráveis à desinstitucionalização. Estes resultados foram comparados com amostra

canadense de profissionais de saúde mental e uma amostra brasileira de psicólogos, demonstrando semelhanças nos resultados entre as três amostras. Concluem dizendo que não se trata apenas de dados referentes a conhecimento sobre o processo de desinstitucionalização, mas sim de uma atitude de favorecer o tratamento comunitário para os doentes mentais, atitude esta estimulada por uma corrente antipsiquiátrica dominante nas últimas décadas em vários países do mundo ⁽²⁰⁾.

Outro estudo verificou o conhecimento do enfermeiro a respeito do processo da reforma psiquiátrica e sua percepção quanto à influência do processo em sua prática cotidiana. A coleta de dados foi feita em onze instituições públicas do município de São Paulo, incluindo entre elas: hospitais fechados, unidades em hospital geral, hospitais-dia, centro de atenção psicossocial e ambulatórios. Quanto aos resultados, as autoras afirmam que os sujeitos da pesquisa conhecem alguns dos aspectos da reforma psiquiátrica, porém de modo insuficiente e, às vezes de maneira distorcida. Os enfermeiros reconhecem a influência da reforma em sua prática, revelando a tendência à humanização, valorização à reabilitação e formação da equipe de enfermagem, instigando as autoras a refletir se o discurso é aplicado à prática ⁽²¹⁾.

Um estudo analisou a percepção dos profissionais de saúde frente às propostas da Reforma Psiquiátrica, reconhecendo-os como agentes do processo de transformação das políticas de saúde mental em práticas de atenção, que buscam alternativas para viabilizar a reinserção social do doente mental. Foi realizado um estudo exploratório em um hospital psiquiátrico de médio porte, de Belo Horizonte; foram escolhidos como

sujeitos da pesquisa qualitativa, os profissionais técnicos e administrativos de nível médio e superior, envolvidos direta ou indiretamente na assistência aos doentes mentais. As autoras trouxeram a percepção que estes profissionais têm sobre a Reforma, e referem que além dos aspectos de ordem organizacional e jurídica necessários para a implantação da Reforma Psiquiátrica, são considerados, pelos entrevistados, como fatores dificultadores: a lógica manicomial que permeia o trabalho dos profissionais e a falta de disponibilidade em aprender novas formas de intervenção sobre a loucura. Concluem ainda que, os conflitos gerados no interior da instituição entre os profissionais, comprometidos ou não com a reforma psiquiátrica, dificultam a implantação da mesma ⁽²²⁾.

Diante do processo de reestruturação da atenção em saúde mental no país, e, considerando a necessidade de consolidar novos modelos de assistência, analisou-se as concepções de loucura e tratamento entre trabalhadores de saúde mental de uma instituição prestadora de serviço em nível secundário de atenção, com o objetivo de entender como estes trabalhadores lidam com a doença. Foram entrevistados trabalhadores de nível médio e superior das áreas técnicas e administrativas. Como resultado, pôde-se perceber que trabalhadores de nível superior, não se percebem como agentes de transformação da realidade, colocando sempre em terceiros a responsabilidade para que isto ocorra. Observa-se também que existe entre os trabalhadores de nível superior, a reprodução de saber científico, concebendo loucura por meio de fatores orgânicos, emocionais e sociais, enquanto que entre os trabalhadores de nível médio, uma visão da loucura relacionada a fatores sociais e econômicos, considerando-os

determinantes do sofrimento psíquico. Encontra-se neste estudo a visão de periculosidade e a reclusão como forma de tratamento. As autoras finalizam, avaliando que as instituições extra-hospitalares podem funcionar como segregadoras, a depender dentre outras questões, da necessidade de maior capacitação dos profissionais de saúde ⁽²³⁾.

Um outro trabalho teve como objetivo avaliar a Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal, a partir de uma instituição hospitalar, responsável pela assistência psiquiátrica naquela região, tendo em vista que esta instituição, historicamente, ocupava uma posição de importância no sistema de saúde mental, centralizando 80% da atenção aos usuários. Foram entrevistados trabalhadores técnicos de saúde, usuários e familiares. As autoras descrevem as mudanças ocorridas no período de 1985 a 2002, buscando reconstituir criticamente, a partir dos atores institucionais, como a instituição se organizou diante do processo da Reforma e sobre quais foram as implicações dela sobre as práticas de cuidado e assistência em saúde mental. Observou-se como resultado da análise que houve períodos de avanços significativos até 1999 e que após este período, a realidade aponta para retrocessos que se devem aos seguintes fatores:

- a. Externos: a lógica capitalista da racionalidade de custos financeiros; a concepção de Reforma Psiquiátrica como desospitalização; descontinuidade de tratamento na rede comunitária; falta de equipamentos substitutivos; mudança de gestão política;
- b. Internos: a divisão interna e a desarticulação do trabalho da equipe profissional, frente às posições divergentes em relação à

Reforma; interferência na organização do trabalho da equipe; recursos institucionais insuficientes; rigidez nas rotinas institucionais; falta de capacitação dos profissionais.

Concluem o estudo, valorizando a participação dos atores institucionais, neste processo da Reforma Psiquiátrica, e recomendam que sejam reabertos os espaços de discussão entre os atores, para que se busque o resgate de compromissos, para que se avance na construção de um sistema público sanitário e de saúde mental comunitária ⁽²⁴⁾.

Um estudo junto aos trabalhadores de diferentes serviços de saúde mental do município de São Paulo - ambulatórios, hospitais, unidades básicas de saúde, CAPS – teve como objetivo descrever as concepções de serviços de saúde mental, considerando o processo de trabalho e a concepção do processo saúde-doença embasados em Salum e colaboradores (1996). As autoras finalizam seu estudo, referindo que:

é preciso resgatar, tanto no plano de ensino quanto no âmbito dos serviços, os conceitos sobre saúde-doença mental que iluminaram os princípios da Reforma Psiquiátrica – que parece ter se constituído como um movimento ideológico restrito – que não foram incorporados pelos sujeitos envolvidos (trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde), ficando comprometida dessa forma a superação das próprias práticas ⁽²⁵⁾.

Os estudos, a seguir indicam de forma clara a necessidade de ações de capacitação desses atores.

Os achados de uma pesquisa junto aos profissionais de enfermagem de um hospital público do Rio de Janeiro, mostraram que, “(...) a assistência de enfermagem manteve características segregadoras concernentes ao

modelo asilar, e que as mudanças se deram pela influência de novas rotinas e de cursos de capacitação dos profissionais de enfermagem”⁽²⁶⁾.

Um estudo, ao analisar o processo de trabalho nas equipes da rede ambulatorial de Cuiabá, para o incremento da Reforma Psiquiátrica na região, obteve como resultado que seria necessário o investimento na capacitação técnica dos profissionais, no incentivo a medidas que viabilizem espaços democráticos de participação dos profissionais e usuários nos serviços, bem como de integração social mais ampliada, como associações de usuários e familiares⁽²⁷⁾.

Um artigo sobre poder e estigma, refere que os “muros nas mentes” são obstáculos da Reforma Psiquiátrica. Os autores dizem que é imperiosa a necessidade de mudança no estilo do trabalho dos profissionais, inclusive desde o momento de sua formação⁽²⁸⁾.

Concordando com esta idéia, outro estudo reforça que “é necessário abrir as nossas mentes, desmontar a forma hegemônica de racionalidade que ignora os seres, a subjetividade, a afetividade, a criatividade, a vida, tornando-se uma racionalidade irracional” e prossegue dizendo: “tornar-se consciente disso significa desconstruir o medo de se deparar com o acaso, a desordem, o imprevisível que emerge na loucura, pois, só assim poderemos construir práticas ancoradas num cuidar criativo e solidário”⁽²⁹⁾.

Com relação à importância da formação e constante qualificação profissional dos trabalhadores que atuam no campo da saúde mental e considerando que as escolas têm um papel fundamental, no sentido de contribuir para o desenvolvimento do pensamento crítico; para o posicionamento ético e político; além do compromisso social dos seus

alunos - futuros profissionais; um estudo detectou contradições entre o discurso dos agentes de ensino e a prática assistencial desenvolvida pelos trabalhadores:

o discurso dos agentes de ensino é marcadamente ideológico, o que dificulta a apreensão e construção de novas concepções e de novas práticas interventivas em saúde mental ⁽³⁰⁾.

Os diversos relatos de experiências e estudos com trabalhadores da saúde mental demonstram que estes atores são fundamentais para o processo da Reforma Psiquiátrica, embora apontem para os inúmeros fatores dificultadores para a sua maior participação neste processo.

Parece ser consenso entre os pesquisadores, que, para os avanços rumo à desinstitucionalização e para o fortalecimento da rede comunitária de serviços, é necessário, além das medidas jurídicas e políticas, situadas na dimensão *estrutural*; mudar também a dinâmica dos serviços de saúde, situados na dimensão *particular*; e transformar as práticas dos trabalhadores e seus processos de trabalho, situados na dimensão *singular* da realidade objetiva.

1.4 Problematização: Os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos frente ao processo da Reforma Psiquiátrica brasileira

A intensa e processual transformação das últimas décadas no campo da saúde mental frente à Reforma Psiquiátrica, no Brasil, tem marcado os

trabalhadores da saúde, um dos importantes atores sociais deste processo, com um grande desafio: o de construir uma prática reflexiva ⁽³¹⁾.

Os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos estão inseridos num determinado espaço social onde se encontram diversos outros atores sociais da Reforma Psiquiátrica, como o são os usuários e seus familiares, os gestores do sistema de saúde, administradores dos serviços hospitalares, políticos, segmentos variados da sociedade civil e tantos outros.

Estes atores se relacionam num conflitante e tenso jogo de forças, capaz de gerar transformações progressivas e retrocessivas; estabelecem relações com atores oponentes e aliados, que produzem dada realidade social como fruto da luta constante para manter ou transformar o sistema social.

O ator social:

é uma personalidade, uma organização, ou um agrupamento humano, que, de certa forma, estável ou transitória, tem capacidade de acumular força e desenvolver interesse, produzindo fatos na situação [...] qual seja, o espaço social em que se encontram os atores sociais e a ação ⁽³²⁾.

Ou ainda,

o homem de ação, implícito no conceito de ator social, é criativo e inserido numa realidade, em interação com os outros, o que lhe possibilita ser estratégico na construção de projetos e na intervenção ⁽³³⁾.

Neste sentido, os trabalhadores podem manter práticas reiterativas ou emancipatórias, a depender do nível de implicação com os princípios e a

ética que sustentam a Reforma Psiquiátrica e de como se dá sua inserção neste processo social.

Como já referido, a desinstitucionalização é um eixo central da Reforma Psiquiátrica, porque

mobiliza todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional. Os principais atores do processo de desinstitucionalização são antes de tudo os técnicos que trabalham no interior das instituições, os quais transformam a organização, as relações e as regras do jogo exercitando ativamente o seu papel terapêutico de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, etc. ⁽³⁴⁾.

Diante do processo da Reforma Psiquiátrica, no que se refere à prática dos trabalhadores, um aspecto importante a se considerar, é que “a mudança de paradigmas gera uma outra crise, da estrutura corporativista” e pode ocorrer a burocratização das práticas profissionais, gerando além da cronificação dos pacientes, também a cronificação dos próprios profissionais de saúde mental produzindo comportamentos e sentimentos de submissão, indiferença, ausência de projetos pessoais e futuros, apatia e deterioração dos vínculos ⁽²⁷⁾.

Essas considerações e o estudo já descrito de captação e interpretação da realidade objetiva, iluminam um precioso objeto fenomênico investigado nesta pesquisa. O objeto de estudo é o entendimento dos trabalhadores dos hospitais psiquiátricos sobre a Reforma Psiquiátrica e como lidam com esse processo.

Os trabalhadores do hospital psiquiátrico são conscientes de seu papel de atores sociais capazes de provocar mudanças internas e profundas rumo à desinstitucionalização? Podem contribuir com ações técnico-políticas

efetivas, de dentro das instituições para fora delas, no sentido de provocar o poder público instituído a efetivar as políticas de saúde mental para o município?

Diante da escassez de estudos sobre o tema e da comprovada contradição que expressa, a relevância do presente estudo se dá ao procurar compreender o que pensam os atores sociais – trabalhadores dos hospitais psiquiátricos - sobre a função deste lugar que não existe na rede de atenção à saúde mental no Brasil atualmente.

A finalidade do estudo é contribuir para a ampliação do vasto e democrático arsenal teórico prático já acumulado sobre a Reforma Psiquiátrica em andamento no Brasil e propor novas luzes para a sua análise.

2. OBJETIVOS DA PESQUISA

Tendo em vista o que foi exposto, os objetivos deste estudo são:

- a. Conhecer o que os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos pensam sobre a função do hospital psiquiátrico no contexto da Reforma Psiquiátrica;
- b. Compreender como os trabalhadores de saúde mental lidam com o processo da desinstitucionalização nas suas práticas.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo qualitativo, de perspectiva crítica, utiliza referências teóricas das ciências sociais, que por sua vez, têm respaldado a construção de saberes no campo da saúde. A respeito dessa questão, as teorias sociais têm uma carga histórica e refletem posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e de grupos determinados ⁽³⁵⁾.

Portanto, a referência metodológica para este estudo vem de Minayo, que considera as metodologias de pesquisa qualitativa como aquelas capazes de incorporar o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

As pesquisas qualitativas abordam o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações, podendo alcançar a abrangência social de uma realidade que não pode ser isolada e quantificada ⁽³⁵⁾.

Desta forma, a pesquisa qualitativa, numa visão dialética, abarca o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito e as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que lhe atribuem significados.

A Reforma Psiquiátrica na perspectiva da desinstitucionalização é um fenômeno histórico-social em constante movimento e transição, onde

predomina a contradição e o conflito, contempla diversos atores sociais partícipes deste processo de transformação da realidade social, sob constante tensão, e por isso é um objeto que pode ser apreendido pela lógica dialética proposta por Marx.

Categorias são conceitos relevantes relativos a uma dada realidade historicamente configurada e expressam os aspectos fundamentais, dentro de sua abordagem, das relações dos homens entre si e destes com a natureza. São construídas por meio do desenvolvimento do conhecimento e da prática social ⁽³⁵⁾.

As categorias analíticas “são aquelas que mantêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. Elas mesmas comportam vários graus de abstração, generalização e de aproximação” ⁽³⁶⁾.

Para este estudo, os conceitos de instituição, institucionalização, transição, desinstitucionalização e crise, são significativos para demarcar o campo de conhecimento a ser construído a partir da articulação com a realidade empírica expressa pelo grupo de atores sociais, os trabalhadores da saúde mental dos hospitais psiquiátricos e por isso são adotados como as bases conceituais ou as categorias que auxiliam a análise dos dados.

3.1 Bases Conceituais

a) A Gênese das Instituições: o instituído e o instituinte

Ao tratar neste trabalho das questões relativas ao processo de institucionalização e desinstitucionalização, é necessário abordar o conceito de instituição e aqueles correlatos que contribuem para a sua compreensão.

O mundo do trabalho e dos trabalhadores de saúde mental está relacionado com as instituições e se dá neste cenário, onde operam forças que podem tanto mobilizar-nos para mudanças em suas estruturas, quanto para a inércia e a acomodação.

É no campo institucional que se estabelecem as contradições formadas pelos interesses antagônicos e díspares de seus atores, ou mesmo, para onde convergem o pensamento conservador e as ações cômparas dos mesmos.

Pela vertente sociológica, a instituição é “uma formação da sociedade e da cultura. Instituída pela divindade ou pelos homens, a instituição se opõe àquilo que é estabelecido pela natureza”, a instituição é também uma formação psíquica, uma vez que ela mobiliza investimentos e representações que colaboram para as bases da identificação do sujeito com o conjunto social ⁽³⁷⁾.

A instituição é o conjunto das formas e das estruturas sociais instituídas pela lei e pelo costume: a instituição regula as nossas relações, preexiste e se impõe a nós; ela se inscreve na permanência [...] (constitui a base das instituições as seguintes funções: jurídico-religiosas, defesa

e ataque, produtoras e reprodutoras) [...] a instituição assegura a sua permanência e constitui para os seus membros a base da continuidade sobre a qual se inscrevem os movimentos da sua história e da sua vida psíquica ⁽³⁷⁾.

O consenso da representação mítica, a função do ideal, o processo de regulação social, são o que asseguram à instituição a sua permanência ⁽³⁷⁾. As instituições são entidades abstratas que compõem a sociedade, visto que “uma sociedade não é mais que um tecido de instituições que se interpenetram e que se articulam entre si para regular a produção e a reprodução da vida humana sobre a terra e a relação entre os homens” ⁽³⁸⁾.

As origens das instituições são difíceis de determinar. Pode-se falar de quatro instituições “fundantes” das sociedades humanas: a língua, as relações de parentesco, a religião e a divisão técnica e social do trabalho ⁽³⁸⁾.

A instituição se materializa em forma de organização, de “um conjunto de pessoas e processos que tende a estabelecer relações e ações duráveis com vistas a objetivos que o orientem e, além disso, que o perenizem” ⁽³⁹⁾. A organização é, portanto, a forma material, na qual a instituição se realiza.

A existência da organização se dá por meio do estabelecimento:

uma empresa, uma entidade jurídica regida por um contrato social, com um endereço físico, com seus objetivos registrados neste contrato, com seus pressupostos de funcionamento e de responsabilidades por sua gerência, e no qual a administração se constitui em um sistema que organiza, coordena e operacionaliza os desempenhos pessoais ⁽³⁹⁾.

Até o início do século XX o conceito de instituição mantinha o caráter de algo fixo e estável, reduzido à noção de instituído, estabelecido, sem possibilidades de mudanças institucionais. Com Castoriadis, imprimiu-se ao

conceito, um caráter dinâmico e dialético entre o instituído e o instituinte, resultando em institucionalização, a partir do embate de forças oponentes (39).

O instituído

cumprir um papel histórico importante porque vigora para ordenar as atividades sociais essenciais para a vida coletiva [...] Para que os instituídos sejam eficientes, devem permanecer abertos às transformações com que o instituinte acompanha o devir social [...] Contudo, o instituído tem uma tendência a permanecer estático e imutável [...] tornando-se, assim resistente e conservador (38).

O instituinte, por sua vez

é o processo mobilizado por forças produtivo-desejante-revolucionárias, que tendem a fundir instituições ou a transformá-las, como parte do devir das potências e materialidades sociais (32).

Neste sentido, o instituinte alimentaria a capacidade de mudança e a criação de novas práticas institucionais (39).

Moura cita Michaud que define instituição através de seu caráter funcional. A instituição compreendida em relação às trocas inter-humanas e como possibilitadora de mediações entre o indivíduo e a sociedade, para quem a troca inter-humana passa “a ser um dos fundamentos do processo de humanização e de desalienação” (39).

No campo da saúde,

Um equipamento de saúde mental é, portanto, ao mesmo tempo um estabelecimento e uma instituição ou, melhor dizendo, um conjunto de instituições [...] por isto é imprescindível que se explicita de modo constante a tensão, a abrasividade entre estas duas tendências, e que

se garanta, ao mesmo tempo, a sua análise e as conseqüentes modificações de enquadre e de rumo ⁽³⁷⁾.

O equipamento de saúde, no caso o hospital, é um estabelecimento situado na dimensão *particular*, pois mantém suas especificidades e sua razão de ser, mas deve responder às demandas sociais e do Estado, que se dão na dimensão *geral* ou *estrutural*, e lidar com sua realidade cotidiana que se dá na dimensão *singular*, onde se expressam as necessidades dos pacientes e trabalhadores. Entre estas dimensões existe uma constante tensão de forças se contrapondo dialeticamente entre elas.

b) Institucionalização

Pode-se definir institucionalização como o processo de filiação voluntária ou involuntária de uma pessoa ou um grupo de pessoas a uma instituição, dela tornando-se dependentes e submetidas à ordem institucional, aos códigos e normas próprias, inflexíveis e muitas vezes opressoras, criadas e mantidas pela mesma.

Pode-se relacioná-la também aos prejuízos causados às pessoas pelo tempo de vida permanente em instituição - criada em sua origem para fins benéficos: assistência à saúde, proteção social, atenção educacional e disciplinar, formação religiosa e militar, medida de segurança.

A institucionalização prolongada no tempo acaba por reproduzir e consolidar, com o tempo, o risco psicológico e social inicial que justificou a sua efetivação. Estudos apontam para os efeitos negativos da

institucionalização sobre as pessoas, descrevendo a influência deste fenômeno nas emoções e no curso e evolução das doenças, deixando marcas profundas na subjetividade humana ⁽⁴⁰⁾.

Podem estar presentes neste processo, as situações de violência surda e cotidiana, caracterizadas por danos físicos ou morais, decorrentes de relações autoritárias, coercitivas, constrangedoras ou humilhantes. Diante deste fenômeno uma instituição pode se tornar incapaz de explicar, controlar ou perceber sua própria implicação na produção de semelhante estado de coisas.

A institucionalização pode ser considerada uma resposta de controle social, diante de situações que venham a provocar mal-estar na sociedade e que tragam a percepção de risco e de perigo iminente, que leva a que a sociedade reaja defensivamente ⁽²³⁾. Os autores explicam que através de uma colocação institucional aplicada a quem está considerado em situação de risco - situação de perigo desviante - a sociedade, num

movimento centrífugo, expurga parte do que se lhe não integra a nível do indivíduo, da família, da comunidade ou da própria sociedade, justificando e legitimando essa atuação no objetivo de uma futura reintegração e reinserção do indivíduo quando considerado de volta a essa mesma comunidade ⁽²³⁾.

No processo de institucionalização, o sujeito, tratado como mero objeto é compelido a obedecer a normas, prescrições e privações que regulam a sua conduta, na maior parte das vezes marcada pelo estigma, pelo abandono familiar e rejeição, somada ao seu comportamento necessariamente “desviante”, em função da sua condição, sobretudo no que diz respeito à sua forma de estruturação e vinculação social.

Neste contexto, a institucionalização do louco e da loucura se deu com a criação dos asilos, que na Renascença cumpriam a função social de conter tudo aquilo que a sociedade não tolerava – a degenerescência humana; excluía-se, portanto, o sujeito de sua cena social, tirando-lhe o direito e a vida em liberdade. Tudo isto em nome da ciência que apregoava a razão e a moral. O sentido do internamento se esgota numa obscura finalidade social que permite ao grupo eliminar os elementos que lhe são heterogêneos ou nocivos.

A máxima da institucionalização pode ser definida pelas palavras de Pinel, citadas por Castel quando se refere à necessidade de institucionalização, defendendo lugar apropriado para esta função:

Em geral é tão agradável, para um doente, estar no seio da família e aí receber os cuidados e as consolações de uma amizade tenra e indulgente, que enuncio *penosamente* uma verdade triste, mas constatada pela experiência repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos estrangeiras e de isolá-los de seus parentes ⁽⁹⁾ (grifo meu).

O isolamento para Pinel não se justifica somente como ação terapêutica, que permite a possibilidade da cura por meio do Tratamento Moral, mas também como forma de obter o conhecimento da loucura, pela observação em condições supostamente controladas. Está incluso na tecnologia pineliana, forte preocupação com a proteção da sociedade em relação à periculosidade do louco e seus atos inconseqüentes e amorais.

Pinel reuniu essas três dimensões heterogêneas, em aparência, cuja articulação vai constituir a síntese alienista: classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico das doenças mentais, imposição de uma relação específica de poder entre médico e doente, o tratamento moral ⁽⁹⁾.

Ainda, a respeito da institucionalização, esta pode revelar-se um fator de risco, pela ausência de oportunidades ou desinvestimentos em alternativas que tenham como características a inclusão ⁽⁴¹⁾.

c) A transição

A Reforma Psiquiátrica encontra-se num momento de transição muito difícil, marcado por contradições, que gera como em qualquer processo de mudanças, incerteza e insegurança.

Nos processos de mudanças, as transições passam por estabilidade – instabilidade e estabilidade como um fenômeno interligado ao movimento e fluxo, caracterizado pela passagem, entrada e saída ^(42, 43).

As contradições são inerentes e próprias da realidade objetiva. Diante do processo que visa a transformação da realidade social, a partir do movimento de reestruturação da assistência em saúde mental, a Reforma Psiquiátrica incorpora o conceito de transição, que contém na sua essência, as tensões dos valores contraditórios.

Tomada do ponto de vista da

lógica dialética [que] parte do princípio de contradição, segundo o qual a realidade é essencialmente processo, mudança, devir ⁽²⁾,

a Reforma Psiquiátrica pode ser considerada

um processo [que] indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. Aponta para a constante inovação de

atores, conceitos e princípios que marcam a evolução da história. Um processo social nos assinala que existem atores sociais envolvidos e, enquanto tal, que existem interesses e formulações em conflitos, em negociações. E, enfim, um processo social complexo na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade ⁽⁴⁴⁾.

A instituição da loucura como doença e sua institucionalização por meio do enclausuramento em hospitais psiquiátricos, criou para os profissionais de saúde a incumbência de cumprir um *mandato social* ⁽⁵⁾ e legitimar tecnicamente a prática do confinamento e da exclusão social.

Com a Reforma Psiquiátrica, a função assistencial dos trabalhadores de saúde passou a ser marcada ao mesmo tempo por “antigos saberes e novas práticas reformistas que confundem e provocam uma *indefinição* quanto ao lugar que estes técnicos ocupam no tratamento do doente mental” ⁽²²⁾ (grifo meu).

Na perspectiva sociológica do conceito,

o termo transição, em sua acepção semântica, pode designar simplesmente a ação e efeito de passar de um modo de ser ou estar a outro distinto. Isto implica, desde logo, a idéia mesma de processo, ou seja, um curso de ação mais ou menos rápido que se manifesta na realidade concreta a partir de uma intrincada e complexa configuração de causas - passadas, presentes ou futuras -, e que sempre há de provocar conseqüências e efeitos, previsíveis ou não, na nova situação que se estabelece ⁽⁴⁵⁾.

Os autores seguem afirmando que “a transição - como processo de mudança social - pode ser entendida como o resultado de estratégias mais ou menos conscientes dos diversos atores e grupos sociais, surgidas como conseqüência da confrontação de interesses distintos e contraditórios” ⁽⁴⁶⁾.

Outras características da transição, entendida como processo social dinâmico, ressaltadas por estes autores, são:

- a. Multilinearidade - descrita como resultado das intrincadas e complexas relações sociais, subjacentes ao processo;
- b. Coexistência - a passagem da sociedade tradicional para a moderna; da homogeneidade para a heterogeneidade, marcando assim, as diferenças sociais e os diversos interesses dos diversos grupos sociais ⁽⁴⁶⁾.

Entretanto,

Seu êxito ou fracasso dependeria, em todo caso, do resultado de um conflito de interesses [...] que dinamiza processos de resistência, confrontação ou, finalmente, de adaptação ⁽⁴⁶⁾.

Para Kuhn, uma ciência normal possui um conjunto de convicções que formam seus fundamentos, sua matriz disciplinar. Esses conceitos básicos guiam o funcionamento dessa ciência. Quando uma novidade vem abalar os conceitos básicos de uma ciência, ocorre uma mudança na ordem pré-estabelecida, que o autor chama de revolução científica. Com a mudança de paradigma, surge uma reconstrução dos conceitos anteriores e uma reavaliação dos fatos ⁽⁴⁷⁾.

A Reforma Psiquiátrica vive um tempo de crise marcado por uma transição paradigmática. Esta passagem entre paradigmas, por sua vez, caracteriza-se pela ruptura do paradigma dominante - o psiquiátrico, apontando para a emergência de um novo paradigma, o campo psicossocial ⁽³⁶⁾. Ao discorrer sobre transição paradigmática a autora faz referência ao sociólogo português Boaventura Santos que afirma:

a morte de um dado paradigma traz dentro de si o paradigma que lhe há de suceder e que só muitos anos, senão séculos, depois da morte de um paradigma sociocultural, é possível afirmar com segurança que morreu e determinar a data aproximada de sua morte ⁽³⁶⁾.

d) Desinstitucionalização

O movimento da Reforma Psiquiátrica é definido como

um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” ⁽⁴⁸⁾.

Ao discutir o termo “reforma”, Amarante adverte que a escolha de tal termo pode ter levado a confusões e a mal entendidos para a compreensão do processo de mudança do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil, mantendo a “idéia de transformações superestruturais, superficiais, sem consistência ou profundidade” ⁽⁴⁹⁾.

E ainda em relação à adoção do termo “reestruturação da assistência psiquiátrica”, utilizado na Declaração de Caracas ⁽⁸⁾ o mesmo autor afirma que esta opção contribuiu para a redução do conceito de Reforma Psiquiátrica a “re-arranjo” da instituição psiquiátrica tradicional, sem fazer crítica ao modelo epistemológico constituinte da psiquiatria, promovendo a redução do conceito de Reforma Psiquiátrica a reformismo – reparos no modelo de assistência psiquiátrica tradicional ⁽⁴⁹⁾. Contudo, a crítica não se limita à situação estrutural do manicômio, mas ao discurso autoritário do saber/prática da psiquiatria.

A Reforma Psiquiátrica não se reduz, portanto,

à modernização de técnicas ou das instituições psiquiátricas, nem se restringe às reivindicações de humanização das relações entre os sujeitos, sociedade e suas instituições, busca construir um outro lugar social para a loucura, diversidade e a divergência. Seus princípios são: a inclusão, a solidariedade e a cidadania ⁽⁵⁰⁾.

A ampliação do campo conceitual da Reforma, até então restrito ao campo técnico-assistencial, passa a alcançar uma dimensão mais complexa, articulando-se aos campos político-jurídico, teórico-conceitual e sócio-cultural.

Neste sentido, desinstitucionalização no contexto da Reforma Psiquiátrica não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias, torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações.

Por isso, desinstitucionalização torna-se, acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos ⁽⁴⁹⁾.

É necessário, portanto, superar a compreensão de uma simples reforma técnico-administrativa do modelo assistencial psiquiátrico, passando a entender a Reforma Psiquiátrica, na sua complexidade, como um processo na proposição para mudança de paradigmas.

Durante séculos de institucionalização e décadas de medicalização da loucura foi se consolidando, em torno da psiquiatria, uma prática de segregação e de imposição da ordem e poder, destituindo os sujeitos de sua subjetividade e de seus direitos.

A partir dos anos 20, do século XX, surgiram em várias partes do mundo, movimentos de contestação ao saber e às práticas da psiquiatria excludente e medicalizante. Dentre os movimentos que se destacaram estão: Psiquiatria de Setor, na França; as Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra e a Psiquiatria Preventiva, nos EUA.

Estes movimentos avançaram na construção de novos saberes e propuseram novos modelos de assistência psiquiátrica, pautados na reorganização técnico-científica e administrativa da psiquiatria, sem, no entanto, provocar radicais transformações, ao contrário da Psiquiatria Democrática, na Itália nos anos 60. A proposta italiana da desinstitucionalização tem sido o movimento crítico que fortemente influencia o processo da reforma psiquiátrica brasileira desde a década de 80.

No Brasil, as proposições da desinstitucionalização têm sido um dos eixos da Reforma em curso, embasando as práticas em saúde mental. A desinstitucionalização abre múltiplas possibilidades de análise; ilumina reflexões e temas diversos, fundamentais para a produção de novos modos de pensar e fazer das práticas inovadoras ⁽⁵¹⁾.

Uma diferenciação conceitual entre desospitalização e desinstitucionalização é necessária, uma vez que estes termos são comumente utilizados como sinônimos. O primeiro termo se reduz à política de altas hospitalares que não contribui para as mudanças estruturais. O segundo termo evoca radicais mudanças ao considerar o processo de desconstrução dos hospitais psiquiátricos, uma vez que se pretende sua *substituição* por uma rede comunitária de assistência em saúde mental,

totalmente baseada no território e permeada por abordagem técnica e política por meio de seus operadores ⁽³⁴⁾.

A desinstitucionalização redefine o objeto de intervenção, as práticas terapêuticas e o objetivo da assistência em saúde mental, busca o resgate da crítica sobre a institucionalização da psiquiatria e caracteriza-se pela valorização das micropolíticas, pela reinvenção do cotidiano em experiências localizadas ⁽²⁷⁾.

A desinstitucionalização significa uma ruptura com o modelo manicomial e configura-se como um processo de crítica, negação e desmontagem, que possibilita reconhecer o problema da psiquiatria, pautado na doença; e do manicômio, sob a ordem da periculosidade. A desinstitucionalização propõe a desconstrução dos saberes e práticas, culturas e valores baseados na doença / periculosidade e coloca o problema para recompô-lo, rompendo com a relação causa-efeito na análise deste fenômeno.

O presente estudo, para efeito de melhor compreensão do termo e para apoiar a análise dos dados empíricos, considera o conceito desinstitucionalização em três dimensões, ou seja, níveis diferenciados e interdependentes, de acordo com as dimensões da realidade objetiva dos fenômenos sociais no qual se insere:

a) Dimensão Estrutural – desinstitucionalização compreendida como um conjunto de princípios, valores éticos e recomendações técnicas, políticas, jurídicas, sociais e culturais gerais que têm como propósito nortear e instruir ações no sentido de provocar transformações visando a desconstrução, processual e gradativa, dos hospitais psiquiátricos e saberes

clássicos da psiquiatria, redirecionando o modelo de assistência em saúde mental para o campo psicossocial de forma substitutiva (não complementar) e definitiva, como finalidade. Referencial fundamental para a proposição das leis e formulação das políticas públicas.

b) Dimensão Particular – Desinstitucionalização compreendida como programas estratégicos de âmbito regional ou local, estabelecidos na rede de serviços, bem como as ações que visam a desinstitucionalização, por meio de projetos institucionais desenvolvidos nas instituições que compõem a rede.

c) Dimensão Singular - A desinstitucionalização assume o caráter de intervenções de natureza técnico-terapêutica, desenvolvidas pelos trabalhadores das instituições junto aos usuários objetivando o processo de desinstitucionalização.

e) A crise

Correndo o risco da excessiva simplificação, mas para efeito de iluminar o tema central que emerge nesta pesquisa, o conceito de crise neste estudo está associada à idéia de ruptura, turbulência ou perturbação importante que se instala em um determinado processo que está em pleno curso ⁽⁵²⁾.

Pode representar, desse modo, uma ameaça à uma suposta ou relativa estabilidade deste processo, trazendo riscos à sua integridade de forma a permitir descartar elementos que lhe são nocivos e destrutivos ou de

possibilitar a introdução de elementos inovadores e construtivos, sendo que de todo modo, garante o processo em constante transformação, a depender da intensidade, duração, extensão e sustentabilidade.

Portanto, é possível entender *crise* como resultante da contínua transformação que se opera em um determinado processo ⁽⁵³⁾, estando este sujeito às forças dinâmicas que o impulsiona ou o deixa na inércia. No entanto, numa perspectiva dialética, o que poderá resultar da crise pode significar: avanço - recuo, sucesso - insucesso, paralisação - movimento, reiteração – superação e tantos outros pólos que carregam em si a força das contradições.

Em razão da natureza da crise – ruptura, turbulência, perturbação – como consequência, sempre se esta sujeito às forças conflitivas e tensas que ela impõe, porque ela invade os diversos processos que compõem a totalidade da vida concreta, considerados os determinantes sociais - cultura e vida em sociedade.

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como importante movimento social, vem colocando em cena há mais de duas décadas, questões fundamentais sobre a relação da sociedade com o louco e a loucura, conclamando seus diversos atores sociais à reflexão sobre as formas possíveis de se relacionar com os diferentes sujeitos e seus diferentes modos de andar a vida.

Convida, sobretudo, para contribuir e participar de um difícil *processo social*, cuja finalidade é a desconstrução de saberes, práticas e organizações, que ao longo da história, serviram de instrumentos para a violência e a exclusão de muitos, da mesma forma que nos lança constantes

desafios para a construção e reinvenção de um modo mais justo, ético, humano e solidário de formar uma sociedade verdadeiramente democrática e inclusiva.

Este processo está em curso e atravessa, neste momento da história, os diversos níveis e modos de organização das pessoas na sociedade: os pacientes, a família, as comunidades, as instituições, os trabalhadores e tantos outros segmentos. Tal força de mobilização em torno deste processo social, não poderia mesmo se dar sem crise(s).

3.1 Cenário do estudo

O cenário de estudo desta pesquisa foram dois Hospitais Psiquiátricos, um público e outro privado, sem fins lucrativos, integrados ao SUS e situados no município de São Paulo. Estes hospitais se referenciam ao sistema municipalizado de saúde, sob a gestão plena da Secretaria Municipal de Saúde, SMS, através da Coordenação de Saúde Mental.

Como já descrito anteriormente, a cidade de São Paulo dispõe atualmente de nove hospitais psiquiátricos: dois hospitais públicos estaduais, três hospitais filantrópicos, dois hospitais privados e dois hospitais universitários conveniados com o SUS. Segundo dados da SMS ⁽²¹⁾, o município conta com um total de 1.100 leitos psiquiátricos, sendo que 300 destes estão disponibilizados para pacientes - moradores.

Estas instituições psiquiátricas se caracterizam pela prestação de serviços ao usuário portador de intenso sofrimento psíquico, em estado agudo da doença, encaminhado pelos pronto-socorros de hospitais gerais da cidade e de outros municípios vizinhos. Funcionam em regime de internação.

O primeiro hospital psiquiátrico em que a pesquisa foi desenvolvida está localizado na zona oeste do município de São Paulo, conveniado com o Sistema Único de Saúde – SUS, para prestação de assistência psiquiátrica em regime de internação. Este hospital pertence a uma Congregação Religiosa fundada em Madri, no ano de 1881, com o objetivo de assistir aos doentes mentais, deficientes físicos e psíquicos em situação de exclusão social e cronificação.

Ao longo de mais de um século de atuação, expandiu-se pelo mundo, e está presente em 24 países em todos os continentes. Conta com 108 (cento e oito) hospitais, dentre os quais 100 (cem) são psiquiátricos e destes, 03 (três) estão situados no Brasil, sendo que 01 (um) encontra-se em Minas Gerais e 02 (dois) no município de São Paulo.

O hospital, administrado por religiosas, é de natureza filantrópica e dispõe de 150 (cento e cinquenta) leitos femininos, distribuídos em 04 (quatro) unidades de internação com capacidade para atender de 30 (trinta) a 40 (quarenta) pacientes cada uma. O hospital ocupa uma área construída de 5.389 m² de um terreno cuja área total é de 17.113 m².

Cada unidade possui uma equipe multidisciplinar responsável pelo desenvolvimento do projeto terapêutico junto às pacientes. A equipe total de profissionais é composta por 06 (seis) médicos psiquiatras, 02 (dois) psicólogos, 02 (dois) terapeutas ocupacionais, 02 (dois) assistentes sociais, 04 (quatro) enfermeiros e 40 (quarenta) técnicos de enfermagem.

Estes profissionais desenvolvem projetos terapêuticos específicos para cada uma das unidades de internação. As pacientes estão incluídas numa proposta de intervenção específica a depender do quadro psíquico que apresentam no decorrer da internação e do grau de dependência para os cuidados de enfermagem.

O projeto de tratamento da instituição dispõe de atividades terapêuticas de todos os profissionais: atendimentos individuais de psicologia, atendimento médico e serviço social, atividades grupais de terapia ocupacional, plantão de atendimento às famílias, grupos de

orientação e terapêuticos, recreação, atividades externas (culturais e sociais), cuidados gerais de enfermagem, dentre outros.

Possui uma unidade para pacientes recém admitidas, com quadro psíquico agudo; uma unidade para pacientes melhoradas; duas unidades para pacientes em condições de alta com maior nível de autonomia. São feitas avaliações periódicas pela equipe, para as transferências entre unidades que acontecem no decorrer da internação. O período médio de permanência é de 30 (trinta) dias. Segundo informações do responsável técnico, não há na instituição pacientes em situação de moradia, mas casos graves de ordem social, que elevam as taxas de permanência.

A instituição possui um quadro total de 130 (cento e trinta) trabalhadores pelo regime de contratação Consolidação das Leis Trabalhistas. O organograma é estruturado da seguinte forma: um diretor administrativo – financeiro; um diretor clínico, responsável pelas atividades médicas (assistentes e plantonistas); um diretor de serviços multidisciplinares, responsável técnico pelas atividades dos demais profissionais; uma gerente de enfermagem, responsável pelas atividades dos enfermeiros e técnicos de enfermagem.

O segundo hospital estudado é da rede pública estadual de saúde.

Devido ao prazo restrito para o cumprimento do cronograma desta pesquisa, optou-se inicialmente por três hospitais dentre o total que compõe a rede de hospitais do município. Foi escolhida uma instituição de cada categoria, de acordo com a natureza jurídica em que estão inseridas no sistema de saúde: um hospital filantrópico – sem fins lucrativos, um de natureza privada – com fins lucrativos e um público. Consideramos que esta

diferenciação entre eles define diferentes formas de financiamentos dos programas assistenciais, diferentes políticas e modos de contratação de seus recursos humanos, imprimindo, portanto, diferenciadas condições de trabalho e tratamento.

Para proceder à escolha das instituições participantes, foi realizado um sorteio. Primeiramente, os hospitais foram nomeados, classificados e categorizados conforme sua natureza jurídica. A seguir, cada hospital recebeu um número correspondente. Foi sorteado um de cada categoria.

O projeto de pesquisa inicial, apresentado ao Exame de Qualificação e ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, previa a utilização de três campos para a coleta de dados para a pesquisa. Entretanto, devido aos entraves burocráticos para a autorização da pesquisa em uma instituição privada com fins lucrativos e diante da exigüidade do prazo para a conclusão da investigação, optou-se pela por um hospital público estadual e um hospital filantrópico, restringindo, portanto, a abrangência da pesquisa.

Foi solicitado à direção das instituições sorteadas que autorizassem a investigação e que indicassem os sujeitos da pesquisa, para as entrevistas que foram agendadas previamente.

A escolha dos hospitais psiquiátricos da cidade de São Paulo, como cenário da pesquisa, justifica-se pelo fato deste ser o campo de trabalho do pesquisador. Motivo principal é o fato que a cidade de São Paulo, historicamente, sempre foi um cenário importante para o desenvolvimento das práticas inovadoras em saúde mental e para a atuação profissional de milhares de trabalhadores do setor.

Para os atores sociais desta grande metrópole, está posto o desafio de implementar, atualmente, em situações muito adversas, as suas políticas públicas de saúde mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.

3.2 Os sujeitos do estudo

Os sujeitos do presente estudo, os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos do município de São Paulo, são profissionais de nível superior e nível médio que compõem a equipe multiprofissional de saúde mental, prevista na Portaria MS 251/2002 ⁽⁸⁾ que dispõe sobre as diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, definindo o dimensionamento da equipe mínima de saúde mental para a assistência direta aos pacientes.

De acordo com a portaria, a equipe multiprofissional, a equipe mínima ou mini-equipe, é constituída pelos profissionais: médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e técnico ou auxiliar de enfermagem. Preconiza que o trabalho multiprofissional tenha caráter interdisciplinar, assegurando a integração entre os profissionais e a troca de saberes diversos entre eles. Compartilhar responsabilidades e manter trabalho cooperativo é atribuição fundamental de uma equipe interdisciplinar. Para esta pesquisa, foi considerada uma mini-equipe de cada instituição sorteada, responsável pelo tratamento de um grupo de pacientes com quadros psiquiátricos agudos.

Foram entrevistados (06) seis profissionais de cada um dos (02) dois hospitais psiquiátricos, com diferentes formações, somando (12) doze sujeitos indicados pelas respectivas instituições: 02 (dois) psiquiatras, 03 (três) terapeutas ocupacionais, 01 (um) enfermeiro, 02 (dois) técnicos de enfermagem, (02) dois psicólogos, 02 (dois) assistentes sociais.

Ficou definido também, como critério, que estes sujeitos não ocupassem somente cargos ou funções administrativas e que estivessem diretamente ligados à assistência ao paciente.

3.3 Instrumento e procedimentos de coleta e análise dos dados

O instrumento de coleta dos dados empíricos foi realizado por meio de entrevista semi-estruturada, baseada no Roteiro de entrevista (Anexo 4), com questões norteadoras previamente formuladas, relacionadas aos objetivos da pesquisa.

Mais que um instrumento de coleta de dados, o roteiro foi o disparador de reflexões sobre o tema e desta forma, propiciou aos sujeitos e ao entrevistador, a emergência de novos questionamentos e indagações. Como resultado da primeira entrevista, uma questão relevante foi incorporada ao roteiro e apresentada para todos os demais entrevistados.

Entrevista de pesquisa [...] conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo ⁽³⁵⁾.

A entrevista semi-estruturada foi utilizada como instrumento de coleta de dados por possibilitar a criação de espaço para a livre associação dos entrevistados, permitindo a eles flexibilidade para outros questionamentos no decorrer da entrevista, porque “combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem possibilidade de discorrer o tema proposto, sem resposta ou condições pré-fixadas pelo pesquisador” ⁽³⁵⁾.

Em relação aos aspectos éticos, conforme Resolução nº 196 de 10/10/1996, que dispõe sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP e foi aprovado em janeiro de 2006.

Ainda de acordo com os preceitos éticos, as instituições foram informadas sobre os objetivos, finalidades e procedimentos metodológicos do estudo. O projeto foi aprovado pelos hospitais, representados pelos seus responsáveis técnicos ou pela Comissão de Ensino e Pesquisa.

A realização da pesquisa foi autorizada, por meio do Termo de Autorização (Anexo 5). Ficou combinado que a apresentação dos resultados da pesquisa poderão ser apresentados pelo pesquisador, como devolutiva ao grupo de sujeitos de cada instituição, se desejado. Será disponibilizada uma cópia do relatório final às instituições.

Cada sujeito da pesquisa tomou conhecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 6) antes da realização da entrevista. Não houve discordância dos profissionais entrevistados com relação à gravação da entrevista e utilização dos dados exclusivamente para a pesquisa. Foi assegurado o sigilo em relação aos nomes dos sujeitos da pesquisa.

Para esta pesquisa foi utilizado um questionário para a identificação do sujeito e para a obtenção de dados pessoais como profissão, formação, tempo de trabalho na instituição, dentre outros dados para caracterização do perfil dos entrevistados (Anexo 4).

Foi solicitado às instituições dados para a caracterização do campo de pesquisa, como: recursos humanos, organização administrativa e técnica, finalidade e objetivos da assistência, clientela atendida, dentre outros. Estes dados foram obtidos por meio de documentação oficial e por meio dos trabalhadores em seus depoimentos no segundo trimestre de 2006 na instituição filantrópica e no primeiro trimestre de 2007 na instituição pública.

As entrevistas foram gravadas em meio digital e tiveram uma duração que variou de 15 a 50 minutos de acordo com a dinâmica e ritmo próprio de cada sujeito. As gravações foram transcritas imediatamente após as entrevistas, para que pudessem ser utilizadas em forma de texto para análise neste estudo.

A análise dos dados empíricos tem por objetivo “compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido” ⁽³⁵⁾. O discurso é produzido no interior de instituições, de grupos, de um determinado contexto social e a partir de uma construção histórica.

o Discurso é a linguagem em interação, ou seja, é o efeito de superfície de relações estabelecidas e do contexto da linguagem. O texto é o discurso acabado para fins de análise. Todo texto, enquanto corpus é um objeto completo. É dele que partem possíveis recortes ⁽³⁵⁾.

A análise do texto que resultou das respostas dos pesquisados incluiu a leitura minuciosa, atenta e reiterativa dos relatos com o objetivo de buscar o sentido das falas dos sujeitos, que representa a produção social desse grupo.

Após a transcrição, os dados contidos no texto foram ordenados, classificados em categorias conectadas numa lógica unificada, configurando os temas. Os temas representam as categorias empíricas. Os temas apresentados a seguir utilizam trechos de discursos dos sujeitos na íntegra, apreendidos nas entrevistas e dialogam com os autores de referência desta pesquisa. O conjunto de categorias resultantes desta classificação foi objeto

da análise final, de interpretação destes dados, momento em que se articula a teoria e prática ⁽⁴⁵⁾.

As categorias gerais são as analíticas e as categorias específicas são as empíricas. As categorias gerais são aquelas balizadas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. As categorias específicas são as que expressam a realidade empírica. As categorias analíticas utilizadas para a análise dos dados do presente trabalho encontram-se nas bases conceituais.

A partir do processo descrito acima, surgiram os seguintes temas, decorrentes das categorias empíricas identificadas nos discursos dos sujeitos pesquisados:

- a. O Hospital Psiquiátrico: o lugar da crise
- b. A internação da crise
- c. Desinstitucionalização: a desconstrução de saberes
- d. O hospital e a rede em crise
- e. A persistência da cultura hospitalocêntrica
- f. A crise do novo hospital
 - Internação breve e pacientes de longa permanência
 - Desinstitucionalização e Trans-institucionalização: o direito de morar
- g. O hospital psiquiátrico e a família em crise
- h. O hospital psiquiátrico e a sociedade

4. DISCUSSÃO E ANÁLISE

4.1 O hospital psiquiátrico: o lugar da crise

Ao se referirem ao hospital psiquiátrico e à sua função, os trabalhadores entrevistados falam sobre um lugar exclusivo para tratar a crise do paciente. Portanto, admitem que a função atual do hospital psiquiátrico é a de ocupar-se do momento em que a crise ocorre e que conduz o paciente à internação, conforme verificamos nos discursos abaixo:

“Na verdade, a função do hospital psiquiátrico é tratar o paciente num momento de crise”

“Olha, na verdade, assim, pela experiência que eu tenho aqui, a função do hospital é ... o que eu sempre digo para as famílias e para as pacientes é sempre assim: a melhora daquele momento da crise da doença”

“Eu acho que têm algumas [funções], mas a mais importante, desde que a gente tá aqui no hospital de agudos, é a proteção ao paciente num momento de crise ... o atendimento do paciente nesse período”

O hospital, como espaço para atendimento da crise, leva a um entendimento de assistência que inevitavelmente se fragmenta em relação aos aspectos que compõem a totalidade do sujeito na sua existência-sofrimento.

A redução da pessoa à crise, e por extensão à doença,

incorre no máximo da simplificação de uma relação onde por um lado, o próprio paciente já se encarregou de reduzir-se a si mesmo a um sintoma, objetivando-se diante da sua existência de sofrimento e por outro lado o hospital, que reconhece e que aceita de forma especular, reforçando esta simplificação, oferecendo ao paciente um modelo simplificado e reducionista de atenção ⁽⁵⁴⁾.

Da perspectiva dos entrevistados, pode-se considerar que o momento de crise significa um recorte na vida subjetiva, quando se trata a “crise” e não o sujeito, destituindo-a de tudo que ela possa significar, e excluindo do processo, o próprio sujeito que a vivencia.

Neste sentido, para tratar o “momento de crise” ou a “crise” em um determinado “momento”, desconsidera-se a crise como fenômeno significativo ligado ao sujeito, à sua história, à sua inserção numa determinada organização social, ao seu modo de compreender o mundo e de andar a vida.

No hospital, o paciente passa a ser um “estranho-estrangeiro”. Estranho porque não reconhecido e estrangeiro porque fora do seu mundo relacional. Neste “momento da crise” o paciente é convocado a sair de si mesmo e de sua vida, para que sua “crise” seja “emprestada” voluntária ou involuntariamente ao hospital e submetida ao reparo e à “proteção” de outros – a equipe - que da mesma forma “estranhos”, passam a assumir a responsabilidade que, em nome da ordem social, advém uma atribuição tutelar absoluta, injusta e desnecessária.

A simplificação do sujeito à crise e o modelo de atenção, também simplificado, oferecido ao paciente, impedem o hospital psiquiátrico de também “colocar-se em crise”, ou seja, o serviço nega as suas contradições

e os seus fracassos, deixando, portanto, de superá-los, assumindo que a “crise é sempre do paciente” ⁽⁵⁴⁾.

Deste modo, com a ênfase na crise, o hospital como função, parece ser o lugar “especial” e “privilegiado” para uma experiência da vida, que se vive fora dela, conforme podemos observar na fala de um entrevistado que destaca o hospital como lugar exclusivo para a crise:

“Veja, eu acho que o hospital psiquiátrico sempre vai ter uma função dentro do esquema de tratamento do doente mental”

Com este entendimento de crise, é possível realizar um exercício sobre a forma como se dá esta dinâmica: a crise ocupa-se do espaço que lhe é reservado no hospital e não pode se manifestar em nenhum outro lugar, porque senão ela é novamente capturada por ele. Enquanto isso, a experiência da vida, destituída de si mesma, vai se reduzindo às várias e sucessivas crises, sempre decorrentes de uma perene e vigorosa “doença” que se consolida na dimensão tempo-espaço da cronificação.

4.2 A internação da crise

O lugar da internação da crise - o hospital psiquiátrico - faz parte do *circuito psiquiátrico clássico*, isto é, aquele leva os pacientes à internação, entendendo o hospital como ponto terminal, após a falência de todas as outras instâncias “especializadas” pelas quais os pacientes passaram e por que funcionando de maneira fragmentada e não coordenada numa determinada comunidade, “não prevêem a elaboração do fracasso, são feitos para atender a necessidades específicas, são seletivos e impermeáveis entre si” ⁽⁵⁴⁾.

O ingresso neste circuito fragmentado e que por sua vez leva ao hospital psiquiátrico é

definido toda vez, de acordo com os sistemas de reconhecimento, como limite do sofrimento, do distúrbio, da periculosidade social, da miséria individual, do peso das relações familiares ou trabalho, da diversidade de comportamentos, da intolerância e da violência daquele particular tecido social ⁽⁵⁴⁾ [de onde se origina o paciente].

Mas afinal, de que crise estes trabalhadores estão falando?

A concepção de crise baseia-se na determinada “visão de mundo” de diferentes sujeitos ou grupos sociais e pode sustentar os mais diversos conceitos. Evidencia-se nos discursos desses sujeitos, o seguinte:

“Em minha opinião, eu vejo que a função é tirá-los [os pacientes] da crise, de um surto - que são vários: tem depressão, tem ansiedade...”

“ele [o hospital] tem um papel de tratamento, efetivamente, de paciente que por algum motivo teve um

surto, teve uma descompensação e necessita ser internado para que ele possa ser tratado”

“a internação se faz necessária quando realmente o paciente não tem condições de estar se cuidando em casa, de estar com tratamento ambulatorial quando ele está em surto”

Depreende-se destes fragmentos discursivos que a visão de mundo que parece sustentar a compreensão de crise, por estes trabalhadores, alinha-se à interpretação racional dos fenômenos, na dimensão da causa e efeito, sob influência da ciência positivista, que até pode admitir um conjunto de fatores multicausais que intervêm no surgimento da crise, ao contrário do modelo da unicausalidade, que um dia prevaleceu para a compreensão dos fenômenos relacionados à vida e morte, saúde e doença, atribuindo-lhes uma causa externa, de natureza metafísica.

Contudo, tal compreensão pressupõe o controle destes fatores multicausais, como garantia para a correção de um dado desequilíbrio ou de um funcionamento anormal que precisa ser corrigido, resolvido, equilibrado ou compensado e, desta forma observa-se coerência entre concepção de crise e intervenção nela.

Como exemplo disto, com relação à função do hospital, destaca-se a seguinte fala de um trabalhador:

“A função do hospital psiquiátrico é prover cuidados de assistência a pacientes que sofrem de transtornos psíquicos, então o papel do hospital é principalmente um papel para resolução dos sintomas agudos”

O controle da crise se restringe, nesta perspectiva, à remissão dos sintomas agudos, ou do controle do surto, compreendido aqui como o desencadeamento súbito e periódico da doença, agravada por fatores diversos de ordem material e ou subjetiva.

Pode-se entender ainda os sintomas agudos como fortes sinais dos transtornos psíquicos, que se evidenciam de forma repentina em maior ou menor grau, podendo ser eles: grande irritabilidade e agitação psicomotora, auto e hetero-agressividade, delírios e alucinações, confusão mental e desorganização dos processos cognitivos e do pensamento, desorientação temporo-espacial, inadequação social e outros fenômenos clássicos descritos pela nosografia psiquiátrica.

Tais sintomas, quando tomados como objeto de cuidado do ponto de vista médico, são tratados com recursos medicamentosos em procedimentos de contenção química, o que é coerente com a concepção de crise apreendida.

Talvez seja desnecessário dizer, mas não se desqualifica a utilização de tais recursos. Tais procedimentos, quando indicados e aplicados adequadamente, com critérios técnicos, poderá auxiliar na intervenção terapêutica, interagindo com as demais ações do cuidado e atenção à crise desenvolvidas pelos demais trabalhadores.

O recurso à internação é, em psiquiatria, geralmente determinado, nas situações de crise, por uma decisão técnica (de gravidade) e administrativo-legal (referente de modo mais ou menos oculto, à periculosidade social e pessoal). A internação furta a pessoa ao seu contexto e a subordina à regras institucionais baseadas em uma abordagem medicalizante. Na realidade, a observação clínica limita o próprio interesse específico à área

sintomatológica e é incompatível com a vida integral do paciente”⁽⁵⁴⁾.

O problema que se instala aqui é que o conceito de crise, neste sentido, passa a ter para grande parte dos entrevistados deste estudo, levados a reboque pela psiquiatria e pelo lugar onde ela reina, uma conotação restrita de “doença”, uma vez que decorre dela (doença), tornando-se o foco das intervenções durante o período de internação hospitalar:

“numa crise quando o paciente tem aquele momento de surto ele tem que ficar internado num hospital adequado para isso, que trate disso, para que ele em menos tempo possível tenha seu retorno para a sociedade”

“Eu acho que a visão do médico sobre a instituição de psiquiatria sobre os tratamentos dos pacientes ela tem que ser dirigida, sem dúvida nenhuma, prá essa questão de tratamento focado, dirigido prá sintomas agudos, com uma permanência de internação de curto período”

Por sua vez, o foco da intervenção orientado para a crise e para a doença, durante o período de internação psiquiátrica de “caráter breve” ou de “curto período” como descrito acima, mesmo considerando outros aspectos a elas relacionadas (natureza social ou subjetiva), é feito de maneira complementar, de modo a manter tais aspectos como periféricos, como uma série de fatores isolados numa relação que se limita à relação causa-efeito entre eles, reafirmando uma concepção multicausal do fenômeno (a-histórica e biologicista).

Para o universo pesquisado, a concepção “crise-doença” se dá sob a base biológica do ser, apenas complementada por aspectos psicológicos e sociais, com o devido reconhecimento de sua pertinência e relevância, mas compreendidos como meros adereços, o que pode levar à fragmentação das ações na atenção à crise.

Para se definir crise de forma diferente, é preciso além dos

problemas emocionais, psicológicos, de relação, sociais e os fatos de vida que assumem as características da crise”, considerar também a organização psiquiátrica existente naquela determinada comunidade de onde vêm os pacientes e o momento histórico particular em que ocorrem os eventos ⁽⁵⁴⁾.

Os autores alertam para a complexidade de fatores que determinam a crise e do mesmo modo, a resposta necessária a ela. A complexidade da crise determina a complexidade da estrutura e funcionamento dos serviços, que devem ser abertos e flexíveis, para que de fato possam dar respostas à crise.

Para esses autores, a atenção à crise deve se dar em serviços totalmente inseridos num dado território, onde se possa não somente conhecer, mas interagir com os elementos próprios da vida concreta dos sujeitos em relação com sua comunidade e com as pessoas do seu convívio familiar, incluindo-os como recursos necessários para a oferta terapêutica, diante da existência em sofrimento do sujeito ⁽⁵⁴⁾.

As bases conceituais que sustentam as práticas dos entrevistados, conforme suas especificidades, não ficam evidentes nos discursos. Entretanto, independente da formação profissional, o discurso de onze dos

pesquisados revelam que suas concepções sobre doença, tratamento, crise, estão vinculadas ao saber psiquiátrico ou sob efeito de suas ações.

Desta forma, os relatos dos trabalhadores ficam impregnados de uma linguagem muito própria do universo da psiquiatria, levando a uma homogeneização do discurso, mesmo que muitos dos entrevistados tenham citado ações “específicas” do seu cotidiano, em conformidade com suas atribuições específicas e do seu “saber-fazer”, que se alinham ou não com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

No entanto, um entrevistado ao falar da função do hospital psiquiátrico, reforça e enfatiza a crise e o caráter breve de intervenção sobre ela como o objeto focal do hospital psiquiátrico, e tece, diferentemente dos demais, a partir de um discurso representativo, considerações a respeito de como concebe o tratamento no hospital, que trata deste objeto específico e esboça um instrumento peculiar para o desenvolvimento das ações terapêuticas que são propostas e compartilhadas com os demais profissionais da instituição:

“Eu acredito que o hospital tenha que ter essa especificidade prá acolher o doente mental num momento agudo da crise, ou seja, a nossa especialidade enquanto tratamento aqui é ajudar essa pessoa de certa forma a servir a malha existencial que se rompe num momento de crise”

“a maioria [dos psicólogos] tem formação em psicanálise, mas na pós-graduação acabou estudando fenomenologia existencial, que é uma perspectiva de compreensão do fenômeno doença mental que permite intervenções de curto prazo. Então, a metodologia

interventiva aqui dentro do hospital também é atravessada por essa questão da inclusão social. Então, nós temos, por exemplo, grupos de atenção psicológica, nós temos atendimento individual no esquema de psicoterapia breve focal, nós temos plantão psicológico, voltado pros pacientes e temos plantão psicológico voltado prá família desses pacientes, porque a gente parte do seguinte pressuposto: esse momento de crise que é um momento de perda de sentido, um momento extremamente ansiógeno prá essa pessoa, traz vivências ruins, mas também pode ser um momento extremamente benéfico como processo de ressignificação dessa experiência, prá que algo novo se instale na relação dela consigo mesma e com o mundo, então a gente abre um espaço de atendimento não só pros nossos pacientes mas prá essa família que também é obrigada a receber essa pessoa, acolher essa pessoa no momento da crise(...)"

Admite-se nesta linha discursiva (da perspectiva teórica da fenomenologia e, portanto das ciências humanas) o “acolhimento à existência”, “busca de sentido”, “campo relacional”, “ressignificação da experiência” baseada no sofrimento psíquico dos pacientes e seus familiares, que escolhe o “sujeito da experiência” como objeto de intervenção terapêutica e que opõe-se à linha anterior, que define a terapêutica baseada na remissão ou “resolução dos sintomas” e, portanto, da crise, escolhe a “doença” como seu objeto, cuja perspectiva teórica é a das ciências positivistas, no campo das ciências naturais.

Com relação às “visões de mundo” diferentes sobre objetos diferentes de ação, coexistentes no mesmo espaço de tratamento, cabe ressaltar essa

contradição, existente nos campos conceituais dos modelos de assistência em saúde mental.

Tal constatação, feita na dimensão *singular* da realidade, permite discorrer de forma crítica e ampliada sobre o que este fato pode representar na dimensão *estrutural* – a das políticas de saúde mental, uma vez que se torna matéria importante para a discussão entre os “reformadores”, com relação às questões epistemológicas que sustentam as bases dos saberes constitutivos da psiquiatria mas também da própria psicanálise⁵, que necessitam ser paradigmaticamente transformadas a favor de uma clínica apropriada ao campo psicossocial (colocar a clínica entre parêntesis ⁽⁴⁹⁾).

Portanto, mesmo com relação às referências teórico-conceituais ou às intervenções praticadas nos hospitais psiquiátricos que não se reduzem ao “sintoma-crise-doença” e que tomam para si o sujeito como objeto, podemos problematizá-las à luz dos princípios da desinstitucionalização, que, ao contrário do que se costuma conceber, de modo equivocado, não se limita à reorganização dos serviços ou simplesmente à reestruturação administrativa e técnica do modelo de assistência psiquiátrica, nem mesmo reduzem-se à desconstrução dos hospitais psiquiátricos, como já salientamos nas bases conceituais deste estudo ⁽⁵⁴⁾.

⁵ Sobre esta questão, ver Paulo Amarante P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial, Nau: Rio de Janeiro; 2003 p.45-63.

4.3 Desinstitucionalização: a desconstrução de saberes

O conceito de desinstitucionalização foi superado

como sinônimo de racionalização de recursos, de otimização, ou ainda de mera desospitalização – passou a utilizar o termo no sentido de designar as múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida” ⁽⁴⁹⁾.

Neste sentido há que se considerar, no processo da desinstitucionalização, uma importante e difícil desconstrução: a do saber-fazer médico-psiquiátrico que alimenta as práticas equivocadas da exclusão por meio da institucionalização, em função da lógica do método pineliano (isolar – observar – descrever – tratar) constitutivas do seu saber e do seu fazer e da escolha da “doença” como objeto de sua intervenção, em detrimento do sujeito emancipado e constituído de direitos.

Desta forma, na dimensão do campo epistemológico é necessário reconstruir conceitos e produzir novos saberes que coloquem as pessoas em novos modos de relação, livres do estigma da loucura e que desta forma, possa transformar os serviços e dispositivos dos quais se lança mão para tratar e mais do que isso, acolher as diferenças ⁽⁴⁹⁾.

Entretanto, olhada da perspectiva crítica, encontra-se a “tradicional clínica” nas instituições psiquiátricas, incluindo os equipamentos substitutivos, mas, sobretudo no hospital psiquiátrico, que sobre as bases conceituais coerentes com sua prática asilar, em transformação, são contraditórias, do ponto de vista dos princípios da desinstitucionalização, como vimos até o momento.

O hospital psiquiátrico segue o mesmo padrão reducionista do sujeito, concebendo-o apenas como doença. Ao discutir a clínica no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, respondendo à antiga crítica que a reforma e os reformadores estariam negligenciando a clínica em detrimento de ações sociais e políticas, Amarante diz que, a exemplo da desconstrução do conceito de doença, “a clínica também deve ser desconstruída, transformada em sua estrutura, pois a relação a ser estabelecida não é com a doença, mas com o sujeito da experiência” ⁽⁴⁹⁾.

No entanto, não é de surpreender com afirmativas que colocam a doença à frente do sujeito, pois esta tem sido no mundo contemporâneo, a visão hegemônica que sustenta a concepção de crise, de doença e as práticas de saúde. A visão que sustenta esta concepção de crise exerce um efeito sobre o modo de compreender o processo saúde-doença, baseado na busca das causas aparentes e imediatas.

A compreensão do processo saúde-doença está relacionada aos valores da sociedade, da cultura e à forma de organização social – política e economicamente. É um processo construído historicamente.

Basaglia alertava com relação à psiquiatria que colocou o sujeito entre parênteses, evidenciando a doença. A desconstrução deste paradigma deve se dar, segundo ele, com a inversão desta lógica, colocando a doença entre parênteses, a fim de fazer emergir o sujeito em sua experiência ⁽⁵⁵⁾.

o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da ‘existência global complexa e concreta’ dos pacientes e do corpo social ⁽³⁴⁾.

Os modelos da unicausalidade e da multicausalidade, já referidos, aderentes àquela concepção,

têm-se mostrado insuficientes para explicar o comportamento das doenças na sociedade, especialmente nas diferentes classes sociais. Contrapondo-se a elas e, portanto, buscando uma explicação cuja lógica não resida em causas aparentes, mas na essência dos problemas, surgiu a teoria da determinação social do processo saúde-doença ⁽²⁾,

que baseado no materialismo histórico e dialético, considera a organização social determinante fundamental das manifestações deste processo e, por sua vez, é determinada pelos processos de produção e reprodução social.

Portanto, o modelo atual da psiquiatria e do hospital psiquiátrico, construídos socialmente e determinados historicamente, produzem e reproduzem práticas a serem superadas por um modelo que possa conceber o sujeito em sua experiência de sofrimento psíquico, ao invés da “doença” e por conseqüência a “crise”, uma vez que pretensamente ou supostamente foi desencadeada por ela.

Um outra concepção do processo saúde-doença, que por sua vez, determinaria necessariamente a redefinição do objeto da psiquiatria e conseqüentemente a função do hospital psiquiátrico, esboça-se na fala de uma trabalhadora entrevistada:

“então a gente tem uma preocupação de estar ocupando o lado saudável também desse paciente para que ele volte ao convívio dele, para que ele não se sinta só um doente dentro do hospital, porque ninguém é só um doente, então tem um outro lado dos pacientes”

Esta perspectiva de relação com o sujeito, no sentido de concebê-lo como ser histórico e em relação, ao contrário de simplificado e objetivado na crise-doença, poderá ser a grande contribuição, embasada numa nova visão de mundo, para o processo de busca de outros modos de relação, de cuidado e de acolhimento do paciente nas suas experiências de sofrimento psíquico, intrinsecamente relacionadas à sua existência.

Desta maneira, seria possível avançar no processo criativo de “invenção da saúde” e dos serviços de resposta à crise, que tenham na sua base, instrumentos e operadores alinhados à oferta terapêutica adequada às necessidades do sujeito, no seu lugar de vida concreto.

Neste sentido, frente às contradições em relação à concepção de crise-doença e sujeito-existência, o hospital psiquiátrico, por meio de seus operadores, é convidado a repensar epistemologicamente o seu objeto de intervenção e logo, os seus instrumentos e processos de trabalho, uma vez que “a ênfase não é mais colocada no processo de ‘cura’ mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’”⁽³⁴⁾.

Até aqui, foram aqui consideradas as questões referentes à base epistemológica que sustenta as concepções de crise, do processo saúde-doença e das práticas interventivas do hospital psiquiátrico em torno de sua função, segundo os trabalhadores.

Na tentativa de uma pequena síntese, elegeu-se o fragmento discursivo de um trabalhador entrevistado, que resume a função do hospital como: atendimento da crise aguda, internação breve em local especializado - o hospital psiquiátrico - que traduz a realidade da cidade de São Paulo na atualidade:

“Eu acredito que a função do hospital hoje em dia tem que ser essa: de acolher num momento agudo em curto espaço de tempo com uma equipe voltada, com profissionais especializados em acolher o doente nesse momento agudo, então seria essa a função restrita do hospital”

A construção histórica e socialmente determinada do significado de: “tratamento” de um “doente” com “sintomas” de uma “doença” no “hospital psiquiátrico” e dos conceitos que lhe dão sentido, a partir da discussão sobre as bases que sustentam os saberes e práticas atuais no campo da atenção psiquiátrica, influenciam fortemente os pilares de um paradigma muito difícil de romper-se.

“eu já acho que deveria ser o contrário, eu acho que deveriam ter mais hospitais com essa estrutura, com essas condições para fornecer pro indivíduo em menos tempo uma reintegração na sociedade e a gente sabe que são muito poucos hoje em dia e que não é o que acontece”

“Procura uma consulta... é mais grave do que uma consulta pode resolver, a pessoa fica em casa sozinha ou acompanhada de familiares que não tem experiência de como tratar e acaba se expondo a risco, a função do hospital seria essa, dar essa retaguarda no momento de crise”

“é medicar e integrar o paciente a sociedade sem os cuidados devidos, ele não vai ser reestruturado, ele vai ser jogado de volta para a sociedade, ele que se vire com os problemas, eu acho que não é por aí. O hospital eu acho que não, o hospital ele oferece condições dele

juntar os cacos, se formar uma nova pessoa e se reintegrar à sociedade”

Ainda sobre a desconstrução do paradigma psiquiátrico,

ele não se realiza consensualmente porque frente à presença da diversidade, da aproximação daqueles que são negados, se faz necessário sempre estar desconstruindo os preconceitos, símbolos, valores, afetos, que tecem a representação social da loucura ⁽⁵⁶⁾.

Os discursos dos entrevistados apontam para a relação (em crise) do hospital psiquiátrico com a rede substitutiva de atenção à saúde mental de base comunitária.

4.4 O hospital e a rede em crise

Para os pesquisados a lógica que prevalece para a atenção à crise, nos serviços substitutivos de saúde mental, é a mesma que vigora para a manutenção do modelo hospitalocêntrico, ou seja, o trabalhador entende que o serviço substitutivo deve ter algo que o hospital tem para atender a crise, o que é incoerente com a função do serviço substitutivo.

Não significa que o serviço substitutivo não pode atender a crise, mas há uma desconfiança com relação à sua resolutividade, pois, para atender a crise, é necessário os recursos próprios de um hospital:

“Em muitos casos o paciente fica um pouco melhor e ele acha que não precisa tomar mais a medicação, aí ele entra numa crise forte que não tem como. Ele tem que... entendeu? Nesses casos tem que ir para uma instituição [hospital] para poder sair dessa crise e poder continuar o tratamento”

“Porque eu vejo o CAPS como um tratamento, vamos dizer, como se fosse um tratamento paliativo. O hospital, ele tem a estrutura de estar com o paciente ali. Um CAPS não segura um paciente num surto, numa agitação. São os pacientes que já estão num quadro mais evoluído, adequado [comportamento] que vão lá para continuar fazendo o seu tratamento. É assim que a gente vê o CAPS. No ambulatório a mesma coisa. Você tem um Hospital-dia (...) eu conheço tanto o CAPS, como um hospital psiquiátrico. Não supre não”

“ambulatório é como o hospital-dia e numa crise quando o paciente tem aquele momento de surto ele tem que

ficar internado num hospital adequado para isso, que trate disso, para que ele em menos tempo possível tenha seu retorno para a sociedade, porque a família não tem como levar um paciente para casa em estado agressivo, eu acho que não tem como”

Tal paradigma ainda hegemônico está numa transição geradora de crises e contradições, em função de um novo que se aproxima. Por um lado, o hospital psiquiátrico e a psiquiatria que o fundou e de outro, os serviços substitutivos e a construção de suas bases teórico – práticas.

“o serviço [substitutivo] é capaz de perceber, conhecer, entrar em contato e elaborar a rede de reações e de conflitos que constituem os limites da crise, de outra maneira escondidos, fragmentados, banalizados e desprovidos de significado, graças àquele processo de simplificação que se verifica, via de regra, nos modelos baseados na centralização do hospital psiquiátrico”⁽⁵⁴⁾.

Portanto, tendo em vista a ênfase do hospital psiquiátrico na função de tratar a “crise-doença”, pode-se apreender dos discursos dos sujeitos, falas a respeito de um tema – antítese: a rede substitutiva, emergindo ora espontaneamente, ora sob efeito desta pesquisa.

Ainda assim, é possível constatar a partir dos resultados obtidos, que apenas um trabalhador faz referência ao CAPs III como equipamento capaz de oferecer respostas à situação de crise vivenciadas pelo paciente, mesmo assim, de forma não substitutiva.

“A rede precisa se estruturar melhor. A partir do momento que ela tem CAPS 24h, que tenha um suporte

efetivo, então eu acho que são muito menos os casos de internação, se o paciente aceitar o tratamento”

Desta forma, e por vários motivos, pode-se concluir que os trabalhadores dos dois hospitais psiquiátricos pesquisados, de modo geral, desconhecem ou negam a função do CAPS III.

“Eu não sei exatamente o que é um CAPS 24h, mas, eu digo em termos de internação psiquiátrica: isso [CAPS] jamais vai poder se prescindir disso [internação]. Se a gente decidir por decreto prescindir disso, nós vamos ter problemas para o doente em primeira ordem, para a família em segunda ordem e para todo mundo em terceira ordem”

A resposta que a Reforma Psiquiátrica vem construindo para enfrentar esta forma de compreender a atenção à crise é a operacionalização dos serviços comunitários tipo CAPS III, que pode ocupar o espaço de excelência para a atenção à crise de pessoas portadoras de sofrimento psíquico em regime de 24 horas, com a disponibilização de hospitalidade noturna, conforme a atual política pública de saúde mental no Brasil:

O CAPS é um serviço de saúde *aberto e comunitário* do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e / ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de *cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida*” ⁽⁴⁾ (grifos meus).

Sobre o objetivo, o CAPS deve

oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser *substitutivo* às internações em hospitais psiquiátricos ⁽⁴⁾ (grifos meus).

Ainda sobre a função dos CAPS:

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente *aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro*. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o *sujeito e sua singularidade*, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana” ⁽⁴⁾ (grifos meus).

Os CAPS estão estruturados conforme a especificidade da demanda, porte (estrutura física, dimensionamento de recursos humanos, diversidade nas atividades terapêuticas). O CAPS III, segundo o Ministério da Saúde “são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência, com transtornos mentais severos e persistentes” ⁽⁴⁾.

Quando foram feitas referências à rede substitutiva, pelos entrevistados, os mesmos destacaram os Serviços Ambulatoriais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II), existentes no município de São Paulo como referência para a continuidade de tratamento.

“Quando o paciente sai daqui [hospital], ou por ele, vai para um hospital-dia que dá o acompanhamento, como ele vai para um CAPS que é a ressocialização, ele tem esse suporte. Então a gente faz de tudo para que ele tenha esse suporte na rede, para que ele consiga viver

fora do hospital. O objetivo é que ele viva fora do hospital com esse novo modelo”

“Ter encaminhamento para CAPS, para HD, para algum apoio lá fora, para não ficar dependendo só do hospital”

“e o encadeamento do tratamento com outras modalidades como hospitais dia e também tratamentos ambulatoriais”

Os equipamentos substitutivos são valorizados pelos entrevistados sempre com a expectativa de que, por meio dos encaminhamentos pós-alta, estes cumpram a exclusiva função de dar continuidade às intervenções terapêuticas necessárias para que, de modo “preventivo” evitem as novas situações de crise dos pacientes.

“Então eu tenho feito contato com alguns CAPS, CECCOs, antes quando o paciente vai sair de alta eu procuro fazer um contato anterior pra já fazer este primeiro preparo para que este paciente efetivamente chegue, a gente verifica também a questão de triagem para quando o paciente sai, ele já sai com uma continuidade de tratamento”

“os CAPS auxiliam bastante, o CECCO tem dado uma força neste sentido, são coisas que auxiliam a gente, a você não trazer de novo o paciente para dentro do hospital, para ele não voltar com uma internação, acho que ir a um bom ambulatório também pode segurar o paciente lá fora sem precisar de internação.”

Os dados deste estudo informam que no atual contexto, o hospital psiquiátrico assume para si a responsabilidade pelo controle dos sintomas da crise apresentada pelo paciente agudo, desencadeada pela doença. Os trabalhadores dos hospitais esperam que a “rede”, em contrapartida, a mantenha afastada do hospital psiquiátrico e por consequência, das sucessivas “reinternações” que possivelmente, neste contexto, significa o fracasso diante de todo o investimento feito pela equipe durante o período de permanência do paciente no hospital, conforme dito abaixo:

“então assim, me dói como profissional da área ver que meu trabalho está sendo perdido por que não tem uma retaguarda competente, eficiente, capaz de assumir esse tipo de paciente e aí você revê esses pacientes ali num tempinho: - ah, você veio, está de novo aqui ou quando não, é transferido para um outro hospital, então isso dói pra gente por que você se empenha, você batalha, você quer que o paciente melhore, mas isso se perde no meio da história”

Portanto, os equipamentos substitutivos são valorizados na medida em que cumpram bem este papel preventivo da crise e correspondam a estas expectativas, de forma complementar e nunca de forma substitutiva:

“eu vejo também a importância de ter um hospital nesse momento de crise. Os CAPS são muito importantes, mas eu acho que no momento da crise [o paciente] precisa de uma atenção maior”

Dell'Acqua e Mezzina, ao defenderem e descreverem sua experiência em serviços abertos, de base comunitária, para resposta a crise referem que,

“a reconstrução da história através dos múltiplos momentos de contato e de conhecimento entre o serviço e a pessoa, nos seus locais de vida, com a rede das suas relações, com os seus problemas materiais e concretos, tende a colocar a crise no interior de uma série de nexos que são capazes de torná-la compreensível (não de explicá-la!), de dar um senso à crise e, enfim, de recuperar a relação entre as valências de saúde, os valores de vida e a própria crise”⁽⁵⁴⁾.

No entanto, mesmo considerando a existência dos serviços substitutivos no município de São Paulo (CAPS II, enfermaria psiquiátrica em Hospital Geral), persiste uma forte cultura em torno do hospital psiquiátrico como sendo, para os trabalhadores, quase que única possibilidade de resposta à crise.

Pode-se também constatar, a inexistência de CAPS III em funcionamento na rede substitutiva da cidade, embora verifique-se no quadro de serviços substitutivos do Ministério da Saúde (Anexo 2) a habilitação de um serviço desta natureza no município de São Paulo.

Apenas dois entrevistados fazem referência às Enfermarias Psiquiátricas em Hospitais Gerais, que são assim como o CAPS III equipamentos de atenção exclusiva à crise aguda.

“o hospital do servidor público estadual ele tem uma ala de psiquiatria em hospital geral, mas tem pacientes que claramente se beneficiam mais de estarem em um hospital de qualidade e de um tratamento diferenciado bem feito. Claro que com projeto de agudos, dificilmente a gente trabalharia com uma média de internação maior

que vinte dias, mas muitas vezes eu também tinha dificuldades, o paciente quando terminava... “

“você por num hospital geral, nada contra, da minha parte nada contra, para a gente enquanto médico é até fantástico porque você vai conviver num ambiente com outros colegas, uma coisa mais dinâmica do que ficar num hospital só psiquiátrico, mas o duro é saber que aquele hospital lá não quer a psiquiatria lá dentro, todo mundo fala que quer, mas põe mil obstáculos. Anos e anos que se fala em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, você vai encontrar pouquíssimas, porque a diretoria exige isso, aquilo, na verdade embroma, porque ninguém quer porque é considerado um pepino, então fica lá, vai lá naquele prédio longe, no meio do mato e lá some o problema”

No entanto, os sujeitos acima, mesmo se referindo a um equipamento hospitalar, mas substitutivo, mencionam dificuldades para a abordagem terapêutica ou de implantação e sustentação de tais ações na rede.

4.5 A persistência da cultura hospitalocêntrica

A cultura hospitalocêntrica é entendida, neste contexto, como aquela que hegemonicamente vem se mantendo em torno das internações em hospitais psiquiátricos em decorrência das situações de crise, em detrimento da atenção à crise nos equipamentos de saúde de base territorial.

Uma transformação fundamental: o fim da centralidade e hegemonia do hospital como lógica da exclusão e reparação da doença, para investir a partir dos lugares, da sociedade, do território como a possibilidade de invenção da Saúde dos cidadãos”⁽⁵⁴⁾.

Em relação à internação em hospital psiquiátrico, uma das entrevistadas defende o direito do paciente em crise, a ter acesso a esta modalidade de intervenção, além do direito à doença, como declarado abaixo:

“Você tem o direito de se internar. Quando a pessoa opera o coração ela tem o direito de ser internada, a pessoa tem um filho vai ser internada, qualquer um vai ser internado, o doente mental também tem o direito de ser internado quando ele está numa situação que ele não sabe resolver sozinho. Então eu acho que prescindir da internação psiquiátrica é uma discriminação gravíssima, porque todo mundo tem direito de se internar menos o doente mental. Então na verdade não é a psiquiatria que discrimina a sociedade, é a sociedade que discrimina o doente psiquiátrico. Se ele está grave, ele tem o direito de contar com a internação, por breve que seja, mas ele tem o direito de ser internado. Então, ali [no hospital] ele vai ter recurso intensivo, ele vai ter um cuidado intensivo com vigilância se for o caso, uma

coisa intensa naquela crise. Depois tudo bem. Ele sai como todo mundo sai das suas 'n' interações diferentes"

"porque a pessoa está desorganizada totalmente, ela não tem culpa. Ela é doente, ela é doente da cabeça como você pode ser doente da mão, do pé, de qualquer lugar, ela tem direito de ser doente porque se ela nasceu com esse problema, nós não podemos achar que a doença dela não pode existir, porque todas as doenças podem existir. Todos os doentes podem ter o direito de ser doentes, e doente mental não tem direito de ser doente. Ele é doente, então ele precisa ter um local [referindo-se ao hospital]"

No entanto, para a Reforma Psiquiátrica, a *"garantia de direito de asilo"* [...] *"não significa isolamento ou reclusão"* ⁽⁵⁶⁾. Desta forma, as afirmações em torno das condições necessárias para a superação do modelo hospitalar, incluem:

disponibilidade no sentido de livre acesso e agilidade de resposta às situações de crise; inserção no território; inversão de investimento significando dar ênfase à reprodução social dos usuários e processo de valorização entendido como as instituições viabilizarem formas de atuação que aumentem as condições de possibilidade para que os usuários participem do processo de trocas e intercâmbio social ⁽⁵⁶⁾.

Ainda a propósito de um sistema de saúde mental substitutivo ao hospital psiquiátrico, Nicácio ressalta que a tutela na *"cultura da inovação"*, não se pode entendê-la como isolamento ou proteção, mas como tutela terapêutica, que tem outro valor: a de emancipação do sujeito,

diferentemente de como se concebe na cultura manicomial. A tutela como direito à saúde ⁽⁵⁶⁾.

A entrevistada abaixo relata que mesmo que na rede exista um CAPS com leito, estes seriam insuficientes para atender a demanda de pacientes e que, portanto, ainda haveria a necessidade de leitos em hospitais psiquiátricos:

“Então, porque assim: tem a idéia de CAPS com leito, mas aí não teria estrutura suficiente. Não seria suficiente só leito no CAPS. Eu acho importante ter leito dentro do hospital, pelo número de pacientes ser muito grande, mas o que é importante priorizar é a internação breve. Só no momento da crise mesmo, a partir do momento que ela [a paciente] consegue se organizar e voltar a ter autonomia, aí encaminhar pra um serviço de apoio da comunidade”

Neste sentido, a função central do hospital psiquiátrico, diante da crise que se instala nos modelos operativos da rede, frente à sua fragmentação é o da persistência deste (o hospital) que

como coletor de rejeitos destes modelos operativos [o hospital] garante assim a sua própria limpeza prática e ideológica, isto é, a possibilidade de utilizar acriticamente esquemas técnicos impermeáveis e seletivos que individualizam especificidades, classificam comportamentos e homologam faixas de problemas, para os quais prevêm sempre respostas pré-formadas, buscando interpretar a condição de crise dentro de parâmetros definidos e controláveis” ⁽⁵⁶⁾.

Outra entrevistada reconhece a rede como possibilidade de assegurar ao paciente que este não seja reinternado em decorrência de uma crise,

desde que o mesmo faça o tratamento medicamentoso adequadamente, sensibilizado para o uso regular do mesmo.

“Quando ele está em crise [o paciente], ele vai ter que buscar uma ajuda numa instituição. Por que ele entra em crise? Muitas vezes o que acontece: você tem tudo isso, a unidade básica, o CAPS e tal. Se o paciente fizer o tratamento, se ele faz o acompanhamento e toma sua medicação, você vai ver que ele não tem uma necessidade de ter uma re-internação institucional, percebe?”

Diferente do acesso e da regularidade do tratamento no hospital psiquiátrico, a conscientização do paciente é determinante para a adesão ao tratamento (medicamentoso) numa “rede forte”, na qual verifica encontrar dificuldades.

“você pode ter uma rede forte, mas o paciente tem que ter consciência de que ele necessita dessa rede e da medicação que é necessária para poder ter uma vida normal. O que eu vejo é que a rede ainda... É o que eu te falei, tem algumas dificuldades”

Uma trabalhadora entrevistada faz uma diferenciação entre os pacientes, indicando internação em hospital psiquiátrico para aqueles que não aderem aos serviços substitutivos, enquanto que para aqueles que poderiam beneficiar-se, segundo sua opinião, seria indicado os serviços substitutivos. Desta forma, propõe serviços mais seletivos, complementares entre eles e manutenção do hospital.

“Eu acho assim, o hospital deveria continuar existindo (...) priorizar esses pacientes que não se vinculam em outros serviços. Mas, CAPS e Hospitais-dia para aqueles que se beneficiam. Porque às vezes não tem recursos [rede] e então eles [pacientes indicados para outros serviços] acabam ficando no hospital (...) Então eu acho que pra essas pessoas elas deveriam não internar e estar nestes outros tipos de serviços [substitutivos]”

A entrevistada abaixo admite como positivo a disponibilização de serviços substitutivos na rede, mas refere dificuldades para acessá-los:

“Já do ponto de vista positivo, todas essas novas visões de mais CAPS, de mais HD isso é promissor, só que nem sempre a gente consegue”

Todos os entrevistados abaixo referem dificuldades para obtenção de consultas e medicamentos na rede e se ressentem da ausência de médicos psiquiatras em algumas partes da cidade para onde os pacientes são encaminhados após a alta do hospital, o que segundo eles, acaba por provocar reinternações e desassistência aos pacientes.

“é essa a minha preocupação, nós não criamos uma rede de CAPS, nós estamos criando um modelo de falta de assistência e por isso até os pacientes acabam tendo re-internações mais freqüentes porque nós fazemos encaminhamentos e os pacientes muitas vezes não conseguem consulta, eles ficam sem remédio, então ficam sem tratamento e voltam pra internação, então nós vivemos muito essa rotina”

“só que uma das coisas que nós temos observado é que não existe uma retaguarda que absorva esses pacientes”

“então assim, vamos fechar os hospitais e as coisas foram tomando outro rumo, então não houve uma programação, não houve um planejamento, não houve... sabe... simplesmente vão fechando e a gente vai absorvendo e pelo fato de ser do estado então nós acabamos tendo que absorver sendo que a nossa intenção inicial não era essa, a proposta não era um hospital asilar é um atendimento onde o paciente possa ficar um período até ele sair dessa crise, melhorar e retomar suas atividades numa boa e isso não acontece”

“então, falta médico na rede, falta medicação na rede, os pacientes ficam perdidos e aí a crise acontece e ele tem que ser atendido novamente e aí vai para onde, para um pronto-socorro, o pronto-socorro está lotado, fica vários dias, inclusive, aguardando vaga para um hospital, então na realidade o que se queria como uma reforma que era mudar aquele sistema asilar, isso não acontece porque você vai cronificando o paciente de uma forma muito ruim”

“Tem regiões de São Paulo que não tem nenhum psiquiatra então vai pedir consulta: - aonde eu vou? Aí você vai lá eu tenho anotado no caderno aqui que a gente vai ta procurando os ambulatorios pra orientar, porque muitas vezes o psiquiatra não ta, o psiquiatra foi embora, psiquiatra não tem, aí tem que procurar em outra região, aí a outra região não atende porque a paciente não é daquela região, quem é que ta cronificando é o hospital que procura dar uma alta rápida pra que a paciente possa voltar pro convívio dela mas lá fora ela não tem respaldo”

“quando ela [a paciente] sai, ela vai pro posto de saúde e aí a consulta com o médico é marcada para daqui a quarenta e cinco dias, a consulta com psicólogo é feita uma vez por mês, é um absurdo, então o que acontece? O hospital vira referência e aí acaba voltando pra cá porque aqui se sente muito mais assistida do que nesses equipamentos externos, o que é um grande erro, então se a gente está falando na questão da desinstitucionalização seria pertinente, seria óbvio que nós deveríamos estar antes de desmontar os hospitais psiquiátricos, a gente deveria estar criando estruturas externas que pudessem dar conta disso (...)”

“Hospitais-dia, CAPS, ambulatórios principalmente, está precaríssimo, pelo menos, eu não saio por aí, andando pelo mundo olhando tudo, a gente está baseado no que os colegas referem, famílias de pacientes voltam aqui referindo que não estão conseguindo consulta, às vezes remédios mais banais às vezes falta, então quer dizer, se você for olhar essa teoria, ela é bonita desde que ela funcione, só que por enquanto ainda tem muito buraco”

Nos discursos apresentados acima, alguns entrevistados apontam fragmentação dos serviços na rede em relação ao hospital, referindo que os pacientes se perdem neste circuito psiquiátrico e que deste modo, segundo estes entrevistados, os pacientes ficam sem a devida assistência, o que os leva novamente ao hospital, ou seja, os trabalhadores transferem, forma acrítica, a responsabilidade pela cronificação do paciente para a ineficiência da rede.

4.6 A crise do novo hospital

a) Internação breve e pacientes de longa permanência

Ao discutir sobre o paciente e a sua crise, foi possível compreender em parte, a função do hospital psiquiátrico na realidade atual do município de São Paulo, do ponto de vista dos seus trabalhadores.

Os entrevistados, com alguma frequência, associam a necessidade de internação do paciente à crise, por um período breve de internação e de permanência, em ambiente hospitalar, como apreendido nos discursos abaixo:

“então é um momento de maior... Um momento de crise. É um [momento] agudo, e é por esse momento agudo da doença que ela [a paciente] veio pro hospital, mas que a gente pretende que seja por pouco tempo)”

“eu vou falar da área que eu trabalho que trata de agudos, o tempo de permanência é mais ou menos de 15 a 30 dias, pode ser um pouquinho mais, um pouquinho menos”

“Eu vejo dessa forma assim, eu acho que os pacientes não devem permanecer muito tempo internados, eu acho que eles têm que ter um período... e saem da crise e retomam sua vida na sociedade”

“a visão dessa casa, pelo menos, sempre foi o tratamento de curta permanência, a gente sempre enfatizou isso desde quando eu estou aqui, desde o início do meu trabalho aqui, que já tinha um trabalho do serviço social anterior [inaudível], já era uma prática da

equipe que trabalhava ... que a paciente pudesse ficar o menor tempo possível dentro do hospital (...) sempre houve uma preocupação de dar alta, sempre houve uma preocupação da paciente estar saindo, da família, sempre houve uma preocupação do serviço social”

Em relação à brevidade da permanência em internação psiquiátrica, vários relatos confirmam que os trabalhadores a entendem, implicitamente, como fator importante para a minimização dos efeitos nocivos da institucionalização que podem levar à dependência institucional e rompimento dos laços sociais, além do que, um período prolongado de permanência retiraria do paciente, com ou sem alta, o seu *status* de “estar em crise”, num lugar que trata exclusivamente dela.

“então o tempo todo a gente está com um pé lá fora e um pé aqui dentro, a gente nunca deixa que elas se sintam completamente confortáveis dentro do hospital e que não é aqui que elas vão ficar, é apenas uma passagem”

“é uma grande luta pra gente continuar sendo um hospital de agudos, inserido dentro do tratamento da fase aguda, da crise, mas não um hospital de pacientes que se cronifiquem, porque a gente também acha que isso não é benéfico pro paciente”

“o hospital que procura dar uma alta rápida pra que a paciente possa voltar pro convívio dela [sociedade], mas lá fora ela [paciente] não tem respaldo, lá fora a família dela está desestruturada não tem ninguém pra cuidar dela”

Em um determinado momento, o paciente ficará num “incômodo lugar”, quando obtém a alta após o “momento da crise” e alguma condição o impedir de deixar o hospital por motivos outros, alheios à situação de crise que o levou para a internação hospitalar.

Isso porque não se tem definido *a priori*, pela equipe, o tempo de permanência do paciente em internação, que depende do tempo necessário para a “superação da crise” e conseqüente processo para a alta, a critério da equipe. É no mínimo uma situação desconfortável para os pacientes, segundo refere uma entrevistada no relato abaixo:

“porque o paciente fica aqui, se prolonga uma internação que não é indicada, porque aqui nós somos um hospital de agudos, [o paciente] acaba ficando um tempão, fica enfastiado de ficar aqui, já está melhor, acaba correndo risco porque está entrando paciente agudo todo dia”

Porém, é também uma situação desconfortável e conflitante para toda a equipe, quando não consegue assegurar a diminuição da média de internação hospitalar, maior rotatividade de “pacientes agudos” no hospital e agilização do processo de alta hospitalar, sobretudo por causa da permanência prolongada de outros pacientes que, devido às questões sociais, não conseguem deixar o hospital, não cumprindo, portanto, um período de menor permanência, conforme se espera.

Os trabalhadores parecem se organizar em torno de um “projeto institucional” e reafirmam a brevidade de permanência, numa espécie de “ação coletiva” em torno deste objetivo. Esta questão encontra-se descrita pelos sujeitos nos relatos abaixo:

“mas o que faz a nossa média de internação ser um pouco maior é justamente a questão da falta de suporte social dos pacientes, eles são muitas vezes abandonados pela família”

“porque muitos acham que estão aqui e podem ficar mais tempo, podem morar aqui, por isso que tem sempre acompanhamento com o psicólogo e eu acho que o serviço social também ... ser ágil e dar alta ... que assim que assinam, já vão embora. Então, a rotatividade é bem grande mesmo”

Nos depoimentos dos entrevistados, aparecem vários fatores sociais que motivam o período de permanência prolongada dos pacientes: a falta de suporte social aos pacientes pelas famílias que entendem que o hospital é lugar de moradia.

Esta questão remete à discussão sobre o imaginário social da loucura, contemplada no projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira, como uma estratégia importante para o processo da desinstitucionalização. Segundo ele o imaginário social relaciona loucura à incapacidade do sujeito em estabelecer trocas sociais e simbólicas e que por sua vez é necessário a transformação do lugar social da loucura. Desta forma, conclui:

Assim, o aspecto estratégico desta dimensão [sociocultural] diz respeito ao conjunto de ações que visam transformar a concepção da loucura no imaginário social, transformando as relações entre sociedade e loucura ⁽⁴⁹⁾.

Outra questão social que se evidencia é a permanência prolongada de pacientes em ‘situação de rua’, sem referência familiar ou outro suporte social que adentram ao hospital em crise.

Conforme descrito abaixo, este é mais um motivo para a permanência prolongada dos pacientes: a falta de suporte social para abrigo e proteção social para estes pacientes, quando obtêm a alta hospitalar.

“Mas como vai ser o atendimento dessas pessoas? Vão ficar na rua? Vão ficar em baixo da ponte como muitos mendigos que a gente vê na rua? Alguns são doentes mentais e estão lá, ninguém está se preocupando com o que está acontecendo com ele, e quando você liga para um albergue e diz: olha, você tem uma vaga...o paciente é um doente mental? Ah a gente não tem como atender. Como é que não?”

“difícilmente você consegue, teria que ser o albergue, mas o albergue nunca tem vaga. Se eles te oferecem uma vaga você fica feliz, mas, aí quando ele vai ter outra? Então é muito difícil essa posição do hospital frente... principalmente aqui que trabalha mais com mulheres a gente tem uma dificuldade até porque eu acho que é um hospital filantrópico que é um hospital que tem essa questão da hospitalidade muito... em todo o momento a gente respira isso o tempo todo, as irmãs tão falando isso o tempo todo, então você fica numa situação: - e agora, vou por ela na rua? Pra onde eu vou mandar? Uma paciente deficiente é uma paciente que tem dificuldade até de dizer onde ela mora, eu estou com uma paciente aqui que eu estou tentando localizar a família e ela não sabe onde ela mora”

“os pronto-socorros encaminham e pronto ... elas [as pacientes] vêm desacompanhadas de familiares e encaminha e acabou. Não tem ninguém que se responsabilize por ela depois, na volta, na saída do hospital e tem a cobrança do tempo de permanência. Porque essa pessoa está internada a tanto tempo ?

Botar no meio da rua simplesmente? A gente tem uma paciente que é surda-muda e a gente não sabe o nome dela”

A condição social destes pacientes e a problemática institucional que surge em decorrência destes problemas de ordem social mobilizam os trabalhadores e pode ocupá-los ou sobrecarregá-los com ações que referem executar com dificuldades, entendendo-as como sendo necessárias, mas que não são prioridade, que significam grande empecilho para o hospital, uma vez que sua função tem se demonstrado a atenção exclusiva à crise e aos chamados “pacientes agudos” de quem se espera uma breve estadia em internação.

“isso faz com que sobrecarregue todo o meu departamento de serviço social, então as nossas assistentes sociais (nós temos duas assistentes sociais), têm que trabalhar muito por conta dessas pessoas que estão aqui abandonadas, mas não são moradoras, mas mesmo assim a gente consegue desinstitucionalizá-los, pode levar mais tempo”

“e você não tem para onde mandar [o paciente], acaba achando um parente longínquo que não tem nem contato afetivo com a pessoa para você poder deslocar essa pessoa daqui de dentro e vai pra um local que você meio que suspeita que ali não vai pra frente, então essa repercussão é contundente sobre o meu trabalho”

Parece que pacientes fora do “momento de crise” e de alta médica são objeto de preocupação da equipe. Sua “nova condição” é um grande

“problema” para o hospital psiquiátrico, pois este paciente não é o elemento mais importante, num lugar cuja prioridade é a “crise–doença” e que nesta lógica, elege “pacientes agudos” para suas intervenções.

O paciente, nesta nova condição, apresenta “necessidades sociais” (por falta de respaldo social), e poderia vir a ser alvo de ações da equipe, mas ele representa uma situação que deve ser evitada no hospital, pois tal situação não corresponde coerentemente com o “projeto institucional”.

Mesmo considerando as ações implementadas pela equipe, no sentido de buscar saídas para as “demandas sociais” mais específicas destes pacientes como abrigo ou proteção em albergues e outros equipamentos sociais, além da des-internação para o ambiente familiar, diante da iminência de abandono, muitas vezes sob condições complexas e difíceis, percebe-se a “desfocalização” inevitável da função do hospital neste momento, uma vez que o seu objetivo principal é a “crise-doença”.

A este respeito e em contraposição ao modelo hospitalar, falando aqui de um modelo de atenção à crise que escolhe diferentes objetos, Dell’Acqua e Mezzina consideram que

progressivamente se evidencia à atenção do serviço a situação do paciente na sua complexidade, como um todo de subjetividades, relações sociais e condições materiais de vida ⁽⁵⁴⁾.

Esta excerto parece exemplificar bem do que se trata, quando se fala de atenção à crise na perspectiva do sofrimento existência e da imersão no seu modo de vida concreta.

No hospital, no entanto, parece que as ações são executadas pela lógica da necessidade de se afirmar como um serviço exclusivamente

dedicado à “crise-doença” e à permanência breve, que desta forma deve evitar a responsabilidade institucional sobre pacientes na condição de moradores ou que, em razão das “questões sociais”, permaneçam por um período prolongado, aumentando as estatísticas e com isto diminuindo a rotatividade.

Embora tais condutas sejam coerentes com o modo de funcionar do hospital, descrito pelos seus trabalhadores, não se pode deixar de considerar que condições contrárias a estas posicionam o hospital psiquiátrico numa visível e desconfortável contradição, na medida em que o contrapõe à sua função atual, pautada na crise-doença; uma “doença tratável” e institucionalizada, mas que recebe alta e é des-hospitalizada rapidamente, utilizando-se de “metodologia interventiva” que assegura agilidade no processo de alta.

Parece que o hospital psiquiátrico não mais admite o asilamento como sua “nova” função, embora por força das circunstâncias, seja obrigado a conviver, com desagrado, com esta contradição imperiosa.

Neste sentido, rebela-se contra a sociedade, representada principalmente pelos familiares, com a qual entra em confronto porque esta ainda espera do hospital psiquiátrico o cumprimento de sua tradicional missão asilar – a do abrigo infinito.

“Como nós somos uma instituição de internação em psiquiatria, a todo momento nós temos que documentar muito bem os nossos projetos terapêuticos, que é um projeto para pacientes agudos, que não é o projeto de modelo manicomial, de modo algum, não é o modelo de institucionalização sem previsão de alta, com

internações prolongadas, não é esse o nosso objetivo, a nossa média de internação é bastante baixa e muitas vezes, quando a internação acaba durando mais, é muito mais por falta de suporte social dos pacientes, mas nossas assistentes sociais fazem um trabalho árduo pra conseguir trazer essas famílias, pra conseguir fazê-los participar com os pacientes e daí melhorar a assistência também”

O depoimento acima afirma mais uma vez qual é o “projeto institucional”, que deste modo, reafirma *a função do hospital psiquiátrico: pacientes agudos como clientela, atenção à crise, previsibilidade de alta, intervenção de curta duração, média baixa de permanência em internação, desinternação acompanhada de familiares*. Com este discurso, o entrevistado também reafirma com ênfase, em oposição, o que *não é a função do hospital psiquiátrico: modelo manicomial baseado na institucionalização, sem previsão para alta, com internações prolongadas em forma de asilamento*.

Este discurso aponta uma diferenciação entre o que seria um “modelo manicomial”, rejeitado pelos trabalhadores entrevistados, e o que se configuraria, em oposição, como um modelo “anti-manicomial”, aceito pelos trabalhadores como modelo que definiria a função do hospital, nos dias de hoje.

Contudo, esta posição dos trabalhadores é coerente e aponta para os esforços de se adequarem às diretrizes do Ministério da Saúde, que por sua vez, preconiza: menor permanência do paciente em internação hospitalar, racionalização dos recursos investidos em internações prolongadas, maior

resolutividade e eficiência destes serviços, necessidade de assistência hospitalar de alta rotatividade, atendimento das demandas da clientela em crise que não tem acesso aos serviços substitutivos, objetivos que constam no legítimo plano estratégico que visa o fortalecimento da rede substitutiva referenciada, no contexto do processo da desinstitucionalização, no qual prevê a gradativa extinção de leitos hospitalares ⁽⁵⁷⁾.

O relato abaixo de uma entrevistada, reforça e sintetiza a afirmativa anterior:

“E o importante seria uma internação rápida, só pra acolher nesse momento; e acho importante o acolhimento na crise estar dentro do hospital; com acolhimento maior, mais observação e mais estimulação e sempre tentando a reinserção, com a atividade terapêutica”

Porém, alguns dos entrevistados alertam que a situação de pessoas sem referência familiar ou sem respaldo social que adentram ao hospital em decorrência da crise, encaminhadas pelos equipamentos públicos de urgência do município e reguladas por uma central que emite a autorização para internação hospitalar, acaba por elevar a média de internação, descaracterizando as pretensas internações breves das “situações de crise”, comprometendo o “projeto institucional”, como exemplificado a partir da seguinte fala:

“Eu digo que a gente roda o hospital em trinta, quarenta dias por conta disso [referindo-se à situação de longa permanência]. Então tem alguns casos específicos que

têm alta em quinze dias, dez dias. Agora, conseqüentemente a nossa estatística de internação ...”

b) Desinstitucionalização e Trans-institucionalização: o direito de morar

Alinhada a esta questão, outra entrevistada, atuando em hospital público, chama a atenção para uma grande contradição. Trata-se do fenômeno da trans-institucionalização que tem como efeito nocivo a transferência de pessoas tempo institucionalizadas a longo, que passam de uma instituição para outra e continuam a reproduzir as anteriores condições de isolamento social e de dependência institucional, contrapondo-se dialeticamente ao processo de desinstitucionalização.

Este processo preconiza ações efetivas para o retorno desta clientela institucionalizada para a família, sendo referenciada na rede de serviços substitutivos do território ou para os Serviços Residenciais Terapêuticos, nos casos irreversíveis de aproximação familiar, quando ocorreu o rompimento definitivo dos laços sociais e familiares significativos.

Em relação a esta questão e reafirmando o caráter de assistência à crise, uma pesquisada nos diz:

“simplesmente vão fechando [os hospitais] e a gente vai absorvendo [os pacientes egressos] e pelo fato de ser do estado então, nós acabamos tendo que absorver, sendo que a nossa intenção inicial não era essa. A proposta não era um hospital asilar. É um atendimento onde o paciente possa ficar um período até ele sair

dessa crise, melhorar e retomar suas atividades numa boa e isso não acontece”

A situação relatada pela entrevistada, com relação à população moradora, impõe ainda hoje aos hospitais psiquiátricos, a admissão de pacientes sem indicação psiquiátrica, em situação de desamparo social, sem prazo para a desinstitucionalização como aqueles que moram no hospital, egressos de instituições psiquiátricas desativadas, descredenciadas ou cujos leitos foram reduzidos pelo processo de desinstitucionalização previsto no programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no Brasil, conforme consta em Relatório de Gestão da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde – 2003 / 2006 que diz:

o processo de desinstitucionalização avançou significativamente, sobretudo com a instituição, pelo Ministério da Saúde, de mecanismos para a redução gradual e planejada de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico ⁽⁵⁷⁾.

Entretanto, segundo o Ministério da Saúde,

esta tarefa é complexa, em função das características que esta população adquire no processo de longa institucionalização: desterritorialização, diferentes graus de dependência, afastamento familiar, poucos recursos sociais, idade avançada, entre outros ⁽⁵⁷⁾.

A trabalhadora entrevistada abaixo traz em seu relato, a experiência de trabalho com pessoas em situação de moradia no hospital psiquiátrico, cuja função é a assistência a pacientes agudos:

“Essa questão da reforma, eu não posso dizer como um todo, mas eu acho que a gente está meio que preparado, mesmo porque aqui já teve uma mudança de pacientes que eram moradores. Tinha enfermaria - morador e agora tem o lar abrigado, que são casas. Os pacientes moram lá e tem auxiliar de enfermagem. Eu trabalhei lá um ano, um ano nesse programa e a gente praticamente que traz eles para a realidade, a uma vida cotidiana de casa, de fazer um café, de arrumar uma cama e muitos deles se adaptaram bem, mas alguns deles já estão há muitos anos na instituição e então não entra muito mais na cabeça.. mas é feito um trabalho bom em cima disso”

A entrevistada refere que os moradores utilizam o dispositivo Lar Abrigado constituído por casas nas dependências do hospital psiquiátrico, após serem transferidos de uma enfermaria do hospital.

Esta experiência aponta uma mudança significativa e importante para os trabalhadores e principalmente para os moradores, tendo em vista as intervenções que objetivam devolver-lhes uma vida contextualizada no cotidiano. Entretanto, os pacientes ainda se encontram no hospital e de algum modo institucionalizados, uma vez que ainda dependem da instituição e a ela estão submetidos, mesmo considerados os diferentes níveis de dependência/autonomia que possam apresentar ou do programa terapêutico no qual se inserem.

A Lei 10.216 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, prescreve que

o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação social assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento quando necessário ⁽⁸⁾.

Esta lei determina aos hospitais psiquiátricos que desenvolvam programas específicos que atendam às necessidades destes pacientes e que, desta forma, assegurem junto aos gestores públicos o processo de desinstitucionalização.

Desta forma, a desinstitucionalização, na dimensão *particular* da realidade objetiva, pelo menos deste hospital e, possivelmente para tantos outros que se encontram nas mesmas condições, ainda não ocorreu, embora o Lar Abrigado desenvolva um projeto terapêutico coerente com a legislação em vigor.

Entretanto, consta na legislação atual a Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000, que dispõe sobre a criação e regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, SRT, e se apresenta como estratégia importante para o processo de desinstitucionalização.

Um estudo realizado em 2004/2005 demonstra que naquele período existiam ainda 44.453 leitos distribuídos em 233 hospitais psiquiátricos dos quais 30% eram ocupados permanentemente por chamados “moradores” (potencial clientela para os SRTs) que naquele momento chegava em torno de 13.500 moradores em todo o país ⁽⁵⁸⁾.

Esta pesquisa demonstra que no Brasil existia em 2004, 272 serviços residenciais cadastrados e aponta a necessidade de cerca de 2.235 para atender a demanda em todo o Brasil ⁽⁵⁸⁾.

Conforme os dados apresentados na pesquisa, consultando fontes oficiais do Ministério da saúde, no Estado de São Paulo que detém ainda o maior número de leitos no país, em 2004 havia 13.813 leitos e 135 SRTs cadastrados, seriam necessários, segundo ele, 691 novos serviços, cumprido um percentual de 16,34% do total necessário para conclusão do processo de desinstitucionalização, compreendido como desativação de leitos de pacientes moradores de hospitais psiquiátricos sem indicação de permanência, com grave situação social.

Conforme dados atuais do Ministério da Saúde, no Brasil a população de pacientes de longa permanência é de 20% em 62% dos hospitais psiquiátricos e estabelece como índice aproximado 35% de pacientes moradores, considerando-se as diferenças regionais, sobre o número de leitos existentes hoje no Brasil, que em 2006, conforme o Ministério da Saúde conta com 39.567 leitos distribuídos em 226 hospitais psiquiátricos de portes diferentes. Segundo o Ministério da Saúde existem atualmente 475 serviços em funcionamento, com aproximadamente 2.500 moradores ⁽⁵⁷⁾.

No Estado de São Paulo, de acordo com o censo de 2003, este percentual chega há quase 60% de moradores, enquanto que neste mesmo ano havia 15.511 leitos psiquiátricos ⁽⁵⁸⁾.

No município de São Paulo, de acordo com dados de 2003, existiam aproximadamente 300 leitos para pacientes em situação de moradia nos

hospitais psiquiátricos da cidade. O município conta atualmente (2007) com apenas um SRT em funcionamento para oito pacientes.

O estudo sobre a avaliação dos SRTs como estratégia para a desinstitucionalização no Brasil, reconhece a consolidação dos serviços diante das evidências consistentes de sua pertinência para a superação das condições atualmente impostas aos “moradores de hospitais psiquiátricos”, embora exista a necessidade de ampliação desta rede de serviços com maior implicação dos atores sociais: gestores, trabalhadores e comunidade (58).

Na dimensão *estrutural* da realidade – as políticas públicas de saúde mental para os hospitais psiquiátricos - verifica-se a diminuição gradativa e pactuada dos leitos hospitalares nas diversas regiões do Brasil, ao mesmo tempo em que ocorre aumento gradativo de equipamentos da rede substitutiva de acordo com o Relatório de Gestão da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde – 2003 / 2006 (57).

Na dimensão *particular*, considerando os serviços hospitalares do município de São Paulo, não se verifica mudança significativa do ponto de vista da desinstitucionalização, entendendo-a de forma específica e restrita ao contexto da substituição dos leitos de hospitais psiquiátricos do município, exclusivamente pelos Serviços Residenciais Terapêuticos. Esta situação contrapõe-se às atuais políticas que prevêm a utilização destes dispositivos para pacientes moradores egressos de internação hospitalar.

Da mesma forma, na dimensão *singular* da realidade, considerados os pacientes moradores dos hospitais psiquiátricos do município de São Paulo eles continuam em situação de moradia nos hospitais.

Estas pessoas institucionalizadas no lugar da “crise-doença” há muito tempo, não estão se beneficiando deste importante recurso que poderia garantir-lhes seus direitos à moradia e à inclusão na comunidade, ao mesmo tempo em que lhes possibilitaria, por meio da desinstitucionalização, um lugar de vida.

Pode-se constatar, por meio desta pesquisa, que, embora os entrevistados tenham manifestado um certo desconforto diante dos pacientes de longa permanência em situação de moradia, nenhuma referência foi feita pelos trabalhadores às residências terapêuticas, ao tratarem da desinstitucionalização e do processo da Reforma Psiquiátrica. Os trabalhadores negam ou desconhecem este dispositivo estratégico para o processo de desinstitucionalização, que implica na desativação de leitos hospitalares.

Também chamado de Serviços Residenciais Terapêuticos. São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade. Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação de SRTs nos municípios. Este é um dos principais equipamentos para a efetivação de processos de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas⁽⁵⁷⁾.

Neste sentido, o Serviço Residencial Terapêutico, pode representar, neste processo, o elemento chave para a superação da condição “estar–habitar” ou “estar” como uma precária ou nula participação em um determinado espaço, despossuído de sua materialidade concreta, destituído do poder de relações e de decisões; enquanto que “habitar” um espaço

representa, relacionar-se com ele, manter o poder de contratualidade em relação à organização material e simbólica da vida, poder compartilhar no nível da afetividade, um espaço relacional com os demais sujeitos ⁽⁵⁹⁾.

Não se trata apenas de um serviço, por dois motivos: primeiro porque se trata de uma importante estratégia, que associada a outras, como o Programa de Volta Pra Casa, assegurado pela Lei 10.078 de julho de 2003, que dispõe sobre o Auxílio Reabilitação Psicossocial, possibilita a desinstitucionalização, pelo menos na perspectiva da redução de leitos e ampliação da rede substitutiva.

O segundo motivo é que, para além de ser mais um equipamento de saúde – uma vez denominado serviço, trata-se de um poderoso recurso chamado casa, incluído no espaço urbano, na comunidade e a ela integrada, permitindo a inclusão daqueles que sempre foram vítimas da máquina perversa instituída pela sociedade excludente e intolerante, bem como atuar no cenário social, impactando na transformação da cultura que ainda produz e sustenta o asilo.

As afirmativas pelo gestor público, somadas aos dados atuais apresentados e depoimentos dos entrevistados, contextualizadas na atual conjuntura política e social, reforçam a idéia de um período de transição, que nos deixa a todos, expostos a muitas contradições.

Neste caso em particular, podemos apreender a contradição da seguinte forma: trata-se de hospitais psiquiátricos que se firmam num “estranho” lugar, que não exatamente numa rede comunitária de base territorial, com a função de tratar exclusivamente a crise aguda de pessoas portadoras de transtornos mentais, assumindo a incumbência de breve

permanência neste serviço hospitalar especializado, os pacientes são encaminhados e admitidos por meio de autorização prévia do sistema regulador de leitos.

Por outro lado, este serviço abriga pacientes de longa permanência, muitos em situação de moradia, num lugar que trata da “crise-doença”, direcionados para pacientes agudos.

Ao falarem de pacientes saídos da condição de agudos enfatizam a problemática social que envolve a desinternação hospitalar de pacientes que demandam por equipamentos sociais, não a desinstitucionalização de pacientes na condição de moradia. É possível que isto ocorra devido à ênfase da assistência na internação de pacientes agudos.

Outro fato é que dos dois hospitais pesquisados, somente um deles possui esta população moradora, que no momento, se encontra em Lar Abrigado, embora ainda institucionalizados.

Há que se superar, portanto uma outra contradição dialética: a da casa – hospital, quando se considera os moradores, casa significa o lugar de habitar e manicômio, o lugar de (não) estar ou de mal-estar, uma vez que esta polarização carrega uma forte carga conflitiva que se não superada pelo dispositivo Residência Terapêutica, continuará mantendo os sujeitos na destrutividade da institucionalização e da exclusão.

A realidade objetiva permitiu a verificação de um novo fenômeno que se evidencia em relação ao processo de transformação do hospital psiquiátrico e sua função.

Uma construção hipotética recolocaria e sustentaria o hospital psiquiátrico do século XXI e suas práticas, num lugar de transformação,

modernização e de possibilidades para a inclusão, ao contrário da segregação; da cidadania e dos direitos, em oposição à proteção e à tutela; da subjetividade e da vida, em substituição aos processos de despersonalização, coisificação e mortificação; das relações sociais, do contato e do poder contratual, no lugar da “troca-zero”, do isolamento e da submissão; enfim, o lugar da liberdade e não da violência pela exclusão.

É certo que na construção acima encontra-se significativas contradições, inclusive a maior delas: a sustentação do hospital psiquiátrico na realidade objetiva, na rede de serviços de base comunitária e, portanto, um problema a resolver, uma vez que o hospital psiquiátrico como espaço estrutural, mas, sobretudo como função e, submetido à sua própria historicidade; determinado pelo tempo, pela cultura, pela ideologia e pelas ações do homem, sempre se impôs de forma violenta e excludente, na vida de milhões.

Este “velho senhor de duzentos anos”, a instituição total ⁽⁵⁾ que tem sido responsável pelos processos de despersonalização dos indivíduos institucionalizados, o lugar zero das trocas sociais ⁽³⁴⁾, a instituição da violência ⁽⁵⁵⁾ este mesmo hospital psiquiátrico, que historicamente, desde sua fundação como asilo ⁽¹⁰⁾ tem se ocupado da função de segregar e excluir, destituindo o sujeito de sua subjetividade, da autonomia e da vida banal, cotidiana e concreta em sociedade.

Portanto, como conceber, nos dias de hoje, transformações tão radicais para esta instituição secular, com proposituras no sentido de repensar seu objeto? Como entendemos, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira “um lugar da crise”, que vai se evidenciando com

ênfase? E mais, voltando às questões iniciais do estudo, como é “estar em um lugar que não existe”? Por ora, ficam estas questões, prosseguindo no levantamento dos resultados, voltando a estas inquietantes questões em momento oportuno.

4.7 O hospital psiquiátrico e a família em crise

Outro aspecto que surge com relação à crise a que fazem referência os entrevistados é aquela que reiteradamente passa também a ocupar a função e o espaço hospitalar, e que diz respeito não só aos pacientes, mas também aos seus familiares.

A família está implicada diretamente com os transtornos causados pela crise vivida pelo paciente. Passa também a viver momentos de crise. A família insere-se numa dinâmica de repetidas intervenções das equipes, e muitas vezes, com poucos resultados, conforme dizem estes trabalhadores.

Portanto, receptor de uma família em crise, da mesma forma que recebe o paciente, o hospital se torna o lugar onde se estabelece também a crise entre ele, o hospital e a família (em crise). O embate quase sempre acontece, pois a família coloca o hospital e sua função em questão: a intervenção na crise e internação de breve permanência.

Diante da situação de crise e do sofrimento, nem sempre o que o hospital oferece é o que a família espera dele e dos trabalhadores. Os trabalhadores por sua vez, defrontam-se com situações de alta complexidade que exigem respostas que nem sempre podem ser dadas.

A lógica pineliana, baseada no isolamento e no controle, tendo como lugar o asilo, fez romper, em nome de uma “influência nociva” da sociedade sobre a doença, as relações sociais e familiares estabelecidas com o doente. A família teve que ocultar-se, deixando a doença nas mãos de quem dela entende ⁽⁶⁰⁾. Portanto, o hospital passou a assumir a custódia e a

assistência do paciente, enquanto que a família depositava nele, as suas expectativas de cuidado e cura.

Durante os anos de institucionalização em hospitais, os vínculos dos pacientes com suas famílias se desfazem e, pouco a pouco, a família passa a não responsabilizar-se mais pelo cuidado de seu familiar doente e nem mesmo de provê-lo afetivamente, atribuindo esta responsabilidade a uma equipe “especializada” que assume, em nome do hospital, esta função tutelar e de asilamento.

Por intermédio da história da psiquiatria, é possível identificarmos as atitudes dela em relação à família do portador de agravo mental. Evidenciamos que se a família, em algum momento, retirou-se da cena do cuidado de seu familiar doente mental, em outros, ela foi excluída por ser considerada como ‘nociva ao tratamento’, isto é, como causadora da doença, pois atrapalhava o tratamento proposto. Outras vezes, ela delegou esse cuidado pelo desconhecimento de não saber como agir frente a certas manifestações do doente, pela sobrecarga física e emocional que o sujeito doente acarreta a seus membros⁽⁶¹⁾.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, sob os princípios da desinstitucionalização, o hospital psiquiátrico vem diminuindo sua presença na assistência à saúde mental. Com isto, a família voltou a ocupar lugar frente à doença mental e desta forma, foi convocada para enfrentar situações de crise dela decorrentes, tendo muitas vezes de assumir sozinha e sem recursos, a carga advinda desta árdua tarefa.

o que não significa que a família deva ocupar o lugar de culpada ou vítima. Nesta abordagem desinstitucionalizante, a família deverá ser incluída na condição de protagonista do cuidado reabilitador⁽⁶¹⁾.

Uma trabalhadora entrevistada relata o acolhimento à família em crise como uma função do hospital e refere que da mesma forma que o paciente, a família está desestruturada, por não encontrar apoio fora do hospital.

“ela [a paciente] tá em crise, a família não dá conta de manter ela em casa e muitas vezes até por falta desse apoio da família mesmo, porque a família também tá em crise e a paciente não dá conta de ficar naquela casa, com aquele problema que ela tá tendo naquele momento. Então, o hospital acaba sendo meio que um acolhedor. A gente segura aquela situação [de crise] naquele momento, até que ela se recupere, que ela se reestruture e possa tá entendendo também o que está acontecendo ali naquela família, prá ela poder se centrar, porque, muitas vezes eu penso: a própria família está tão desestruturada que alguém lá de dentro acaba pedindo socorro, então aí esse pedido de socorro acaba sendo o que o hospital pode estar oferecendo naquele momento”

O sofrimento psíquico destas famílias manifesta-se de forma intensa e se atualiza cada vez que falam de suas experiências, seguidamente, a cada crise, a cada internação e com cada um dos profissionais que têm oportunidade de conversar. Procuram acolhimento para sua dor ou se escondem no sofrimento, na tentativa de anestesiá-los ou negá-los. A sobrecarga advém muitas vezes do árduo circuito que percorrem em torno da crise e do tratamento.

os familiares assumem, sentirem-se sobrecarregadas com a relação de extrema dependência material e afetiva e falta de iniciativa apresentada por seu filho e irmão. Além disso, o quadro apresentado pelo familiar doente mental não se

altera, apesar do tratamento recebido, enfim um esforço realizado por elas que não é reconhecido nem retribuído é desprovido de sentido ⁽⁶²⁾.

No entanto, mesmo acolhidos na dor, percebe-se que o hospital psiquiátrico ao contrário do que pressupõe uma abordagem desinstitucionalizante, não reconhece nos familiares o seu protagonismo e suas possibilidades de fortalecimento diante do desgaste produzido pelo processo de adoecimento e de crise de seu familiar internado. Tal qual o paciente, a família é posicionada no lugar de quem também necessita de tutela, pois reconhecida impotente diante do seu próprio sofrimento e o do outro.

Em relação à dificuldade de relacionamento, nota-se que a desarmonia familiar e agressões contribuem para o agravamento da doença; que para o familiar que cuida do doente há muitas sobrecargas; que faltam orientações e apoio aos cuidadores; e que é fundamental a participação da família para o sucesso do tratamento do doente ⁽⁶³⁾.

Nas intervenções da equipe de saúde mental é preciso levar em consideração a sobrecarga material e emocional a que estão sujeitos os familiares, na perspectiva de acolher este sofrimento ⁽⁶³⁾. No relato abaixo, uma das entrevistadas refere que o hospital é necessário para atenção à crise do paciente e que estando fora dela, a família é importante para apoiá-lo nas atividades laborativas.

“há a necessidade dessa internação. Caso contrário, ele [o paciente] tem que ficar com a família, se ele tem uma função, uma atividade laborativa, é importante que ele tenha. Então, a família é muito importante, assim, eles estão... Ter um suporte da família para o doente em

psiquiatria é muito importante, que nem sempre isso acontece”

No “hospital da crise”, a família assume grande importância para os trabalhadores, no sentido de atender a uma expectativa deles: a de manter o paciente “ativo”, envolvido em atividades que o possibilite manter-se fora da crise.

Na perspectiva do hospital psiquiátrico, seguindo a lógica da “crise-doença”, o “fracasso” representa o retorno da crise. Portanto, a família passa a ser responsável pela função de bem cuidar e zelar para que se mantenha o paciente nas condições em que este deixou o hospital, para que não mais ocorra a crise e que desta forma, não se atualize o “fracasso”. A crise-doença frustra não somente a família, levando-a ao desgaste, mas também os trabalhadores, investidos da função de não fracassar.

Uma das trabalhadoras relata abaixo o processo de adoecimento dos pacientes e familiares em relação às sucessivas crises e internações. Descreve um difícil percurso de cronificação das relações familiares diante destas situações, tecendo considerações a respeito das relações com a família, comunidade e o aumento crescente da intolerância diante do sofrimento psíquico. Tal situação, segundo a entrevistada, poderá levar ao rompimento das relações e possível abandono.

“Acho que o hospital psiquiátrico hoje... a gente, principalmente do NR [Núcleo de Reinternação], vivencia uma realidade muito complicada em relação à família. O que eu posso te falar de primeira e segunda internação é o que eu tenho de opinião meio que pobre. O paciente,

ele não necessariamente chega prá gente na primeira crise... já chega... a família já agüentou tudo que podia agüentar. Quando este paciente vem para uma primeira internação é porque a família já não consegue mais lidar com a doença. Chega de uma forma tardia e aí esta família já desgastada, na terceira internação, no hospital, vai ficando cada vez... a partir da terceira internação, mais difícil você fazer com que esta família tenha uma... que o paciente possa retornar para esta família, tanto da parte dele, que vai perdendo sua questão afetiva, suas habilidades, suas questões cognitivas, inclusive, como para a família que já sofreu muito, que muitas vezes já foi agredida, já passou por maus pedaços em relação á comunidade, muitas vezes a pessoa é vista como o problema para a comunidade, então a gente vivencia uma dinâmica muito complicada. Muitas vezes a gente dá alta para um paciente e você sabe que aquele paciente sai e que vai se internar em outro lugar porque já não tem mais espaço, então hoje eu questiono efetivamente esta coisa de você só atender a parte clínica, a parte aguda, o paciente está em surto agudo, acho que existem momentos que a questão familiar já está tão degringolada que você já não tem mais como devolver este paciente, porque voltar para a família é ruim, para ele e é ruim, para a família e ele. É um paciente que vai surtar efetivamente outra vez porque não existe mais a possibilidade de relacionamento”

O resultado de uma pesquisa junto a familiares de doentes mentais em um serviço substitutivo foi apreendido que,

depois da primeira crise diagnosticada, os familiares foram capazes de nomear a doença mental de seu filho ou irmão como um "comportamento diferente", perceptível desde a infância e ou adolescência, um período da vida antes do aparecimento da doença mental, mas que foi sendo

atenuado, suportado na tentativa de relativizar sua gravidade ⁽⁶²⁾.

O “percurso psiquiátrico” pode levar o paciente e sua família a uma série de serviços fragmentados e não coordenados que finalizam no hospital psiquiátrico, confirmando o papel deste como espaço exclusivo para atenção à crise. Este percurso pode mostrar-se bastante perigoso uma vez que poderá levar a um processo de cronificação e de rompimento dos laços sociais e familiares no decorrer da busca por ajuda.

A situação de repetidas internações, seguindo o percurso psiquiátrico da doença, começa com o diagnóstico e não pára mais. Tal situação parece representar sofrimento para o paciente, para a família e também para os trabalhadores que se vêem sempre diante da interminável crise-doença que não tem cura, que nunca se acaba.

Na perspectiva da desinstitucionalização, a crise é constitutiva de um sujeito em relação, que quando se manifesta, assume o caráter da inevitabilidade, da imprevisibilidade. Contudo, manifesta-se também a possibilidade de superação, pois a crise passa a ser compartilhada socialmente e acolhida nos locais de vida. Neste contexto, embora não seja destituído de responsabilidade, o trabalhador não está sozinho.

Outra trabalhadora fala das intervenções junto à família no sentido de instrumentalizá-la para a compreensão da doença e sobre como lidar com ela. Destaca o fato de que apesar das inúmeras internações, a família encontra dificuldades para a compreensão sobre a doença.

“a gente faz grupo de família pra você tentar melhorar um pouquinho a visão, as expectativas desta família em

relação á doença, à cura, tratar...ver a questão do quanto que esta família conhece da doença, porque muitas vezes ela está na vigésima internação...tem um caso ontem de um paciente que está na vigésima oitava internação, a irmã veio perguntar o que é esquizofrenia, como que evolui, como que não evolui, quer dizer, nunca ninguém parou...será que ela não conseguiu absorver? Deixou claro que não, que não absorveu ou não foi falado, não foi tratado...nunca se envolveu suficiente. Então, neste sentido a gente precisa parar e procurar efetivamente outra saída”

É possível que a questão se dê em relação à não aceitação da doença e, portanto aponta as dificuldades de convivência com o paciente, após acompanhá-lo em várias experiências de crises sucessivas e conseqüentes internações delas decorrentes.

Diante dos quadros graves de sofrimento mental e de longa duração, como a esquizofrenia, por exemplo, encontramos familiares pessimistas quanto à possibilidade de melhora do familiar doente mental. Para muitos, são tantos os fracassos, recaídas, abandonos de tratamento, que é comum encontrarmos familiares desmotivados, resistentes e temerosos frente a qualquer proposta de mudança, vinda dos trabalhadores e dos serviços [...] No entanto, nesta procura por entendimento, eles reiteram em diversos momentos a dificuldade de conviver com uma pessoa doente mental, como se nada afinal conseguisse efetivamente apaziguar seus corações e mentes, isto é, como se nenhuma resposta fizesse sentido, face às experiências singulares desses familiares com o familiar portador de transtorno mental ⁽⁶²⁾.

Com relação às orientações para o tratamento durante a internação, a trabalhadora entrevistada informa aos familiares sobre os procedimentos de alta e continuidade de tratamento pós-alta hospitalar. Com tais procedimentos, tenta assegurar a aderência dos familiares ao tratamento, da

mesma forma que intenciona sustentar o compromisso dos mesmos com as pacientes, na busca pelos recursos externos, uma vez feito o encaminhamento para a rede de serviços.

“nós temos uma reunião. O serviço social faz uma reunião de família que a gente chama de reunião informativa, então toda a família é convidada a participar dessa reunião logo no início da internação, logo na primeira semana que a gente interna e nessa reunião a gente procura estar falando do hospital como um todo, como funciona o hospital, como vai ser o tratamento da paciente aqui, o que elas vão ter de atendimento médico, psicológico, como são os setores, como se dividem, por grau de dificuldades de doenças, a gente tá incentivando as visitas, a gente incentiva sobre a licença de final de semana e nessa reunião, a gente já começa a falar que daquele momento do tratamento, acabou de internar... mas a gente já está pensando em alta, então quando é que vai ser essa alta, como que a família pode se integrar no tratamento, buscando já no serviço social uma alternativa para quando ela sair daqui, procurando um posto de saúde mais perto da casa dela, vendo se lá perto tem um serviço de centro de convivência para que ela possa estar trabalhando outras questões que não seja só o tratamento com medicação, então nessa primeira reunião a gente já começa dar andamento, a partir dessa reunião a gente coloca o serviço social à disposição, todo momento que a família quiser conversar com o médico, o serviço social tá aqui presente no mesmo horário de preferência para acompanhar todos porque nós somos duas, eles[os médicos] são em seis, então a gente tenta manter os nossos horários muito próximos dos horários deles até para facilitar para que a família não tenha que se deslocar às vezes lá da zona sul, que é o que acontece muitas vezes”

Com a adoção de tais procedimentos, o que se intenciona de fato, é assegurar, por meio de um contrato com os familiares, o compartilhamento de responsabilidades diante de uma situação de crise. Equipe e familiares assumem cada qual a sua parte nesta complexa intervenção.

Experiências com grupos para informação e orientação aos familiares, foram constatadas melhoras no relacionamento entre familiares e pacientes, melhor adesão ao tratamento e atitudes mais positivas perante à vida ⁽⁶²⁾.

Existe uma forma passiva de se comportar diante dos trabalhadores quando o familiar apresenta-se ao serviço simplesmente como "informante" das alterações apresentadas pelo doente mental, e deve, por conseguinte, seguir passivamente as prescrições do tratamento oferecido. Portanto, acolher demandas, considerar as vivências inerentes a esse convívio, promover o suporte possível para as solicitações manifestas pelo grupo familiar continuam a ser o maior projeto de superação do hospital ⁽⁶³⁾.

No entanto, essa atitude contrapõe-se à experiência de resposta à crise, na perspectiva da desinstitucionalização, que pressupõe o controle social, entendido como uma ação comunitária em que se inclui no ato de resposta à crise, o paciente, os familiares e outros possíveis envolvidos, sempre mediados pelo serviço. Todos com a finalidade comum de auxiliar na promoção de modos diversos de reprodução social dos sujeitos em jogo ⁽⁵⁸⁾.

Outra entrevistada relata que um trabalho junto à família é feito, no sentido de acolhê-la, diante das dificuldades em lidar com a situação de crise e dos medos que a aflige, mas destaca que o objetivo principal é o de assegurar que a família esteja “sempre junta ao paciente”. Parece tratar-se

de evitar possíveis situações iminentes de abandono do paciente no hospital.

“então a gente trabalha muito a família para receber o paciente de volta, a aceitação da família, porque às vezes eles vem, na minha ala, eles vêm no primeiro surto, então a família fica totalmente fora de sintonia, porque não sabe como lidar, tem medo, então a gente faz um trabalho nesse sentido, procurando sempre, objetivando sempre do paciente ficar ao lado da família, aí entra o psicólogo também, entra a parte médica, mas basicamente é isso, a gente trabalha muito a família, hoje é dia de atendimento de família, às vezes, tem famílias que não aceitam o paciente, então a gente faz o trabalho nesse sentido, sempre a equipe multiprofissional”

Os temores e medos dos familiares devem ser acolhidos pela equipe sem que isto tenha o sentido de desvalorização das suas possibilidades de superação.

a convivência com o familiar doente mental é marcada por um sentimento de insegurança e desconforto diante da imprevisibilidade de suas ações, convivem com a expectativa de que algo súbito possa acontecer a qualquer momento ⁽⁶²⁾.

Como tratado neste estudo, anteriormente, o “hospital da crise” vive um conflito diante dos familiares. Existe um temor que a família desista de seu familiar doente e que o abandone na instituição. Nesta lógica, todas as ações possíveis serão adotadas pelos trabalhadores, no sentido de garantir ou pelo menos assegurar o “projeto institucional” da permanência breve.

Ao ser questionada sobre a compreensão de desinstitucionalização no cotidiano de seu trabalho, a entrevistada abaixo alia-se ao sofrimento de familiares e de uma parcela de pacientes, propondo o asilamento como alternativa à desinternação destes para casa de sua família. Desta forma, acredita proteger o paciente e a família de sofrimento diante das reinternações sucessivas e das más condições materiais e sociais.

“Essa compreensão [a desinstitucionalização] está presente a cada momento o que não significa que eu consiga pôr em prática aquilo que eu acho em todas as vezes que seria adequado. Tem pacientes que você poderia, gostaria de optar por mantê-lo na instituição e você não tem esse recurso, então você tem que mandar o paciente para família, mas você já sabe que isso vai ser um sofrimento para ele e um sofrimento para família e não é apenas um sofrimento, um incômodo. Não... é um sofrimento grave mesmo... dele desorganizar a família, da família abandoná-lo mesmo, até dentro da própria casa, trancá-lo num quartinho lá, nós temos vários pacientes assim, que tem um cubículo no fundo do quintal com um colchão no chão, não tem privada, não tem luz, não tem água e fica lá trancado e de vez em quando alguém vai lá e bota uma comida por cima do muro para ele não morrer de fome, para não ter um cadáver no fundo da casa, então esse é o tipo de paciente. Que isso já se repetiu “n” vezes, não é que é falta de orientação, não, às vezes é porque é descaso mesmo, não quer mais, cansou, a família não quer e a gente tem que devolver ele para essa família sabendo que isso vai acontecer, que o ideal seria que ele ficasse no local [no hospital]”

A mesma entrevistada refere ainda que sempre encaminha os pacientes para a rede e o paciente sempre retorna ao hospital, dada as suas condições de vida material e as situações decorrentes da doença. Identificando esta como uma situação desoladora, entende como humanização o asilamento de pacientes, no sentido de protegê-los da miséria e das sucessivas internações, conforme dito anteriormente.

“Para uma pequena porção dos pacientes precisaria sim [referindo-se a um lugar de moradia]. Se a gente quisesse visar um tratamento humano... mas hoje em dia se acredita que o humano é mandar para fora do hospital, na grande maioria dos casos é, mas para uma pequena parcela é desumana porque você sabe o que vai acontecer. Quando o paciente vem quatro, cinco, seis vezes e todas as vezes a coisa é a mesma, então por que pensar que na décima vez iria mudar? Lógico que a gente investe na orientação, vai em visita domiciliar, vai visitar os recursos da região, tenta de alguém, algum profissional naquela região que fique mais em cima olhando, mas mesmo assim passa um mês, passa dois meses, passa um ano, a coisa se perde, volta, então é bem desoladora, você fica muito comovido de prever essas coisas e não tem muito recurso”

Esta posição é coerente com a função “asilar” do hospital psiquiátrico, mas se contrapõe à sua nova função: a de atenção à crise. Contudo, mantém-se também destoante da maioria das opiniões dos trabalhadores pesquisados, que definem a função do hospital psiquiátrico como sendo para atenção à crise em caráter breve.

Os trabalhadores enfrentam dificuldades para o processo de desinternação de pacientes com grave problemática social, que contrariam o “projeto institucional”, já citado, e esta posição também vai na contra-mão da desinstitucionalização, uma vez que as políticas públicas de saúde mental no Brasil apontam para a desconstrução dos hospitais psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica assume o desafio, no plano das políticas, de construir uma rede substitutiva de base comunitária, que atue no território e que possa apoiar a comunidade no processo de enfrentamento de sua problemática social (condição da vida material) e adoecimento, auxiliando-a no seu modo de produzir saúde e privilegiando ações para o seu fortalecimento, diante do desgaste imposto pelo modo de produção. Visa, portanto, a emancipação do sujeito que possa resgatar seu poder contratual e desta forma exercer sua condição de cidadão.

No entanto, em relação à atual rede de assistência em saúde mental, alguns autores ^(62, 64 - 67) avaliam criticamente a Reforma Psiquiátrica:

Assim, evidenciamos que o retorno do doente mental à família e à comunidade é polêmico e permeado por contradições; dentre estas, é oportuno reiterarmos a carência de serviços extra-hospitalares na comunidade, a descontinuidade dos programas de reinserção social do doente mental e a descon sideração dos desgastes a que ficam sujeitos os familiares. São aspectos que vêm sendo levantados por autores em uma perspectiva crítica ao processo da desinstitucionalização no Brasil e em outros países do ocidente ⁽⁶²⁾.

Contrariamente à posição da entrevistada anterior, para a trabalhadora abaixo, a Reforma Psiquiátrica veio contribuir de forma significativa para os pacientes, uma vez que permitiu a

desinstitucionalização de pessoas que só tinham o asilamento como forma de vida, impondo-lhes a exclusão do convívio social e familiar.

Desta forma, avalia que houve uma reaproximação destes com a sociedade e com as suas famílias, embora destaque que isto pode representar um problema para estas famílias de aceitar a convivência com os pacientes e a doença mental, ainda marcada por estigma.

“Olha... na minha prática, para mim... eu acho que só veio a melhorar para o paciente essa Reforma. Porque assim: antigamente... antigamente dos antigamente, o paciente quando era doente mental ele era estigmatizado para ficar “ad aeternum” no manicômio, por exemplo. Então, com essa Reforma a gente teve que atender o paciente na sociedade, e eu acho que isso foi muito bom para o paciente. Para ele foi muito bom. Nem sempre as famílias entendem isso porque como ele estava institucionalizado já há vários anos, a dificuldade é grande. Não aonde eu trabalho, mas a gente vê por aí”

“O que pode ocorrer também é que por causa do estigma ainda haja uma dificuldade de ter o paciente em casa ou de mantê-los, enfim...”

“Tanto que, por exemplo, os pacientes que tenham uma... Que fiquem muito tempo institucionalizados, têm um problema da volta para casa, fazendo com que, realmente, a família aceite esse paciente, agora são casos e casos, cada caso é um caso, mas o importante é que ele fique junto da família, isso é primordial. Eu vi nesse sentido que houve a desinstitucionalização, com a Reforma, foi nesse sentido. Houve uma aproximação das famílias”

A desinstitucionalização trouxe para os trabalhadores, a possibilidade de compartilhar com as famílias a responsabilidade pelos cuidados do paciente nas suas mais diversas experiências de vida. No entanto, trouxe também aos trabalhadores um grande desafio que é o de evitar o abandono destes pacientes no hospital, apesar das dificuldades que os familiares enfrentam por tê-los em casa.

No processo de desinstitucionalização, há que se transformar o lugar da loucura no imaginário social e desta forma, desconstruir o estigma associado à loucura, na dimensão sócio-cultural. Aproximar os pacientes de suas famílias e as famílias dos pacientes significa ajudá-los a desenvolver, através do relacionamento e do diálogo, a restauração do poder de contratualidade para o exercício da vida em liberdade, mediada pelas possibilidades.

Diante deste complexo cotidiano, as ações dirigidas à família de portadores de transtorno mental devem estruturar-se de modo a favorecer e fortalecer a relação familiar/profissional/serviço, entendendo que familiar é fundamental no tratamento dispensado ao doente mental⁽⁶³⁾.

Segundo o relato da trabalhadora abaixo, as famílias se sentem ameaçadas sem o hospital psiquiátrico como referência, devido à dificuldade de encontrar equipamentos substitutivos que atendam suas necessidades e que de fato, lhes dê segurança quanto ao controle da crise vivida pelos pacientes.

Afinal, o "fato novo" com o qual a família está a se deparar é que o tratamento de seu familiar portador de transtorno mental não está mais centrado no hospital psiquiátrico. Nos quadros agudos recomenda-se que a internação seja de

curta permanência, e a continuidade do tratamento realizada nos equipamentos extra-hospitalares; por conseguinte, o doente mental retornará à casa, à família (quando ela existe) e à comunidade ⁽⁶²⁾.

Da mesma forma, temem a “brevidade” dos períodos de internação psiquiátrica. A entrevistada solidariza-se com as famílias e avalia importante ter o hospital para acolhê-las, em razão da periculosidade e da falta de assistência na rede.

“A gente percebe assim, por um lado eu acho legal pensar nessa coisa do tempo de internação, que a gente foi mudando ... incentivando mais ainda menos tempo dentro do hospital, mas eu percebo muito em alguns casos, um desespero da família porque com o fechamento de alguns hospitais as vagas diminuíram e tem pacientes que realmente necessitam de um acompanhamento de internação nesse caso que eu te falei, agitada, com comportamento agressivo e a família também é muito perdida em termos de apoio lá fora então as famílias não dão conta de cuidar mesmo dessas pacientes porque assim, ou porque não tem um acompanhamento ambulatorial que eu te falei, às vezes não tem medicação...”

A seguir, uma entrevistada justifica a importância do hospital para atenção à crise, referindo que neste local (o hospital) existe uma equipe de profissionais preparados para lidar com as situações de crise e neste sentido atribui melhor qualificação a estes profissionais, em relação aos conhecimentos que estes possam dominar. Teme que os familiares não saibam lidar com tais situações e que, ao contrário, não saibam proteger os

pacientes na crise por causa do “vínculo afetivo” que impossibilitaria “ações mais firmes de convencimento” para busca de tratamento.

“naquele momento da crise vai ficar muito difícil, vai ficar muito difícil até pra ela [a paciente] poder se proteger, senão a família vai ter que trancá-la dentro de casa, então fica uma coisa complicada porque a família tem a coisa afetiva, é diferente, o assistente, o profissional de saúde chamar e falar: - olha, você precisa ficar aqui, você não pode... tentar proteger um pouco mais nesse sentido, que uma família trancar o paciente dentro de casa ou amarrar o paciente, como muitas famílias chegam aqui: - tentei amarrar ela”

A entrevistada acredita que os familiares não têm obrigação de cuidar do paciente em situação de crise e atribui esta função ao hospital. Considera desumano deixar esta situação sob responsabilidade da família. Caracteriza como desassistência ao paciente e família.

“Desassistência, desumanidade porque a pessoa quando está numa crise grave a família não tem obrigação de saber tratar de uma crise, você pode até saber, a pessoa pode até saber, mas ela pode não saber, se uma família cai de enfarto no chão você não sabe o que fazer, você não tem obrigação, não é sua profissão, se já aconteceu antes você pode até , porque a família não tem como levar um paciente para casa em estado agressivo, eu acho que não tem como”

A entrevistada acima parte do princípio que desinstitucionalização pressupõe tão somente o fechamento da instituição hospitalar e internações

psiquiátricas. Conseqüentemente, nesta lógica, existe uma crença que as famílias ficariam desassistidas e sem a possibilidade de acesso aos recursos da rede substitutiva, cuja função é a de prestar assistência integral à situação de crise, não objetivando, portanto, a desassistência. Existe ainda a crença de que as famílias não têm capacidade de lidar ou conviver com a crise.

“Assim, na prática, assistimos aos processos de desospitalização e desassistência das pessoas que sofrem psiquicamente. Fato que vem dificultando em muito a inclusão do familiar como protagonista nas estratégias de cuidado e em um suposto papel de parceria com os trabalhadores nos diversos projetos, em diferentes equipamentos de atenção à saúde mental”

Além da falta de retaguarda social, a trabalhadora relata que existe a falta de retaguarda familiar, pelo “descontrole” da família. A internação aqui pode significar um alívio para a paciente e para a família.

“Eu acho que o que angustia mais no serviço social é essa situação. Não a da paciente aqui presa. É da situação da falta de apoio que ela enfrenta. ela vai acabar voltando, até por um descontrole da família dela mesma, porque ela não consegue conviver mais com esse tipo de situação. Eu acho que a saúde mental hoje e a saúde geral tá muito complicado, não tem ainda o atendimento que deveria ter”

“A assistência prestada aos portadores nos mostra que os familiares que procuram a ajuda e suporte dos serviços de saúde mental e de seus profissionais,

apresentam demandas das mais variadas ordens, dentre elas, a dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita, para assinalarmos, algumas dentre tantas outras insatisfações”

Logo abaixo, o depoimento de uma trabalhadora, que a respeito da Reforma Psiquiátrica, refere ter percebido uma aproximação maior das famílias com os serviços da rede, dando melhor suporte aos pacientes.

“Uma aproximação, porque antigamente... antigamente... a gente ouvia... não via, mas ouvia se falar que [familiares] largavam o paciente sem visitas mais estavam, eu acho que nesse sentido é que a Reforma veio auxiliar e tem que ter um suporte, os pacientes que saem, ele tem que ter um suporte da rede, no caso um ambulatório, ele tem que fazer um tratamento fora, às vezes o paciente precisa de hospital-dia, tem paciente que vai 2 a 3 vezes por semana para atendimento psicológico e terapêutico com TO, mas ele estando fora, percebe? Ele vai de manhã e volta à tarde, para mim isso é muito importante”

4.8 O hospital psiquiátrico e a sociedade

Quanto às intervenções sobre este fenômeno obscuro - a crise - elas recebem várias denominações que apontam para a especificidade da função do hospital, seu papel ou sua finalidade social, conforme podemos apreender nos discursos abaixo:

“Em minha opinião, a função do hospital é tratar do enfermo, do paciente, e devolvê-lo para a sociedade, recuperado das suas crises, da sua baixa auto-estima. A função é essa: trabalhar o paciente, cuidar dele, porque a sociedade está desprezando-o. O hospital, principalmente na área da psiquiatria, tem essa função - abraçar a causa do paciente e reestruturá-lo pra ele continuar a vida lá fora”

A função do hospital é segundo a entrevistada, recuperar, reestruturar e devolver o paciente para a sociedade. Uma sociedade que o despreza na crise e que neste momento, delega ao hospital “especializado” em crise e nas repercussões dela resultantes, a incumbência da arte de prezar e estimar, enquanto aguarda os resultados desta ação, para que assim possa usufruir com tranquilidade, da companhia do louco sem sua loucura.

Seguindo nesta linha, conforme nos mostram os relatos, outros entrevistados consideram que a função do hospital psiquiátrico é estabilizar, estruturar, fortalecer, apoiar, proteger, adequar, normalizar, reabilitar, readaptar, sempre com a finalidade de atender às expectativas sociais.

“estar estabilizando essa pessoa prá estar voltando a viver numa sociedade e ter um ritmo de vida normal”

“e depois ela [a paciente] um pouco mais estruturada, um pouco mais fortalecida ela vai estar voltando a conviver com essa situação lá fora (...) mas tendo um apoio aqui dentro que possa estar ajudando a ela se fortalecer. Então eu acho que o objetivo maior do hospital é ta dando esse apoio, nesse momento”

“é um lugar muito agressivo, muito agitado, então a gente está tentando acalmar um pouco aquele ambiente”

“atenção, de observação, que a enfermagem tem e as outras equipes quando ele está no hospital, eu acho que ainda está vago esse buraco, eu acho que o período que ele fica ocioso, porque vamos supor, ele acorda de manhã, ele sabe que ele tem que tomar a medicação dele, aí ele já muda um pouco a rotina dele daqui para casa, então eu creio que em casa ele tem mais facilidade de entrar em crise, às vezes por uma rispidez de um familiar ou às vezes até por falta da atenção ou mesmo um trabalho que ele possa fazer, alguma atividade, porque em casa, por exemplo, ele não vá fazer educação física, não vai ter psicólogo, eu acho que deveria ser estendido, pelo menos, durante uns seis meses para ele poder realmente dizer que ele está de alta”

A expectativa de normalização da loucura em contraposição ao que se considera patológico sempre esteve presente na sociedade, que anseia a normalidade social por meio do cumprimento das regras e da adaptação às normas estabelecidas.

O hospital psiquiátrico ocupa no imaginário social o lugar de processamento da loucura, onde se espera a transformação da anormalidade e incapacidade do doente em comportamentos normais e produtivos, que possam, de preferência, atender ao código de condutas normativas e ao modo de produção capitalista do mundo moderno, baseado na mais-valia da força produtiva.

“O hospital é para hora da crise só, onde ela [a paciente] está protegida no caso de agressão, hetero-agressividade, ou se for [agressão] contra ela mesmo. Uma proteção mesmo, pela crise.”

“necessita ser internado para que ele [o paciente] possa ser tratado, sem que ele possa causar mal pra outra pessoa ou sem que ele cause mal a ele mesmo. Normalmente os pacientes que chegam pra gente ou estão agressivos, ou dependendo do quadro estão tomando ações que não são muito adequadas e que isto pode gerar um mal-estar, de uma forma que a sociedade não entende muito bem aquilo... e o paciente ser linchado. Tem paciente que tira a roupa em qualquer lugar [inaudível]”

Os trabalhadores, a partir de seus saberes e “não-saberes” tomam para si, sob encomenda, a difícil missão de assegurar a normalidade, além de assumir solitariamente a exclusiva responsabilidade pelo controle dos impulsos agressivos e destrutivos que ameaçam a integridade física, psíquica e moral dos seres humanos em sociedade, na qual os loucos se inserem muitas vezes sob a marca da “periculosidade” como única forma de

se tornarem visíveis como seres sociais – sendo involuntariamente “anti-sociais”.

“Na verdade, a função do hospital psiquiátrico é tratar o paciente num momento de crise onde ele não tem condições de conviver com a família, conviver com a sociedade, ele está expondo risco aos outros e a si próprio ou ele estar em sofrimento, um sofrimento que a família, os amigos, as pessoas que estão no meio dele não estão tendo como ajudar”

“A função é reabilitar para ele ter um convívio no meio social novamente. A função, pelo menos deste [hospital] aqui, o que a gente percebe... interage muito com o paciente, para que ele tenha condições de voltar, pelo menos em sociedade, com a família. É uma readaptação dos seus valores, eu diria”

Em relação ao discurso anterior, além de se ocupar da função reabilitadora junto ao paciente, como condição para o convívio social, cabe ainda a “readaptação dos seus valores” (os do paciente) como uma função do hospital psiquiátrico. Parece equivocada esta afirmação, embora seja historicamente coerente com a tradição asilar.

De todo modo, alinha-se muito mais aos pressupostos do “tratamento moral”, da lógica pineliana, enquanto se distancia, na mesma medida, dos princípios norteadores para as ações da desinstitucionalização e do campo psicossocial, referências importantes para a construção de um outro modo de relações com os usuários.

Os entrevistados apontam outros aspectos relacionados à sociedade, que de várias formas, a depender das situações cotidianas que a envolve

com as pessoas acometidas por transtornos mentais, sustentam a sua necessidade de manter o hospital psiquiátrico, com a função de dar conta daquilo com a qual não se quer deparar: a loucura.

“Tem um problema muito grande na sociedade em relação ao problema mental”

Na fala acima, a entrevistada aponta a intolerância social no convívio com o doente mental, que carrega o estigma da loucura associado a periculosidade e que gera impotência em quem assiste este estranho espetáculo que o louco protagoniza.

Seja pela função, a do asilamento (mecanismo da exclusão) ou da atenção à crise, o hospital psiquiátrico, enquanto existir no real - pois sua existência alimenta o imaginário social, não escapará de sua sina: a de continuar retendo corpos. Desta forma continuará sustentando o estigma do louco, associado não só à sua doença, mas também em relação ao lugar reservado para ela: o hospital psiquiátrico.

o tratamento não passa somente por uma assistência individualizada ao doente mental, é preciso ocorrer uma transformação na sociedade para que o simples fato de ser louco não seja motivo de desvalorização e exclusão ⁽⁶⁸⁾.

Os trabalhadores podem reverter esta lógica da exclusão se investirem, por meio de práticas emancipatórias, na riqueza que representa a comunidade ainda [que] está pouco mobilizada a favor da lógica da inclusão do paciente; a relação entre a equipe dos serviços substitutivos ou do próprio hospital psiquiátrico com a comunidade, necessita de maior

investimento para o processo de construção de um cotidiano do doente mental inserido na sociedade ⁽⁶⁸⁾.

“e que se faz necessário para que eles tenham uma qualidade melhor de vida, a gente sabe que é difícil, que existe toda uma situação complicada com o doente mental fora dos hospitais, e realmente quanto mais a gente puder facilitar para eles esta retomada, este retorno, melhor. A gente conta com o auxílio do pessoal da educação”

5. SÍNTESE

Os objetivos estabelecidos para este estudo foram conhecer o que os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos pensam sobre a função do hospital psiquiátrico no contexto da Reforma Psiquiátrica e compreender como os trabalhadores de saúde mental lidam com o processo da desinstitucionalização nas suas práticas.

Pela voz dos seus trabalhadores, o hospital psiquiátrico se ocupa da função exclusiva de atender a crise, função mais compatível e coerente com a rede assistencial que se propõe substituí-lo. Portanto, o que pensam os trabalhadores destes hospitais, a respeito da Reforma Psiquiátrica? De que forma a compreendem no cotidiano do serviço?

Feito este questionamento para os trabalhadores dos hospitais pesquisados, obteve-se nos resultados, de forma enfática e recorrente, sobre a função do hospital psiquiátrico, a configuração de um “novo hospital”.

O hospital psiquiátrico dos nossos dias tem apresentado, pela voz dos trabalhadores, uma faceta que o diferencia do antigo asilo. Para este último, a função sempre foi a de abrigo social da loucura e o isolamento do louco, num contínuo processo de exclusão.

Para o novo hospital, a função é o acolhimento da crise e a curta permanência em internação. Portanto, estabelece-se aí uma antinomia entre o velho e o novo hospital, conforme pôde-se demonstrar através dos dados empíricos coletados.

No entanto, numa leitura crítica, verifica-se que esta nova função do hospital psiquiátrico não se alinha com os pressupostos da desinstitucionalização, considerando-se que a Reforma Psiquiátrica caminha para além da simples reforma ou reorganização de serviço ou rede.

O trabalhador entende que o hospital psiquiátrico encontra-se em sintonia com a Reforma, por ser uma instituição especializada para atenção à crise aguda, em regime de internação de curta permanência.

O hospital psiquiátrico que emerge no cenário da saúde mental da cidade de São Paulo, não se identifica mais com o “manicômio”. Embora quase sempre possa trazer consigo a herança do antigo asilo, esforça-se por meio dos seus trabalhadores para afastá-lo de si.

Percebe-se, através dos discursos, uma insistência dos trabalhadores em afirmar o hospital psiquiátrico como sendo algo completamente distinto do “manicômio”. O hospital assume um lugar mais nobre e honroso, enquanto que o “manicômio”: um lugar torpe, marcado por um estigma, uma marca desonrosa que se pretende apagar da história, embora sempre teime em retornar (trans-institucionalização, moradores, abandono social).

Os discursos apreendidos trouxeram à tona algumas questões, à luz da Reforma Psiquiátrica brasileira, sustentada em um dos seus mais importantes eixos: a desinstitucionalização.

Os entrevistados identificaram as medidas reformistas de ordem técnica e administrativa, ocorridas no hospital: especialização no atendimento da clientela (pacientes agudos); regime de internação de curta permanência (cronicidade); intervenção terapêutica multidisciplinar (o trabalho era isolado); a melhoria da qualidade do hospital (estrutura física e

de recursos humanos); melhoria da ambiência (não asilar); implantação de projeto terapêutico (não havia), atendimento às exigências das portarias ministeriais (segue as diretrizes); redução de leitos hospitalares.

Tais medidas são do ponto de vista da Reforma Psiquiátrica, transformações que se operam no âmbito das instituições psiquiátricas e são tidas como modernizadoras, organizativas e superficiais.

Ao comparar o processo de desospitalização ocorrido na Europa e EUA com a experiência triestina de desinstitucionalização, Rotelli diz:

se o objeto observado é a transformação da instituição psiquiátrica, nossa opinião é que o discurso que apresentamos tem também implicações referentes a toda a organização sanitária, sobretudo em relação à crise dos projetos sanitários que se contrasta com a transformação da instituição psiquiátrica nesta fase histórica ⁽³⁴⁾.

Ainda segundo o mesmo autor, a desinstitucionalização

foi praticada como desospitalização, política de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos (e em alguns casos, embora não freqüentemente, de fechamento mais ou menos brusco de hospitais psiquiátricos) ⁽³⁴⁾.

Segundo referem ainda os trabalhadores, houve ampliação da rede extra-hospitalar, mas os recursos são insuficientes para atendimento da demanda, o que não assegura o acesso dos pacientes à rede, levando-a à desassistência aos pacientes.

Os entrevistados trouxeram em seus discursos o entendimento de desinstitucionalização como desospitalização, uma vez que houve um processo de medidas reestruturantes e organizativas nos serviços hospitalares.

A partir desta análise, considerando que os trabalhadores identificam transformações operadas no hospital psiquiátrico – na dimensão *particular*, sob efeito da Reforma Psiquiátrica, pode-se entender que algo também ocorra no sistema de saúde mental do município, no qual o hospital está inserido.

No hospital, segundo os trabalhadores entrevistados, ocorre um processo de reforma hospitalar. Portanto, é possível pressupor que algo ocorre no município, que podia ser denominado como desospitalização.

O modelo baseado em medida de desospitalização, (na dimensão *particular*), constitui-se das seguintes características: a prevenção de internações inadequadas em instituições psiquiátricas, procurando alternativas comunitárias para o seu tratamento; retorno para a comunidade de todos os pacientes institucionalizados que tiveram preparo adequado para tal mudança; o estabelecimento e a manutenção de sistemas de suporte comunitário para as pessoas não-institucionalizadas que estejam recebendo serviços de saúde mental na comunidade.

A desinstitucionalização, nesta dimensão *singular*, assume o caráter de intervenções de natureza técnico-terapêutica, desenvolvidas pelos trabalhadores das instituições junto aos seus usuários objetivando o processo de desinstitucionalização sempre que possível para as famílias (referenciadas na rede sócio-comunitária), para moradia independente ou para os Serviços Residenciais Terapêuticos, quando disponíveis.

Neste sentido, pode-se verificar coerência neste discurso, uma vez que ações como estas são contempladas na Lei 10.216 como

responsabilidade dos hospitais psiquiátricos. No seu parágrafo quinto consta o seguinte:

o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação social assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento quando necessário ⁽⁸⁾.

Os entrevistados falam a respeito das mudanças ocorridas nas estruturas administrativas e organizacionais dos hospitais psiquiátricos. São mudanças de ordem administrativa que se dão no nível das aparências e, portanto, não consegue atingir a essência da Reforma Psiquiátrica, que sob referência do processo da desinstitucionalização, aspira mudanças expressivas no modelo de atenção em saúde mental.

De todo modo, são arranjos que conseguem influenciar positivamente na melhoria da qualidade da assistência hospitalar, uma vez que oferecendo melhores condições para o trabalho e para o trabalhador, por conseqüência, confere melhor condição de tratamento para os usuários.

Por outro lado, os entrevistados falam sobre um avanço nas relações estabelecidas no hospital, contribuindo para um processo de humanização. Percebe-se que o “velho asilo” – lugar de furiosos e indomáveis seres naturais - passa a estabelecer-se como um lugar possível para o humano, transformado pela cultura.

Sob efeito do modelo multicausal na concepção de “crise-doença”, para lidar com a crise, observa-se intervenções clássicas e usuais destas

instituições psiquiátricas “modernas”, procedimentos médicos baseados no diagnóstico restrito à nosografia e limitados à terapêutica medicamentosa.

Observa-se o mesmo com as intervenções tradicionais de ordem psicológica, de caráter comportamental ou psicodinâmico, baseadas em grupos operativos, orientativos e psicoterapêuticos que visam o “resgate da vida subjetiva” ou “comportamentos socialmente adequados” dos pacientes; ou as ações terapêuticas da terapia ocupacional, concentradas nas conhecidas atividades para a “promoção da autonomia e integração à vida social”, com seus planos de reabilitação e readaptação social; a enfermagem com seus projetos de cuidados e na “promoção do bem-estar geral”; o serviço social, atento às questões de caráter dos direitos sociais, assegurando as orientação para a “melhoria das condições de vida” dos usuários.

Considerando-se ainda outras disciplinas e categorias profissionais que se somam, propondo, seguindo uma diversidade de orientações teórico-práticas e teórico-clínicas, tendem a reproduzir, senão o paradigma das ciências positivistas, pelo menos o paradigma de uma clínica fundada sob bases epistemológicas que reforçam o modelo de uma clínica tradicional, (no máximo), que ainda sustentam as práticas de saúde mental. Uma clínica ainda pouco inclusiva e ineficaz, que por sua vez, não atende às necessidades necessárias dos usuários, sujeitos concretos, inseridos num mundo de diversidades, de materialidades e realidades concretas.

Tais intervenções, aplicadas nos hospitais psiquiátricos que chegaram a este nível de “modernização”, haja vista as mudanças observadas nos

últimos anos, são necessárias e imprescindíveis para o contexto da atenção em saúde mental.

Tais modos de apresentar as várias intervenções terapêuticas de caráter multiprofissional e multidisciplinar descritas acima, compõem entre si, mesmo como dispositivos que somente se somam ou são complementares, sem dúvida nenhuma, se apresentam como importantes instrumentos para lidar com a crise – a do paciente e seus familiares (crise tal qual concebida pelos entrevistados deste estudo).

Todo este arcabouço de saberes e a tecnologia de assistência psiquiátrica que se produziu nestas instituições, em decorrência de tais saberes, diz respeito à clínica que atualmente se exerce nos hospitais psiquiátricos pesquisados, conforme a voz dos trabalhadores que neles atuam.

O hospital psiquiátrico e a crise dos seus trabalhadores

Consideradas as questões referentes à base epistemológica que sustenta as concepções de crise, do processo saúde-doença e das práticas interventivas do hospital psiquiátrico em torno de sua função, segundo os trabalhadores, na tentativa de uma pequena síntese, elegeu-se o fragmento discursivo de um trabalhador entrevistado, que resume a função do hospital como: atendimento da crise aguda, internação breve em local especializado - o hospital psiquiátrico - que traduz a realidade da cidade de São Paulo na atualidade.

Os discursos dos entrevistados apontam para a relação (em crise) do hospital psiquiátrico com a rede substitutiva de atenção à saúde mental de base comunitária.

Para os pesquisados a lógica que prevalece para a atenção à crise, nos serviços substitutivos de saúde mental, é a mesma que vigora para a manutenção do modelo hospitalocêntrico, ou seja, o trabalhador entende que o serviço substitutivo deve ter algo que o hospital tem para atender a crise, o que é incoerente com a função do serviço substitutivo.

Tal paradigma ainda hegemônico está numa transição geradora de crises e contradições, em função de um novo que se aproxima. Por um lado, o hospital psiquiátrico e a psiquiatria que o fundou e de outro, os serviços substitutivos e a construção de suas bases teórico – práticas.

Os equipamentos substitutivos são valorizados pelos entrevistados sempre com a expectativa de que, por meio dos encaminhamentos pós-alta, estes cumpram a exclusiva função de dar continuidade às intervenções terapêuticas necessárias para que, de modo “preventivo” evitem as novas situações de crise dos pacientes.

Alguns entrevistados apontam fragmentação dos serviços na rede em relação ao hospital, referindo que os pacientes se perdem neste circuito psiquiátrico e que deste modo, os pacientes ficam sem a devida assistência, o que os leva novamente ao hospital, ou seja, os trabalhadores transferem, forma a-crítica, a responsabilidade pela cronificação do paciente para a ineficiência da rede.

No hospital, no entanto, parece que as ações são executadas pela lógica da necessidade de se afirmar como um serviço exclusivamente

dedicado à “crise-doença” e à permanência breve, que desta forma deve evitar a responsabilidade institucional sobre pacientes na condição de moradores ou que, em razão das “questões sociais”, permaneçam por um período prolongado, aumentando as estatísticas e com isto diminuindo a rotatividade.

Embora tais condutas sejam coerentes com o modo de funcionar do hospital, descrito pelos seus trabalhadores, não se pode deixar de considerar que condições contrárias a estas posicionam o hospital psiquiátrico numa visível e desconfortável contradição, na medida em que o contrapõe à sua função atual, pautada na crise-doença; uma “doença tratável” e institucionalizada, mas que recebe alta e é des-hospitalizada rapidamente, utilizando-se de “metodologia interventiva” que assegura agilidade no processo de alta.

Parece que o hospital psiquiátrico não mais admite o asilamento na sua “nova” função, embora por força das circunstâncias, seja obrigado a conviver, com desagrado, com esta contradição imperiosa.

Na dimensão *estrutural* da realidade – as políticas públicas de saúde mental para os hospitais psiquiátricos - verifica-se a diminuição gradativa e pactuada dos leitos hospitalares nas diversas regiões do Brasil, ao mesmo tempo em que ocorre aumento gradativo de equipamentos da rede substitutiva de acordo com o Relatório de Gestão da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde – 2003 / 2006⁽⁶⁰⁾.

Na dimensão *particular*, considerados os serviços hospitalares do município de São Paulo, não se verifica mudança significativa do ponto de vista da desinstitucionalização, entendendo-a de forma específica e restrita

ao contexto da substituição dos leitos de hospitais psiquiátricos do município, pelos Serviços Residenciais Terapêuticos. Esta situação contrapõe-se às atuais políticas que prevêm a utilização destes dispositivos para pacientes moradores egressos de internação hospitalar.

Da mesma forma, na dimensão *singular* da realidade, considerados os pacientes moradores dos hospitais psiquiátricos do município de São Paulo eles continuam em situação de moradia nos hospitais.

Os trabalhadores enfrentam dificuldades para o processo de desinternação de pacientes com grave problemática social, que contrariam o “projeto institucional”, já citado, e esta posição também vai na contra-mão da desinstitucionalização, uma vez que as políticas públicas de saúde mental no Brasil apontam para a desconstrução dos hospitais psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica assume o desafio, no plano das políticas, de construir uma rede substitutiva de base comunitária, que atue no território e que possa apoiar a comunidade no processo de enfrentamento de sua problemática social (condição da vida material) e adoecimento, auxiliando-a no seu modo de produzir saúde e privilegiando ações para o seu fortalecimento, diante do desgaste imposto pelo modo de produção. Visa, portanto, a emancipação do sujeito que possa resgatar seu poder contratual e desta forma exercitar sua condição de cidadão.

No processo de desinstitucionalização, há que se transformar o lugar da loucura no imaginário social e desta forma, desconstruir o estigma associado à loucura, na dimensão sócio-cultural. Aproximar os pacientes de suas famílias e as famílias dos pacientes significa ajudá-los a desenvolver, através do relacionamento e do diálogo, a restauração do poder de

contratualidade para o exercício da vida em liberdade, mediada pelas possibilidades.

Neste sentido, cumpre discutir aqui o mandato social - uma ordem intangível, insidiosa, imperiosa e porque não dizer, impiedosa, para com os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos.

Esta incumbência provém da sociedade, por meio dos seus diversos segmentos como a família, a comunidade, as instituições jurídicas, as organizações produtivas e outros, no sentido de manterem encerradas nos asilos e sob sua égide, as pessoas transgressoras da disciplina, sobressaltadas pelos seus atos insanos e perigosos.

Exige-se dos trabalhadores da saúde, abnegados guardiões da ordem social e especialistas da ordenação psíquica, em nome do poder técnico-científico que lhes foi outorgado, o exercício do papel de controlador, tutor e de mediador dos excessos que a desrazão pode ocasionar.

Preserva-se, enfim, a sociedade dos seus preconceitos e medos e, sobretudo da diversidade que o doente mental continua representando num mundo cada vez mais homogeneizado, intolerante e excludente.

Conforme sustentado neste estudo, baseado na idéia de processo e transição, tendo em vista a reestruturação do modelo de assistência em saúde mental no Brasil, estamos num terreno de incertezas e dúvidas em relação ao entendimento do modelo assistencial que vigora no momento no município de São Paulo.

Ao tentar compreender a função e o lugar que o hospital psiquiátrico ocupa hoje, é que talvez se possa entender o que se passa no atual modelo de assistência em saúde mental da cidade, uma vez que o hospital

psiquiátrico é, ao menos na realidade, parte integrante da rede de saúde mental.

Por um lado, tem-se o modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira – consolidação de uma rede substitutiva de assistência em saúde mental. Por outro lado, contrapondo-se dialeticamente, há o modelo hospitalocêntrico – os serviços hospitalares, presentes na realidade e na vida concreta de muitos pacientes e trabalhadores, embora estes serviços não se encontrem mais oficialmente na rede de serviços de atenção em saúde mental.

Neste contexto, de uma realidade com tantas contradições, a função do hospital psiquiátrico poderá apresentar-se de forma incoerente, indefinida ou, mesclando diferentes modos de intervenção e relações; posturas conflitantes e, por consequência, posições sustentadas em contradições, que se não forem iluminadas como foco de reflexão, jamais poderão ser superadas.

A transição a que se faz referência neste trabalho é aquela que visa a superação das contradições, não apenas entre modelos de atenção em saúde mental, frente à Reforma Psiquiátrica, mas, sobretudo, entre mentalidades diversas, que implica, necessariamente, na mudança de paradigmas na forma de se conceber loucura e tratamento no campo científico do saber psiquiátrico e no imaginário social.

Marcada pela transição, a Reforma Psiquiátrica, poderá ser entendida aqui como um processo histórico e dinâmico, podendo assumir ainda o sentido de revolução, como transformação radical do saber e da prática da psiquiatria; uma superação paradigmática.

Este termo, utilizado por Kuhn, citado por Amarante refere-se ao seu argumento principal de que o padrão típico de desenvolvimento de uma ciência são as transições sucessivas de um paradigma a outro, num processo de revolução. Quando ocorre uma troca de paradigma, o mundo dos cientistas é transformado qualitativa e quantitativamente, enriquecido pelas novidades fundamentais dos fatos e das teorias.

Neste momento de transição, o desafio para os trabalhadores da saúde mental é, a partir da prática pautada nos princípios da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial, construir novos saberes que possam substituir o modelo clássico da psiquiatria e suas práticas institucionais, cujo objeto é a doença mental, em detrimento do sujeito em sua experiência.

O hospital psiquiátrico tem sido a própria contradição no atual modelo de atenção em saúde mental e, portanto, nesta perspectiva, sustenta dentro de si as várias contradições advindas de sua própria gênese enquanto instituição, somadas às condições atuais em que se encontra “inexistente” na rede.

O hospital psiquiátrico: lugar da crise porque lugar das contradições.

6 POST-SCRIPTUM

O desejo que me moveu a realizar esta investigação está relacionado ao meu percurso profissional, como psicólogo, trabalhador da saúde, há vários anos atuando no campo da saúde mental, além de estar intimamente associado à minha vida pessoal, sob influência dos valores éticos próprios da histórica e dedicada militância social e política de meus familiares. Tenho especial interesse pela clínica ampliada, pela defesa dos direitos da pessoa portadora de intenso sofrimento psíquico, pelas políticas públicas de saúde e, em especial, pela trajetória do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo, nas últimas décadas, sobretudo, a partir dos anos 80, quando me encontrava no Curso de Graduação em Psicologia e me deparava com os primeiros movimentos em torno da desinstitucionalização.

A reforma vem se consolidando no Brasil com importantes avanços no campo da saúde mental e por meio dos pressupostos básicos da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial, têm nos permitido a reflexão crítica sobre nossa prática profissional e sobre a própria Reforma que, regida por inúmeras contradições, nos desafia a todo instante.

Como coordenador técnico de um hospital psiquiátrico, que funciona em regime de internação, conveniado com o SUS, tenho assumido a responsabilidade técnica e ética de acompanhar os projetos técnicos da instituição, bem como de supervisionar as atividades terapêuticas de toda a equipe multiprofissional e interdisciplinar, composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, junto aos usuários do serviço, a quem me refiro como trabalhadores da saúde.

Tenho observado nesta experiência, que muitos são os esforços de toda a equipe da referida instituição, no sentido de manter o serviço humanizado e de acordo com os princípios que regem a ética da reforma psiquiátrica; e, que apesar desses esforços, tem sido difícil consolidar as práticas que garantam direitos de cidadãos aos portadores de transtornos mentais e que possam viabilizar o processo da desinstitucionalização. A que se devem tais dificuldades?

No exercício da minha função, cabe-me ainda, a interlocução e articulação técnica e política com a rede de saúde do município junto aos gestores públicos, dirigentes e demais trabalhadores dos equipamentos de saúde que compõem a rede, a fim de assegurar aos usuários do sistema, a continuidade de tratamento pós-alta hospitalar e sua imediata reinserção sócio-familiar. Tenho verificado a partir desta experiência, que no momento, os recursos extra-hospitalares são insuficientes para a substituição dos hospitais psiquiátricos, uma vez que a rede de saúde mental no município ainda é incipiente e não está consolidada e adequada às necessidades dos usuários. Quando teremos de fato uma rede totalmente substitutiva ao hospital psiquiátrico? Enquanto isto não ocorre, qual seria a função das instituições hospitalares, neste cenário?

Os desafios são inúmeros, no que diz respeito a um momento de transição muito difícil, marcado pela conjuntura da reforma psiquiátrica brasileira, extremamente complexa e em permanente, mas com lentos movimentos de avanços e recuos, que inevitavelmente, acabam por provocar ambíguos e intensos sentimentos de temores, angústias e inseguranças entre os usuários e trabalhadores dos hospitais psiquiátricos. Incluo-me neste conturbado, precário e conflitante cenário de atuação profissional. Considerando tal conjuntura, qual é o papel dos trabalhadores de saúde mental nos hospitais psiquiátricos?

Várias são as inquietações e indagações que têm me movido a procurar a academia, com a expectativa de buscar a sistematização de conhecimentos que me

possibilitem estudar e entender as dificuldades, contradições, impasses e conflitos que impedem ou dificultam o processo da desinstitucionalização, a partir da força de trabalho contida no interior das próprias instituições psiquiátricas, historicamente asilares. Que lugar é este em que me encontro?

Nesse momento de crise, frente às transformações decorrentes da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, proposto pela reforma psiquiátrica no Brasil e, diante de tantos dilemas pessoais e desafios profissionais, sinto-me impelido a indagar qual é a origem e o sentido desta realidade que hoje nos cerca. Que contradições, problemas ou incompatibilidades existem nesta realidade? Como podemos lidar com ela? Quais podem ser as contribuições possíveis dos trabalhadores de saúde mental, frente à necessidade de uma urgente transformação do modelo assistencial no campo da saúde mental?

Tais questões enunciadas acima, vivenciadas no cotidiano do meu trabalho neste campo, no decorrer dos diversos momentos da história recente da reforma psiquiátrica brasileira, levaram-me a compor um pano de fundo sob o qual se deu, a partir da perspectiva dialética, o processo de delimitação do problema investigado neste estudo que ora se apresenta.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva LCL, Figueiredo JA, Egry EY, Oliveira MAC, Bertolozzi MR. Estar em um lugar que não existe. A reforma psiquiátrica: o processo de desconstrução do hospital psiquiátrico. Saúde e Sociedade 2005; v. 14, supl.1. p.297
2. Egry EY. Compreendendo a dialética na aproximação com o fenômeno saúde- doença. São Paulo; 2005. [Apostila do Curso de Atualização em Saúde Coletiva – Escola de Enfermagem da USP]
3. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método para a enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
4. Brasil. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF): Ministério da saúde; 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde; 1ª edição).
5. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1992.
6. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte / Rio de Janeiro: TeCorá; 1999.
7. Prefeitura diz que SP não tem como absorver mudança. Folha de São Paulo [periódico on line] São Paulo; 2004 ago 17. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1708200417.htm> (17 ago 2004)
8. Brasil. Legislação em saúde mental 1990 – 2004. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. (Série E. Legislação de Saúde; 5ª edição revisada e atualizada).
9. Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienista. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
10. Foucault M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 2005.
11. Resende H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis AS, Costa NR. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes / Abrasco, 2001.
12. Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

13. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante PDC. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
14. Brasil 2002. Ministério da Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília.
15. Brasil 1987. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Rio de Janeiro.
16. Brasil. Temas de saúde mental: textos básicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.
17. Secretaria Municipal de Saúde. Políticas de saúde mental. [on line]
Disponível na internet via WWW. URL:
http://www6.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areas_tematicas/0007
Arquivo acessado em 02 de outubro de 2005.
18. Cambraia M. Política de saúde mental no estado de São Paulo: o cenário das mudanças ocorridas entre 1990 e 2004. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.
19. Jorge MSB, Monteiro ARM, Rocha NF. Desinstitucionalização: visão dos profissionais de saúde mental. Rev. Bras. Enferm. Brasília 1995 out/dez; v. 48, n. 4, p. 401-414.
20. Bandeira M, Soares NL. Desinstitucionalização: estão os profissionais de saúde mental bem informados? Jornal Brasileiro de Psiquiatria 1996; vol. 45 n. 3, p 159-165.
21. Castro RCBR, Silva MJP. O conhecimento e a percepção do enfermeiro a respeito do processo da reforma psiquiátrica. Acta Paul. Enf. 2002 abr./jun.; v. 15, n.2 p. 55-64.
22. Vianna PCM, Alves M, Freitas MIF. A percepção dos profissionais de saúde mental sobre as propostas da reforma psiquiátrica. Enfermagem Rev. 2000 1º e 2º sem.; v.6, n.11 e 12: 18-24.
23. Pugin VM, Barbério YC, Filizola CLA. A concepção de loucura e de seu tratamento entre os trabalhadores de saúde mental de uma instituição prestadora de serviço em nível secundário de atenção. Rev. Latino – am. Enfermagem 1997 mai.; v.5, n. especial, p. 59-68.

24. Lima MG, Silva GB. A reforma psiquiátrica no distrito federal. *Rev. Bras. Enferm.* 2004 set/out; 57(5):586-90.
25. Campos CMS, Soares CB. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciência e Saúde Coletiva* 2003; 8(2):621-628.
26. Lima LV, Amorim WM. A prática da enfermagem psiquiátrica em uma instituição pública no Brasil. *Rev. Bras. Enferm.* 2003 set/out; 56(5):533-537.
27. Oliveira AGB, Alessi NP. A reforma psiquiátrica e o processo de trabalho das equipes de saúde mental. *Rev. Paul. Enf.* 2003 Jan-abr; 22(1):31-42.
28. Rodrigues J, Scóz TMX. Muros nas mentes: obstáculo da reforma psiquiátrica. *Revista Nursing* 2003 outubro; v. 65, n. 6, p. 29-34.
29. Oliveira FB, Fortunato ML. Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 2003; 56(1):67-70.
30. Barros S, Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub judice. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 2001.
31. Aranha e Silva AL. Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial. [tese doutorado] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.
32. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília (DF): IPEA; 1993.
33. Laluna MCMC, Ferraz CA. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2003 nov/dez; 11(6):771-7.
34. Rotelli F, Nicacio MFS (organizadores). Desinstitucionalização. São Paulo: HUCITEC; 2001.
35. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; 2004.
36. Barros S. Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental; a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores. [tese livre-docência] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.
37. Kães R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: Kães R et al. A instituição e as instituições estudos psicanalíticos. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1991.

38. Baremblit G. Compêndio de análise institucional e outras correntes. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1994.
39. Moura AH. O equipamento de saúde mental, suas instituições e o clube dos saberes. [tese] Campinas (SP): Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp; 2002.
40. Spitz R. O primeiro ano de vida. São Paulo. Martins Fontes; 2003.
41. Formosinho J. A institucionalização enquanto transição ecológica: a fenomenologia da experiência no momento de pós-transição. Cadernos de psicologia. Lisboa; 2002.
42. Murphy SA. Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*, v. 4, n. 3, p. 1-7, 1990.
43. Chick N, Meleis A.I. Transitions: a nursing concern. In: Chinn PL. *Nursing research methodology*. Rockville: Aspen; 1986. p. 237-257.
44. Figueredo J. A grande transição de fase [comunicação ao Encontro Internacional: civilização ou barbárie, 23-25/set/2004 , Serpa
45. Costabeber JA, Moyano E. Transição agroecológica e ação social coletiva. *Revista Agroecologia e Desenvolvimento Rural Sustentável* 2000 Out/Dez; n.4.
46. Molina MG, Guzmàn ES. Ecología, campesinado e historia. para una reinterpretación del desarrollo del capitalismo en la agricultura. In: Molina MG, Guzmàn ES. *Ecología, campesinado e historia*. Madrid: La Piqueta; 1993.p. 23-129.
47. Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1975.
48. Amarante PDC (coordenador). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
49. Amarante PDC. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Amarante PDC. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
50. Oliveira AGB, Alessi NP. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 191-203.

51. Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. [tese] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas / Unicamp; 2003.
52. Beinstein J. Pensar a decadência: o conceito de crise em princípios do século XXI . [on line] 2005. Disponível em:
http://resistir.info/argentina/beinstein_crise_decadencia.html#cap_1
53. Rosa C
54. Dell' Acqua G , Mezzina R. Resposta à crise. In Delgado JMF. A loucura na sala de jantar. São Paulo. São Paulo: Resenha , 1991.
55. Basaglia F, Amarante PDC (organizador). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
56. Nicácio MFS. O processo de transformação da saúde mental em
57. Brasil 2007. Ministério da Saúde .Secretaria de Atenção à Saúde / DAPE. Saúde mental no SUS : acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007,85 p.
58. Furtado J P. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. Ciências e Saúde Coletiva 11(3): 785-795,2006.
59. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro:Te Corá; 2001.
60. Rosa LCS. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez;2003.
61. Colvero LA. Desafios da família na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado [tese] . São Paulo: Escola de Enfermagem USP; 2002.
62. Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. Ver. Esc. Enf. USP 2004; 38(2): 197 – 2005.
63. Spadini LS, Souza MCBM. A doença mental sob olhar de pacientes e familiares. Rev.. Esc. Enf. USP 2006; 40(1):123-7.
64. Lougon M. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: uma perspectiva crítica. Pysis: Rev. Saúde Coletiva 1993; 3(2):137:-64.

65. Bandeira M, Lesage A, Morissette R. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. J. Bras. Psiquiatr. 1994; 43 (12): 659 – 66.
66. Lima LA, Teixeira JM. Assistência à saúde mental no Brasil: do mito de excesso de leitos psiquiátricos à realidade da falta de serviços alternativos de atendimento. J Bras Psiquiatr. 1995; 44 (2) : 71-6.
67. Sadigursky D. Desinstitucionalização do doente mental: expectativas da família [Tese] Ribeirão Preto (SP) : Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP; 1997.
68. Salles MM. Internação em hospital psiquiátrico: o (des)caminho para vivência do cotidiano e da inserção social. [dissertação] São Paulo (SP) : Escola de Enfermagem USP; 2005.

ANEXO 1 – Quadro Síntese da Captação da Realidade Objetiva

<i>DIMENSÃO ESTRUTURAL ESTADO</i>	<i>DIMENSÃO PARTICULAR HOSPITAL</i>	<i>DIMENSÃO SINGULAR TRABALHADORES</i>
Políticas Públicas de Saúde Mental Nacional - Municipal ↓ Sistema Único de Saúde Rede de Serviços	Equipamentos de Saúde Unidade de Internação Hospitalar Psiquiátrica (organização do serviço)	Equipe de Saúde Assistência Direta ao Usuário ↓ Projeto de Tratamento Processo de Trabalho
Desconstrução do modelo hospitalocêntrico Implantação da rede substitutiva de atenção (CAPS, SRT, PSF, UBS) X Contrato SUS com Rede de Serviços Hospitalares ↓ Central de Regulação encaminhamento de usuários para internação hospitalar	Número crescente de pessoas em situação de moradia e/ou de longa permanência (em processo de institucionalização) X Insuficiência de equipamentos substitutivos: sociais (SAS) e de Saúde (SMS) no município (desinstitucionalização)	Desenvolvimento e sustentação técnica do Projeto Moradia reabilitação psicossocial / desinstitucionalização ↓ Insuficiência de Serviços Residenciais Terapêuticos no município de SP X Admissão de novos moradores (transinstitucionalização)
Convênio SUS com instituição privada – custo X Falta de Recursos para financiamento e consolidação da rede substitutiva SM	Instituição de natureza privada (lucrativa) X Relação de dependência financeira do poder público - SUS	Escassez de recursos humanos / financeiros para a sustentabilidade dos programas de assistência ao usuário ↓ Redução da qualidade da assistência Precarização do trabalho X Admissão regular de pacientes encaminhados pelo SUS (manutenção do contrato) ↓ processo de institucionalização
Políticas Públicas em Saúde Mental Ministério da Saúde X Implementação incipiente das políticas de saúde no município de São Paulo (local)	Fonte de Financiamento convênio SUS – Mantém Serviços Particulares X Fonte de Financiamento convênio particular – Mantém SUS	Manter internação breve → não perder vínculo sócio familiar (Técnica) X Entraves para desinternação hospitalar → agendamento (Administrativa)
Manutenção de Serviço Hospitalar Centralizado X Serviços Substitutivos funcionam sob a lógica do território ↓ Dificuldade de acesso da população referenciada em serviço ambulatorial territorializado, encaminhada para internação	Realidade Objetiva: Hospital Psiquiátrico na rede de assistência em saúde mental X Reorientação do Modelo: “Inexistência” do hospital na rede de atenção em saúde mental ↓ Dificuldade no fluxo de referência / contra-referência para encaminhamento dos usuários	Projeto de Tratamento: Princípio da multicausalidade e condutas técnicas baseadas na Interdisciplinaridade X Ações centradas na intervenção médica / medicamentosa e cuidados de enfermagem por nível de dependência

ANEXO 2a – Distribuição dos leitos psiquiátricos SUS por UF e hospitais psiquiátricos

Distribuição dos Leitos Psiquiátricos SUS por UF e Hospitais Psiquiátricos

Unidade Federativa	Leitos Psiquiátricos	Hospitais Psiquiátricos	% do Total de Leitos Psiquiátricos SUS	Leitos/1000 hab
Região Norte				
Amazonas	126	1	0,3	0,04
Acre	53	1	0,13	0,08
Amapá	0	0	0	0
Pará	56	1	0,13	0,01
Tocantins	160	1	0,38	0,12
Roraima	0	0	0	0
Rondônia	0	0	0	0
Subtotal Região Norte	395	4	0,94	0,03
Região Nordeste				
Alagoas	880	5	2,09	0,29
Bahia	1633	9	3,88	0,12
Ceará	1120	8	2,66	0,14
Maranhão	822	4	1,96	0,13
Paraíba	801	6	1,91	0,22
Pernambuco	3293	16	7,83	0,39
Piauí	400	2	0,95	0,13
Rio Grande do Norte	819	5	1,95	0,27
Sergipe	380	3	0,9	0,19
Subtotal Região Nordeste	10.148	58	24,14	0,2
Região Centro-oeste				
Distrito Federal	74	1	0,18	0,03
Goiás	1303	11	3,1	0,23
Mato Grosso	117	2	0,28	0,04
Mato Grosso do Sul	200	2	0,48	0,09
Subtotal Região Centro-Oeste	1.694	16	4,03	0,13
Região Sudeste				
Espírito Santo	620	3	1,47	0,18
Minas Gerais	3052	21	7,26	0,16
Rio de Janeiro	8134	41	19,35	0,53
São Paulo	13594	58	32,34	0,34
Subtotal Região Sudeste	25.400	123	60,42	0,32
Região Sul				
Paraná	2688	17	6,39	0,26
Rio Grande do Sul	911	6	2,17	0,08
Santa Catarina	800	4	1,9	0,14
Subtotal Região Sul	4.399	27	10,46	0,16
Brasil	42.036	228	100	0,23

Fonte : Ministério da Saúde, dezembro de 2005.

ANEXO 2b – Redução dos leitos psiquiátricos

Ano	Leitos HP
2002	51.393
2003	48.303
2004	45.814
2005	42.078
2006	39.567

Fontes: Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais. Em 2004-2005, PRH/CNES.

ANEXO 3 – Municípios com mais de 300.000 habitantes, por tipo de CAPS

Municípios com mais de 300.000 habitantes, por tipo de CAPS e indicador CAPS/100.00 habitantes ponderado

Fonte: Ministério da Saúde, dezembro de 2005

Nº	UF	Municípios	População	CAPS I	Tipos de CAPS				Total de CAPS	CAPS/100.000 hab. ponderado
					CAPs II	CAPs III	CAPs I	CAPs ad		
1	RS	Pelotas	342.513		5			1	7	2,04
2	SP	Santos	418.316			5		1	6	2,03
3	SE	Aracaju	498.619	1		2	1	1	5	1,10
4	BA	Feira de Santana	527.625		2	1	1	1	5	1,04
5	MG	Belém	391.718	1	1	1	1		4	1,02
6	SC	Florianópolis	396.778		2		1	1	3	1,01
7	ES	Vitória	313.312		2			1	3	0,96
8	SP	São Vicente	325.437		2			1	3	0,92
9	PE	Recife	1.501.008		5	1	1	5	13	0,90
10	SP	Campinas	1.045.705		1	4	1	1	7	0,85
11	RJ	Niterói	474.045		2			2	4	0,84
12	SP	Jundiaí	344.779			1		1	2	0,73
13	PR	Londrina	488.287			1	1	1	3	0,72
14	SP	Bauru	350.492	1			1	1	3	0,71
15	MG	Ribeirão das Neves	311.372		1		1		2	0,64
16	PR	Maringá	318.952		1			1	2	0,63
17	SP	Santo André	659.592			2		1	3	0,60
18	MG	Montes Claros	342.555		1			1	2	0,58
19	GO	Goiânia	1.201.005		4		1	2	7	0,58
20	RO	Porto Velho	373.917		2				2	0,53
21	RN	Natal	778.040		2			2	4	0,51
22	MG	Uberlândia	585.252		1		1	1	3	0,51
23	PR	Curitiba	1.757.904		4		1	4	9	0,51
24	RS	Caxias do Sul	404.157		1			1	2	0,49
25	SP	São José do Rio Preto	406.825				1	1	2	0,49
26	RJ	Campos dos Goytacazes	426.212		1			1	2	0,47
27	MT	Cuiabá	533.800	1			1	1	3	0,47
28	PA	Belém	1.405.871	4	1	1	1	1	8	0,46
29	RS	Porto Alegre	1.428.695		2	1	2	1	6	0,45
30	SP	São José dos Campos	600.049	1			1	1	3	0,42
31	PA	Ananindeua	482.171		1			1	2	0,41
32	SC	Joinville	487.045		1			1	2	0,41
33	MG	Belo Horizonte	2.375.329		5	2		1	8	0,38
34	SP	Ribeirão Preto	551.312		1			1	2	0,36
35	SP	Sorocaba	555.180		1		1		2	0,35
36	MG	Contagem	593.419		1		1		2	0,34
37	PR	Ponta Grossa	300.195					1	1	0,33
38	AL	Maceió	903.453		2		1		3	0,33
39	PR	Foz de Iguaçu	301.409		1				1	0,33
40	CE	Caucaia	303.970					1	1	0,33
41	AC	Rio Branco	305.731					1	1	0,33
42	GO	Anápolis	313.412					1	1	0,32
43	SP	Franca	321.959					1	1	0,31
44	RS	Canóas	329.174		1				1	0,30
45	PB	João Pessoa	650.798		1			1	2	0,30
46	SP	São Paulo	10.527.955	4	12	1	7	10	34	0,30
47	AP	Macapá	355.408					1	1	0,28
48	ES	Caracica	355.455		1				1	0,28
49	SP	Piracicaba	350.752		1				1	0,28
50	PB	Campina Grande	376.132		1				1	0,27
51	SP	Campuloba	352.772					1	1	0,26
52	PE	Olinda	384.510		1				1	0,26
53	SP	Osadema	359.503					1	1	0,26
54	PI	Teresina	788.773				1	1	2	0,25
55	ES	Vila Velha	396.323					1	1	0,25
56	SP	Mauá	406.242		1				1	0,25
57	SP	Guarulhos	1.251.179		2			1	3	0,24
58	RJ	Duque de Caxias	842.890		1		1		2	0,24
59	GO	Aparecida de Goiânia	435.323		1				1	0,23
60	BA	Salvador	2.573.550	2	3		1	1	7	0,22
61	RJ	São João de Meriti	454.327		1				1	0,22
62	RJ	Befford Roxo	480.595		1				1	0,21
63	MG	Juiz de Fora	501.153		1				1	0,20
64	RJ	Rio de Janeiro	6.094.183		7		3	1	11	0,18
65	PE	Jaboatão dos Guararapes	640.722		1				1	0,16
66	MA	São Luís	978.824	1	1				2	0,15
67	SP	Osasco	705.450		1				1	0,14
68	MS	Campo Grande	749.758		1				1	0,13
69	RJ	Nova Iguaçu	830.902		1				1	0,12
70	DF	Brasília	2.333.108	1			1	1	3	0,11
71	CE	Fortaleza	2.374.944	1	2				3	0,11
72	RJ	São Gonçalo	950.841		1				1	0,10
73	SP	Itaquaquecetuba	340.595						0	0,00
74	AM	Manaus	1.544.590						0	0,00
75	SP	Mogi das Cruzes	355.993						0	0,00
76	RJ	Petrópolis	306.002						0	0,00
77	SP	São Bernardo do Campo	788.550						0	0,00
78	ES	Serra	383.220						0	0,00

ANEXO 4 – Instrumento de coleta dos dados empíricos

Roteiro da Entrevista

Nome:

Sexo:

Idade:

Profissão:

Tempo de formação profissional:

Formação (graduação, especialização, pós-graduação):

Instituição:

Tempo de experiência área de Saúde Mental:

Tempo de atuação na Instituição:

Questões Norteadoras:

- A) Em sua opinião, qual é a função do hospital psiquiátrico?
- B) Como você compreende o processo de desinstitucionalização?
- C) Essa compreensão está presente na sua prática cotidiana na instituição? Exemplifique.
- D) A Reforma Psiquiátrica tem como pressuposto a mudança do modelo de atenção à saúde mental. Frente a isto, como você vê a sua prática profissional nesta instituição?
- E) Você percebe alguma influência da Reforma Psiquiátrica no seu cotidiano de trabalho, na instituição?
- F) Tendo uma rede de assistência em Saúde Mental, constituída de equipamentos substitutivos de caráter sócio-comunitário, em plenas condições de funcionamento. Em sua opinião, poderíamos prescindir de um hospital psiquiátrico?

ANEXO 5 – Solicitação para realização da pesquisa

Termo de autorização para a realização da pesquisa

Ilmo. Senhor,

Eu, Luiz Carlos Lourenço Silva, R.G. 36263218-2, aluno de pós-graduação da Escola de Enfermagem - USP, estou desenvolvendo uma pesquisa cujo título provisório é “Os Atores da Reforma Psiquiátrica no município de São Paulo frente ao desafio do processo de desconstrução dos seus hospitais psiquiátricos”. A finalidade do estudo é saber o que pensam os trabalhadores da saúde mental acerca do processo de desinstitucionalização.

Para atingir esta finalidade, os objetivos específicos da pesquisa são:

Conhecer o que pensam os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos sobre a função do hospital e suas práticas; conhecer como os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos entendem a reforma psiquiátrica no município de São Paulo; compreender como os trabalhadores de saúde mental lidam com o processo da desinstitucionalização nas suas práticas; analisar a relação que os trabalhadores têm com a instituição psiquiátrica.

Na metodologia, serão utilizadas entrevistas semi-estruturadas realizadas com a equipe técnica da instituição; que serão gravadas em fita cassete, transcritas em sua íntegra e analisadas.

Assim, solicito autorização desta Instituição para a coleta de dados junto à equipe técnica. Vossa colaboração será da maior importância para a realização deste estudo e contribuirá significativamente para a comunidade científica e toda a sociedade.

São Paulo, ____/____/ 2006.

Responsável Técnico
Hospital Psiquiátrico

Luiz Carlos Lourenço Silva
Pesquisador EEUSP

Telefone para contato: (11) 3052-4906 / 9816-9102 - llsilva@terra.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Tel.: 30667548

ANEXO 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Luiz Carlos Lourenço Silva, R.G. 36263218-2 aluno de pós-graduação da Escola de Enfermagem -USP, estou desenvolvendo uma pesquisa, cujo título provisório é “Os Atores da Reforma Psiquiátrica no Município de São Paulo frente ao desafio do processo de desconstrução dos seus hospitais psiquiátricos”. A finalidade do estudo é saber o que pensam os trabalhadores da saúde mental acerca do processo de desinstitucionalização.

Para atingir esta finalidade, os objetivos da pesquisa são: Conhecer o que pensam os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos sobre a função do hospital e suas práticas; conhecer como os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos entendem a reforma psiquiátrica no município de São Paulo; compreender como os trabalhadores de saúde mental lidam com o processo da desinstitucionalização nas suas práticas; analisar a relação que os trabalhadores têm com a instituição psiquiátrica.

Na metodologia, serão utilizadas entrevistas semi-estruturadas realizadas com a equipe técnica desta instituição, que serão gravadas em fita cassete, transcritas em sua íntegra e analisadas.

A sua participação é voluntária e não irá interferir no seu processo de trabalho na instituição. O senhor (senhora) tem a liberdade de desistir de participar da pesquisa, durante o processo de investigação, não havendo quaisquer prejuízos. Nenhuma publicação o (a) identificará. Seu nome será mantido em sigilo e as informações obtidas serão igualmente tratadas sigilosamente.

O senhor (senhora) terá livre acesso ao conteúdo da pesquisa, podendo discutí-la com o pesquisador, se for de seu interesse. Não haverá qualquer compensação financeira por sua participação nesse estudo.

Sua colaboração será da maior importância para a realização do estudo.

Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro estar ciente das informações fornecidas, este formulário esta sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar da pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada desse consentimento.

São Paulo, ____/____/ 2006.

Assinatura do profissional técnico
Colaborador

Luiz Carlos Lourenço Silva
Pesquisador EEUSP

Telefone para contato: 3052-4906 / 9816-9102 - llsilva@terra.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Tel.: 30667548