

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

**A (DES) INTEGRALIDADE PELA (IN) DIFERENÇA:  
UM ESTUDO SOBRE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS AO LOUCO  
NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL “QUASE GERAL”**

***Fátima Cristina Alves de Araújo***

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração Política Planejamento e Administração, do Instituto de Medicina Social da Universidade de Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Roseni Pinheiro

Rio de Janeiro, 2006.

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E  
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

---

A663 Araújo, Fátima Cristina Alves de.

A (des)integralidade pela (in)diferença: um estudo sobre práticas assistenciais ao louco na emergência de um hospital “quase geral” / Fátima Cristina Alves de Araújo. – 2006. 97f.

Orientadora: Roseni Pinheiro.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde mental – Teses. 2. Emergências psiquiátricas – Teses. 3. Hospitais – Teses. 4. Reforma psiquiátrica – Brasil – Teses. 5. Psiquiatria – Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.89(81)

---

FÁTIMA CRISTINA ALVES DE ARAUJO

**A (DES) INTEGRALIDADE PELA (IN) DIFERENÇA:UM ESTUDO  
SOBRE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS AO LOUCO NA EMERGÊNCIA  
DE UM HOSPITAL “QUASE GERAL”**

Aprovada em 27 de março de 2006.

---

Profa. Roseni Pinheiro (orientador)  
IMS-UERJ

---

Profa. Claudia Mara de Melo Tavares  
Universidade Federal Fluminense

---

Profa. Maria Paula Cerqueira Gomes  
IPUB/UFRJ

---

Prof. Ruben Araujo de Mattos  
IMS/UERJ

## **Agradecimentos**

Antes de tudo a Deus. Graças a Ti pude vencer os obstáculos. Nada do que aconteceu foi por acaso.

A Roseni Pinheiro. Foi muita loucura embarcar “integralmente” no desafio de me orientar. Sou grata por sua dedicação, seu espírito crítico e por todo o acolhimento que recebi. Muito obrigada minha “orientadora preferida”.

Ao incansável Ruben, diretor, professor, leitor, membro de banca... ufa! Você é um dos responsáveis pela “pensação” que gerou essa dissertação.

A Paula Cerqueira, pela docilidade e disponibilidade em participar desde o início desse trabalho. Agradeço por ter me ajudado a acreditar na relevância da minha idéia.

A Claudia Mara, que me apresentou esse “mundo da psiquiatria” e sempre foi um exemplo. Muito obrigada, minha eterna professora.

A Edna Gurgel, que muito me encorajou a embarcar no mestrado. Serei sempre grata.

A Marise, aquela que transforma tudo em um evento. Muito obrigada por tudo, minha amiga superpoderosa e assessora para assuntos intelectuais. Você é parte desse trabalho, Florzinha.

A Jo (Josenira), minha amiga, enfermeira, cuidadora e também super poderosa. Lindinha, sou muito grata por toda a ajuda que você me deu durante essa trajetória tão turbulenta.

A Jeanne, minha amiga feminista. Nunca esquecerei das nossas “pesquisas antropológicas” junto às classes sociais. Apesar de todo o “sufoco” guardarei para sempre as lembranças dessa época.

A minha turma de PPAS. Sem a ajuda de todas e “todo” - viu Cadu - nada disso seria possível. Que saudades dos nossos almoços no 5º andar. Foi uma pena que o movimento da vida tenha se encarregado de diminuir o tamanho da nossa mesa. Mas fico feliz em poder levar um pouco de cada um de vocês em mim.

A todos os funcionários do IMS. Vocês sempre resolveram as minhas confusões com a data de entrega dos livros. Sempre estavam disponíveis para me salvar da impressora voluntariosa e guardar tudo que eu esquecia no laboratório de informática. Aturaram as chuvas de perguntas e a falação na secretaria. Serviram de bússola para diminuir minha desorientação quanto à sala e ao horário das aulas. Obrigada por tudo! Todos vocês são maravilhosos!

A minha amiga Neusa. Enfermeira pra lá de maluca. Você fez o impossível para que as nossas inquietações diárias saíssem dos corredores da emergência e ganhassem o espaço da academia. Esse trabalho também é seu.

Aos meus amigos Valesca Boarim, Célia e Ricardo Carlos. Se não fossem vocês, talvez hoje não fosse possível estar fazendo esses agradecimentos. Muito obrigada por todas as “ondas” que vocês seguraram. Ricardo, não esqueça que foi você quem deu a idéia de transformar nosso cotidiano em objeto de estudo. Aqui está o nosso trabalho!

Ao Haroldo, que me apresentou o IMS, e que teve a tarefa mais difícil durante a realização desse trabalho - manter minha cabeça em ordem. Muito obrigada.

A minha amiga irmã Sandra que sempre esteve presente nessa caminhada. Obrigada querida!

Aos meus grandes amigos Ândrea e Alan. Vocês foram verdadeiros anjos. Nunca poderei retribuir o que vocês fizeram por mim. A vocês minha gratidão eterna

Aos meus pais, Nair e Francisco. Esse trabalho é fruto de tudo que vocês sempre fizeram por mim. Pai, “*tamo junto e misturado*”! E mãe, agora falta pouco para eu ser “*doutora*”. Muito obrigada!

A minha filha Bárbara, com um enorme pedido de desculpas por tantas “ausências”. Desculpe-me por não ter estado tão presente, por não ter tido tanta paciência ou ainda pela privação financeira.

A todos do HEPII que possibilitaram a realização desse estudo. Seja pela autorização para o ingresso no campo. Seja pela presteza e carinho com que os entrevistados me receberam. Seja ainda por todos vocês que a partir do fazer cotidiano tornaram possível esse estudo.

A todos do serviço de saúde mental. Foi a partir da nossa convivência que surgiu a idéia desse estudo. Muito obrigada e muita força! O desafio é gigantesco. Espero de alguma forma ter contribuído com vocês.

A todos aqueles que buscaram, buscam ou buscarão no hospital geral respostas para as suas demandas psiquiátricas. Esse trabalho é para todos vocês!

*Eu quero ver o amor florescer.  
Ser diferente é normal...  
Temos que olhar de outro jeito...  
Harmonizar pra ser feliz...  
Tá na cara que a beleza está nos olhos de quem vê...  
Nesse mundo onde tudo é relativo...  
Difícil conviver na adversidade...  
Eu pergunto a você:  
Será que existe?  
Limite entre a loucura e a razão  
(Samba Enredo Império Serrado, 2007).*

Seria difícil entre tantas pessoas importantes dedicar esse trabalho somente a uma. Por isso dedico esse trabalho todos. Aos outros, e muitos outros que estão nessa história, em meu presente concreto e fazem parte inevitável de meu projeto de futuro.

## SUMÁRIO

### RESUMO

### ABSTRACT

### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INTRODUÇÃO.....	09
CAPÍTULO 1 - REFORMA PSIQUIÁTRICA: OS CAMINHOS PARA INTEGRALIDADE EM SAÚDE .....	24
1.1 - A Primeira Reforma e o Surgimento da Psiquiatria Clássica .....	24
1.2 - Reformas da Reforma: propostas de reforma da psiquiatria clássica e o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro .....	25
CAPÍTULO 2 – A INTEGRALIDADE NA SAÚDE MENTAL: ENTRE O DIALOGO E O PODER DO “HOSPITAL” .....	37
2.1. Integralidade como mediador do diálogo entre reforma psiquiátrica e hospital geral .....	38
2.2. O Poder no Hospital o a Reforma Psiquiátrica: a luta coletiva pelo poder da construção de práticas assistenciais integrais prestadas ao louco .....	44
CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS DA PESQUISA E A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA ....	49
CAPÍTULO 4 – A (DES) INTEGRALIDADE PELA (IN) DIFERENÇA: UMA CARTOGRAFIA DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS PRESTADAS AO LOUCO EM UM HOSPITAL GERAL .....	54
4.1 - Cenário de Estudo: HEPII .....	54
4.2 - Acolhimento x Estigma .....	66
4.3 - Vínculo x Desresponsabilização .....	72
4.4 - Repercussões do poder nas práticas assistenciais ao louco na emergência .....	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	84



## RESUMO

A atual política de saúde mental brasileira aponta o hospital geral como parte integrante da rede de serviços substitutivos ao manicômio. É preconizado por essa política que os serviços substitutivos levem em consideração, entre outras premissas, o acolhimento, o vínculo e a integralidade na prestação do cuidado. Frente a isso, optou-se por estudar o atendimento ao louco no hospital geral. Este estudo foi realizado no setor de emergência do Hospital Estadual Pedro II, situado na cidade do Rio de Janeiro. O objetivo era analisar as práticas assistenciais ao louco em um hospital geral e os seus efeitos para integralidade. Para isso, buscou-se, especificamente, a) situar a unidade hospitalar e sua relação com a rede de serviços de saúde, destacando os aspectos sociais, políticos e culturais que se inserem; e b) compreender os sentidos e significados sobre integralidade, acolhimento e vínculo atribuídos pelos sujeitos envolvidos nas práticas assistenciais a clientela com transtorno psiquiátrico; e c) identificar a existência de nexos entre essas práticas e as diretrizes do movimento de reforma psiquiátrica, além de mapear os dispositivos de poder e seus efeitos nas práticas assistenciais. Optou-se pelo recurso metodológico do Estudo de Caso. Os dados foram obtidos através de observação, análise documental, entrevista e conversas do cotidiano. Identificou-se que o hospital funciona como a única emergência da região, além de ser a única “porta aberta” às emergências psiquiátricas. O espaço físico da emergência em pouco favorecia o desenvolvimento de uma atenção acolhedora, resolutiva e humanizada, seja ao louco ou a qualquer outro paciente. As práticas assistenciais ainda eram predominantemente pautadas pelo modo asilar. Acolhimento, vínculo e integralidade faziam parte do discurso, mas ainda não se materializam nas práticas assistenciais. O estigma atribuído à doença mental foi percebido como empecilho a práticas acolhedoras. A noção de vínculo foi atrelada à responsabilidade. Porém a prática de alguns profissionais da emergência e do próprio serviço de saúde mental não revelou essa responsabilização na co-produção de saúde. As relações de poder no campo seguiam o modelo biomédico hegemônico, com centralidade na figura do médico. Elas foram consideradas empecilho à materialização da integralidade. A fim de possibilitar a concretização do hospital como parte da rede de serviços substitutivos julgou-se necessário investir em novos arranjos institucionais que coloquem o usuário como centro dos modos de produção de atos de saúde; inserir a dimensão cuidadora na formação e qualificação dos profissionais de saúde e, investir especificamente na dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica para que o ideário reformista deixe de circular somente os “guetos” psiquiátricos e garanta um outro lugar para o louco na sociedade.

## ABSTRACT

The politics of Brazilian mental health points the general hospital as an integrant of the services net that substitutes to the lunatic asylum. There is expectancy that the care given of the substitutes services take into consideration, among others premises the shelter, bond and completeness. This study takes place through into Hospital Estadual Pedro II emergency, in the city of Rio de Janeiro; it was looked to analyze the practical aid to the insane person in a general hospital and the completeness effect. For this, searched: to point out the hospital unit and its relation with the net of health services, detaching the social aspects, politicians and cultural that is insert; to understand the directions, meanings and voices of the involved citizens in the practical assistences the patient with psychiatric upset that looks the emergency on completeness, shelter and bond to identify to the existence of nexuses between these practical and the lines of direction of the movement of psychiatric reform, beyond map the devices of power and its effect in the practical assistences. Was opted the Case Study resource. The data had been gotten through comment, documentary analysis, interview and colloquies of the daily. The hospital is the only emergency of the region. The only "open door" to the psychiatric emergencies. The physical space of the emergency in little favors an attention receiver, resolute and humanized, either to the insane person or any another patient. The practical assistences still predominantly are ruled for shelter way. Shelter, bond and completeness are part of the speech, but not yet they are materialized in the practical assistences. The stigma attributed to the insanity was perceived as obstruction the practical receivers. The bond notion was harness to responsibility. However the practical one of some professionals of the emergency and the proper service of mental health did not disclose this responsibility in the health co-production. The relations of power in the field had followed the hegemonic biomedical model, with centrality on the doctor. They had been considered obstruction completeness materialize. Alike to make possible the concretion of the hospital as part of the net of substitute services was judged necessary to invest in new institution arrangements that place the user as center in the ways of production of health acts; to insert the care dimension in the formation and qualification of the health professionals and, to invest specifically in the socioculture dimension of the psychiatric reform so that the reformist idea leaves of only circulating the "psychiatric ghettos" and guarantees one another place for the insane person in the society.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>AP</b>	Área Programática
<b>CAP</b>	Coordenação de Área Programática
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>ECG</b>	Eletrocardiograma
<b>HEPII</b>	Hospital Estadual Pedro II
<b>HG</b>	Hospital Geral
<b>HOSPUB</b>	Sistema integrado de informatização de ambiente hospitalar, on-line e multiusuário,
<b>MTSM</b>	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
<b>PS</b>	Pronto Socorro
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SES</b>	Secretaria de Estado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UTI</b>	Unidade de Tratamento Intensivo
<b>UPC</b>	Unidade de Pacientes Críticos

## INTRODUÇÃO

Na trajetória da assistência psiquiátrica no Brasil, assim como em vários países do mundo, os mais diversos argumentos foram utilizados para justificar a exclusão do louco<sup>1</sup> do convívio com a sociedade. A necessidade de manutenção da ordem social, a ascensão do saber psiquiátrico científico e o lucro obtido com as internações psiquiátricas pelos empresários da loucura serviram como forma de justificar a internação do louco e concretizar a lógica manicomial (Resende, 1987).

No século XVIII o hospital não era considerado um local de cura, e sim um instrumento de manutenção da ordem social, especialmente por meio do controle e da disciplina aos males que representavam uma ameaça para a sociedade capitalista nascente. Foucault (2004) considera essa organização uma nova forma patética de reação à miséria - onde se justapunham e se misturavam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc. O hospital nesse período poderia ser considerado instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, onde quem detinha o poder não era o médico e sim, o pessoal religioso (Foucault, 2004).

No final do século XVIII, com a medicalização e disciplinarização, o espaço hospitalar passou a ser visto como instrumento de cura e local de observação e produção de verdade. A psiquiatria surgiu como uma forma legítima de conhecimento, justificada pela elevação da sanidade a categoria de objeto. Nesse período o louco passou a ser visto como objeto da prática médica. O hospital para essa clientela passou a ter a função de ser o local de diagnóstico e de classificação - onde a própria arquitetura assumiu função de cura - mas também um espaço de

---

<sup>1</sup>“Louco”, “paciente com transtorno psiquiátrico”, “portador de transtorno mental”, “doente mental” são termos utilizados para designar pessoas em tratamento psiquiátrico. Apesar de cada uma delas ser oriunda de diferentes concepções teóricas e políticas nesse estudo terão os seus sentidos agregados.

confronto, campo institucional onde se trata de vitória e submissão em busca da severa formalização do comportamento. (Foucault, 2004).

A partir do século XIX, ao aderir ao modelo de racionalidade que preside a ciência moderna, a psiquiatria legitimou a retirada do doente mental do seu convívio social. A exclusão na instituição manicomial passou a engendrar as práticas assistenciais desse campo; e durante o século XIX e XX, apesar de diversas críticas e propostas de reforma, o manicômio representou o centro das atividades psiquiátricas. Contudo, a partir da II Guerra Mundial, várias ações de ideal reformista da assistência psiquiátrica foram desenvolvidas no mundo, com impacto sobre a política pública. Pode-se dizer que:

“[...] as políticas públicas de Saúde Mental, nos últimos anos, têm se focado na desinstitucionalização da clientela psicótica grave dos chamados manicômios e na construção de uma rede de cuidados extra-hospitalares a essa clientela”.

(Machado, 2003)

Mais do que uma mudança nas práticas, reforma e humanização da assistência psiquiátrica, o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira – iniciado no final da década de 70 e influenciado principalmente pelo movimento reformista italiano do mesmo período – é considerado um processo global onde quatro dimensões (epistemológica; técnico-assistencial; jurídico-legislativa e sócio-cultural) se articulam (Amarante, 2003).

A dimensão epistemológica ou teórico-conceitual envolve a construção de novos conceitos para suprir as novas necessidades oriundas da Reforma Psiquiátrica. Teoria e prática funcionam como um sistema de dupla alimentação. A

teoria baseia-se na prática e a prática provoca reflexão sobre as construções teóricas.

A dimensão técnico-assistencial refere-se à incorporação das estratégias de construção de novas tecnologias e abordagens assistenciais. Já a dimensão jurídico-legislativa abarca a transformação e construção de legislações que dão suporte ao processo de reforma. O conjunto amplo de iniciativas que visam estimular as pessoas a repensarem seus princípios, preconceitos e suas opiniões sobre a loucura encontra-se na dimensão sócio-cultural do processo de Reforma Psiquiátrica “Busca-se a transformação do imaginário social sobre a loucura; não como lugar de morte, ausência e de falta, mas como um lugar de desejo e vida” (Amarante, 2003).

Então, mais do que a humanização ou qualquer proposta que mantenha vivo o manicômio, a Reforma Psiquiátrica visa transformar os saberes e práticas da psiquiatria, pois de acordo com Rotteli (2001) “[...] dentro do hospital psiquiátrico está a raiz do saber psiquiátrico e se não se tirar fora essa relação incestuosa entre tratamento e custódia continuar-se-ia a produzir abortos” (Rotelli, 2001).

De acordo com Yasui (2004) a Reforma Psiquiátrica se insere na perspectiva de transição paradigmática das ciências, apontada por Boaventura Souza Santos (2001). A Reforma Psiquiátrica se propõe a desconstruir os saberes fundantes da psiquiatria – originados sob a égide da racionalidade científica moderna.

O momento atual da reforma psiquiátrica pode ser ilustrado por Boaventura Souza Santos, quando o autor cita que:

“Vivemos num tempo atônito que ao debruçar-se sobre si próprio descobre que os seus pés são um cruzamento de sombras, sombras que vêm do passado que ora pensamos já não sermos, ora pensamos ainda não termos deixado de ser, sombras que vêm de um futuro que ora pensamos já sermos, ora pensamos nunca vir a ser”.

(Santos, 2001)

Uma fase onde o velho modelo asilar não mais domina, mas também onde o novo modelo ainda não predomina, onde ainda há muito a ser feito para que a mudança das relações com o louco se concretize. Costa-Rosa (2000) afirma que para configurar essa mudança paradigmática na atenção psiquiátrica é imprescindível que:

- O objeto de trabalho deixe de enfatizar as determinações orgânicas e passe a considerar os fatores sociais, psicológicos culturais e biológicos;
- O meio de trabalho não corresponda à organização em “linha de montagem” e sim, à modalidade de trabalho em equipe interprofissional, onde haja intercâmbio de saberes e práticas;
- A organização verticalizada, com fluxo de poder em sentido único, característica do modelo asilar, seja substituída por uma organização de trabalho horizontalizada, na qual a participação, autogestão e interprofissionalidade sejam metas radicais;
- O relacionamento com a clientela, ao invés de interditar o diálogo, possa agenciar subjetividades;
- Haja possibilidade de um reposicionamento subjetivo, levando-se em conta a dimensão coletiva e sociocultural; com uma postura ética que se abra para a singularização, em oposição ao chamado modelo asilar, que promove um tratamento centrado na supressão e tamponamento dos sintomas, hipertrofiando os “defeitos” do tratamento.

Como inovações oriundas das transformações propostas pela Reforma Psiquiátrica uma nova rede de serviços e organizações se apresentam como substitutivas ao manicômio. Além dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tem-se Residências Terapêuticas, Ambulatórios de Saúde Mental, Centros de Convivência, Cooperativas de Trabalho, Associações de Usuários e Familiares, etc.

De acordo com a política nacional de Saúde Mental os CAPS devem responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde (Brasil, 2002).

Seguindo a influência italiana, a rede brasileira substitutiva ao manicômio considera o hospital geral como um dos possíveis dispositivos de cuidado substitutivos ao manicômio. O atendimento ao louco em hospitais gerais se estrutura de diversas formas. De acordo com a Portaria nº 224 (Brasil, 1992) ele pode ser feito em leitos psiquiátricos em hospital geral, emergência psiquiátrica, e unidade de internação.

Entretanto, o atendimento ao louco e a loucura, realizado em hospital geral, ainda é pequeno em relação ao realizados em hospitais psiquiátricos tradicionais. A maioria dos serviços psiquiátricos em hospitais gerais concentra-se em hospitais universitários, situados nas capitais das cidades da região Sul e Sudeste (Botega, Schechtman, 1997).



A política nacional de saúde mental tem como um dos seus objetivos a qualificação da rede extra-hospitalar, onde está incluído o hospital geral (Brasil, 2006). Contudo, parece que maior parte dos esforços centram-se nos CAPS. De acordo com Tavares (1997), a política de saúde mental nacional prioriza os dispositivos comunitários de assistência, colocando em segundo plano a possibilidade de integrar o hospital geral a rede de cuidados psiquiátricos antimanicomiais.

Não é consenso no campo da psiquiatria brasileira que o hospital geral deva fazer parte da rede de serviços substitutivos ao manicômio. No último Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva<sup>2</sup>, atores relevantes do movimento de Reforma Psiquiátrica apontaram que o CAPS III seria o dispositivo com maior capacidade para garantir hospitalidade, e acolhimento contínuo e intensivo aos portadores de transtorno mental - argumento até então utilizado para justificar a necessidade de expansão dos serviços de psiquiatria em hospital geral.

O CAPS III é um serviço de atenção psicossocial que tem como diferencial o fato de constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Ele deve estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência e emergência de sua região para o suporte de atenção médica. A assistência prestada ao paciente deve incluir entre suas atividades acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana para eventual repouso e/ou observação.

Contudo, como menciona Rotelli (1994), apesar do hospital geral não parecer o lugar adaptado aos problemas psiquiátricos, é necessário ter consciência

---

<sup>2</sup> Trata-se do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, realizado na cidade do Rio de Janeiro em 2006.

de que existe uma demanda para ele. E, para poder dialetizar essa demanda é preciso estar inserido no hospital geral.

Entretanto, diferente do caminho percorrido por Souza (2000) que analisou o atendimento ao louco com intercorrências clínicas e ou cirúrgicas no hospital geral, meu interesse reside na possibilidade de um hospital do Sistema Único de Saúde, considerado geral, atender também os casos de psiquiatria, integrando a rede de cuidados psiquiátricos, como uma das possibilidades dentro da rede de serviços substitutivos ao manicômio.

O atendimento psiquiátrico em hospital geral, com sentido moderno conforme apontam Botega (1991); Dalgalarondo (1993) tem como características: o planejamento terapêutico, as internações breves com rápido retorno a comunidade e a integração com a medicina geral.

Contudo, é necessário pontuar a possibilidade de conflito advindo da aproximação da psiquiatria com a medicina geral. Afinal, o modelo biomédico que ainda é hegemônico na saúde *“vincula-se a um ‘imaginário científico’ correspondente à medicina clássica”* (Camargo Jr, 2005) e é oriundo da mesma lógica que instituiu o saber psiquiátrico combatido pelo movimento da reforma psiquiátrica. Estes são resumidos por Camargo Jr (2005) em três proposições:

- Caráter generalizante – relacionado à preocupação com a produção de discursos com validade universal, não se preocupando com casos individuais;
- Caráter mecanicista – tendência a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana. O Universo passa a ser visto como uma gigantesca máquina subordinada a princípios de causalidade linear;

- Caráter analítico – devido à crença de que a elucidação das leis gerais do funcionamento da máquina universal pressupõe o isolamento de partes. Parte-se do pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente a soma das partes.

O modelo biomédico estimula, não só os médicos, mas todos os profissionais envolvidos na atenção e assistência a saúde a aderirem a

“[...] um comportamento extremamente cartesiano na separação entre o observador e o objeto observado. Proclama-se a necessidade de um ‘distanciamento objetivo’, visto como uma qualidade que cabe preservar ou mesmo incrementar. A intensificação da divisão do indivíduo em pedaços contribui sobremaneira para dificultar a valorização do todo”.

(Barros, 2002)

Mas apesar disso Botega (1991), Botega e Dalgalarrrondo (1993), Cassorla (1996) e Souza (1995) apontam que o atendimento psiquiátrico em hospital geral tem como vantagens:

- Menor tempo de permanência;
- Menor estigma;
- Facilidade de acesso a outros especialistas e a recursos no caso de intercorrências de doenças orgânicas;
- Maior intercâmbio entre os profissionais de várias especialidades;
- Facilidade no contato com familiares e com a comunidade de origem;
- Favorecimento da formação de profissionais em um modelo de assistência psiquiátrica mais humano;

- Redução dos custos hospitalares com medicação e procedimentos complementares devido aos aspectos emocionais serem cuidados pelos membros do serviço de psiquiatria.

Como o contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira aponta para a necessidade de se refletir e criticar os novos serviços e práticas realizadas, procurei nesse estudo refletir criticamente sobre as práticas assistenciais ao louco em um hospital considerado hospital geral (Schmidt, 2003).

O primeiro passo foi rever minha trajetória profissional e perceber que a questão da loucura e o hospital geral eram presentes em vários momentos. Fui monitora da disciplina de enfermagem psiquiátrica na graduação, residente do curso de especialização em enfermagem psiquiátrica e saúde mental, enfermeira plantonista em serviços psiquiátricos e em serviços não psiquiátricos, que prestavam atendimento ao louco.

Em 1997, ainda residente de enfermagem psiquiátrica em um tradicional hospício da cidade do Rio de Janeiro, fui trabalhar em uma cidade litorânea da região sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Meu interesse era trabalhar no serviço de saúde mental dessa cidade, mas devido à distribuição da carga horária semanal optei por trabalhar no pronto socorro municipal. Graças a essa escolha vivenciei pela primeira vez o atendimento ao louco fora dos serviços exclusivamente psiquiátricos.

O pronto socorro municipal (PS) era o único da cidade. Além das emergências clínicas e cirúrgicas, atendia às emergências psiquiátricas<sup>3</sup>. Quando se

---

<sup>3</sup> Para maiores detalhes sobre os atendimentos de emergência psiquiátrica, ver Gomes (1993).

fazia necessária à permanência dos pacientes, eles eram encaminhados a um local reservado junto ao repouso masculino, conhecido como “Casa da Dinda”<sup>4</sup>. Caso fosse necessária internação, esses pacientes, assim como quaisquer outros que se encontravam na emergência, eram encaminhados para a Santa Casa de Misericórdia, anexa ao pronto socorro municipal.

Os loucos eram atendidos pelo médico clínico plantonista. Mas diariamente um psiquiatra e uma psicóloga visitavam o PS, se responsabilizando pela condução dos casos psiquiátricos. Esses dois profissionais, além de prestarem atendimento emergencial, faziam parte da rede de cuidados de base territorial existente.

Apesar do atendimento as emergências psiquiátricas junto às demais emergências ser motivo de queixas por parte de alguns profissionais da enfermagem, eram poucas as resistências a esse tipo de atendimento. Eu e os membros da equipe sob a minha supervisão tínhamos um bom relacionamento, tanto com os pacientes quanto com os profissionais da psiquiatria. Talvez isso fosse facilitado pela minha estreita relação com a psiquiatria.

Em 1999, ingressei no Hospital Estadual Pedro II – HEP II, no serviço de emergência. Logo após meu ingresso na instituição foi inaugurada a enfermaria de psiquiatria no hospital. Entretanto, diferente da minha experiência prévia em atendimento psiquiátrico em pronto socorro geral, no HEP II não havia profissionais de referência para o pronto socorro e, a comunicação entre os profissionais existentes era precária.

---

<sup>4</sup> Nome dado pelos profissionais do Pronto Socorro, em alusão à moradia do presidente da república da época.

Por cerca de três anos permaneci afastada dos serviços exclusivamente psiquiátricos. Mas, em 2002, retornei ao trabalho em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e, em um CAPS na região da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.

Como profissional do CAPS tive a oportunidade de participar, em 2003, do primeiro curso de especialização em saúde mental (voltado exclusivamente para técnicos de CAPS), fruto da parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) / Instituto de Psiquiatria (IPUB) e o Núcleo de Políticas Públicas em Saúde Mental (NUPPSAM). O curso era multiprofissional e englobava profissionais dos Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo.

Nesse período tive contato com o conteúdo teórico do movimento reformista através do curso e, a vivência cotidiana da assistência embasada nesse ideário através do trabalho realizado no CAPS. Percebi nesse contexto que, o atendimento ao louco em hospital geral era constantemente citado como uma das possibilidades de cuidado em substituição ao manicômio. No plano teórico, loucura e hospital geral estavam presentes quando se discutia as diretrizes da política nacional de saúde mental, e era apontada a necessidade de implantação do atendimento psiquiátrico em hospital geral. No cotidiano do serviço no CAPS a associação entre psiquiatria e hospital geral se fazia presente, quando se discutia a constituição da equipe e funcionamento dos leitos psiquiátricos no hospital municipal de emergência da cidade.

Em 2004, assumi o cargo de coordenadora de enfermagem da unidade de internação psiquiátrica do HEPII. A partir dessa época pude vivenciar os

impasses do atendimento ao louco em um hospital geral do SUS. Desta vez não mais como membro da equipe da emergência, mas como parte da equipe da saúde mental, com o papel de gestão da equipe de enfermagem lotada na enfermaria psiquiátrica. Eram vários os impasses para que pudéssemos oferecer um tipo de cuidado diferente daquele oferecido nas instituições manicomiais. Estes impasses iam desde a intolerância do gestor local em conceber um serviço de psiquiatria no hospital geral à falta de envolvimento de alguns membros da equipe com os pressupostos da reforma psiquiátrica, e precariedade de recursos humanos e materiais na instituição como um todo.

Estudar o hospital geral como parte da rede de cuidados substitutivos ao manicômio deveu-se a minha vivência no cuidado ao louco em serviços não psiquiátricos, durante o tempo que trabalhei no Pronto Socorro da região litorânea, as dificuldades em lidar com a loucura no pronto socorro geral, no período em que trabalhava como enfermeira plantonista, e mais ainda, a todas as inquietações surgidas quando passei a fazer parte da equipe de saúde mental do HEPII. Além dessas influências, soma-se o entendimento de que só se avançará nas dimensões epistemológicas, técnico-assistencial, e principalmente, sócio-cultural da Reforma Psiquiátrica quando a assistência psiquiátrica deixar de se concentrar nos “guetos” exclusivamente psiquiátricos e puder estar inserida nos dispositivos de cuidado mais amplos. E mais, a escassez de estudos que abordem o atendimento ao paciente psiquiátrico em hospitais gerais, especialmente em hospitais do SUS.

Dessa implicação, surgem questões que são abordadas nesse estudo, entre as quais destaco a seguinte: *como articular a dinâmica de um hospital geral do*

*SUS à dinâmica proposta para os serviços de psiquiatria substitutivos ao manicômio?*

Podem existir outras possibilidades, mas um dos caminhos possíveis é através da discussão dos próprios princípios do SUS, que ganha mais força a partir do momento em que o Ministério da Saúde decide priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada de gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS (Brasil, 2004).

A integralidade e a equidade constituem os princípios doutrinários e organizativos da atenção à saúde. Entendo que ambos podem servir de mediadores para estabelecer uma relação dialógica entre as práticas assistenciais desenvolvidas na psiquiatria e no hospital geral do SUS. O debate sobre a integralidade remete ao campo da micropolítica de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos (Cecílio, 2001). Para Pinheiro (2006), *“Integralidade é um termo rico que permite iluminar possibilidades de relações, porque elas existem no cotidiano dos sujeitos onde diferentes saberes e práticas interagem o tempo todo”*. A integralidade pode ser reconhecida como práticas que valorizam o cuidado, mediante a defesa permanente da alteridade do usuário e a permeabilidade das instituições de saúde aos valores democráticos (Pinheiro, 2001).

A nova lógica psiquiátrica, cujos fundamentos teóricos e metodológicos busco utilizar nesse estudo, encontra-se em consonância com os dispositivos institucionais do modo da integralidade, quais sejam: articulação, acolhimento, responsabilidade, vínculo, acessibilidade e atenção territorial (Brasil, 2002; Souza, 2004). Mais do que isso, a integralidade também funciona na psiquiatria como um eixo norteador de práticas e valores que não estão restritos a organização de



serviços e a criação de modelos ideais (Amarante, Guljor, 2005). Já as noções de vínculo e acolhimento podem ser consideradas estratégias para a materialização da integralidade em experiências inovadoras do Sistema Único de Saúde (Gomes, 2005).

De acordo com Gomes (2005) e Pinheiro (2001) as relações entre sujeitos na prática cotidiana pode ser um espaço privilegiado para estudos e investimento na materialização da integralidade. Neste sentido, a integralidade é considerada uma prática social influenciada por práticas sanitárias e políticas, resultante da interação democrática entre atores (profissionais, gestores e usuários) no cotidiano de suas práticas de oferta de cuidado (Pinheiro, 2002). Frente a isso, busquei nesse estudo olhar a prática cotidiana de atendimento ao louco em hospital geral do SUS.

Não procurei fixar meu olhar nas normas oficiais do atendimento ao louco no hospital geral, pois elas são o material mais pobre para se analisar uma estrutura (Luz, 1979). A riqueza de se estudar práticas cotidianas reside no fato delas constituírem novos arranjos locais independente das diretrizes oficiais. As práticas cotidianas não necessariamente estão ligadas às mudanças ocorridas no âmbito do Estado. Há uma relativa independência e autonomia da periferia com relação ao centro, significando que as transformações do poder a níveis capilares não estão necessariamente ligadas às mudanças ocorridas no âmbito do Estado, podendo isso acontecer ou não (Foucault, 2004).

Bourdieu (1983) chama atenção para o fato das práticas estarem inseridas em um jogo de poder onde cada agente é produtor e reproduzidor de sentido. As ações e as obras são produto de um *modus operandi* do qual não se é o

produtor e do qual não se possui domínio consciente. As ações representam uma “intenção objetiva” que ultrapassa sempre as intenções conscientes devido a sua relação com o *habitus*. Que é, segundo o autor, um princípio que gera e estrutura as práticas e as representações, objetivamente “regulamentado” e “regulado” sem que por isso seja produto de obediência de regras objetivamente adaptadas a um fim, mas que ao mesmo tempo, é coletivamente orquestrado sem ser produto da ação organizadora de um maestro (Bourdieu, 1983).

As práticas cotidianas compõem a sociedade, a partir de certas práticas organizadoras de suas instituições normativas e de outras práticas, tidas como menores, não organizadoras de discurso, mas sempre presentes. Elas representam a “arte” onde gestos hábeis do “fraco” agem na ordem estabelecida pelo “forte” preservando a diferença entre aquilo que cada um faz e o que se escreve (Certeau, 1994).

Para apresentar os resultados desse estudo ofereço este trabalho composto de 5 capítulos assim delimitados: No capítulo 1 descrevo as transformações ou reformas da psiquiatria até o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro atual, construindo um canal de diálogo entre a lógica do movimento reformista e o hospital geral a partir da integralidade. No capítulo 2 discuto as relações de poder no âmbito hospitalar e suas repercussões na materialização de práticas integrais. A seguir, no capítulo 3 exponho os objetivos deste estudo e a trajetória metodológica percorrida. No capítulo 4 apresento a cartografia das práticas assistenciais prestadas ao louco em um hospital geral. E por fim exponho algumas considerações sobre o atendimento ao louco no hospital geral.

## **CAPÍTULO 1 - REFORMA PSIQUIÁTRICA: OS CAMINHOS DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE MENTAL**

Não faz parte dos objetivos deste estudo detalhar toda a história da psiquiatria, bem como todas as suas interfaces. Contudo, considero necessário citar marcos e características importantes para que seja possível contextualizar o atendimento ao louco no hospital geral sob a nova lógica de assistência psiquiátrica, assim como sua relação com a integralidade.

A prática do internamento é anterior ao surgimento da psiquiatria e, as expressões “reforma” e “psiquiatria” andam juntas desde o nascimento da psiquiatria (Tenório, 2002). Por cerca de dois séculos, a “reforma da psiquiatria” ocupou lugar de destaque dentro do saber e do fazer em relação ao louco e a loucura, vejamos:

### **1.1 A Primeira Reforma e o Surgimento da Psiquiatria Clássica**

Antes do século XVII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência onde se buscava a salvação da alma dos pobres e a de quem deles cuidava. Entretanto, não havia a concepção de cura ou prática médica nessas instituições, que funcionavam sobre o controle de religiosos (Foucault, 2004).

Com o despontar de uma sociedade capitalista nos séculos XVII e XVIII, a internação passou a ser um instrumento de manutenção da ordem social, através do controle e da disciplina dos males que representavam uma ameaça à sociedade capitalista emergente. A prática do internamento designa uma nova

reação à miséria onde o pobre, o miserável, e o homem que não pode responder pela sua própria existência são internados (Foucault, 2004).

No século XVIII, o hospital, enquanto espaço de exclusão, de concentração e mortes, passou a ser percebido como um local insalubre e de desordem, devendo, portanto, ser higienizado. Tal constatação permitiu que a medicina urbana pudesse entrar no hospital, iniciando a medicalização do mesmo (Amarante, 2003).

A transformação do hospital em instituição médica, e da medicina em prática hospitalar, foi pautada no modelo epistemológico das ciências naturais. Na trajetória da psiquiatria, através do isolamento – que consistia em isolar o objeto do conhecimento das interferências que poderiam prejudicar a observação – justificou-se a internação do louco para que ele pudesse ser observado em seu estado puro. E o afastamento – separação e agrupamento dos objetos pelas características semelhantes de diferentes – serviu para que se construísse uma taxonomia psiquiátrica (Amarante, 2003).

“O século XVIII percebe o louco, mas deduz a loucura. E no louco o que ele percebe não é a loucura, mas a inextricável presença da razão e da não razão. E aquilo a partir do que ele reconstrói a loucura não é a múltipla experiência dos loucos, é o domínio do lógico e natural da doença, um campo de racionalidade.”

(Foucault, 2004)

Nesse período, as doenças são transformadas em caminho para a produção de verdades, devendo ser reconstruídas com a exatidão de um retrato. A metáfora da transferência da desordem da doença para a desordem da vegetação servia de ânimo para a preocupação em classificar as doenças. A ordem dos botânicos tornou-se, então, a organizadora do mundo patológico.

A loucura se interou sem muitas dificuldades aparentes, a essa nova teoria médica. O espaço da classificação abriu-se, sem problemas, para a análise da loucura, e a loucura, por sua vez, de imediato ali encontrava seu lugar (Foucault 2004). Percebe-se frente a isso que desde a sua fundação a ciência psiquiátrica nasceu como reforma (Tenório, 2002).

O asilo assumiu função terapêutica e permitiu que o fosse afastado das interferências indesejáveis do meio externo. A organização do espaço asilar potencializaria a cura através de regras não mutáveis que envolviam todo o cotidiano do doente, e da vigilância ininterrupta visando à autodisciplina. As relações de autoridade estabelecidas funcionavam como forma de permitir o resgate da razão (Guljor, 2003).

De acordo com Costa-Rosa (2000) as práticas de saúde mental tem como base “parâmetros essenciais capazes de compor uma unidade jurídico-ideológica e técnico-teórica de ação sobre a demanda”. Os parâmetros referem-se à(s):

- *Concepção do “objeto” e dos “meios de trabalho”,* que dizem respeito às concepções de saúde-doença-cura e concepções dos meios e instrumentos de seu manuseio;
- *Formas de organização do dispositivo institucional.* Esse parâmetro diz respeito ao modo como se dão as relações intra-institucionais;
- *Formas do relacionamento com a clientela,* que designam as diferentes possibilidades de um mútuo intercâmbio;
- *Formas de seus efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos,* que designa os fins políticos e socioculturais amplos.

As práticas psiquiátricas centradas no asilo, compõem o *modo asilar*.

Este modo tem suas características sintetizadas no quadro a seguir:

Quadro 1: *Parâmetros das práticas em saúde mental no modo asilar*

PARÂMETROS	PRÁTICA ASILAR
Concepção do “objeto” e dos “meios” de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ênfase na consideração das determinações orgânicas;</li> <li>- Pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito;</li> <li>- Modelo da divisão de trabalho corresponde a “linha de montagem” da produção comum de mercadorias.</li> </ul>
Formas de organização institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organogramas típicos são piramidais ou verticais com fluxo de poder institucional unidirecional do ápice para a base;</li> <li>- Estratificação do poder e do saber, mesmo no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para relação com os usuários e população, que também estão excluídos de qualquer participação que não seja a de objeto inerte e mudo.</li> </ul>
Formas de relacionamento com a clientela	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instituição – espaço de relação entre loucos e sãos; lócus depositário;</li> <li>- Interdição do diálogo, produzindo um discurso que fixa o usuário à imobilidade e ao mutismo.</li> </ul>
Concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertrofia dos “defeitos de tratamento”;</li> <li>- Remoção ou tamponamento dos sintomas;</li> <li>- Ética – adaptação.</li> </ul>

## **1.2.Reformas da Reforma: propostas de reforma da psiquiatria clássica e o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro**

O modelo de assistência centrado no asilo permaneceu por quase dois séculos como principal forma de tratamento em psiquiatria. Mas no século XX, especialmente depois da segunda Guerra Mundial, quando a humanidade passou a refletir de maneira mais profunda sobre os diversos aspectos da vida e a situação dos hospitais psiquiátricos, profissionais insatisfeitos com as técnicas e teorias que embasavam a assistência psiquiátrica, procuraram modificá-las.

O reconhecimento da incapacidade da psiquiatria, enquanto campo de conhecimento, de dar conta, isoladamente, da questão da loucura; a inadequação do hospital psiquiátrico enquanto dispositivo de intervenção técnica e, o reconhecimento dos direitos dos pacientes configurou a reforma política de saúde mental em vários países, dentre os quais o Brasil (Alves, 2001).

Analisando experiências reformistas no mundo, Desviat (1999) aponta que nos Estados Unidos (EUA) a reforma baseou-se na desospitalização com desarticulação do sistema sanitário e da assistência social. Na Espanha, segundo o mesmo autor, a experiência acompanhou o movimento de reforma sanitária tendo como ponto mais significativo à organização de programas territorializados, com continuidade do atendimento, utilização do conceito de área e de ferramentas epidemiológicas aliadas ao trabalho no atendimento primário. Já Rotelli et al (2001), apontam que na Itália, o importante foi o percurso da desinstitucionalização, que tinha como objetivo prioritário transformar as relações de poder entre instituições e

sujeitos, num trabalho terapêutico voltado para a reconstituição das pessoas enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos.

De acordo com Amarante (2003), foram denominadas de “Reformas Psiquiátricas” as iniciativas de modificação das práticas institucionais psiquiátricas. Segundo ele, essas práticas podem ser divididas em três grandes grupos, de acordo com o foco de ação. O primeiro grupo é formado pela *Comunidade Terapêutica* e a *Psicoterapia Institucional*. Tem como foco abordar a psiquiatria a partir do próprio modelo de hospital psiquiátrico. O segundo grupo tem como foco central para o desenvolvimento do trabalho a comunidade. Este grupo é formado pela *Psiquiatria de Setor* e pela *Psiquiatria Comunitária ou Preventiva*. Já o terceiro grupo questiona tanto as práticas quanto os saberes da psiquiatria. Pertence a esse grupo a *Antipsiquiatria* e a *Psiquiatria Democrática Italiana*.

O quadro a seguir é adaptado de Amarante (2003) e descreve as principais “Reformas Psiquiátricas”, seus objetos, objetivos e o lugar de tratamento.

**Quadro 2: Características das principais “Reformas Psiquiátricas”**

<b>MODALIDADE</b>	<b>OBJETO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>LUGAR DE TRATAMENTO</b>
Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional	Doença mental; Instituição.	Curar a doença; Tratar a instituição.	O asilo
Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva	Saúde mental	Promover a saúde mental; Prevenir doença mental	A comunidade
Antipsiquiatria Psiquiatria Democrática Italiana		Democratização das relações; Renúncia do mandato terapêutico	A família; As comunidades antipsiquiátricas



Na América do Sul, as idéias de reforma da assistência psiquiátrica respaldaram a Conferência Regional para Reorientação da Assistência Psiquiátrica, originando a conhecida “Declaração de Caracas”, que conclamava aos governantes e demais atores do campo da saúde mental a promoverem mudanças radicais na assistência (Alves, 2001).

No Brasil, o contexto histórico do movimento de reforma psiquiátrica se constitui ao lado de movimentos sociais da vida pública do país, do Movimento de Reforma Sanitária e sob influência das transformações da assistência psiquiátrica em outros países, especialmente a Itália (Schmidt, 2003). Dentre os aspectos históricos da reforma psiquiátrica brasileira, merece destaque a ênfase dada ao atendimento extra-hospitalar, a readaptação do doente e o trabalho em equipes multidisciplinares desde o início da década de 70, sem, no entanto terem sido colocadas em prática pela alegação de falta de recursos.

No processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve papel relevante. Foi a partir de denúncias feitas por trabalhadores e estagiários, em 1978, que a violação dos direitos humanos de pacientes e técnicos começou a ganhar visibilidade. Em 1987, esse movimento organizou o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental (Congresso de Bauru) que promoveu uma ruptura na história do movimento. A partir desse congresso o MTSM deixou de ser uma entidade predominantemente de técnicos, que buscavam transformações técnicas e científicas do modelo de assistência, e passou a ser um movimento social mais amplo, buscando construir um novo lugar social para a questão da doença mental (Amarante, 1995).

Segundo Amarante (2003) a reforma psiquiátrica brasileira não se reduz a apenas tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental. Ela busca sim construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade.

O processo que denominamos reforma psiquiátrica brasileira data de pouco mais de 20 anos, e tem como marca fundamental o reclame da cidadania do louco (Tenório, 2002). Com este processo passa-se a pensar o doente como um cidadão com direitos. O objeto do cuidado deslocou-se da doença para o sujeito em sofrimento. Passou-se a preconizar a reinserção social, os fatores iatrogênicos dos modelos de atenção começaram a ser estudados, a criação de novos modelos de atuação e a visão interdisciplinar são propostas como alternativas (Cassorla, 1996; Alves; Guljor, 2004).

De acordo com Alves e Guljor (2004) nesta perspectiva reformista o cuidado tem como premissas fundadoras:

- *A liberdade em negação ao isolamento.* Busca-se romper com a necessidade de manter o sujeito afastado do seu meio para que seja identificado seu quadro. A liberdade reporta-se ao respeito às diferenças. O cuidado implica em investir na capacidade do sujeito para operar suas próprias escolhas, a partir de sua história e de forma individualizada.
- *Integralidade em oposição à seleção.* O olhar desloca-se da doença para o conjunto de fatores que envolvem o “andar a vida”. O cuidado abarca a construção de projetos de vida, em contraposição às intervenções voltadas para a redução de sintomas.

- *Enfrentamento do problema e do risco social em contraposição ao diagnóstico.* Ao invés de somente o diagnóstico ser o direcionador das intervenções terapêuticas, novos aspectos que envolvem a existência do louco passam a ser considerados, permitindo através da noção de risco psicossocial, uma visão mais abrangente do sujeito. A rede onde ele se insere é considerada. O cuidado é determinado pela complexidade da natureza do sofrimento psíquico.
- *A noção de direito sobre a noção do reparo.* As pessoas têm o direito de serem assistidas de maneira digna respeitadas em suas expressões diferentes da norma. E não cabe a “nós”, técnicos ou profissionais de saúde, repararmos a vida do paciente através da “sabedoria” do que é melhor para o nosso paciente. O cuidado a partir dessa premissa passa ter um conceito ampliado que não se esgota, porque o direito vai se ampliando à medida que o grau de autonomia vai aumentando.
- *Ver cada situação dentro da sua singularidade com objetivo de propiciar a autonomia possível.* Nessa perspectiva, o cuidado deixa de ser um ato isolado que procura a cura. Ele passa a ter como desafio aumentar o poder contratual ampliando o potencial de trocas sociais.
- *O papel de agenciador em negação ao ato freqüente de encaminhar.* A qualidade do cuidado é dada pela tomada de responsabilidade por parte da equipe e dos serviços em não compartimentalizar o sujeito em sofrimento ou não repassá-lo quando diante de questões complexas. Funcionando como mediador das relações do sujeito com o mundo.

Essa nova lógica da assistência psiquiátrica, proposta como substitutiva ao modo asilar impõe novos serviços. De acordo com as recomendações

da Organização Mundial de Saúde (OMS), citadas por Alves e Guljor (2004), os serviços devem ser a expressão concreta da política que chega aos indivíduos.

Estes serviços devem buscar a atenção singularizada ao sujeito do sofrimento, considerando as esferas psíquicas, sociais e econômicas do contexto, com ênfase no cotidiano da vida do usuário e nas situações assistenciais que busquem privilegiar a convivência (Schmidt, 2003). De acordo com Valentini (2001), os serviços nessa nova lógica devem ser democráticos e respeitadores dos portadores de direito, cuidando bem não só dos pacientes, mas todos os que interagem como o serviço.

A partir dos mesmos parâmetros usados para definir as práticas baseadas no modo asilar já citados neste estudo, Costa-Rosa (2000) definiu as ações baseadas no ideário reformista da assistência psiquiátrica, denominado esse modo de *modo psicossocial*. Esses parâmetros encontram-se descritos de forma sucinta no quadro a seguir:

**Quadro 3:** Parâmetros das práticas em saúde mental no modo psicossocial

PARÂMETROS	MODOS PSICOSSOCIAL
<b>Concepção do objeto e dos meios de trabalho</b>	Ênfase aos fatores políticos e biopsicossocioculturais, determinada pela situação ou problemática particular; O objeto das práticas é o sujeito em sofrimento, com ampliação do conceito de tratamento e do conjunto de meios dedicados a eles; Considera-se o indivíduo e sua pertinência a um grupo social e familiar; O modelo de trabalho é a equipe interprofissional
<b>Formas de organização institucional</b>	Organograma horizontal; Horizontalização das relações de poder, tanto no seio dos trabalhadores, quanto entre estes e os usuários.
<b>Formas de relacionamento com a clientela</b>	Instituições – espaços de interlocução, ponto de fala e de escuta da população; foco onde se entrecruzam as diferentes linhas de ação presentes no território e para onde podem convergir as primeiras pulsações de Demanda Social.
<b>Concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos</b>	Supressão sintomática não é visada diretamente, nem tampouco a meta final. Visa-se diretamente o “reposicionamento subjetivo” e também do homem em questão; Ética – implicação subjetiva e sociocultural, e singularização.

A Lei 10.216 (Brasil, 2001) que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental pode ser considerada um marco na consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil<sup>5</sup>. Apesar das críticas, essa lei possui uma importância simbólica inquestionável, dando legalidade e legitimidade ao que vinha ocorrendo na sociedade civil (Machado, 2005; Yasui, 2004).

Consta no conteúdo desta lei que o tratamento em regime de internação (procedimento quase que exclusivo na lógica manicomial) deve ser reestruturado, de modo a oferecer assistência integral a pessoa portadora de transtornos mentais. E principalmente, afirma que as internações só deverão ser realizadas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

A Portaria nº 251 (Brasil, 2002) apresenta as diretrizes da assistência hospitalar em psiquiatria no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo esta portaria, essas diretrizes devem consolidar a implantação do modelo de atenção comunitária de base extra-hospitalar, com serviços organizados pelos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações. Ao gestor local do SUS cabe estabelecer instrumentos e mecanismos, específicos e resolutivos, para atendimento das situações de urgências e emergências, preferencialmente, em serviços extra-hospitalares ou na rede hospitalar não especializada.

Sobre o atendimento em rede hospitalar não especializada, isto é hospital geral, a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002) propõe que todo o hospital geral tenha leitos reservados para o atendimento psiquiátrico. O Secretário

---

<sup>5</sup> O projeto dessa lei tramitou no Congresso Nacional por 12 anos, sendo aprovada em 27 de março de 2001 após alterações em relação ao projeto original.

Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, no uso de suas atribuições legais, assinou a Resolução nº 2.313 em dezembro de 2003 (SES, 2003). Essa resolução regulamenta as equipes mínimas de saúde mental nas unidades próprias da Secretaria de Estado de Saúde.

De acordo com esta resolução, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais serão responsáveis pela assistência às situações de risco psicossocial (tentativas de suicídio, alcoolistas e outros dependentes químicos, portadores de transtornos mentais graves, vítimas de violência em suas diversas formas) além do atendimento as demandas internas das unidades.

Entretanto, cabe mencionar que a implantação de serviços substitutivos não é, em si, garantia que as diretrizes reformistas estarão pautando o cuidado prestado. O serviço, em si, não impede que a lógica manicomial se mantenha (Schmidt, 2003). Segundo Costa-Rosa (2000), o modo asilar e o modo psicossocial são formas de metabolização dos pólos da contradição essencial no campo das práticas em saúde mental. Modo asilar *versus* modo psicossocial são apenas os pontos extremos, formal-abstratos, de materialidades que supõem, em sua singularidade, a convivência com modos intermediários.

Bosseli (1992) ao estudar uma unidade de internação em hospital geral, oriunda de uma proposta de reforma da assistência psiquiátrica, identifica que a loucura mesmo dentro do hospital geral não está inserida, isolando-se. E, que apesar do serviço ser pautado no modo psicossocial, as práticas desenvolvidas seguem o modo asilar.

Mesmo com todas as lutas nas esferas político-ideológicas, e com as várias inovações teóricas e técnicas efetivadas para superar o modelo asilar, pode-se, em nosso meio, identificar a sua absoluta dominância (Costa-Rosa, 2000). Corbsier (2000) cita que a coabitação do modo asilar com o modo psicossocial é difícil e, às vezes, paradoxal, onde nem tudo são flores, mas onde mesmo em um mar não tão de rosas é possível colher “belas flores”.

## **CAPITULO 2- A INTEGRALIDADE NA SAÚDE MENTAL: ENTRE O DIÁLOGO E O PODER DO “HOSPITAL”**

A escolha da integralidade como uma das categorias de análise se deu por entender que mesmo em um mar não tão de rosas, como é o caso do atendimento ao paciente psiquiátrico em hospital geral, é possível se colher belas flores através de práticas que valorizam o cuidado, mediante a defesa permanente da alteridade do usuário e a permeabilidade das instituições de serviços em saúde dos valores democráticos (Gomes, 2005).

De acordo com a Constituição Federal de 1988, uma das diretrizes do sistema de saúde é que o atendimento seja integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Brasil, 1988). Essa diretriz foi correntemente chamada de integralidade. De acordo com Mattos (2001), além de diretriz do SUS instituída constitucionalmente, a integralidade é considerada uma imagem objetivo<sup>6</sup>, tendo como características a não redução do sujeito a objeto e um conjunto de sentidos, ou seja, polissemia.

Considerando a integralidade como um princípio organizador das ações, ou postura a ser exercida nas práticas cotidianas em saúde, destaco alguns dos sentidos ou noções atribuídos, com as quais torna-se possível analisar as mediações existentes entre a reforma psiquiátrica e o hospital geral; assim como identificar a importância do poder nas práticas assistenciais cotidianas (Silveira, 2003).

---

<sup>6</sup> Imagem objetivo é compreendida na área do planejamento como a configuração de um sistema ou uma situação em que alguns atores na arena política consideram desejáveis e que podem ser tornadas reais num horizonte temporal definido (Mattos, 2001)



## 2.1. A integralidade como mediador do diálogo entre reforma psiquiátrica e hospital geral

No campo das práticas, a integralidade é considerada uma prática social influenciada por práticas sanitárias e políticas, resultantes da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas de oferta de cuidado (Pinheiro, 2001). Costa (2004) acrescenta que:

A materialização da integralidade está relacionada a uma postura contra-hegemônica ao individualismo e à fragmentação predominantes nas práticas de atenção e cuidado em saúde, incorporada de valores de solidariedade e reconhecimento do outro como sujeito autônomo nesse processo.

(Costa, 2004)

Como prática assistencial, a integralidade implica no reconhecimento de diferentes visões de mundo, e relaciona-se com o espaço molecular, das relações que transformam característica política em ação concreta (Pinheiro; Guizard, 2004). Nesta direção, a integralidade é considerada um dispositivo político e de poder, com configurações múltiplas, que tem no cuidado a expressão de sua potência (Pinheiro; Guizard, 2004).

A integralidade no atendimento psiquiátrico vem da negação do papel de isolamento, aliada a compreensão do cuidado focado no indivíduo e seus problemas e não somente no diagnóstico (Alves, 2001). A reorientação do modelo assistencial deve garantir a humanização do sistema de saúde. Deve também, promover a integração dos serviços de saúde de forma a garantir a *assistência integral*<sup>7</sup> dos usuários de saúde mental (Brasil, 2002).

---

<sup>7</sup> No campo da saúde mental, a assistência integral também é correntemente denominada integralidade, mantendo sua característica polissêmica.

Ao utilizar a noção de integralidade na saúde mental, Souza (2004) se baseia nas seguintes dimensões:

- *O ser humano como centro da atenção e não o adoecimento;*
- *O ser humano ou grupo concebido em sua totalidade;*
- *O tratamento diferente para quem está em situação desigual; e*
- *Interferência nas condições gerais de vida da comunidade.*

No atual contexto reformista da assistência psiquiátrica a integralidade está relacionada ao cuidar e suas dimensões de oferta / seleção e inclusão / exclusão. O cuidado como prática, incorpora vários problemas a serem superados. Neste contexto, a integralidade se materializa como resposta a ser dada a esses vários problemas, através de práticas de cuidado em saúde pautadas na intersetorialidade, interdisciplinaridade e diversificação de ofertas (Alves, 2001).

Amarante e Guljor (2005) relacionam a integralidade na saúde mental ao acesso às serviços de saúde e equidade. Segundo estes autores, a integralidade funciona como um eixo norteador de práticas e valores / saberes não restritos a organização de serviços ou a criação de modelos ideais.

Frente a diversas noções de integralidade na organização e práticas em saúde, adotei neste estudo a seguinte definição operatória para integralidade:

Integralidade é considerada uma construção e prática social relacionada ao acesso e equidade; entendida como dispositivo político e de poder que valoriza a alteridade do usuário num cuidado em saúde pautado na intersetorialidade, interdisciplinaridade e na diversificação de oferta de programas.

(Alves, 2001; Pinheiro; Guizard, 2004; Amarante; Guljor, 2005)

De acordo com Gomes (2005), Pinheiro; Mattos (2003) estudos sobre experiências inovadoras dentro do SUS mencionam *Acolhimento* e *Vínculo* como diretrizes operacionais para a materialização de práticas integrais na atenção e no cuidado em saúde.

Tanto acolhimento, quanto vínculo são conceitos amplos que exigem uma postura de todo o sistema, envolvendo equipe (profissionais), instituições (gestores) e comunidade (usuários); requerendo um processo de conhecimento gradual e de interação permanente entre os envolvidos, para que de fato se produzam práticas integrais em saúde (Souza, 2004).

O movimento de reforma psiquiátrica tem seus princípios pautados em algumas noções e conceitos como acolhimento, estabelecimento de vínculos e integralidade dos cuidados (Souza, 2004). Dentro dessa concepção, os serviços devem desenvolver atenção personalizada garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, vínculo e na definição precisa da responsabilização de cada membro da equipe (Brasil, 2002).

O acolhimento, no contexto de práticas integrais, não se trata meramente de um mecanismo de humanização do atendimento ou um dispositivo de recepção do usuário nos serviços de saúde (Silveira, 2003; Hennington, 2005). Acolhimento é considerado, sobretudo uma estratégia que utiliza elementos presentes no processo de subjetivação dos sujeitos como recursos auxiliares na co-produção da saúde (Silveira, 2003).

De acordo com Ayres (2004), o acolhimento é um dispositivo tecnológico relacionado à capacidade de escuta e diálogo, que faz do encontro entre

profissionais e usuários, Cuidado (com letra maiúscula). Na concepção desse autor, esse Cuidado refere-se à conformação humanizada do ato assistencial distinguindo-o daquelas que por razão diversas não visam à ampliação, nem a flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnologias da saúde (Ayres, 2004). Sendo esta a definição de cuidado utilizada nesse estudo.

O acolhimento, enquanto ação, atravessa processos relacionais em saúde, rompendo com o atendimento tecnocrático, e criando atendimento mais humanizado (Silveira, 2003).

“A noção de acolhimento é tomada como uma práxis intercessora nos processos relacionais travados entre profissionais de saúde e usuários e como atributos das práticas clínicas em saúde realizadas por qualquer membro da equipe”

(Silveira, 2003).

Acolhimento é visto como um modo de organização de práticas integrais de atenção e cuidado em saúde onde o usuário assume o lugar central da atividade (Franco et al, 1999). Nesse sentido, acolhimento permite que os equipamentos de saúde mantenham a marca de processo, de criação cotidiana, de invenção, que pode dar a cada uma das experiências um caráter singular e, a cada equipe a possibilidade de construir, com seu desejo, o trabalho diário em lugar de repetições modulares (Machado, Colveiro, 2003). Através do acolhimento é possível regular-se o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados que contribuem para a satisfação dos usuários (Schimidth; Lima, 2004).

Em relação ao cotidiano das práticas em saúde, Pinheiro (2001) afirma ser este o *lócus* privilegiado para investigar a materialização de práticas integrais. O acolhimento como dispositivo interrogador dessas práticas, permite captar ruídos na

relação trabalhador / usuário, e alterá-los para um processo de trabalho usuário-centrado (Ramos; Lima, 2003) capaz de materializar a integralidade nas práticas cotidianas em saúde.

Na experiência de atendimento psiquiátrico em hospital, citada por Filho et al (2002), o acolhimento foi considerado como uma diretriz do serviço e uma prática, que buscava – através de informações advindas de um contato implicado, ampliado e consistente com as singularidades do indivíduo a ser tratado – criar um dispositivo inclusivo, dentro do possível.

O acolhimento como modo de organizar práticas integrais de cuidado e atenção em saúde só é compatível com modelo de gestão participativa, baseada em princípios democráticos e de interação entre equipes (Franco et al, 1999). Onde o serviço seja visto como algo que se constrói continuamente, sempre aberto ao novo, ao imprevisível, e por isso, flexível à demanda (Filho et al, 2002).

Já a idéia de vínculo encontra-se atrelada à idéia de proximidade, relação, ligação. Vide expressões como vínculo afetivo, vínculo co-sanguíneo. A noção de vínculo no contexto da saúde está atrelada a conceitos como acolhimento, responsabilização, acessibilidade e integralidade (Souza, 2004). Vínculo também pode ser definido como “a circulação de afeto entre as pessoas a partir da disposição de acolher de uns e da decisão de buscar apoio de outros” (Campos, 2003).

Na relação entre vínculo e acessibilidade aos serviços de saúde não só a dimensão geográfica deve ser considerada. De acordo com Ramos; Lima (2003), a

acessibilidade aos serviços de saúde extrapola as dimensões geográficas, abrangendo também a dimensão econômica e os aspectos culturais e funcionais.

Os vínculos que norteiam os projetos de intervenções integrais de atenção e cuidado a saúde são constituídos a partir de escuta e responsabilização entre sujeitos (Ramos; Lima, 2003). Onde nós – profissionais – numa relação próxima, clara, pessoal e não burocrática devemos nos sensibilizar com o sofrimento do outro e nos responsabilizarmos pela vida e morte do paciente (Merhy, 1994).

No encontro entre profissionais e usuários dá-se uma negociação, visando à identificação das necessidades e a produção de vínculo, com objetivo de estimular a autonomia do usuário quanto à saúde (Schimidth; Lima, 2004). A partir disso, é possível considerar vínculo não como uma relação de dependência entre usuário e profissional, mas como uma prática relacional que exige uma postura ativa do usuário a fim de estimular a sua autonomia no cuidado da saúde.

De acordo com Schimidth; Lima (2004), o vínculo entre usuários e serviços de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e contribui para a construção de sujeitos autônomos que tem direito a falar, julgar, desejar. Tomando como referência a noção de Bourdieu, que considera o direito a palavra como uma forma de poder, onde o dominante tem direito a falar, enquanto os dominados são aqueles cuja fala foi negada, é possível considerar o vínculo como uma estratégia que interfere na economia simbólica dentro de um determinado campo, a partir da interferência nas relações de poder.

É preciso que cada profissional, equipe, gestor ou formulador de política se interroguem acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do

quanto esses sujeitos dão conhecedores e partícipes desse compromisso.

(Ayres, 2004).

A esse processo Ayres (2004) chama de vinculação moral ativa. Esse tipo de vínculo mexe com posições cristalizadas dentro dos serviços de saúde, tirando do comodismo profissionais e usuários e, está diretamente relacionado à integralidade do Cuidado.

## **2.2. O Poder no Hospital a Reforma Psiquiátrica: a luta coletiva pelo poder da construção de práticas assistenciais integrais prestadas ao louco**

A concepção de hospital como lugar de cura e cenário das práticas médicas data do final do século XVIII. Até este período, os hospitais eram considerados morredouros, destinados aos pobres. As instituições religiosas detinham o poder institucional. A figura do médico não fazia parte deste cenário. O hospital sequer fazia parte do ritual de formação profissional do médico (Foucault, 2004).

Por razões econômicas (preço atribuído ao indivíduo, desejo de evitar a propagação de epidemias, etc.) buscou-se reduzir os efeitos negativos do hospital. Não a partir de técnicas médicas, mas através da disciplina. Segundo Foucault (2004) a disciplina pode ser considerada uma técnica de exercício de poder; uma nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade.

Aliada a disciplinarização do espaço hospitalar, a transformação do saber e práticas médicas possibilitou a afirmação e multiplicação da presença do médico no hospital. A doença que até então era concebida como um fenômeno vital passou a ser a categoria central do saber e prática médica. O hospital deixou de ser um local de morte, e passou a ser concebido como local de cura, registro, acúmulo e formação de saber (Foucault, 2004).

A disciplinarização e medicalização do hospital favoreceram também a inversão das relações hierárquicas no ambiente hospitalar. O poder que antes era detido pelas comunidades religiosas passou a ser exercido pelos médicos (Foucault, 2004). A centralidade do ato médico na organização hospitalar estabeleceu o princípio da divisão de tarefas entre as diferentes categorias profissionais a partir da oposição entre comando e execução. Na relação entre os profissionais, a dominação sobrepõe-se à relação de cooperação (Carapinheiro, 1998).

O hospital pode ser considerado uma organização complexa onde poder e conflito estão presentes (Hall *apud* Cecílio, 1999; Curti, 1983). Onde múltiplas relações de poder não obedecem a um padrão, e envolvem, de forma muito variada, os diferentes trabalhadores. Onde o reconhecimento da singularidade de cada situação não impede que o forte poder médico; nem que a hierarquização acentuada da linha de mando da enfermagem, e as “linhas de fuga” ao poder instituído sejam consideradas regularidades presentes em quase todas as organizações hospitalares (Cecílio, 1999).

Mais do que a capacidade de um indivíduo lograr que outros façam algo que não fariam, se aquele não tivesse poder, é possível encarar o poder como



uma relação que constrói a sociedade, indissoluvelmente ligado ao Estado. Poder é uma categoria explicativa da realidade (Testa, 1992)

No setor saúde, é possível classificar o PODER em técnico, administrativo e político. O poder técnico está relacionado à capacidade de gerar, de lidar com informações de características diferentes. O poder administrativo encontra-se relacionado à capacidade de se apropriar e de distribuir recursos. Já o poder político é tido como a capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidade ou interesses – capacidade de mobilização. Este último é colocado em posição hierarquicamente superior aos outros dois poderes, pelo fato de em alguns momentos da dinâmica do poder, os poderes administrativos e técnicos ficarem submissos a ele (Testa, 1992).

O poder político depende de um saber (visão da realidade) adquirido através de experiências e situações concretas, e sentimentos desencadeados por essas experiências, como reflexão sobre elas e como conhecimento científico. Esse saber é classificado como saber empírico (saber derivado de alguma forma de experiência) ou saber científico (saber oriundo de uma maneira formalizada, porém não a única, de aquisição de conhecimento). As várias combinações de poder político dependem da sua relação com o saber científico e o saber empírico e, apóia-se em uma base formal que lhe outorga legitimidade (Testa, 1992).

Em relação a essa capacidade de mobilização, apontada por Testa como poder político, Bourdieu (2005) afirma haver um poder quase mágico que permite, graças a sua capacidade de mobilização, conseguir o que normalmente se consegue pela força. Esse poder, chamado de *poder simbólico*, é considerado uma forma transformada, irreconhecível e legitimada de outras formas de poder

presentes nas relações que se dão. É atribuída ao poder simbólico a capacidade de transformar o mundo, pois através do seu poder de fazer ver, de fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo, transforma as ações sobre o mundo.

Ao se considerar o hospital como lócus onde se trava a luta concorrencial entre os atores, espaço onde se manifestam as relações de poder, é possível relacioná-lo a definição de “campo” proposta por Bourdieu (2005). O campo, no caso o hospital, estrutura-se a partir de uma distribuição desigual de um *quantum social* (capital social) que determina a posição que um agente específico ocupa em seu seio. Esta distribuição gera dois pólos: dominante – ocupado por aqueles que possuem o máximo de capital social e, dominado – ocupado por aqueles cujo capital social é ausente ou raro.

De acordo com Luz (1979), os hospitais podem ser consideradas instituições encarregadas da elaboração, reprodução e transmissão do saber socialmente hegemônico e de formas de autoridade e hierarquia sociais que este saber supõe e veicula. O mapeamento das regras de poder presentes no cotidiano do hospital possibilita mapear as relações que surgem na sociedade. Conhecer as relações existentes em um determinado campo possibilita conhecer as estratégias que o compõe, e o sistema de transformação ou de conservação da sociedade global (Ortiz, 1983).

Em toda sociedade a produção do discurso é simultaneamente controlada, silenciada, organizada e redistribuída a fim de garantir que os poderes e os perigos que possam se expressar através do discurso sejam exorcizados. Quem quer que seja não pode falar o que quer que seja (Foucault, 1998). A atividade terapêutica envolvendo a loucura é historicamente vinculada às modalidades de

exercício de poder. O campo é historicamente marcado por uma relação onde os profissionais ocupam o pólo dominante – detendo capital social – e o louco o lugar de dominado devido a sua escassez de capital social, inclusive o direito a palavra.

A reforma da assistência psiquiátrica através das ações pautadas pela liberdade, integralidade, ampliação da visão do sujeito e da noção do direito, busca alterar as dimensões epistemológica, jurídico-legislativa, tecno-assistencial e sociocultural que envolvem a loucura. Essas mudanças significam mudanças nas relações dentro da sociedade através de uma redistribuição de capital social. Frente a isso, é possível considerar o movimento de reforma psiquiátrica como um movimento que interfere na economia simbólica da sociedade. A reforma psiquiátrica poderia então ser caracterizada:

*“Como uma luta coletiva pela subversão das relações de forças simbólicas, objetivando a reapropriação coletiva desse poder sobre os princípios de construção e de avaliação da sua própria identidade que o dominado abdica em proveito do dominante enquanto aceita ser negado ou negar-se para se fazer reconhecer”.*

(Bourdieu, 2005).

### **CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS DA PESQUISA E A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

Este estudo teve como objetivo geral analisar as práticas assistenciais ao louco no hospital geral e os seus efeitos na integralidade do cuidado

Para tanto, os objetivos específicos são:

- Situar a unidade hospitalar e sua relação com a rede de serviços de saúde, destacando os aspectos sociais, políticos e culturais a que se referem;
- Compreender os sentidos, significados de integralidade, acolhimento e vínculo envolvidos nas práticas assistenciais aos pacientes com transtornos mentais agudos ;
- Identificar a existência de nexos entre essas práticas e as diretrizes preconizadas pela reforma psiquiátrica para esse tipo de atendimento;
- Mapear os dispositivos de poder existentes, identificando seus efeitos e repercussões nas práticas voltadas para o cuidado e atenção ao louco no hospital geral.

Pela busca de uma produção teórica que servisse, isto é, que funcionasse, que pudesse ser utilizada por outras pessoas, e ainda, pela postura em investir na produção de sentidos no cotidiano – onde é impossível não me reconhecer naquilo que é feito – recorri a recursos metodológicos que não respondem aos cânones que norteiam a produção científica da modernidade (Ceccim, Ferla 2005). Optei por recursos metodológicos que possibilitassem a produção de um conhecimento operado não com raciocínio, moral, regras, normas e julgamento; e sim optei por um conhecimento operado com sentimento e vontade, avaliação, motivado por afetos e pela alteridade.

Esse tipo de conhecimento é denominado conhecimento nômade (Ceccim; Ferla, 2005). Os autores apontam os recursos cartográficos como boa opção para que esse tipo de conhecimento seja sistematizado. Cartografia significa criação de língua e história para a realidade em processo (Ceccim; Ferla, 2005). Um estudo cartográfico é visto como um processo, um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem se dão. Onde a linguagem é, em si mesma, criação de mundo. Onde o cartógrafo deve estar atento às linguagens que encontra, devorando as que lhe parecem elementos possíveis para a composição da cartografia que se faz necessária (Rolnik, 1989)

A opção em focar o estudo no serviço de emergência está ligada às próprias questões do estudo e a minha implicação com o campo. O PS funciona como a porta de entrada do louco no hospital. É lá, que a loucura se mostra fora das áreas estritamente psiquiátricas, tirando tudo do seu lugar, como cita Leal (1999). O pronto socorro além de favorecer a observação da “tolerância” do louco por parte dos profissionais de saúde não especializados em psiquiatria (Machado, Colveiro, 2003), pode ser considerado um cenário riquíssimo para identificação das relações de poder existente no cotidiano que repercutam sobre o acolhimento e o vínculo do louco no hospital geral e a construção da integralidade nessas práticas.

Para definir os atores do estudo, me reportei a Merhy (2002) quando o autor fala sobre o ato de cuidar como a alma dos serviços de saúde. Ele aponta que o conjunto dos atos de trabalhadores, usuários e gestores de serviços de saúde produzem distintos modos de cuidar. Frente a isso compreendi que para fazer a cartografia do atendimento ao louco no HG seria necessário eleger como atores do estudo os gestores da instituição, profissionais e gestores do serviço de

emergência, o gestor do serviço de saúde mental, usuários portadores de transtorno mental atendidos no hospital e seus acompanhantes.

Para que se tornasse possível apreender o contexto desses atores e, mapeamento das relações de poder e suas repercussões na prática cotidiana, optei pela realização de trabalho de campo em um hospital público da cidade do Rio de Janeiro, cuja implicação e atividades podem contribuir para compreender essas relações.

De acordo com Victora; Knauth; Hanssen (2000) nem tudo que se faz é documentado, e nem tudo o que é documentado corresponde aquilo que se faz. Visando reduzir os vieses e ampliar a apreensão da realidade, foi necessário utilizar múltiplas fontes de dados. Utilizando a observação direta, análise documental, entrevistas e conversas no cotidiano tornou-se possível trazer elementos contrastantes ou complementares que possibilitem uma visão calendoscópica do fenômeno em estudo (Spink, 2004).

A observação de campo se deu entre os meses de julho a setembro de 2006. Estive no hospital pelo menos uma vez por semana, chegando à emergência por volta das nove horas da manhã e deixando o local próximo das dezesseis horas. Durante todo o período de observação fiz uso de um “amigo silencioso”, o diário de campo, como tentativa de sistematização do que era revelado pelo campo, além dos meus sentimentos frente ao que se mostrava (Cruz Neto, 1998; Silveira, 2003).

Uma instituição não se reduz ao conjunto de normas traçadas pelos atores institucionais, mas estas normas podem expressar o discurso institucional

(Luz, 1979). Frente a isso, busquei através de normas institucionais (normas, projetos de trabalho, rotinas e relatórios) a expressão do discurso institucional.

A opção por entrevistar apenas os gestores deve-se ao desejo de privilegiar as concepções e falas desses autores em relação às práticas assistenciais ao louco. Com isso haveria subsídios para relacionar o discurso institucional oficial as práticas desenvolvidas no cotidiano. As entrevistas foram realizadas individualmente com os gestores que consentiram em participar da pesquisa (ver termo de consentimento em anexo). Todas foram gravadas em audio-tape e transcritas na íntegra, buscando compor categorias de análise em torno do tema proposto.

Menegon (2004) considera as conversas do cotidiano, expressões vivas dos contextos interacionais do dia-a-dia, presentes nas variadas esferas de interação, compreendendo-as como *linguagem em ação*. Esse tipo de conversa enriquece a opção metodológica ao possibilitar o contato com práticas discursivas produzidas de maneira mais espontânea. Segundo a mesma autora, as conversas cotidianas têm como características uma flexibilidade temporal e espacial, uma variabilidade na composição dos participantes e um descompromisso disciplinar. É através dessas conversas que as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações com o cotidiano.

Os aspectos éticos envolvidos na coleta e no uso das conversas cotidianas reapresentam um desafio (Menegon, 2004). Contudo, neste estudo foi possível autorização para o uso das falas proferidas pelos profissionais e usuários nesta pesquisa, desde que fosse garantido o anonimato. Todas as falas utilizadas neste estudo foram codificadas a partir da categoria do ator que a proferiu. Para a

garantia do anonimato utilizou-se uma seqüência alfabética para classificá-las. Como exemplo: falas atribuídas a gestores – Gestor A, Gestor B...



## **CAPÍTULO 4 – A (DES) INTEGRALIDADE PELA (IN) DIFERENÇA: UMA CARTOGRAFIA DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS PRESTADAS AO LOUCO EM UM HOSPITAL GERAL**

Percorrendo os corredores, salas, enfermarias, abrindo e fechando portas de um hospital geral localizado em um grande centro urbano no município do Rio de Janeiro, foi possível a realização dos primeiros movimentos cartográficos sobre as práticas assistenciais prestadas ao louco. Foram sendo construídos desenhos, verdadeiros mapas desses espaços-cotidianos, onde os sujeitos implicados com o cuidado ao louco conferem diferentes linguagem. Cujos elementos constitutivos denotam um conjunto de disputas permanentes entre saberes-poderes na luta contra a exclusão, o estigma, a desresponsabilização. Nada mais são do que efeitos e repercussões que evidenciam movimentos dialéticos; contraditórios, com os quais as práticas assistenciais pautadas pela integralidade resistem em nome dos avanços da reforma. A seguir alguns dilemas selecionados dessa cartografia que forjaram arranjos conservadores de uma ordem, com a qual observou-se a (in) diferença, os caminhos para (des) integralidade.

### **4.1 - Cenário de estudo: o HEPII**

Como cenário de estudo optei pelo Hospital Estadual Pedro II devido à suposta facilidade de inserção no campo, e pelo hospital ser o único hospital geral, na rede da Secretaria de Estado de Saúde que conta com serviço de saúde mental estruturado, funcionando com unidade de internação para pacientes com transtornos mentais.

Além da inserção como pesquisadora, mantinha vínculo profissional com a instituição. No período em que este estudo foi realizado eu era responsável pela educação continuada do pessoal de enfermagem, atuando especificamente na qualificação de funcionário recém admitidos no Centro Estadual de Saúde Vereador Adelino Simões<sup>8</sup>. Procurei realmente participar, embarcar na constituição de territórios existenciais, constituição de realidade. E para tal aproveitei-me das situações em que não estava no campo como pesquisadora, e sim, como enfermeira da educação continuada, para cunhar matérias de expressão e criar sentido para as práticas assistenciais ao louco na emergência do hospital. Nesse movimento tinha clara a regra do cartógrafo – a defesa da vida (Rolnik, 1989).

O Hospital Estadual Pedro II – HEPII tal como é hoje, foi inaugurado em 1976. Entretanto, desde 1920 ele tem estreita relação com a comunidade de Santa Cruz e adjacências. Neste ano, devido a um surto de palustre, a antiga escola D. Pedro II<sup>9</sup>, chamada de “colégio grande” pelos moradores da região foi transformada em um hospital de isolamento – o hospital velho (Oliveira, 2000).

Ele é o único hospital público de emergência da Área Programática 5.3 (AP 5.3) que é formada pela região de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba. A população da AP 5.3 é de cerca de 330.634 habitantes, representando cerca de 6% da população do município do Rio de Janeiro (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2004). Em 2003 a região possuía 1.406 logradouros, 64.124 domicílios ocupados e 38 conjuntos habitacionais (23 em Santa Cruz e 15 em Paciência). Entretanto, estes números devam ser maiores atualmente, devido à inauguração de novos conjuntos habitacionais, e o processo contínuo de favelização na região.

---

<sup>8</sup> Maiores detalhes sobre essa unidade na descrição do HEPII como cenário de estudo.

<sup>9</sup> É interessante que até os dias atuais os moradores de Santa Cruz e adjacências não chamam o hospital de Pedro II e sim de D Pedro.

De acordo com um dos gestores, o HEPII é considerado referência para atendimento emergencial para a população da zona oeste, especificamente da AP 5.3.

“O hospital é um hospital de emergência. Ele tem uma diversidade de atendimentos... numa zona oeste dessa que tem um quantitativo de população muito alto.”

(Gestor A)

O hospital pertence à administração direta do governo estadual do Rio de Janeiro. De acordo com o registro do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2006) o hospital tem 321 leitos. Porém de acordo com os registros vinculados ao HOSPUB<sup>10</sup> ele conta com 376 leitos, sendo que no mês de dezembro de 2006 estavam ativos 359 leitos, distribuídos pelos setores de: Emergência, Centro de Tratamento Intensivo (CTI), Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), Clínica Ortopédica, Saúde Mental, Doenças Infecto-Parasitárias (DIP), Clínica Cirúrgica e Ginecológica, Clínica Médica Masculina e Feminina, Maternidade, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal), Alojamento Conjunto, Pediatria, e Conviver<sup>11</sup>.

A rede de saúde pública da AP 5.3 conta, além do HEPII, com 1 Centro Municipal de Saúde, 1 CAPS, 13 Postos Municipais de Saúde funcionando 24 horas e 16 equipes da Estratégia Saúde da Família. A atenção é complementada por 4 unidades particulares conveniadas ao Sistema Único de Saúde: Clínica de Repouso Santa Edwiges (psiquiatria), Centro Médico Palmeira (fisioterapia), Casa de Saúde

---

<sup>10</sup> HOSPUB é um sistema integrado de informatização de ambiente hospitalar, on-line e multiusuário, que tem por objetivo suprir as necessidades dos diversos setores / serviços existentes em uma unidade Hospitalar, para atendimento secundário e/ou terciário. É também uma ferramenta eficaz para prestar informações que possam subsidiar os diferentes níveis hierárquicos que compõem o SUS, seja no processo de planejamento, de operação ou de controle das ações em saúde.

<sup>11</sup> Os leitos do Conviver fazem parte de um projeto que viabiliza que as puérperas que já tiveram alta do alojamento conjunto possam permanecer no hospital enquanto seus filhos encontram-se internados na UTI Neonatal.

República da Croácia e na área de diálise, a Santel. Em anexo encontra-se uma descrição sobre as atividades e programas desenvolvidos nas unidades municipais da área e os endereços das Equipes da Estratégia Saúde da Família.

Durante a realização do estudo, o Centro Estadual de Saúde Vereador Adelino Simões, conhecido como *Posto de Nova Sepetiba*, havia sido recém inaugurado. A administração desse centro estadual de saúde é diretamente ligada à administração do HEPII. De acordo com relato da Secretaria de Estado de Habitação (2006):

“O posto é equipado para receber 300 pessoas por dia, com atendimento 24 horas<sup>12</sup>. O Centro de Saúde Vereador Adelino Simões é uma unidade pré-hospitalar fixa, com grande capacidade para atender a maior parte dos problemas das pessoas, oferecendo consultas ambulatoriais e de urgência nas especialidades de clínico geral, pediatria e odontologia, além de estar equipada com material de ressuscitação, cárdio-pulmonar, desfibrilador cardíaco, monitor e aparelho de ventilação mecânica e sala para nebulização.

Os casos considerados de maior complexidade clínica eram encaminhados ao HEPII pela ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, que ficava baseada no Centro Estadual de Saúde Vereador Adelino Simões.

Em relação à composição da rede de serviços psiquiátricos da Área Programática 5.3 do município do Rio de Janeiro, há 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 2 unidades ambulatoriais com atendimento psiquiátrico e psicoterápico, 1 clínica particular conveniada ao SUS – Casa de Repouso Santa Edwiges que conta com 100 leitos sendo 90 conveniados ao SUS (DATASUS,

---

<sup>12</sup> Durante a realização do estudo o Posto de Nova Sepetiba funcionava somente no período diurno devido à falta de médicos para o horário noturno.

2006)<sup>13</sup>. Além do CAPS, ambulatório e clínica conveniada, a região conta com o serviço de psiquiatria do HEPII.

Carvalho (2005) ao estudar o serviço de psiquiatria do HEPII, afirma que no final da década de 80 foi implantada no hospital uma enfermaria de psiquiatria, que por motivos administrativos, não explicitados, não deu continuidade as suas atividades. O serviço de saúde mental do HEPII, tal como é hoje, foi criado em 1999. Ele foi projetado para funcionar em 4 eixos: unidade de internação psiquiátrica, serviço de interconsulta às clínicas do hospital, emergência psiquiátrica e ambulatório.

De acordo como o Projeto de Trabalho do Serviço de Saúde Mental (HEPII, 2004), a modalidade de atendimento ambulatorial divide-se em “ambulatório de crise” - que visa dar suporte aos pacientes até que eles possam iniciar tratamento na unidade de saúde para onde foram encaminhados – e “ambulatório de álcool e drogas” – que por falta de psiquiatras encontra-se fechado.

Segundo Osório; Loureiro (2003), a interconsulta psiquiátrica indica o conjunto de atividades clínicas, de ensino e de pesquisa desempenhadas por profissionais de saúde mental junto a diversos serviços do hospital. O projeto de trabalho do serviço de saúde mental define a “interconsulta” como uma modalidade de atendimento voltada para os pacientes já internados no hospital. Além de intervenção qualificada a interconsulta pode ser considerada um dispositivo de orientação técnica junto às equipes contribuindo para a integralidade das ações terapêuticas.

---

<sup>13</sup> Este número de leitos está em consonância com a Portaria nº 53 de 01 de Março de 2004 da Secretaria de Atenção a Saúde, do Ministério da Saúde que estabelece a nova classificação dos hospitais psiquiátricos, prevista no Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004 e define a Casa de Repouso Santa Edwiges como hospital classe I, com 100 leitos (BRASIL, 2004).

Cassorla (1996) distingue interconsulta de profissional de ligação na área da psiquiatria. Ele aponta que o interconsultor é o profissional de saúde mental que atende as demandas do hospital quando solicitado. Já o profissional de ligação faz parte da equipe dos setores. No HEPII ambas as modalidades de atendimento estão presentes. Sendo que a chegada dos profissionais concursados, em 2005, promoveu um incremento dessas ações, como aponta um dos gestores da unidade.

“Nós ocupamos setores que estavam antes... não sendo negligenciados, mas pouco assistidos por falta de pessoal... Os psicólogos agora estão atuando na maternidade, pediatria, na clínica médica e Grupo de Acolhida<sup>14</sup>”.

(Gestor B)

A internação psiquiátrica só deve ocorrer quando todos os outros recursos terapêuticos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Brasil, 2001). O tratamento em regime de internação deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

No HEPII a internação não se limita a *tratamento medicamentoso e caráter médico, mas se expande para outras abordagens de caráter psicossocial*. De acordo com o projeto de trabalho do serviço de saúde mental do HEPII, a internação deverá ser o mais curta possível, não ultrapassando 45 dias. Porém, a partir do que foi dito pelos gestores, é possível evidenciar que na unidade não há consenso que este seja um tempo curto para internação em uma unidade psiquiátrica em hospital geral.

“ a internação é o último recurso que deve ser utilizado e ainda assim deve ser breve. O mais breve possível...” (Gestor B)

---

<sup>14</sup> No decorrer do estudo as funções do “Grupo de Acolhida” serão detalhadas.

“O que seria um atendimento de 24 ou 72h passa a ser um atendimento prolongado. Os pacientes estão aqui há muito tempo como se fosse uma clínica psiquiátrica”

(Gestor A)

Os serviços de urgência psiquiátrica em emergências gerais, de acordo com a portaria 224 (Brasil, 2002), devem funcionar diariamente durante 24 horas e contar com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento deve ser resolutivo e com qualidade nos casos de urgência, tendo por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

O atendimento as urgências e emergências psiquiátricas, também é um dos eixos dos serviços, que visa o atendimento às demandas da emergência, geralmente através de chamados dos plantonistas ou antecipando-se a estes nas passagens pelo setor, somente no horário diurno<sup>15</sup>. Busca-se uma abordagem adequada, farmacoterápica e/ou psicoterápica, visando a maior resolutividade possível, de modo a controlar a crise em curtíssimo prazo, isto é, em 24 horas.

O pronto socorro (PS) do HEPII é a única emergência pública da região. Realiza atendimentos de emergência clínica cirúrgica e ortopédica para adultos e crianças. Além disso, conta com um serviço de pronto atendimento (SPA) que funciona de segunda a sábado, das 8h às 17h, atendendo os casos de menor gravidade. Os leitos da emergência são distribuídos de acordo com o sexo, estado clínico e faixa etária dos pacientes. Ao dar entrada na emergência o paciente é avaliado inicialmente pelo médico que vai traçar as condutas necessárias.

---

<sup>15</sup> No período noturno, os pacientes da unidade de internação psiquiátrica ficam sob os cuidados da equipe de enfermagem composta por um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem.

Para descrever o espaço físico do pronto socorro procurei me ancorar no conceito de ambiência, a fim de ir além da composição técnica simples e formal dos ambientes. Na saúde, ambiência refere-se “ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (Brasil, 2006).

Este conceito de ambiência apóia-se em três eixos, que devem estar sempre juntos:

- Confortabilidade – focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com pessoas, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários;
- Espaço de encontro entre sujeitos – a construção do espaço deve propiciar a possibilidade do processo reflexivo, garantindo a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão, na perspectiva da equidade;
- Arquitetura como ferramenta facilitadora do processo de trabalho – a ambiência de forma isolada não muda processo de trabalho, mas pode ser instrumento de construção do espaço a que aspiram os trabalhadores de saúde e os usuários, possibilitando ir além da arquitetura normativa e projetada exclusivamente para comportar alta tecnologia.

(Brasil, 2006)

A emergência do HEP II fica no primeiro andar de um prédio de 10 andares<sup>16</sup>. O acesso se dá por uma rampa onde normalmente ficam parados os visitantes e acompanhantes. Logo na entrada há um balcão com o nome do hospital escrito em azulejo, cercado por vidro. Placas indicam separação de filas para os diversos tipos de atendimento (emergência clínica e cirúrgica, pediatria, ortopedia e maternidade).

A realização dos boletins é informatizada. De acordo com os registros do sistema de informação hospitalar, durante os meses de setembro e outubro de

---

<sup>16</sup> Em anexo há uma descrição esquemática da planta física do emergência do HEP II



2006 foram realizados 10.097 e 11.516 boletins, respectivamente. A entrada para a área de atendimento, normalmente é controlada por dois vigilantes. Contudo, no período em que realizei o trabalho de campo os vigilantes fizeram greve por falta de pagamento. Devido a isso os maqueiros foram remanejados para controlar o fluxo de entrada.

A primeira sala destinada a atendimento é identificada como “sala de trauma”. Além das emergências traumáticas, são recebidos todos com demanda voltada para a equipe de cirurgia. A rotatividade de pacientes é grande, pois os pacientes ou são encaminhados ao centro cirúrgico, ou liberados após avaliação de resultados de exames, suturas ou curativos. A temperatura é agradável devido ao ar condicionado. As quatro macas fixas do setor são separadas por cortinas plásticas. Dentro desta sala há uma sala de material.

Retornando ao corredor, ao lado da sala de trauma, enfrente a porta do Pronto Socorro fica o “expurgo”. Nesta sala, de dimensões mínimas e sem janelas ou sistema de ventilação aparente, são processados os artigos que entram em contato com o sistema respiratório (circuitos de ventiladores mecânicos, macronebulizadores, equipamentos de nebulização). Ao lado desse expurgo encontra-se a “sala de sutura” onde há uma maca fixa, foco de teto, armário de parede, pia e bancada. A sala fica a maior parte do tempo trancada não sendo utilizada para a realização de sutura. Seu uso limitava-se à realização de cateterismo vesical.

Os Eletrocardiogramas (ECG) são realizados ao lado da sala de sutura. Normalmente esta sala fica trancada e, na maior parte dos plantões, há um auxiliar de enfermagem responsável exclusivamente para a realização do exame.

Durante o período de trabalho de campo houve o furto do aparelho de ECG. Devido a isso, a porta da sala foi transferida para o corredor externo enfrente as câmeras de segurança<sup>17</sup>. A chave da sala passou a fazer parte da lista de materiais registrados em livro de ordens e ocorrências durante a passagem de plantão dos enfermeiros.

Logo após a sala de ECG encontram-se várias cadeiras destinadas aos pacientes que aguardam atendimento médico. Esses atendimentos são realizados em uma sala com duas mesas e quatro cadeiras. De acordo com plantão, há dois clínicos, ou um clínico e um acadêmico de medicina, atendendo simultaneamente. Devido a essa distribuição espacial e organização do processo de trabalho os pacientes são atendidos juntos. E, como não há portas nessa sala, pacientes e acompanhantes que aguardam atendimento observam a consulta.

Dependendo do número de pacientes que aguardam por atendimento um funcionário da portaria era remanejado para fazer o controle da entrada. Este funcionário e os próprios pacientes responsabilizam-se pela definição de prioridades no atendimento. Geralmente, pacientes que chegam desmaiados, dispneicos ou com queixa de dor intensa tinham atendimento prioritário.

Além da exposição durante a consulta médica, há a movimentação de funcionários da enfermagem pelo local de atendimento, pois este é o único acesso à sala de reserva de material. Essa sala tem dimensões reduzidas e a refrigeração é feita por um ventilador de mesa de propriedade das funcionárias do setor. Nela são armazenados os materiais, medicamentos e impressos a serem utilizados no PS. Há também uma geladeira em precário estado de conservação, cuja porta é amarrada com látex tipo “garrote”.

---

<sup>17</sup> Há câmeras de segurança espalhadas em locais estratégicos no térreo, primeiro e segundo andares. Segundo informações de funcionários há uma central de imagens na sala do diretor.

O setor destinado à administração de medicamentos é conhecido como “injetável”. É um dos locais mais movimentados do PS. Durante minhas observações presenciei filas enormes onde pacientes advindos da odontologia, ortopedia e atendimento clínico se acotovelavam para serem atendidos. Pude identificar que também são encaminhados para esse setor os pacientes com indicação de internação hospitalar.

Os profissionais de enfermagem e diversos estagiários de nível técnico e universitário ficam atrás de um “balcão” onde preparam as medicações. As cadeiras destinadas à administração de medicamentos são amarradas com atadura de crepom para não serem retiradas do local. Os suportes de braço também são envoltos em atadura de crepom e apresentam respingos de sangue. As medicações intramusculares na região glútea são administradas na parte de dentro da sala “injetável”, atrás de um biombo que ajuda a diminuir a exposição do paciente.

Há uma parede que separa o local de permanência do de administração de medicamentos, formando uma espécie de corredor<sup>18</sup> entre elas. Isto impossibilita a visualização dos pacientes em observação na “injetável”. Nesse local não há macas, e sim, bancos de três ou quatro lugares. Devido à falta de leitos, no próprio PS, ou em outras unidades do hospital, esses bancos funcionam como local de internação. Além de saídas de oxigênio para realização de nebulização há ganchos para pendurar os frascos de soro.

Os participantes do IV Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana I: Reorganizando o SUS na Cidade do Rio de Janeiro (Brasil, 2005) entre outros problemas de saúde levantaram: a falta de acesso; atendimento

---

<sup>18</sup> É possível visualizar essa distribuição espacial no modelo esquemático da emergência em anexo.

precário; sucateamento da rede pública; precarização dos serviços e falta de qualidade nos atendimentos. Estes problemas são corroborados pela situação vista no corredor do PS onde macas se perfilavam, doentes e acompanhantes se espremiavam e profissionais exercitavam “habilidades contorcionistas” para realizar procedimentos. Além disso, o odor do local era fétido, e as condições de higiene dos banheiros precárias.

Doentes em condição clínica que demande maior grau de atenção, ou risco eminente de morte são encaminhados para a Unidade de Pacientes Críticos (UPC). Oficialmente só seis camas deveriam ser ocupadas nesse setor. Contudo verifiquei que havia sempre um grande número de macas extras. Os seis leitos oficiais eram separados por cortinas, mas devido à super lotação do setor elas quase nunca eram utilizadas.

Nos repousos masculinos e femininos, apesar do nome, a visão não era de calma. Diversas macas ocupavam todo o espaço do setor. Ali deveriam permanecer somente as pessoas que necessitassem ficar em observação, mas devido à falta de leitos nas unidades de clínica médica, cirúrgica ou ortopédica, muitos permaneciam internados no repouso.

No período das observações de campo da pesquisa, o local destinado ao atendimento pediátrico estava passando por obras. Como solução, o “repouso A” – que se destinava a pacientes em observação na sala de injetável – foi desativado e o atendimento pediátrico passou a ser realizado ali.

No HEPII, todos os pacientes na emergência têm a possibilidade de ficar com acompanhantes, exceto os internados na UPC. Contudo, a estrutura da

emergência não prevê a permanência desses acompanhantes junto aos doentes. Além da escassez de espaço físico, não há qualquer mobiliário para acomodá-los próximo aos doentes que estão acompanhando.

Frente ao observado é possível identificar prejuízos na confortabilidade, empecilhos aos encontros devido à arquitetura e, a ambiência não utilizada como ferramenta para mudanças no processo de trabalho. Em suma, a observação do espaço físico da emergência pelo viés da ambiência permite considerar que o tratamento dado ao espaço físico não favorece atenção acolhedora, resolutiva e humana.

#### **4.2 - Acolhimento x Estigma**

Acolhimento, mais que um mecanismo de humanização das práticas ou recepção dos usuários, está relacionado ao modo de organização de práticas integrais centradas no usuário (Franco et al, 1999; Hemmington, 2005; Silveira, 2003). Tal organização pode ser ilustrada a partir da fala de um dos profissionais.

“Acolher bem é a pessoa ser bem tratada”.

(Profissional A)

Como uma das funções predominantes do pronto socorro, o acolhimento é visto como uma responsabilidade de toda a equipe (Schmidt; Lima, 2004). Acolher não significa que de forma tirânica e milagrosa todo aquele que procura o serviço seja por ele absorvido. Mas sim, que quem procure o serviço seja acolhido, ouvido e reconhecida à legitimidade da procura como uma forma de cuidado (Campos, 2003).

“O acolhimento é a peça chave. É você tá informando. Se fazendo presente. Saber o que falar, quando falar, não prometer, mas tá sabendo direcionar a pessoa.”

(Profissional A)

O Grupo de Acolhida há cerca de 7 anos, é o responsável pelo acolhimento de todos os pacientes internados na emergência do HEPIL. É formado por psicólogos, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem que deveriam levantar a demanda dos usuários e realizar todos os contatos extra-hospitalares necessários à resolução do caso. Contudo, um dos gestores relata que o Grupo de Acolhida, atualmente, encontra-se descaracterizado da sua função inicial. Funcionando como “ouvidoria”, e responsabilizando-se por marcar exames e consultas não disponíveis no hospital.

[em relação ao Grupo de Acolhida] O que eu sei é que [...] deveria ser um trabalho de acolhimento dos pacientes que chegam ao hospital e que na verdade se tornou um órgão burocrático de marcação de consultas e exames. Por exemplo, tomografia”.

(Gestor B)

O acolhimento faz parte das noções que compõem o novo psiquiátrico que visa substituir o modo asilar (Souza, 2004). O hospital geral, como parte da rede de serviços substitutivos ao manicômio, tem como uma das suas vantagens contribuir para a redução do estigma atribuído ao louco (Botega, 1991; Botega e Dalgalarondo, 1993). Segundo um dos gestores, essa possível redução do estigma está atrelada ao reconhecimento do hospital como local de tratamento de saúde e não como um local segregador destinado a “maluco”.

“O fato de esse dispositivo estar no hospital geral, que é um lugar reconhecido pela comunidade como um lugar de tratamento, aonde a população vai a busca de solução dos seus problemas de saúde. Isso contribui pra diminuir a discriminação. O paciente vai ou é levado ao hospital geral porque é um lugar de tratamento de saúde. Não é um lugar de M-A-L-U-C-O”.

(Gestor B)

Apesar disso, é mencionado por um outro gestor que o estigma atribuído à doença mental pode funcionar como um empecilho para a materialização de práticas acolhedoras ao louco no HG, uma vez que o fato de ser tratar de um doente mental anula as possibilidades de cuidado.

“O atendimento da psiquiatria aqui na emergência eu vejo como precário para o doente mental, pelo estigma que já tem a doença. Falou que é doente mental acabou”.

(Gestor C)

O termo estigma foi utilizado, inicialmente, na Grécia Antiga em referência aos sinais do corpo interpretados como maus ou extraordinários na pessoa que os possuía. Na Era Cristã foram acrescentados ao termo estigma a alusão religiosa - sinais corporais considerados graça divina que tomavam a forma de flores em erupção sobre a pele, e a alusão médica - sinais corporais são referidos como distúrbios físicos (Goffman, 1988).

De acordo com Goffman (1988) estigma está relacionado a uma característica que difere ou quebra as expectativas normativas da sociedade e, faz com que um indivíduo que poderia facilmente ser recebido na relação social cotidiana seja afastado, destruindo a possibilidade de atenção a outros atributos seus. Qualquer traço que fuja dos padrões "normais", e que pode levar um grupo social a discriminar, rejeitar ou excluir uma pessoa ou grupo pode ser considerado estigma.

A loucura é uma doença que traz consigo um histórico de estigma. Em grande parte, este estigma pode estar associado aos pressupostos de irrecuperabilidade, incurabilidade e imprevisibilidade atribuída à doença e ao doente mental como demonstram alguns profissionais da emergência.

“Morro de medo de ser agredida”

(Profissional B)

“A auxiliar estava fazendo a medicação e um doido do nada deu um soco nela. Por isso que não gosto de cuidar de doido”.

(Profissional C)

De acordo com Barros (2002) a periculosidade atrelada aos doentes mentais como a única expressão possível do sujeito, ignora as múltiplas facetas da existência e reduz a possibilidade de equacionamento das necessidades.

Foucault (2004) em sua obra – A História da Loucura – apresenta outras concepções que podem ter contribuído para a construção do estigma em relação aos transtornos mentais. A loucura aparece atrelada, entre outras idéias, a de defeito, mal, ofensa moral e ética. O louco é relacionado a perigo social, escândalo. Já o tratamento associa-se a princípios coercitivos / punitivos, aplicados através do internamento.

A influência do estigma da loucura sobre o acolhimento foi evidenciada quando ao desviar-se da conduta prevista pelo grupo de profissionais, uma paciente aproximou-se do que eles consideravam estereótipo de louco. De acordo com Goffman (1988), a manutenção do estigma está relacionada ao estereótipo. Ao demonstrar-se “impaciente” e recusar submeter-se aos procedimentos prescritos, uma senhora internada no corredor da emergência enquadrou-se no estereótipo de louca, desorientada.

Frente a isso, as ações voltaram-se somente ao atributo estigmatizante, tendo como base a gestão da periculosidade (Goffman, 1988; Rotelli, 2001). Os profissionais mobilizaram-se para contê-la junto à maca, por meio de ataduras de crepom e assim fazê-la aceitar as condutas prescritas.



Mas, por divergir do pensamento daquele grupo de profissionais, e por buscar garantir acolhimento nos atendimentos a portadores de transtornos mentais no PS, optei por intervir na situação. Foi possível identificar que não havia nenhum comprometimento mental, seja loucura ou desorientação. Tratava-se somente de uma senhora com grave problema de coluna, que devido à restrição de movimento, estava com úlceras por pressão (justificativa para a solicitação de internação hospitalar) e que ansiava explicações sobre a terapêutica prescrita.

A banalização do fato de um paciente etilista encontrar-se sobre uma poça de urina, em uma maca sem colchão ou lençol e, amarrado pelos quatro membros, aliada a fala de um profissional lotado na emergência, corroboram a crença de que alguém com um estigma não é completamente humano.

“Isso aí é um bebum”.

(Profissional D)

Com base nessa crença vários tipos de discriminação acontecem, através das quais efetivamente, e até muitas vezes sem pensar, reduzem as chances de vida dos estigmatizado. A pessoa estigmatizada é tratada como uma “não pessoa”, como se não existisse, não sendo então digna de atenção (Goffman, 1988).

“As pessoas não vêem que os pacientes psiquiátricos têm necessidades”.

(Gestor C)

O não acolhimento ao louco devido ao estigma a ele atribuído pode extrapolar o espaço intra-hospitalar e contribuir para que serviço de emergência pré-hospitalar também não o acolha. De acordo com o acompanhante de um paciente

psiquiátrico que se encontrava na emergência, o SAMU<sup>19</sup>, diferentemente do preconizado pelo Ministério da Saúde, e do que foi proferido no I Congresso Brasileiro de CAPS, pelo Ministro da Saúde da época<sup>20</sup>, não presta atendimento às urgências de psiquiátricas.

“Foi difícil trazer ele pra cá porque ele tava estranho, agitado e não falando coisa com coisa. Aí, o” 192 “não pega, aí tive que esperar os bombeiros”.

(Acompanhante A)

SAMU e Corpo de Bombeiros têm propostas de atuação diferentes para o atendimento as emergências psiquiátricas. O primeiro tem função de atender as situações de emergências, encaminhando ao pronto socorro mais próximo somente quando o telemédico ou atendimento local não tenham obtido êxito. Já o Corpo de Bombeiros, não se propõe a atender as situações de emergência, mas remover os doentes mentais para hospitais e casa de saúde (Lei 2.920 de 1998). Essa diferença de atuação, além de poder comprometer a possibilidade de acolhimento ao louco no atendimento pré-hospitalar, pode reforçar o estigma de que o internamento é a única possibilidade de atendimento ao louco.

Num contexto de reforma psiquiátrica, onde o foco é a cidadania do louco, profissionais e gestores chamam atenção para a necessidade de se investir em estilos de trabalho que evidenciem e valorizem as pessoas, abrindo possibilidades para a expressão de outros atributos.

---

<sup>19</sup> O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um programa assistencial com finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência. Funciona 24 horas por dia com equipes formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de naturezas traumáticas, clínicas, pediátricas, cirúrgicas, gineco-obstétrica e de *saúde mental* da população (Brasil, 2006).

<sup>20</sup> O I Congresso Brasileiro do CAPS foi realizado em São Paulo, no ano de 2004. O então Ministro da Saúde, Sr Humberto Costa, referiu-se ao SAMU e as situações de emergência psiquiátrica. Foi dito que as urgências psiquiátricas seriam atendidas no domicílio ou removidas para unidades hospitalares, se necessário. Segundo ele, o doente mental não poderia ser tratado como criminoso e sim como doente. Devido a isso seu transporte não deveria ser feito em viaturas da polícia ou em qualquer outro meio que não garanta que seja tratado dignamente como alguém que necessita de cuidados de saúde.

“Ainda no mundo de hoje tratam o paciente da saúde mental como uma coisa e não como ser humano. Eu gostaria que a sociedade um dia se mobilizasse, interagisse e agisse mais”

(Gestor A)

“Ninguém é totalmente louco o tempo todo. Acho que às vezes as pessoas acham que louco não sente nada”.

(Profissional E)

### **4.3 - Vínculo x Desresponsabilização**

No contexto da saúde, especificamente no campo da política e gestão, a noção de vínculo aparece atrelada ao conjunto de noções que favorece a materialização da integralidade nas práticas assistenciais em saúde. De acordo com Silva Jr e Mascarenhas (2004) a noção de vínculo está relacionada à afetividade, relação terapêutica e continuidade.

A organização da assistência psiquiátrica atualmente vai ao encontro da recomendação da Organização Mundial de Saúde que sugere que os serviços sejam expressão concreta da política que deve chegar aos indivíduos (Alves; Guljor, 2004). Esses serviços, considerados substitutivos ao manicômio, devem desenvolver atenção personalizada, garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe (III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2002). Frente a isso, ao considerar o HG como integrante dessa rede de serviços se faz necessário refletir sobre a construção de vínculos nas práticas assistenciais ao louco.

Atender as situações de emergência psiquiátrica é um dos eixos do serviço de saúde mental do HEPII. É previsto, de acordo com um dos gestores, que

médicos ou quaisquer outros membros da equipe dêem respostas à solicitação de parecer ou a antecipem-se à solicitação, por meio de visitas ao setor.

“A rotina é de atendimento as emergências, juntamente a assistência aos pacientes já internados...Com relativa frequência outros técnicos fazem esse tipo de atendimento, embora não possam fazer intervenção medicamentosa. Mas, podem dar a devida orientação, encaminhar... A equipe que atua diariamente já tem o pronto socorro como lugar natural de atuação...”

(Gestor B)

A reordenação do processo de trabalho a partir desta noção estimula a produção de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde (Campos, 1999), como demonstram alguns profissionais. Criar vínculos implica em construir uma relação entre usuários e profissionais que possa servir a construção da autonomia do usuário. É sentir-se responsável pela vida e morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal (Merhy, 1994).

“Vínculo é uma questão de compromisso” (Profissional F)

“Vínculo pra mim é responsabilidade” (Profissional A)

Mas o cotidiano das práticas assistenciais ao louco na emergência revela que profissionais do setor e, algumas vezes do próprio serviço de saúde mental, não se sentem responsáveis ou comprometidos pela co-produção de saúde dos loucos que procuram a emergência.

“O bombeiro agora tá trazendo de atacado. Trouxe dois malucos, rapazes jovens. Um amarrado e outro não. Mas graças a Deus já foram embora”.

(Profissional D).

[Em relação ao destino de um paciente que se encontrava aguardando avaliação do psiquiatra] “Já foi embora graças a Deus”.

(Profissional G).

[em relação à ficha de atendimento do mesmo paciente] “Sei lá! Acho que a família levou”.

(Profissional G).

“Fui lá em cima, mas a psicóloga disse... se der eu desço pra conversar. Tenho que resolver os problemas das enfermarias primeiro”

(Acompanhante B).

Dentro da intricada rede de cuidados de saúde o hospital pode ser considerado uma “estação”, pela qual circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades e em momentos de vida singulares (Cecílio e Merhy, 2003). Estabelecer vínculos exige então, que o hospital possa ir além do atendimento as demandas de maior gravidade ou complexidade, relacionando-se, e integrando-se com a comunidade em seu território (Merhy, 1994).

Nós somos a peça que move a máquina, mas nós não somos a máquina.

(Profissional A)

Contudo, essa relação e integração com a comunidade quando vistas a partir das práticas assistenciais ao louco na emergência foram percebidas como precárias. Seja pelo desconhecimento da rede de serviços disponíveis na comunidade; seja pela não gestão dessa relação e integração com a rede de cuidados; ou seja, ainda, pela busca da integralidade no hospital. Segundo Merhy (2002), por mais que se amplie e se aprimore a rede básica, as pessoas continuam buscando as emergências, talvez como uma estratégia intuitiva e “selvagem” na busca da integralidade.

“Às vezes é uma pessoa que não tem muita interação por desconhecer a área. Às vezes os funcionários não são daqui da área e não conhecem os serviços que tem por perto. Eles são de longe e vem trabalhar aqui. Falta informação do que ele tem disponível.”

(Gestor C)

“Não existe o encaminhamento porque vem a questão da remoção, que é bastante complicada aqui na unidade. É falta de ambulância. No momento a nossa tá até quebrada. Não tem uma ambulância especializada com proteção para o paciente. É complicado quando se quer tirar um paciente daqui de dentro. Sem falar que às vezes não é oferecida vaga.”

(Gestor C)

“Qual a E-M-E-R-G-Ê-N-C-I-A que traz o senhor aqui? Isso aqui é pra quem tá morrendo, baleado, esfaqueado...Seu caso é para o posto.”

(Profissional H)

Estudos, como o realizado por Furtado (2001), ancoram a noção de vínculo na relação profissional / usuário. Para o autor a criação de vínculo se apóia na figura do profissional de referência. Contudo, profissionais e gestores apontam que, para a efetivação do vínculo nas práticas de saúde o comprometimento e responsabilização não devem ser restritos a usuários e profissionais. Faz-se necessário um processo de conhecimento gradual e de interação permanente entre profissionais, usuários e gestores.

“Eu acredito que aqui na zona oeste, pelo menos, seja o único hospital geral que funcionários e direção tentam fazer o melhor possível”.

(Gestor A)

“Eu não posso assumir a total responsabilidade, me comprometer, porque eu não trabalho sozinha”.

(Profissional A).

Normas e formulários não conseguem dar conta da articulação do trabalho das diversas equipes e serviços de uma rede de saúde. Faz-se necessária uma discussão conjunta de processos de trabalho e pactuações, incluindo a população. Na condução desses pactos, o papel do gestor é fundamental. (Silva Jr. et al., 2005). Contudo, ainda é escasso o protagonismo dos gestores nessa função

(Gomes; Pinheiro, 2005). Fato que é corroborado pelos profissionais da emergência do HEPII.

“Quem dá o tom é o chefe... Mas fazer o que? Tartaruga não sobe em árvore. Se ela está lá foi porque alguém colocou”.  
(Profissional I).

Não dá pra ter motivação pra trabalhar assim”.  
(Profissional E).

Segundo Merhy (2002) poder pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde em qualquer tipo de serviço, que consigam combinar a produção de atos de cuidado de maneira eficaz com conquista de resultados é um nó crítico a ser trabalhado.

#### **4.4 - Repercussões do poder nas práticas assistenciais ao louco na emergência**

Seja na forma técnica, administrativa ou política, o poder faz parte do setor saúde (Testa, 1992). O hospital, como parte integrante desse setor, representa uma instituição complexa, onde poder e conflito estão presentes. Novas configurações do agir em saúde muitas vezes esbarram e são despotencializadas pelas relações de força e poder que determinam historicamente o campo da saúde, marcadas por modos do fazer organizados e enrijecidos (Guizard; Pinheiro, 2004).

As práticas cotidianas desenvolvidas no interior do hospital, mais do que respeito às normas, representam uma estratégia utilizada pelos “fracos” para agirem na ordem estabelecida pelos “fortes” (Certaú, 1994). “Forte” e “fraco” ou dominante e dominado são definidos por Bourdieu (2005), a partir do acúmulo de

uma espécie de capital social dentro de um determinado campo. Na instituição hospitalar o médico detém a maior parte desse capital social e ocupa o pólo dominante das relações.

Luz (1979), baseando-se em Foucault, afirma que a natureza do poder médico advém do “poder saber”. As formas como esse “poder saber” circula constitui e legitima o saber de outros profissionais e dos usuários. De acordo com Atkinson citado por Carapinheiro (1998) e alguns gestores do HEPIL, o saber dos demais profissionais passa a ser visto como periférico ao poder médico, cujo alcance, condições de exercícios e estratégias são definidas por ele.

“Fica tudo envolvido com o médico. Tudo é atrelado ao médico. A resolução é sempre do médico. Eu sinto que a maior resolução é com os médicos.”

(Gestor C).

“Faz parte da cultura do hospital na engenharia do Pronto Socorro, a supervalorização da figura do médico. Aliás, qualquer hospital é centrado na figura do médico... Quando nós que não somos médicos tentamos discutir um caso com o médico do pronto socorro, recebemos como resposta explícita ou implícita: você não é médico, então não me interessa conversar com você.”

(Gestor B).

Ainda para o referido autor, o saber do doente é visto como um saber profano, não lhe sendo concedida qualquer forma de poder oficialmente reconhecida. A lógica da produção de atos e intervenções da saúde é restrita e exclusivamente presa às competências específicas de alguns desses profissionais sem que se promova uma ação integralizada e unificada em torno do usuário (Merhy, 2002). Nem sempre este processo produtivo impacta ganhos de graus de



autonomia no modo do usuário andar a vida. Como demonstra o acompanhante de um paciente que aguardava a avaliação do psiquiatra.

“Ela já devia ter sido vista e fica rolando a coisa... Não tinha o médico para resolver. Chegou aqui e veio à enfermeira, mandou fazer a medicação que o médico da emergência passou, mas não resolveu porque ela ficou correndo.”

(Acompanhante C).

Nada no espaço hospitalar se impõe naturalmente, tudo é objeto de permanente disputa e construção. Porém, as relações de poder comportam contra-reações, que no espaço singular do hospital são muito criativas (Cecílio, 1999). O aumento do número de licenças médicas entre os profissionais de enfermagem após a mudança da escala de trabalho do enfermeiro da UPC pode ser considerada uma dessas contra-reações. A resposta de um profissional da emergência, insatisfeito com a conduta médica referente a uma paciente deprimida com história de tentativa de suicídio também pode ser considerada como contra-reação à relação de poder no campo:

“A médica veio aqui no Pronto Socorro responder o parecer, mas não falou nada com a equipe. Mandou o doente ir embora e não escreveu nada sobre a conduta e encaminhamento. Não escreveu sequer que estava dando alta para o paciente. Isso é um absurdo, é um risco. Afinal é uma suicida. Ela precisava ser ouvida e encaminhada para tratamento. Até porque já tinha ido ao psiquiatra, mas ela disse que ele sequer tinha olhado para a cara dela. Ele só passava remédio. Mas fiz questão de registrar tudo isso em prontuário e pedi que as médicas que estavam passando visita, fizessem o mesmo. Quem sabe isso não sirva para alguma coisa?”.

(Profissional E).

## Considerações finais

Nesse movimento de cartografia do atendimento ao louco na emergência procurei dialogar com a vida. Busquei defendê-la e não normatizá-la. Reforço que o objetivo não era julgar, normatizar ou ordenar. Era sim, ser capaz de produzir um conhecimento teórico que servisse, que pudesse ser útil não só para a teoria, mas ser útil às pessoas. Se em alguns momentos posso ter sido considerada impiedosa, foi em nome da vida. Segundo Rolnik (1989), o cartógrafo pode e deve ser absolutamente impiedoso quando se trata de defender a vida.

Frente a isso, mergulhei no trabalho de campo, e foi possível identificar que na rede de serviços de saúde da AP5.3 da Cidade do Rio de Janeiro, o Hospital Estadual Pedro II é o único hospital de emergência. Além disso, ele é a única “porta aberta” para o atendimento às emergências psiquiátricas. O espaço físico da emergência foi considerado pouco favorecedor de uma atenção acolhedora, resolutiva e humana seja para o louco, ou para qualquer outro paciente. A relação do HEPII com a rede de serviços do território foi considerada precária. E a comunicação percebida como uma iniciativa pessoal dos profissionais através de contatos informais.

Pensar o hospital geral como parte da rede de serviços substitutivos ao manicômio significa pensar práticas assistenciais direcionadas pelo modo psicossocial. Aliado a isso, pensar o hospital como integrante da rede de saúde do SUS, significa considerar a integralidade como um dos princípios direcionadores do modo de produção dos atos de saúde. Com este estudo foi possível evidenciar que, apesar do atendimento ao louco na emergência se constituir em um dos eixos de um

serviço que se propõe a ser substitutivo ao manicômio, o modo asilar ainda é predominante no direcionamento das práticas assistenciais cotidianas.

As noções de acolhimento, vínculo e integralidade fazem parte do discurso dos atores envolvidos nas práticas assistenciais. Contudo, verificou-se que tais noções ainda não conseguiram avançar das discussões teóricas, rumo às práticas de saúde. Seja pelo estigma atribuído ao louco, seja pela desresponsabilização na co-produção de saúde ou ainda pela forma com que as relações de poder se articulam no cotidiano do hospital.

O estigma atribuído à doença mental foi identificado como um entrave ao acolhimento da clientela com transtorno mental que procura a emergência. Na tentativa de ampliar essa relação entre estigma e acolhimento, nasce uma inquietação: será que o “não acolhimento” se dá especificamente pelo estigma atribuído à loucura? Ou será possível considerá-lo resultado da “não tolerância” a *qualquer* comportamento que se desvie das expectativas normativas do grupo social do hospital? Caso se busque investir na potencialidade do acolhimento como estratégia para a materialização de práticas integrais em saúde essa questão deve ser aprofundada em outros estudos.

A noção de vínculo entre os atores envolvidos nas práticas assistenciais mostrou-se atrelada à idéia de responsabilização, conhecimento gradual e interação permanente entre gestores, profissionais, usuários e a rede de serviços do território. Contudo, a observação das práticas cotidianas em relação ao louco na emergência demonstrou, que tanto alguns profissionais da emergência, quanto do próprio serviço de saúde mental, não se sentem responsáveis pela co-produção de saúde do louco que busca a emergência. Foi possível evidenciar

também que é escasso o envolvimento dos ocupantes da gestão formal no processo de construção de vínculos, seja entre profissionais, usuários e rede de serviços.

Para que o louco ocupe um outro lugar na sociedade é preciso, mais do que práticas “humanizadas”. É mister que as relações de poder que o envolvem sejam alteradas. Faz-se necessário investir no aumento de poder de contratualidade dessa clientela. O hospital como parte da rede de serviços substitutivos ao manicômio aponta para a necessidade de outros arranjos nas relações de poder institucionais. No caso da emergência do HEPII, elas assemelhavam-se as relações de poder presentes em quase todas as organizações hospitalares (Cecílio, 1999). Os médicos acumulam e centralizam o capital social relevante no campo hospitalar. A hierarquia na linha de mando da enfermagem é rígida. E, as linhas de fuga são utilizadas como estratégias para se subverter o poder dominante.

Sem a intenção de ser prescritiva ou normativa, e sim, à guisa de conclusão, teço algumas considerações sobre a integração do hospital geral a rede de serviços substitutivos ao manicômio. A primeira delas advém, como mostra este estudo, da possibilidade do hospital geral ser considerado mais uma proposta de cosmético da psiquiatria. Ao invés de constituir-se em um dispositivo substitutivo ao manicômio, o HG corre o risco de ser mais uma proposta que continuaria reproduzindo os mecanismos do dispositivo psiquiátrico. Sendo uma expressão de uma reforma superficial, que mantém a função da psiquiatria como saber-poder (Torre, Amarante, 2001).

A fim de garantir que os princípios da reforma psiquiátrica se materializem nas práticas desenvolvidas ao louco no HG, deixo como sugestão o investimento em outros arranjos institucionais, que possibilitem o deslocamento dos

modos de produzir atos de saúde dos profissionais (profissional-centrado) para os usuários (usuário-centrado). A abertura da gestão do trabalho para o coletivo, e para um mundo novo no campo da saúde, operando lógicas pelas quais o mundo dos usuários possa e deva invadir o núcleo tecnológico das ações (Merhy, 2005). Deixo ainda como sugestão, que a dimensão cuidadora possa ser inserida em todo o ciclo de formação dos profissionais de saúde dos diversos níveis, e que haja engajamento no desenvolvimento de ações voltadas para aqueles que já estão inseridos no mercado de trabalho. E ainda, que haja ênfase nas dimensões da reforma psiquiátrica, especialmente na dimensão sociocultural. Visto que esta dimensão estimula a reflexão sobre princípios, preconceitos e opiniões sobre a loucura e contribuem para que o ideário reformista se expanda para além dos “guetos” psiquiátricos (Amarante, 2003)

O atendimento ao louco na emergência do HEPII mostrou-se um caminho interessante para revelar que ainda há muito a ser conquistado pelo movimento de reforma psiquiátrica brasileiro. E que está posto o desafio de transformar o cenário do hospital geral, rumo a efetivação da sua inserção na rede de serviços substitutivos ao manicômio.

Apesar dos achados desse estudo apontarem para a (des) integralidade nas práticas assistenciais ao louco no HG, permanece a imagem-objetivo do hospital geral como um local, onde a integralidade ao louco se materializa por meio da alteridade com o usuário; somando-se a uma clínica baseada em pessoas, e não somente em doenças; e ainda, pelo aumento da permeabilidade ao controle social (Pinheiro et al, 2005).

Frente a isso, afirmo que o avanço na consolidação da política atual de saúde mental em uma das áreas mais complexas, porém essencial para a cobertura da assistência aos portadores de transtorno mental, requer que a inclusão do Hospital Geral na rede de serviços substitutivos ao manicômio seja, efetivamente, encarada como mais um dos grandes desafios do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro.

***Então mãos a obra frente a mais um desafio!***

## Referências Bibliográficas

- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.
- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.
- AMARANTE, P. **Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. RJ: Editora FIOCRUZ, 1995.
- AMARANTE, P. D. (org.) **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro. FIOTEC / FIOCRUZ, EAD / FIOCRUZ, 2003.
- AMARANTE, P. D. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. D. (org.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- AMARANTE, P. D.; GULJOR, A. P. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (Re) construção da Demanda no Corpo Social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção Social da Demanda: Direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos**. IMS-UERJ, 2005.
- AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, p.16-29. set-dez, 2004.
- BARROS, J. A. PENSANDO O PROCESSO SAÚDE DOENÇA: A QUE RESPONDE O MODELO BIOMÉDICO? **Saúde e Sociedade**. v.11, n. 1, jan-jul, 2002.
- BOSSELI, L. R. V. **Uma porta ainda nos separa do mundo: a inserção de uma enfermagem psiquiátrica no âmbito de um hospital geral**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1992.
- BOTEGA, J.N. Residência de psiquiatria no hospital geral: uma enquete nacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. set. v.40 n.8, p.419-422,1991.
- BOTEGA, N. J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde Mental no Hospital Geral: Espaço para o psíquico**. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- BOTEGA, J. N. SCHECHTMAN, A. Censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais geral: I. situação atual e tendências **Revista ABP-APAL**. n.19, v.3, p.79-86, 1997.
- BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Berthand, 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de saúde mental**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br> Acesso em 14/04/2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HUMANIZASUS: Acolhimento com avaliação de risco, um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência: humanização do “território” de encontros do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria da Secretaria de Assistência a Saúde n° 53 de 1 de março de 2004**. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. **Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde nº 251**. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. **Portaria nº 336 / GM**. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002.

BRASIL. **Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial. Brasília, 2001.

BRASIL. **Portaria do Ministério da Saúde n° 224 de 19 de janeiro de 1992**. Brasília, 1992.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

CAMARGO JR, K. R. A biomedicina. In: Physis Revista Saúde Coletiva. 15 (suplemento). Rio de Janeiro, 2005. p. 177-201.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMPOY, M. A. **Repensando a Assistência ao Paciente Psiquiátrico no Hospital Geral: contribuição à reforma psiquiátrica**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1998.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. 3ª ed. Portugal (Porto): Edições Afrontamento, 1998.

CARVALHO, C. R. A. de. **Enfermaria de Saúde Mental no Hospital Geral: alternativa ou retrocesso?** Monografia de ESPECIALIZAÇÃO em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. ENSP/FIOCRUZ, 2005.

CASSORLA, R.M.S. Psiquiatria no hospital geral: reflexões e questionamentos. **Revista ABP-APAL**. n.18, v.1, p.1-8, 1996.



CECÍLIO, L. C. O. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 4 n. 2. Rio de Janeiro, 1999.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado a Saúde**. IMS-UERJ-ABRASCO, 2001.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Notas cartográficas sobre Escuta e Escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção Social da Demanda: Direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos**. IMS-UERJ, 2005.

CERTEAU, M. de. **A Invenção do Cotidiano: 1-artes de fazer**. Trad. Ephraim Ferreira Alves. Petrópolis, rio de Janeiro: Vozes, 1994.

CORBISIER, C. A reforma psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In: AMARANTE, P. (org) **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2000.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**. V.13, n.3, p.5-15. set-dez. 2004.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org) **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2000.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. (org) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CURTI, P. Prefácio. In: GONÇALVES, E. L. (Coord.). **O Hospital e A Visão Administrativa Contemporânea**. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1983.

DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Ambulatoriais e Hospitalares**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acessado em 13/04/2006.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FILHO, A. G et al. Implantação dos Leitos de Psiquiatria no Hospital Geral Tarquínio Lopes Filho em São Luiz – MA. In: LOYOLA, C.; ROCHA, S. (Orgs) **O Caminho das Pérolas: novas formas de cuidar em saúde**. São Luiz: UNIGRAF, 2002.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S; MERHY, E. E. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 15 (2): 345-353. abr-jun. 1999.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 7ª ed. Perspectiva: São Paulo, 2004.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Loyola, 1998.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 19ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

FURTADO, J. P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS Estação. In: HARARI, A. VALENTINI, W. (orgs). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOMES, M.C.P.A. **Acolhimento, Vínculo e Integralidade: o poder do discurso ou o discurso sem poder? Um estudo sobre as práticas cotidianas em saúde da família em grandes centros urbanos**. Dissertação de Mestrado. IMS – UERJ, 2005.

GOMES, M. P. C. **A emergência psiquiátrica em Angra do Reis: um estudo de caso**. Rio de Janeiro, IMS / UERJ, 1993.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. In: **Interface** (Botucatu) v. 9 n. 17 mar/ago, 2005.

GULJOR, A. P. F. **Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro. ENSP/FIOCRUZ, 2003.

HENNINGTON, E. E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. In: **Caderno de Saúde Pública**, v.21 (1): 256-265, jan-fev, 2005.

LEAL, E. M. "Tudo está em seu lugar? Da importância de ir além dos princípios gerais na discussão da prática de serviços-dia". **Cadernos do IPUB**, 1999.

LIMA, S. M. M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (2) : 502-511. mar-abr, 2004.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MACHADO, A.L., CABRAL, M. A. A. Enfermaria de psiquiatria em hospital geral: duas experiências na visão de uma enfermeira. **J.Bras. Psiq.** n.46, v.6, p.319-323, 1997.

MACHADO, K. Como anda a Reforma Psiquiátrica? **RADIS Comunicação em Saúde**. n, 38. out. 2005.

MACHADO, A.L. COLVERO, L.A. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e atuação da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am Enfermagem** 2003 setembro-outubro; 11(5): 672-7.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado a Saúde**. IMS- UERJ-ABRASCO, 2001.

MENEGON, V. M. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In SPINK, M. J. **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2004.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

OLIVEIRA, L. H. de **A Enfermagem no Velho Hospital D. Pedro II – Santa Cruz, 1920-1954**. Dissertação de Mestrado. UFRJ / EEAN, 2000.

ORTIZ, R. (org) **Pierre Bourdieu: sociologia** Trad. Paula Monteiro e Alicia Auzmendi. São Paulo: Ática, 1983.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. orgs. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado a Saúde**. RJ: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências**. Desenvolvimento de Novas Tecnologias Assistenciais de Atenção aos Usuários. Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

PINHEIRO, R.; GUIZARD, F. L. Quando dádiva se transforma em saúde: almas questões sobre integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. IMS- UERJ-ABRASCO, 2004.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **A Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. IMS- UERJ-ABRASCO, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Construção social da demanda em saúde e a integralidade: emancipação, necessidade e poder. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.

A. (Orgs.) **Construção Social da Demanda: Direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos.** IMS-UERJ, 2005.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC / Abrasco, 2006.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. In: **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 19 (1): 27-34, jan-fev, 2003.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A; COSTA, N. R. (orgs). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1987.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental:** Transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Clube do livro, 1989.

ROTELLI. F. Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Amarante, P. D. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ROTELLI. F. et al. Desinstitucionalização uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: ROTELLI. F. et al. **Desinstitucionalização.** São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SCHMITH, M. D., LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. In: **Caderno de Saúde Pública.** V. 20 nº 6. Rio de Janeiro. Nov/dez, 2004.

SCHMIDT, M. B. **A Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde Mental: uma contribuição para o campo da atenção psicossocial.** Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. RJ, 2003.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RJ. **Resolução nº 2313 de 29 de dezembro de 2003.** Regulamenta as equipes mínimas de saúde mental nas unidades próprias da SES. Rio de Janeiro, 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RJ. Coleção Estudos da Cidade 2003. Disponível em [www.armazemdedados.rio.rj.gov.br](http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br). Acessado em 13/04/2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RJ. **Indicadores de Saúde por AP da Cidade do RJ em 2004.** Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br> . Acessado em 13/04/2006.

SILVA JR., A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO,

R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** IMS-UERJ-ABRASCO, 2004.

SILVEIRA, D. P. da. **Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde: cartografia da produção de cuidado em saúde mental na atenção básica em saúde.** Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ – RJ, 2003.

SOUZA, A. C. **Em tempos de PSF... Novos rumos para atenção em saúde mental?** Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ, 2004.

SOUZA, E. de. **O doente psiquiátrico no hospital geral: representações da loucura pelos enfermeiros e suas implicações no cuidar.** Rio de Janeiro. EEAN / UFRJ, 2000.

SOUZA, J. C. R. P. de Consultoria psiquiátrica na Santa Casa de Campo Grande. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** mar. v.44 n.3, p.123-128,1995.

SPINK, M. J. **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Cortez, 2004.

TAVARES, I. M. **O Tratamento de Paciente Psiquiátrico no Hospital Geral: possibilidades e limitações.** Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ – RJ, 1997.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos.** Rio de Janeiro: V. 9 (1): 25-29, jan-abr. 2002.

TESTA, M. **Pensar em Saúde.** Trad. Walkiria M. Sttinero. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001.

VALENTINI, W. Nenhum Ser Humano Será Bonsai. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano.** São Paulo: HUCITEC, 2001.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEB, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

YASUI, S. **Da negação do manicômio à afirmação da vida: o processo civilizador da Reforma Psiquiátrica.** Projeto para Exame de Qualificação de doutorado. Rio de Janeiro. ENSP/FIOCRUZ, 2004.

## **ANEXOS**

**Anexo 1** - Descrição das atividades desenvolvidos nas unidades municipais da A.P.5.3

[illegible]

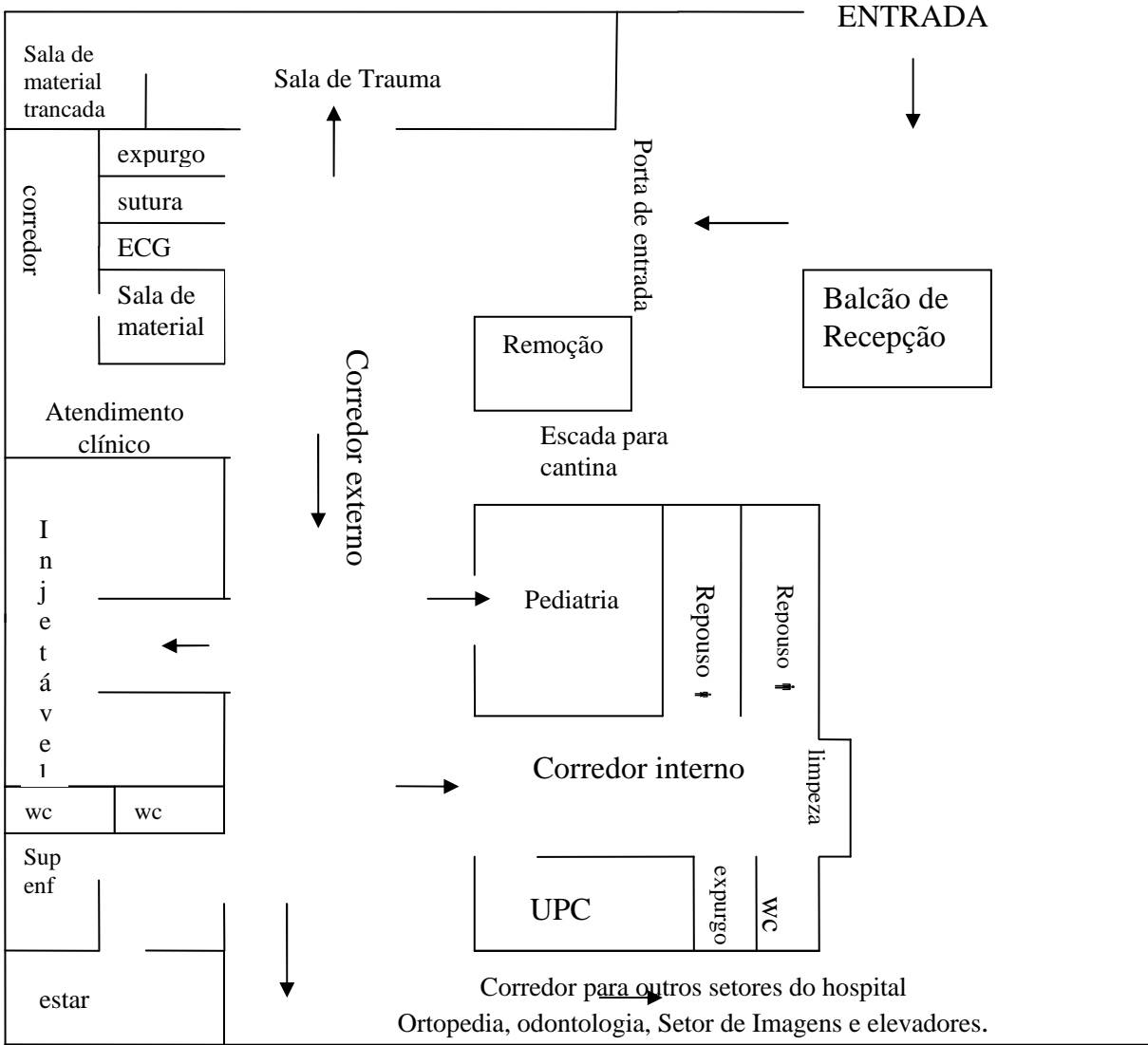
Raios X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urgências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONTROLE E ACOMPANHAMENTO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS														
Vigilância Epidemiológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hanseníase	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberculose	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doenças Sexualmente Transmissíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AIDS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ATENDIMENTO E EXAMES ESPECIALIZADOS (*)														
Cardiologia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dermatologia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ortopedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endocrinologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reumatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oftalmologia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otorrinolaringologia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fonoaudiologia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Audiometria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terapia Ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Audiologia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reabilitação da Voz	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ecocardiografia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ergometria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologia Mamária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paciente diabético em uso de insulina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fisioterapia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ATIVIDADES EM MEDICINA ALTERNATIVA (MA) E TERAPIA ALTERNATIVA (TA)														
Homeopatia (MA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ginástica (TA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Massagem (TA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cromoterapia (TA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acupuntura (MA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fitoterapia (TA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ATENÇÃO A SAÚDE DO ESCOLAR														
CRE - Atividades de Educação e Saúde integradas com as escolas através das Coordenações Regionais de Educação	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



CRDS - Atividades de Programação de Saúde integradas com creches através das Coordenações Regionais de Desenvolvimento Social (CRDS)	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>													
ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL														
Consulta Clínica	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>													
Atendimento em Grupo	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>													

CMS LFF - Centro Municipal de Saúde Lincoln de Freitas Filho  
 PS EFGP - Posto de Saúde Enf. Florípedes Galdino Pereira  
 PS AS - Posto de Saúde Prof. Sávio Antunes  
 PS MAA - Posto de Saúde Dra Maria Aparecida de Almeida (Cesarinho)  
 PS C - Posto de Saúde Dr. Cattapreta  
 PS EPFB - Posto de Saúde Prof. Ernani de Paiva Ferreira Braga  
 PS WB - Posto de Saúde Prof. Waldemar Bernardinelli  
 PS AAS - Posto de Saúde Dr. Aloysio Amâncio Filho  
 PS CM - Posto de Saúde Dr. Décio do Amaral Filho  
 PS CM - Posto de Saúde Cesário de Mello - Cesarão  
 PS RCL - Posto de Saúde Ruy da Costa Leite  
 PS EC - Posto de Saúde Emydio Cabral  
 UACPS JBC- Unidade Auxiliar de Cuidados Primários de Saúde Dr. João Baptista Chagas  
 UACPS CM - Unidade Auxiliar de Cuidados Primários de Saúde Dr. Cyro de Melo

**Anexo 2:** Descrição esquemática da planta física do emergência do HEPII



**Anexo 3:** Endereços das Equipes de Saúde da Família da CAP5.3

CAP 5.3 - GAT - RUA ALVARO ALBERTO 601 SANTA CRUZ TELEFONE: 3158-4561					
5	PSF	ANTARES 1	AVENIDA DO CANAL PISTA 3 SANTA CRUZ	3395-2249	7
		ANTARES 2			7
		ANTARES 3			6
		ANTARES 4			6
		ANTARES 5			6
4	PSF	MANGUARIBA 1	RUA TRINTA,183 - MANGUARIBA SANTA CRUZ	2413-6382	6
		MANGUARIBA 2			6
		MANGUARIBA 3			6
		MANGUARIBA 4			5
3	PSF	ALAGADOS 1	AVENIDA URSULINA,903 SEPETIBA	3317-3994	5
		ALAGADOS 2			5
		ALAGADOS 3			5
2	PSF	BALNEÁRIO GLOBO 1	RUA PRAÍHA,97 SEPETIBA	3156-9489	6
		BALNEÁRIO GLOBO 2			5
2	PSF	BARRO VERMELHO 1	RUA DÍLSON FUNARO,57 URUCENIA SANTA CRUZ	31569489	5
		BARRO VERMELHO 2			5
16					91