

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA
PSIQUIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ.
INOVAÇÃO OU REPRODUÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL?**

Denise Saleme Maciel Gondim

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, subárea Políticas Públicas e Saúde, no curso de pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação do Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante.

Rio de Janeiro, 15 de junho de 2001.

AGRADECIMENTOS

- Aos colegas do serviço de Emergência Psiquiátrica do P.U. Saldanha Marinho, especialmente àqueles fundadores que, junto comigo, acreditaram ser possível modificar a assistência da época: Maria Elisa X. Aquino, Maria Aparecida R. Stocco, Humberto Siqueira, Sebastião Siqueira e Acir Cortes.
- A toda a equipe de enfermagem que iniciou o serviço, pelo esforço e dedicação.

- Aos ex-secretários de saúde, Dra. Alcione Oliveira Athayde e Dr. Edson Batista, que deram o empurrão inicial para as mudanças na forma de pensar a saúde mental na cidade.
- Aos diretores do P.U., Dr. José Manoel Moreira e Dr. Ricardo Juncá, por terem possibilitado concretizar a mudança.
- Ao Dr. Adilson Sarmet Moreira, que, ao me convidar para implantar um programa de saúde mental no município, lançou-me a uma nova vida.
- Ao atual prefeito de Campos, Dr. Arnaldo França Vianna, que, como médico e político, pôde entender a importância desse trabalho, dando-me condições de finalizá-lo com a tranquilidade possível.
- Ao Sr. Eldo Vieira, diretor do Hospital João Viana, pelas longas conversas acerca da desinstitucionalização da doença mental. Com certeza, ali aprendi muito com a sua experiência.
- À D. Iracema Casarsa, diretora e fundadora do Sanatório Henrique Roxo, pela capacidade ímpar de relatar a história da assistência psiquiátrica do município de Campos.
- A todos os pacientes e famílias que me ensinaram, um a um, a lidar com o sofrimento mental, acreditando ser possível um novo olhar...

À minha mãe (*in memoriam*) que me incentivou a continuar, sempre...

Ao Nelson, que compartilhou os bons e difíceis momentos.

Aos meus filhos Viviane, Rafael e Eduardo, pela paciência e amor.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. OS PRIMEIROS MOVIMENTOS DE TRANSFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA	13
1.1. <i>Antecedentes Históricos</i>	13
1.2. <i>Loucura e Ciência Médica</i>	16
1.3. <i>A Primeira Reforma: descoberta e liberdade</i>	18
1.4. <i>Psiquiatrias Reformadas</i>	21
1.5. <i>A Invenção e a Loucura</i>	26
1.6. <i>A Experiência Brasileira</i>	30
2. METODOLOGIA	37
3. A ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA EM CAMPOS	46
3.1 <i>Caracterização do Município</i>	46
3.2. <i>Breve Histórico da Assistência Psiquiátrica no Município</i>	49
3.3. <i>As Condições que possibilitaram a implantação do serviço de Emergência Psiquiátrica</i>	54
3.4. <i>Pressupostos Teóricos do projeto do serviço de Emergência Psiquiátrica</i>	61
4. REFORMA, TRANSFORMAÇÃO, INOVAÇÃO	66
4.1. <i>Reformas e mais reformas</i>	66
4.2. <i>Descrição e Funcionamento do Serviço</i>	78
4.3. <i>Resultados da Pesquisa. Análise e Discussão</i>	80
4.3.1. <i>Das Entrevistas</i>	83
4.3.2. <i>Da Observação Participante</i>	87
4.3.3. <i>Das Internações</i>	91
4.3.4. <i>Da Noção de Crise</i>	95
4.3.5. <i>Das Reformas do Espaço Físico à Reforma Psiquiátrica</i>	101
CONCLUSÕES	106
ANEXOS	119

ORIENTADOR

Professor Doutor Paulo Duarte de Carvalho Amarante

RESUMO

O presente trabalho tem a proposta de analisar um serviço de saúde mental em nível emergencial, localizado no município de Campos dos Goytacazes (RJ). Criado no ano de 1992, o Serviço de Emergência Psiquiátrica teve como objetivo prestar atendimento aos pacientes psiquiátricos em crise aguda, constituindo-se como espaço diferenciado de atenção a estes pacientes, visando tanto a diminuir como a evitar as ‘internações desnecessárias’.

Funcionando em regime de pronto-atendimento nas 24 horas, o serviço deveria se destacar dos demais existentes, já que se tornou referência para os encaminhamentos ambulatoriais e hospitalares. A assistência psiquiátrica, desta forma, seria mediatizada por um serviço que pretendia uma transformação — do modelo asilar para um novo modelo que prioriza a humanização e a assistência diferenciada ao paciente.

O enfoque fundamental do trabalho está no impacto que este ‘novo’ serviço causou na assistência psiquiátrica do município, ou seja, se houve uma ruptura com o modelo assistencial tradicional a ponto de se pensar em um conceito realmente novo de saúde mental. A partir disto, questiona-se sobre inovação ou reprodução do modelo assistencial.

PALAVRAS-CHAVE

- **Modelo Assistencial**
- **Emergência Psiquiátrica**
- **Reforma Psiquiátrica**
- **Desinstitucionalização**

Abstract

This work has the proposition to analyse a mental's health service in an emergency situation, located at Campos dos Goytacazes (RJ). Created in 1922, psychiatry emergency's service had as objective to attend the psychiatry patients in attack, serving like a different space of attention to this people, tending to diminish and avoid doing 'unnecessary' internation.

Working as a first-aid clinic during twenty-four hours, this service must be put in relief when is compare to the others, because it became reference in hospital's and ambulatory's sandings. The psychiatry assistance, therefore, would be mediated by a service that intend a transformation – from tradicional refuse model to a new that gives priority to humanization and a different assistance to the pacient.

The basic approach of this work is in the chock that this 'new' service caused in municipal psychiatry assistance, in other words, if there was a rupture with the tradicional assistance model, on the point of thinking in a really new concept of mental health. Considering this 'new' model, we discuss the assistance model reproduction.

INTRODUÇÃO

‘Não nos surpreendemos com vosso despreparo diante de uma tarefa para a qual só existem uns poucos predestinados. No entanto nos rebelamos contra o direito concedido a homens — limitados ou não — de sacramentar com o encarceramento perpétuo suas investigações no domínio do espírito’.

A. Artaud (carta aos médicos-chefes dos manicômios)

No contexto da transformação do modelo psiquiátrico assistencial em Campos, acompanhando as reformas que aconteciam no Brasil e em outros países do mundo, foi criado um serviço de saúde mental que viria a ser o representante mais importante desse ‘novo’ modelo. Esse serviço, eminentemente de emergência, inaugurado em 1º de agosto de 1992, tinha como pressuposto básico a intervenção na crise e como objetivo principal qualificar a intervenção psiquiátrica, na tentativa de diminuir as internações que eram julgadas desnecessárias.

Após sucessivas transformações, a psiquiatria nos anos 80¹ aparecia em um novo cenário no Brasil. A transformação das práticas assistenciais deixavam de seguir o modelo tradicional, que até então constituía-se em internações psiquiátricas como única forma de tratamento para doentes mentais.

Até este período, a assistência psiquiátrica era realizada basicamente por meio de internações hospitalares, já que a estrutura manicomial² e a oferta de leitos consolidava esse modelo de assistência.

Os anos 60 foram marcados por um movimento evasivo de Psiquiatria Comunitária³, quando foi trazida à cena a necessidade da assistência ambulatorial. Desta

¹ Todas as décadas citadas no decorrer deste trabalho referem-se ao século XX.

² Referimo-nos aqui ao período áureo da consolidação da estrutura manicomial do estado no 1º e 2º governos de Getúlio Vargas e da ampliação do complexo hospitalar privado nos anos 70.

³ O movimento de Psiquiatria Comunitária será abordado no Capítulo 1.

forma, entre os anos 60 e 70, a assistência psiquiátrica foi caracterizada por um início de reformismo chamado de “ambuladorização”.

Já a partir dos anos 70, no interior das lutas pela redemocratização do país, a saúde mental foi incluída no debate dos movimentos sociais. No âmbito dessa discussão, foram incluídos temas como o da segregação, da violência e dos maus tratos aos pacientes que, sem nenhuma forma de defesa, eram destituídos de cidadania.

Influenciados pelos movimentos de reforma da psiquiatria que aconteciam na Europa e nos EUA, diversos setores da sociedade civil foram mobilizados em favor da luta pelos direitos dos pacientes. A reflexão sobre a loucura passou a integrar o quadro de discussões das universidades, dos meios intelectuais e dos profissionais de instituições psiquiátricas.

A luta corporativa por melhores condições de trabalho, dignidade e autonomia profissionais, questionava as condições de atendimento aos pacientes e a hegemonia dos hospitais privados, que representavam a assistência psiquiátrica até então.

Entre os anos de 1978 e 1980 surgia o primeiro processo de reforma psiquiátrica brasileira, quando da criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Para Amarante (1995:52), o MTSM caracterizava-se por ser: “o primeiro movimento em saúde com participação popular não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental”.

Após muitos embates, a participação do MTSM juntamente com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, da I Conferência Nacional de Saúde Mental e do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental – esse congresso ficou conhecido como Congresso de Bauru, onde foi lançado o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios” – deu o passo inicial para a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil.

Em 1987 foi implantado o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial, em São Paulo), em 1989, o primeiro NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial, em Santos). Estes serviços foram modelos para iniciativas e programas de saúde mental em outros estados e municípios do Brasil.

Seguindo esta tendência, neste mesmo ano, destacamos o impacto que teve a apresentação do projeto de lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado. Este projeto partiu de um diagnóstico feito pela administração pública dos serviços de saúde mental: “De que o crescimento desordenado da oferta de internações psiquiátricas gratuitas, ao longo da segunda metade dos anos 60 e até o terceiro quarto da década de 70, torna-se o principal obstáculo para a implantação de programas assistenciais mais competentes” (Delgado, 1992:117).

O projeto Paulo Delgado, como ficou conhecido, propõe, em linhas gerais: a) a proibição da expansão dos leitos manicomial públicos; b) um novo desenho do dispositivo de cuidado, ou seja, um novo tipo de cuidado; c) uma rede de serviços a ser construída pelas administrações regionais de saúde; d) o fim das internações compulsórias.

Desta forma, o processo de reestruturação psiquiátrica no Brasil trazia, em sua perspectiva, “novas possibilidades assistenciais extremamente importantes, tanto em hospitais quanto em lugares novos nos demais serviços e municípios” (Rotelli & Amarante, 1992:50).

Ao mesmo tempo, uma nova ideologia em saúde mental era constituída a partir dos novos saberes, como consequência da “ruptura dos paradigmas que fundamentam e autorizam a instituição psiquiátrica clássica, os paradigmas clínico e racionalista de causa e efeito” (Rotelli & Amarante, 1992:53), aqueles que durante três séculos produziram a relação doença/manicômio/periculosidade.

No contexto destas transformações, a cidade de Campos optou, paradoxalmente, por um serviço considerado de natureza tradicional, um serviço que

atendesse a pacientes em ‘crise’, ou seja, que necessitassem de atendimento imediato, visando a conter aquele momento de sofrimento para que depois fossem encaminhados para a assistência ambulatorial ou mesmo hospitalar.

Segundo Corbisier,

O que se faz normalmente nas emergências psiquiátricas é ‘conter a emergência’... Onde a emergência poderia emergir, é literalmente amordaçada. Os costumeiros gritos são emudecidos, os gestos desesperados são aprisionados (Corbisier, 1992:12).

Ressaltamos aqui a inexistência de estruturas alternativas de saúde mental. À época da implantação do serviço de emergência em Campos, a rede de serviços era constituída de dois ambulatórios de saúde mental e de dois hospitais psiquiátricos.

Na tentativa de “evitar internações desnecessárias que causam a cronificação da doença mental” (SMS-Campos, s.d.:2), o serviço teve como pressuposto importante o atendimento diferenciado, com equipe multidisciplinar, de modo a possibilitar a compreensão do sofrimento psíquico dos pacientes.

Até o final dos anos 80, o município de Campos foi tradicionalmente marcado por uma assistência psiquiátrica de cunho asilar, com a existência de dois hospitais⁴ que apresentavam características fechadas, com isolamento dos pacientes e longo tempo de permanência, o que lhes conferia um tom de segregação.

Possuindo um número considerado excessivo de leitos (segundo orientações da OMS), os hospitais constituíam-se referência de atendimento aos pacientes que demandavam cuidados psíquicos.

Apesar deste período ter sido marcado nacionalmente por uma tentativa de reorganização da assistência à saúde, no sentido de dar ênfase à atenção primária e à

⁴ Hospital João Viana (filantrópico, com leitos contratados) e Sanatório Henrique Roxo (privado, com leitos contratados). No capítulo 3, apresentaremos mais detalhadamente estes hospitais.

integração das instituições públicas de saúde, o município de Campos parecia estar muito distante desses movimentos.

Aparentemente, este distanciamento se devia à forte influência do modelo psiquiátrico privado, que dominava a assistência à saúde mental no município.

Em nível nacional, na década de 80 aconteceram vários eventos no campo da saúde que representaram o início da Reforma Sanitária brasileira: 1) a VII Conferência Nacional de Saúde; 2) a criação do Prev Saúde, que se constituía em um plano nacional de universalização de serviços básicos de saúde; 3) a criação do Conasp (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária); 4) a criação do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde); 5) as AIS (Ações Integradas de Saúde); 6) a 8ª Conferência Nacional de Saúde; 7) o Suds (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde); 8) o processo constituinte, através da promulgação da Constituição Federal, consagrando o direito social universal à saúde.

Todavia, no município de Campos, as políticas de saúde pública na década de 80 eram consideradas distantes e ineficientes da mesma forma que em outros municípios do interior, ao mesmo tempo em que cresciam as clínicas e hospitais contratados pelo IAMPS.

Caracterizada por uma cultura⁵ agro-indústria e açucareira, a assistência médica pública no município era prestada somente pela Previdência Social seguindo o modelo de privilegiamento do produto privado. O financiamento a clínicas privadas e o credenciamento para compra de serviços constituíam-se as únicas medidas de ampliação do setor saúde.

Segundo Oliveira & Fleury uma das características desse período

é então a orientação da política nacional de saúde para o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo (Oliveira & Fleury, 1986:208).

⁵ Aqui me refiro ao sentido duplo do termo: o cultivo e beneficiamento da cana-de-açúcar e os estilos de vida que refletem ideologias e valores de uma sociedade ainda colonial e tradicionalista.

No final desta década, mais propriamente em 1988, houve uma mudança radical no governo municipal, que vinha se perpetuando há muitos anos com os mesmos dirigentes. O movimento “Muda Campos”⁶ ganhou as eleições e essa nova gestão realizou intervenções no campo da saúde acompanhando os primeiros passos da Reforma Sanitária, por meio do processo de municipalização. A ênfase então foi dada aos processos de descentralização das ações, hierarquização de serviços, participação popular, entre outros.

Nesta tendência, foram implantados alguns programas especiais de saúde, como: Programas da Mulher, da Terceira idade, de Hipertensão Arterial e de Saúde Mental. O Programa de Saúde Mental, tinha como objetivo principal “inaugurar uma ideologia em saúde mental no município de Campos, uma forma de pensar que perfaz uma prática não adoecedora do indivíduo, na medida em que prioriza a profilaxia da doença mental e da específica, através da prevenção e atenção primária de Saúde Mental” (Programa de Saúde Mental, s.d.:2).

Suas atividades consistiam em promover ações básicas de saúde mental em escolas, postos de saúde, e ações curativas que incluíam a assistência ambulatorial, emergencial e hospitalar.

Durante os anos de 1989 e 1990, o programa de saúde mental atuou de forma a promover treinamento e reciclagens para os técnicos de saúde generalistas (médicos, assistentes sociais, enfermeiros e auxiliares) na tentativa de desmistificar os cuidados com saúde mental, incentivando-os para o atendimento inicial desses pacientes em qualquer serviço de saúde.

Isso surtiu efeito quanto ao aumento de demanda da clientela para profissionais especializados como médicos psiquiatras e psicólogos, o que resultou na criação, no ano de 1990, de dois ambulatórios especializados em saúde mental. Antes de o programa ser implantado, já funcionava, desde 1987, um ambulatório de saúde mental ligado ao governo estadual, que se tornaria uma referência para a assistência a pacientes psiquiátricos.

⁶ Este movimento foi consequência da coligação feita entre os partidos políticos PDT, PSB, PV E PT, em oposição aos dirigentes anteriores, considerados de direita e, por isso, conservadores.

Entretanto, apesar de os novos serviços serem considerados um avanço importante, o ponto mais problemático do programa dizia respeito às internações nos hospitais psiquiátricos, que continuavam a ser consideradas, muitas delas, desnecessárias. Aqueles pacientes que demandavam cuidados mais intensivos ainda eram internados sem uma avaliação especializada.

Até 1992, o atendimento às emergências psiquiátricas era realizado no Posto de Assistência Médica, Pam Saldanha Marinho, localizado na área central da cidade, caracterizado por ser um serviço de pronto atendimento destinado às urgências gerais. Neste local, os pacientes recebiam os primeiros cuidados médicos e eram encaminhados, quando necessário, à internação hospitalar. Os pacientes psiquiátricos atendidos nesse serviço em geral eram medicados, mas o destino principal era o hospital psiquiátrico.

Na tentativa de modificar essa forma de atendimento, em 02 de agosto de 1992, foi criado o serviço de emergência psiquiátrica. Esse ‘novo’ serviço ocupou uma construção anexa ao PAM, que teria sido projetada para abrigar um pronto socorro psiquiátrico no ano de 1979, porém nunca chegara a funcionar devido à situação já considerada precária e ultrapassada de suas instalações: leitos de alvenaria com argolas e correias para contenção dos pacientes, portas de ferro em todos os compartimentos, grades separando o serviço de emergência geral do PAM e ausência de posto de enfermagem.

Este cenário retrata a concepção de que um paciente em crise psiquiátrica representava: um sujeito perigoso, que deveria ser contido.

Para a implantação da emergência, esse prédio sofreu então uma outra reforma, desta vez nos moldes do movimento psiquiátrico. Sem grades, com portas abertas e inserido no contexto da emergência geral, o serviço contava com 10 leitos, sendo 04 femininos e 06 masculinos.

Desta maneira, o objetivo da implantação da emergência psiquiátrica era de constituir um espaço diferenciado de atenção à crise, tentando tanto diminuir quanto evitar ‘internações desnecessárias’.

A noção de emergência, entendida como a constatação médica de agravo à saúde, implicando risco iminente de vida, ou sofrimento intenso, exigiria, portanto, intervenção imediata, mas rompendo com os mecanismos tradicionais de supressão da crise.

Considerando que a crise em psiquiatria caracteriza-se como um momento da vida em que o sofrimento é tão intenso que acaba por gerar uma desestruturação não somente na vida psíquica e social do sujeito, mas também na de sua família, o serviço de emergência tornar-se-ia um espaço para se fazer compreender e dar um outro sentido à crise.

O serviço começou a funcionar em regime de pronto atendimento nas 24 horas, nas quais eram atendidas as crises depressivas com risco de suicídio, crises de ‘agitação psicomotora’, crises psicóticas acompanhadas de delírios e alucinações, crises decorrentes de situações de alcoolismo e/ou drogadicção, crises histéricas ou ‘nervosas’ entre outras.

A proposta do serviço era atender aos pacientes da emergência a partir de uma equipe multiprofissional composta por médico, assistente social, psicólogo, enfermeiro e auxiliar de enfermagem.

A perspectiva da equipe era a de que todos os técnicos envolvidos realizassem o primeiro atendimento em conjunto, ao invés de consulta com cada profissional. Como só existia um consultório, esta prática se tornou uma necessidade, mais do que uma contingência.

Ainda no sentido das normas para o primeiro atendimento, para Stocco

Tais informações devem ser colhidas por todos os profissionais envolvidos na admissão do paciente e registradas em seu plano terapêutico com letra legível, tendo a assinatura ou rubrica do profissional responsável pela anotação (Stocco, 1997a:2).

A rotina do serviço também incluía visitas domiciliares feitas pela equipe, que tinham por objetivo dar orientações à família do paciente.

A partir desta forma de atendimento, o objetivo da equipe seria resolver os casos em um período máximo de 72 horas. Após este período, os casos teriam dois destinos principais: de volta à residência com consulta já marcada para ambulatório de saúde mental, ou internados em hospital psiquiátrico.

É importante destacar aqui que o serviço funcionava basicamente como única forma de acesso ao sistema hospitalar. Os pacientes somente eram internados quando encaminhados pelo serviço de emergência.

Objetivos

Vimos algumas observações sobre as condições que criaram o serviço e retornando ao objetivo da presente dissertação, temos como proposta analisar toda esta construção histórica da assistência psiquiátrica no município em nível emergencial, problematizando os aspectos que propiciaram o surgimento deste serviço junto à realidade atual do mesmo.

Assim, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira, discutiremos os motivos da escolha de um serviço de natureza tradicional, ou seja, dentro dos moldes do modelo convencional da psiquiatria, já que no momento de sua implantação, outros serviços substitutivos ao modelo manicomial já estavam sendo criados em alguns municípios do Brasil.

Tentaremos analisar se o serviço referido representou uma ruptura com o modelo convencional, aquele que vinha sendo representado pelo monopólio dos dois hospitais psiquiátricos de Campos, ou se realizou uma humanização na assistência, ou mesmo uma recomposição no espaço asilar, chamada por Castel (1978) de *aggiornamento*.

Nesse sentido, teceremos comentários sobre o que pode ser entendido como inovação do modelo assistencial e como reprodução do que chamamos de psiquiatria reformada a partir das entrevistas e depoimentos de profissionais envolvidos no serviço, da observação participante e das reformas operadas ao longo dos oito anos de funcionamento.

Desta forma, buscaremos discutir o impacto que este serviço causou na assistência à saúde mental no município de Campos e analisar se a prática exercida neste serviço representou uma ruptura com o modelo assistencial convencional.

No primeiro capítulo, iremos refletir sobre o marco conceitual que orienta o trabalho: a grande internação, ainda em fins do séc. XVII, que possibilitou o futuro nascimento do manicômio, instituição especializada e 'própria' para os doentes mentais surgida na França no séc. XVIII, quando a experiência da loucura deixou de ser objeto do discurso religioso para se tornar objeto específico da medicina. E ainda veremos as várias reformas que foram feitas na Psiquiatria, desde Pinel até a Psiquiatria Democrática Italiana.

No segundo capítulo, trabalharemos a metodologia utilizada na pesquisa, identificando os principais pontos que encaminharam para uma necessidade de transformação na assistência psiquiátrica de Campos e os aspectos que justificaram a implantação de um serviço de emergência.

Com o auxílio de fontes documentais primárias da época da criação e algumas posteriores, que estão mais disponíveis, e de entrevistas com os atores envolvidos naquele processo de mudança, analisamos as estratégias que foram utilizadas para a criação daquele ‘novo’ serviço, bem como da justificativa do equipamento escolhido.

No terceiro capítulo, apresentaremos uma visão panorâmica da política de saúde mental no Brasil, com suas sucessivas transformações ideológicas e institucionais: as correntes que fundamentaram o saber psiquiátrico no Brasil, assim como a trajetória do movimento denominado Reforma Psiquiátrica. Ainda analisaremos historicamente a assistência psiquiátrica no município de Campos até chegar à implantação do serviço de Emergência Psiquiátrica, objeto desta pesquisa.

No quarto e último capítulo, apresentaremos a análise e as conclusões sobre o impacto que este serviço teve na assistência à saúde mental no município de Campos, no sentido de mudanças na ideologia sobre a doença mental e de conformação de uma rede assistencial substitutiva em saúde mental.

Os resultados da pesquisa serão conseqüência: da análise de documentos e entrevistas realizadas, da observação sobre o funcionamento do serviço em relação as suas rotinas, da discussão sobre as reformas ocorridas em sua área física, e da interpretação das mudanças na prática assistencial do próprio serviço e nas atitudes dos profissionais – como o paciente é recebido, a participação dos familiares no tratamento, a vigilância e quais os encaminhamentos realizados.

Ainda no último capítulo, será analisado o impacto que o Serviço de Emergência Psiquiátrica causou na assistência psiquiátrica em Campos, através da apresentação e discussão do número de internações psiquiátricas ocorridas nos últimos 8 anos, que possibilitarão uma visão geral sobre o objetivo central do serviço – reduzir internações – problematizando as transformações operadas na assistência a partir deste modelo de serviço.

Torna-se importante ressaltar aqui que, devido à pequena produção de fontes documentais primárias sobre o serviço, à inexistência de fontes secundárias, bem como nenhuma avaliação até então apresentada, esta dissertação se propõe a contribuir com a assistência psiquiátrica do município de Campos por meio da análise de um serviço a partir da avaliação dos próprios atores envolvidos, juntamente com os dados obtidos.

Considerando ser o único serviço alternativo ao modelo tradicional, pretendemos que sua análise seja de importância fundamental quanto às medidas futuras, ao novo planejamento, a novas tomadas de decisão da política municipal.

I: OS PRIMEIROS MOVIMENTOS DE TRANSFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

1.1. *Antecedentes históricos*

A loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência porém ela dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força.

M. Foucault

Desde sua constituição como disciplina médica, a Psiquiatria esteve inserida dentro de um contexto de reformas.

A constituição do paradigma psiquiátrico remonta do século XVII, quando foram criadas casas de internamento para indigentes, homossexuais, epiléticos, alienados, entre tantos pertencentes à população excluída com o objetivo de ordenar o espaço social de um continente que, ávido por mudanças, pretendia redimensionar o mundo da miséria.

A França, importante núcleo político, econômico e cultural da Europa, foi precursora de toda uma história de reformas no interior de uma prática que, mais tarde, se constituiria no saber psiquiátrico.

Sendo o fenômeno loucura tão antigo quanto a humanidade, até a Idade Média ela era compreendida como diversidade, carregada de conteúdo místico, que devia então ser tratada através do sacrifício ou do exorcismo. Permanecia, portanto, no limite entre o campo natural e o sobrenatural. Segundo Foucault,

A ascensão da loucura ao horizonte da Renascença é percebida, de início, através da ruína do simbolismo gótico: como se este mundo, onde a rede de significações espirituais era tão apertada, começasse a se embaralhar, deixando aparecer figuras cujo

sentido só se deixa apreender sob as espécies do insano (Foucault, 1999:18).

Isto quer dizer que o discurso da loucura entoado na Idade Média denunciava o grande desatino que o universo do louco representava. No auge desta era, o homem começou a perder o interesse pela loucura como imagem fantástica, não mais como uma experiência de pureza ou de ilusão, e passou a ter um certo fascínio pelo saber que dela decorria. Loucura e razão, nesta época, passaram a ter uma relação muito próxima e confundiam-se entre si. De forma que,

O abismo da loucura em que estão mergulhados os homens é tal que a aparência de verdade que nele se encontra é simultaneamente sua rigorosa contradição (Foucault, 1999:18).

No século XVII, foram criadas várias casas de internamento, que abrigavam não só os considerados insanos, mas os desempregados, os mendigos e todos aqueles incapacitados que eram encaminhados pela autoridade real e judiciária.

Observamos, neste momento histórico, que desde a criação do Hospital de Paris em 1656, a luta contra o ócio e a mendicância já dominava o espaço social na tentativa de restabelecer a capacidade para o trabalho daquelas pessoas despossuídas de um modo geral.

Neste contexto, o trabalho era compreendido como tendo uma função moral, sendo a pobreza decorrente da falta de disciplina e de bons hábitos. Segundo Machado,

É moralmente que se pode apreender o principal significado desta instituição. O Grande Enclausuramento assinala uma ética de trabalho em que este é moralmente concebido como o grande antídoto contra a pobreza. Força moral, portanto, mais que força produtiva. Enfim, politicamente ele significa a incorporação de um projeto moral a um projeto político, a integração de uma exigência ética à lei civil e à administração do Estado sob forma da correção da imoralidade através da repressão física (Machado, 1981:64).

Desta forma, o Hospital Geral era uma estrutura que tinha o poder, estabelecido pelo rei, de figurar entre a justiça e a polícia, sempre dentro dos limites da lei: constituía-se na “terceira ordem da repressão” (Foucault, 1999:50).

Como tentativa de ordenar o mundo da miséria, as Casas de Internamento eram instituições que desempenhavam o papel de assistência e repressão. Controladas tanto pelo poder e dever da Igreja quanto pela necessidade de controle social da burguesia.

Neste sentido, o “dever de caridade e a vontade de punir” (Foucault, 1999:50) adquiria dimensões políticas, sociais, religiosas, econômicas e, sobretudo, morais.

O período da Grande Interação não foi tão longo, fracassando em fins do século XVIII. Fracasso frente às necessidades econômicas dos estados nacionais, que precisavam de mão-de-obra e não de indivíduos ociosos para a industrialização que naquele momento se iniciava.

A expansão econômica, neste momento, tornava-se o ponto de partida para resolver a questão do desemprego. Como assinala Foucault (1999:405), “esse lado pobre também é necessário porque torna possível a riqueza”.

A divisão entre os ‘pobres válidos’ e ‘pobres doentes’, marcou a diferença entre os que poderiam e os que estariam incapacitados para trabalhar. A pobreza positiva, capacitada para o trabalho, foi inserida no espaço social, sendo, desta forma, liberada do internamento. E a pobreza negativa, aquela que representava a população inerte, improdutiva, deveria ser assistida pela sociedade.

Transformada em questão social, a partir do novo estatuto de pobreza, a loucura passou a ser um objeto observável, compreendida não mais como algo sobrenatural e sim como limitação humana, já que se tornava o elemento fundamental de incapacitação para o trabalho.

A Revolução Francesa, cenário de uma reforma política, econômica e administrativa nas relações sociais, foi o que possibilitou que a loucura deixasse de ser objeto do poder jurídico, passando este encargo para a medicina. Segundo Castel,

Essa transferência, para a medicina, das prerrogativas essenciais do encargo da loucura está, contudo, bem longe de constituir uma evidência, por ocasião da queda do Antigo regime. Pois o estado embrionário de desenvolvimento das práticas médicas em matéria de loucura tornava-as, desde logo, inaptas a assumir, de um dia para o outro, um tal mandato. A solução médica, ao contrário, aparecerá como um último recurso após terem fracassado as instâncias mais tradicionais na divisão das antigas atribuições do executivo real (Castel, 1978:46).

1.2. *Loucura e Ciência Médica*

O surgimento da Medicina Mental marcava a diferença entre a repressão (exclusão) e o tratamento (internamento). Por intermédio das novas medidas instauradas pelo parlamento francês, os loucos passaram a ser diferenciados daqueles outros que transgrediam as leis.

A Assembléia revolucionária, que instaurou as bases de todo processo de medicalização e tutelarização da loucura, foi responsável pela definição do regime jurídico dos insensatos e, ao mesmo tempo, consolidou a diferença entre o louco, o cidadão e o criminoso. Segundo Nicácio,

O cidadão é responsável, obedece às leis, tem suas relações pautadas no contrato livre e portanto é digno de liberdade. O criminoso transgride as leis mas é culpado porque é racional e responsável e cabe-lhe outra instituição: a prisão. O louco é incapaz na relação de trocas mas é isento de responsabilidade e portanto merecedor de assistência (Nicácio, 1994:7).

Dessa forma, o internamento passou a ser compreendido como uma necessidade da medicina: o insensato, irresponsável, alienado não deveria mais ser objeto de exclusão por meio do aprisionamento e sim de um novo tipo de relação: a tutela.

Assim, a loucura foi se constituindo como objeto de um dispositivo que teria como finalidade criar uma outra lógica: a ordenação de uma população estranha, perigosa e carente de razão. A Psiquiatria, como dispositivo dessa ordenação, instaurava-se como pedra fundamental de um novo saber científico sobre a doença mental. Como assinala Foucault,

(...) e sem ser outra coisa além dessa liberdade reclusa, o internamento é portanto um agente de cura; é uma entidade médica, não tanto em razão dos cuidados que proporciona, mas em virtude do próprio jogo da imaginação, da liberdade, do silêncio, dos limites e do movimento, que os organiza

espontaneamente e conduz o erro à verdade, a loucura à razão
(Foucault, 1999:433).

Desta maneira, o internamento passou a representar a medida permanente da loucura. O asilo, enquanto metáfora da exclusão, encerraria, por si só, a necessidade burguesa de regular o uso das liberdades e das restrições.

O nascimento do asilo, passo essencial para a constituição da Psiquiatria como ciência, foi dado: “o internamento recebeu sua carta de nobreza médica, tornou-se lugar de cura” (Foucault, 1999:433).

A partir do nascimento da Psiquiatria, deu-se o início de uma série de reformas não somente nas suas práticas, mas sobretudo no interior de seus saberes.

1.3. *A Primeira Reforma: descoberta e liberdade*

A primeira reforma foi realizada por Philippe Pinel em 1793, quando este foi nomeado para Bicêtre.⁷ Ao denunciar as condições desumanas dos asilos da época, libertou os loucos das correntes, propondo uma nova lógica para a tutela: o tratamento moral e educativo. A imposição da ordem era imperativo para o tratamento da doença mental e o isolamento era necessário para a recuperação e socialização do doente. Segundo Castel,

O ato fundador de Pinel não é retirar as correntes dos alienados, mas sim o ordenamento do espaço hospitalar. Através da “exclusão”, do “isolamento” do “afastamento” para prédios distintos, as categorias misturadas no enclausuramento são desdobradas em tantas quantas forem as razões para se tornar um assistido: pobreza, velhice, solidão, abandono pelos parentes, doenças diversas. A categoria da loucura se destaca, então, em sua

⁷ Bicêtre e Salpêtrière eram estabelecimentos do Hospital geral de Paris, que tinham função de hospício, pensionato, casa de detenção, ou seja, um espaço que abrigava uma população diversificada.

especificidade, decantada dessas cumplicidades ligadas pela universalidade da desgraça (Castel, 1978: 83).

Pinel reconhecia que sua obra estava próxima de uma “reforma administrativa”, já que naquele momento ele foi levado a classificar o espaço institucional, os pacientes, por meio de suas nosografias, e a estabelecer uma relação específica (de autoridade) entre médico e doente diante do espírito de ordem que imperava naquele momento histórico.

As principais operações que fundamentavam a prática asilar eram:

1º) Isolamento do mundo exterior, de forma que o alienado pudesse ser dominado e não dominar;

2º) Constituição da ordem no asilo, no sentido de uma estrutura hierárquica a ser obedecida, bem como de uma disciplina em relação ao uso do tempo e do espaço;

3º) Relação de autoridade e soberania entre o médico/auxiliares e o alienado por intermédio da vigilância.

Desta forma, a ordem constituía-se a principal finalidade no tratamento asilar. O controle dos espaços, do tempo era a única forma de tornar aqueles alienados sociáveis, capacitados para o trabalho, educáveis. Teria como objetivo representar para estes ‘uma polícia interior’.

Como tratamento moral, o alienado deveria submeter sua liberdade a leis da realidade, ou seja, à educação e aos bons costumes, deixando para trás suas paixões, desejos, que estariam lado a lado com a irresponsabilidade.

Para Birman,

(...) o alienado é colocado num contexto pedagógico que teria dois efeitos simultâneos e intrinsecamente articulados. Dominado por uma lado, ele percebe também a dominação sofrida pelos agentes de sua dominação. O alienado sente a submissão, física e simbolicamente, e percebe no outro os efeitos desta. Através deste duplo registro da hierarquia um ensinamento vai se formulando e

se impondo ao louco: quem manda e quem é mandado; quem dirige e quem executa; de que lugares e funções o sistema de poder, que define o espaço social, se constitui e o asilo reproduz numa menor escala (Birman, 1978:387).

A partir do ordenamento do espaço hospitalar, Pinel funda uma ciência em que se enfoca a observação e a classificação da população insana: a clínica.

Para Bercherie (1989), Pinel funda no campo do método, a clínica, como orientação consciente e sistemática. A observação pura e simplesmente empírica teria que adquirir o estatuto de linguagem, ou seja, uma estrutura enunciável.

Desta forma, a primeira reforma operada neste contexto, foi realizada a partir da ruptura epistemológica com a pesquisa intuitiva, com o empirismo. A partir da distância metodológica, foi possível a observação dos fenômenos e a tentativa de apresentar uma teoria explicativa sobre eles.

A tecnologia pineliana continuou fortalecida até a segunda metade do século XIX, quando foi iniciada uma corrente que pretendia uma nova definição da doença mental.

É importante ressaltarmos aqui que no século XIX as pesquisas da medicina avançavam nos estudos sobre as bases do sistema nervoso, dos órgãos, dos tecidos, sobre a Biologia em geral.

Nesta tendência, a doença mental começa a ser entendida como sendo de ordem neurocerebral, ou seja, os processos mentais seriam explicados com base na neurofisiologia e na bioquímica do sistema nervoso.

Desta forma, a loucura passou a ser medicalizada e descrita por meio do modelo organogenético inspirado nos trabalhos de Morel sobre a degenerescência. As degenerescências seriam formas de desvios doentios em relação aos homens considerados normais, que poderiam ter diversas causas: hereditariedade, influências sociais, intoxicações, doenças congênitas, entre outras.

Nesta perspectiva, o louco não seria aquele que se comporta mal, de maneira anormal, e sim um organismo que funciona mal, que produz atitudes imprevisíveis. Ou seja, esse organismo não guarda algo racional que pode ser resgatado com auxílio da pedagogia, do tratamento moral.

A loucura, portanto passaria a ser vista não mais como distúrbio moral e sim como anormalidade. As discussões sobre a monomania⁸ apontavam para um “núcleo patológico que pode ser totalmente irreduzível a uma pedagogia racional” (Castel, 1978:229).

É neste momento que identificamos uma outra reforma na Psiquiatria, caracterizada por um pessimismo em relação à essência da loucura. Instaurou-se, portanto, um longo período de silêncio no qual as pesquisas estavam mergulhadas nas causas orgânicas das doenças mentais.

Após concluído o processo de medicalização da loucura, quando triunfa o organicismo no século XX,

A concepção ‘teórica’ da doença mental não se vinculava mais diretamente à fenomenologia social da desordem. Inversamente, ela tende a se aproximar do tronco comum da medicina, cujas tendências organicistas se acentuam (Birman, 1978:261).

Este momento de adormecimento é despertado no fim da Segunda Guerra Mundial, quando, entre outras conseqüências sociais, observa-se um grande contingente de pobreza nas populações dos países afetados. Os hospitais psiquiátricos foram comparados a campos de concentração de prisioneiros passando a ser denunciados pela violência ali praticada.

não mais era possível assistir-se passivamente ao deteriorante espetáculo asilar: não era mais possível aceitar uma situação, em que um conjunto de homens, passíveis de atividades, pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios (Birman & Costa, 1994:42).

1.4. *Psiquiatrias Reformadas*

O período pós-guerra provocou uma série de mudanças no cenário mundial, no tocante à condução política e econômica dos países que, afetados pelos danos, debruçavam-se no projeto de reconstrução nacional. Segundo Barros,

a guerra parece ser a primeira ocasião histórica de uma nova linguagem e de um redimensionamento da psiquiatria institucional. Uma nova reforma da Psiquiatria tornava-se imperativa diante do desperdício da força de trabalho humano que realizava-se na sua única forma de tratamento: o asilo (Barros, 1994:48).

Se o ato de ‘libertação’ de Pinel fundou um novo saber e uma nova prática em relação ao território de competência da doença mental, as reformas subsequentes seguiram na direção de questionar tanto o papel e a natureza desse mesmo saber quanto a prática da instituição asilar.

O questionamento do asilo, compreendido então como ‘metáfora da exclusão’, ocorreu de maneira importante tanto na América do Norte quanto na Europa.

Na Inglaterra, em fins da década de 1950, começou um movimento que propunha práticas alternativas ao manicômio. A partir de sua reforma sanitária, quando o sistema de saúde passou a ser nacionalizado, os ingleses incorporaram a assistência psiquiátrica a esse sistema, permitindo, desta forma, um redimensionamento da prática asilar.

Uma nova forma de tratamento se impunha naquele momento. As denúncias de violência humanas eram cada vez mais presentes no cenário político da época, sendo necessário, portanto, a reforma do espaço asilar. Comparados a campos de concentração, as instituições psiquiátricas deveriam ser transformadas não somente pelas conseqüências sociais que causavam, mas também pelas econômicas.

O movimento das comunidades terapêuticas (*Community Care*), iniciado na Inglaterra, foi consagrado em 1959 por Maxwell Jones, que, ao propor uma nova relação

⁸ Segundo Esquirol, a monomania é um delírio parcial, orientado para um objetivo particular, que não afeta a faculdade da razão, deixando-a intacta.

entre o hospital psiquiátrico e a sociedade, demonstrou a possibilidade dos doentes mentais virem a ser tratados fora do manicômio, ou seja, no espaço social.

Por intermédio de grupos diversos, envolvendo profissionais, pacientes e família, a idéia de comunidade terapêutica era tentar envolver todos os atores no processo terapêutico, ou seja, tornar os pacientes sujeitos nesta troca de experiências.

Jones trabalhava com o termo “aprendizagem ao vivo”, no qual, segundo ele,

(...) a oportunidade de analisar o comportamento em situações reais do hospital representa uma das maiores vantagens da comunidade terapêutica. O paciente é colocado em posição onde possa, com o auxílio de outros, aprender novos meios de superar as dificuldades e relacionar-se positivamente com pessoas que o podem auxiliar. Neste sentido, uma comunidade terapêutica representa um exercício ao vivo que proporciona oportunidades para as situações de ‘aprendizagem ao vivo (Jones apud Amarante, 1995:29).

Entretanto, nesta perspectiva, o processo de reforma se deu no interior das instituições, “marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar” (Amarante, 1995:28).

Seguindo os passos das Comunidades Terapêuticas, um outro movimento denominado “psicoterapia institucional” surge no cenário da França trazendo consigo uma idéia então inovadora: a de que o espaço institucional tem características doentes e, por isso, deve ser tratado.

Tendo como precursor do movimento François Tosquelles, a expressão “psicoterapia institucional” é cunhada por Daumezon e Koechlin para designar uma nova modalidade de tratamento centrada no questionamento da instituição psiquiátrica enquanto lugar de exclusão e de verticalidade das relações médico-paciente. Segundo Hochmann,

A psicoterapia institucional, fundamento teórico da política francesa de setor, é, sem dúvida, a tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio. Influenciada pela psicanálise, procura organizar o hospital psiquiátrico como um campo de relações significantes, de utilizar em um sentido terapêutico os sistemas de intercâmbio existentes no interior da instituição, isto é, os sistemas de verbalização daquilo que acontece (Hochmann, apud: Desviat, 1999:25).

O objetivo da psicoterapia institucional era criar instrumentos (atividades de maneira geral) para restabelecer o coletivo dos pacientes, possibilitando a abertura de novos espaços para trocas e experiências.

Apesar do projeto ter tido alcance em setores intelectuais e políticos da época (nos anos de 1960 e 70), não foram poucas as críticas recebidas, já que a reforma não pretendia se opor ao espaço asilar em si, e sim a ser uma forma de questionamento restrita ao funcionamento desse mesmo espaço. Como anteriormente citado, o objetivo era salvar o manicômio.

Ainda no contexto de busca de uma ciência que pudesse responder a todas as questões sobre a doença mental, a psiquiatria continuava a dar passos largos em meio ao século XX. Desta maneira, a própria psicoterapia institucional lançaria o fundamento teórico da política francesa de setor.

Denominada psiquiatria de setor, esta nova prática teria por objetivo resgatar o caráter terapêutico da psiquiatria e ao mesmo tempo contestar o asilo como espaço terapêutico.

Com isso, a novidade dessa política era levar a psiquiatria à população, às comunidades, deslocando da assistência até então exclusiva dos hospitais. Desta forma, o eixo da assistência deslocar-se-ia do hospital para o espaço extra-hospitalar.

Todavia, o hospital psiquiátrico não sairia totalmente da cena terapêutica, e sim teria a função de auxiliar no tratamento, constituindo-se em uma etapa no tratamento do paciente que, após a internação, fosse reinserido na comunidade.

A idéia central da política de setor era reorganizar a política de saúde mental na França daquele momento. Foram criadas várias estruturas extra-hospitalares, enquanto que o hospital continuava no mesmo lugar.

Segundo Rotelli,

A experiência francesa de setor não pôde ir além do hospital psiquiátrico porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalíticas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento das situações de loucura (Rotelli, 1994:150).

Isso quer dizer que, ao mesmo tempo em que esta política rechaçava os manicômios, considerando-os ‘reliquias do passado’, eles continuavam não só a existir, como a reafirmar a sua força, já que faziam parte da própria organização do setor.

Além das reformas realizadas na Europa, o continente americano também formulou seu projeto de cuidados para com os doentes mentais. A Psiquiatria Preventiva, também conhecida como comunitária, foi uma experiência americana que ‘pretendeu’ uma reforma radical na psiquiatria, cujo objeto passaria a ser a prevenção e erradicação das doenças mentais.

O então Presidente Kennedy, em 5 de fevereiro de 1963, anunciou o programa como o início de uma revolução na psiquiatria americana. Dizia ele:

Proponho um programa nacional de saúde mental que consiste na inauguração de uma ênfase e de uma abordagem inteiramente novas para cuidar de doentes mentais (...) Governantes em todos os níveis – federal, estadual e local – as fundações particulares e cada cidadão devem arcar com suas responsabilidades nessa área (Kennedy apud Caplan, 1980:2).

Gerald Caplan, principal teórico deste modelo, na introdução de seu livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, mostra que a Psiquiatria Preventiva representava, como proposta teórica e metodológica, um esforço de síntese que pudesse buscar novos meios alternativos às instituições psiquiátricas, já que era evidente a falência do modelo hospitalar.

De acordo com Tundis,

a Psiquiatria Preventiva se propõe a atuar de forma mais abrangente em termos de assistência ao doente mental, principalmente por abrir possibilidades e perspectivas para se questionar e buscar as alternativas tanto ao modelo hospitalar como a outras formas de assistência (Tundis, 1985:53).

O tema da prevenção foi importante nesta época, já que possibilitou um deslocamento da doença para a saúde, caracterizando o debate em torno das possíveis causas da patologia.

As formulações decorrentes desse debate subsidiaram a proposta de racionalização do Estado na questão psiquiátrica e nos diversos níveis, ou seja, a redução dos gastos com internações hospitalares, por meio do incentivo ao tratamento extra-hospitalar e a criação de modelos alternativos de reabilitação de crônicos.

Entretanto, podemos observar que apesar de o objeto da Psiquiatria se transformar, deixando de ser a ‘cura da doença’ para se tornar ‘prevenção da doença’, não foi promovida uma ruptura com a perspectiva tradicional: os hospitais americanos não diminuíram as internações, aumentando consideravelmente sua taxa de internação de psicóticos, ao mesmo tempo em que cresceu a demanda ambulatorial. Desta forma,

o preventivismo significa um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais... Tal processo representa a existência de uma ‘atualização’ e de uma metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social, que vai da política de confinamento dos loucos até à moderna ‘promoção da sanidade mental (Amarante, 1995:41).

Ao mesmo tempo, estava implícita a racionalidade (o racional para além do econômico), de forma que uma melhor distribuição das despesas estatais pudesse humanizar o tratamento psiquiátrico e também racionalizar as condutas terapêuticas.

1.5. *A Invenção e a Loucura*

Em se tratando de reformas na psiquiatria, a experiência italiana foi a que promoveu um corte mais radical não somente na assistência, como na forma de pensar a doença mental. Se as ‘reformas’ anteriores tentaram dar conta, ora da etiologia e do tratamento das doenças, ora do espaço terapêutico, os italianos se preocuparam em desmontar exatamente essa lógica: a relação problema/solução, de maneira a transformar a noção de doença mental em ‘existência-sofrimento’.

Na década de 1960, a crítica ao paradigma asilar teve, em Gorizia (Itália) a sua primeira grande ruptura em relação à constituição da psiquiatria como saber sobre a loucura. Essa ruptura teve como sustentação teórica a Antipsiquiatria inglesa, que tinha como pressuposto básico o questionamento crítico da ciência psiquiátrica como única detentora do saber sobre a doença mental, mais propriamente sobre a esquizofrenia.

A compreensão sobre a loucura não poderia se dar por intermédio das análises reducionistas da psiquiatria, ao mesmo tempo que suas práticas, essencialmente manicomiais, eram vistas como violentas. Para Cooper,

Se se quer falar de violência em psiquiatria, a violência que brada, que se proclama em tão alta voz que raramente é ouvida, é a sutil, tortuosa violência perpetrada pelos outros, os ‘sadios’, contra os rotulados de loucos. Na medida em que a psiquiatria representa os interesses ou pretensos interesses dos sadios, podemos descobrir que, de fato, a violência em psiquiatria é preeminentemente a violência da psiquiatria (Cooper, 1973:31).

Além da Antipsiquiatria, o processo de transformação na Itália sofreu influências também da sociologia de tradição marxista italiana, do existencialismo e da teoria crítica (escola de Frankfurt). Essas tendências teóricas induziram o questionamento sobre as instituições de assistência e controle social, as instituições totais e também os mecanismos de poder que se realizam em todas as instituições.

Inicialmente, o hospital de Gorizia foi transformado em comunidade terapêutica (no modelo concebido por Jones) por Franco Basaglia, nomeado diretor do hospital e precursor do movimento da reforma psiquiátrica italiana. Juntamente com um grupo de psiquiatras, Basaglia “propôs devolver o doente mental à sociedade, desarticulando a instituição, o manicômio” (Desviat, 1999:42).

A partir da análise dessa experiência, o manicômio passou a ser compreendido como uma organização que serve ao controle social. Uma metáfora da exclusão, de onde partiria a necessidade de mudar radicalmente o processo de compreensão da loucura.

É importante destacar que, na experiência italiana, a crítica ao manicômio não se deu somente em relação ao aprisionamento que ele causa e sim a uma compreensão do processo de violência e exclusão em que a experiência da loucura esteve sempre inserida. Tratava-se de analisar historicamente a forma com que a sociedade sempre lidou com o sofrimento mental.

Entretanto, foi na experiência em Trieste que Basaglia pôde iniciar o processo de desmontagem do aparelho institucional. O grande hospital de Trieste, que historicamente abrigou os doentes mentais até 1971, foi então aberto à comunidade, passando a fazer parte da arquitetura urbana da cidade. Os Jardins de Abel⁹ passaram a ser cenário de atividades culturais, educativas, enfim, de várias possibilidades de convivência e criação de novas formas de vida.

Para a Psiquiatria italiana, o objetivo não era negar a doença mental e conseqüentemente deixar de tratá-la. A negação era a do manicômio como representante de uma estrutura repressivo-custodial. Segundo Dell’Acqua,

A experiência de Trieste levou à destruição do manicômio, ao fim da violência e do aparato da instituição psiquiátrica tradicional, demonstrando que era possível a constituição de um ‘circuito’ de atendimento que, ao mesmo tempo que oferecia e produzia cuidados, oferecesse e produzisse novas formas de

sociabilidade e de subjetividade aos que necessitassem da assistência psiquiátrica (Dell'Acqua apud Rotteli,1992:44).

A instituição negada, segundo Basaglia, não se resumiria na negação do hospital psiquiátrico, e sim na psiquiatria enquanto ideologia, enquanto ciência que se apodera de um mandato social. Não seria tampouco a negação da doença, já que o sofrimento está lá, com o sujeito. Entretanto, o sujeito é visto aqui como um objeto complexo, e essa complexidade é que vai possibilitar múltiplas visões acerca do fenômeno doença.

Como processo de renúncia do mandato terapêutico dos técnicos, da instituição e do saber psiquiátrico, a negação implicaria também em superação e invenção de novas formas de atuação. Para isso, tornou-se necessário um conjunto de transformações não somente no saber psiquiátrico, como nas políticas implementadas até então.

A passagem da 'instituição negada' para a 'instituição inventada' possibilitou todo o processo de desinstitucionalização da Psiquiatria na Itália. A partir daí, a ênfase passou a ser colocada não mais na busca da cura da doença e sim no projeto de 'invenção de saúde' e de 'reprodução social do paciente'. A palavra-chave deixaria de ser 'cura' para se tornar 'cuidados'. Segundo Rotelli,

(...) a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se “resolva” por hora, não se “cure” agora, mas no entanto seguramente “se cuida”. Depois de ter descartado a “solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (Rotelli, 1990:33).

⁹ Denominação dada por Denise Barros, em livro do mesmo nome, para designar os jardins belíssimos do hospital, antes não freqüentados pelos pacientes, e que passou a ser incorporado por toda a cidade a partir de 1980.

A experiência de Trieste demonstrou ser possível a desmontagem do manicômio como possibilidade única de entender e tratar a loucura. Ao mesmo tempo em que causou transformações no campo do conhecimento, nas ideologias e nas relações entre técnicos e pacientes, provocou modificações no sistema jurídico do país.

A lei 180 de 1978, chamada lei Basaglia, constituída a partir do movimento Psiquiatria Democrática,¹⁰ estabelecia mudanças no estatuto jurídico do paciente. Além de proibir novas internações e construção de novos hospitais psiquiátricos, a lei estabeleceu a abolição do estatuto de periculosidade do doente mental. Desta forma, o paciente tornava-se cidadão de pleno direito, mudando, com isso, a natureza do contrato de serviços por ele utilizados. Como relata Delgado,

A reforma psiquiátrica reivindica a cidadania do louco. Embora trazendo exigências políticas, administrativas, técnicas – também teóricas – bastante novas, a Reforma insiste num argumento originário: os “direitos” do doente mental, sua “cidadania”. Por trazer à cena, como sujeitos (cidadãos), aqueles que são seus clientes, a dimensão dominante da Reforma deixa de ser técnico administrativa, para constituir-se em enigma teórico. Um imprevisível político (Delgado, 1992:29).

Dessa forma, observamos que a experiência italiana possibilitou, além da desmontagem do manicômio, a desconstrução de um saber que sustentou as bases da psiquiatria desde o Iluminismo. A noção de loucura como desrazão, como erro, como periculosidade pôde ser substituída pela noção de diferença, de produção de vida, de subjetividade.

1.6. *A Experiência Brasileira*

¹⁰ Este movimento, constituído em 1973, tinha por objetivo, estender a reforma ocorrida em Trieste a todo o território italiano.

No Brasil, os movimentos para reformar a Psiquiatria têm ocorrido desde o século XIX. Até 1903, a psiquiatria tinha como maior representante o médico Juliano Moreira, grande defensor das colônias agrícolas para alienados. A idéia de que o doente mental deveria ser tratado com auxílio do trabalho foi então disseminada em todo o país.

Nos anos de 1930, no período do Estado Novo, os grandes hospícios construídos foram reformados e ampliados, tornando-se o centro de toda a política de saúde mental. Até a década de 1950, foi visível a estatização dos grandes hospitais, seguindo uma política de estadualização.

Entretanto, foi nos anos de 1960, aqueles da ditadura militar, que a política manicomial sofreu grande expansão, devido à contratação e ao financiamento pela Previdência Social de clínicas privadas, que futuramente se constituiriam o grande problema da política de saúde mental no Brasil.

Uma das características deste período foi que a política de assistência médica no Brasil, “em nome de uma racionalidade necessária e viabilizadora da expansão de cobertura, dá prioridade à contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência Social” (Oliveira & Teixeira, 1985:210).

Desta forma, entendemos que o privatismo na atenção psiquiátrica, provocou um crescimento desordenado, falta de planejamento e critério nas demandas de internação, causando uma cristalização do modelo manicômio-dependente, consolidando-se como política oficial até o final dos anos de 1970.

O modelo privatizante, não somente na saúde mental, como em todas as áreas da saúde, foi considerado como um dos pontos que provocou a crise institucional e financeira que a Previdência Social sofreu no início dos anos de 1980.

Entretanto, uma contradição era instalada no momento em que a crise social e política acontecia no país: ao mesmo tempo em que os anos de 1970 foram marcados por uma profunda crise política, aconteceu o início da reorganização política do país, intensificando as discussões sobre a assistência à saúde.

No caso da assistência psiquiátrica, as discussões a respeito das práticas manicomiais acompanhavam o projeto sanitarista que, em fins dos anos de 1970, já delineavam uma forma de participação popular no setor saúde.

Enquanto aumentavam os movimentos populares de oposição ao regime político do país, a experiência européia e americana de reforma das instituições psiquiátricas influenciou alguns manicômios brasileiros, mais especificamente os privados. Com a idéia da humanização do atendimento, esses modelos não deixaram de causar conseqüências importantes, principalmente como ideologia, que passou a ser precursora de todo o processo de reforma que viria a seguir.

Um dos acontecimentos importantes que marcaram o início de um movimento para a reestruturação da assistência psiquiátrica foi a crise da Dinsam –Divisão Nacional de Saúde Mental –, que era o órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde mental – que ficou conhecida pela luta corporativa por melhores condições de trabalho, dignidade e autonomia profissionais, ampliação dos recursos humanos, entre outras.

Este movimento deu origem ao questionamento das condições de atendimento aos pacientes e à hegemonia dos hospitais privados, o que apontava para a necessidade de investimento no setor público.

Entre os anos de 1978 e 1980, configurou-se então, o atual movimento pela reforma psiquiátrica brasileira, tendo como protagonista principal o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Influenciado pelo pensamento de Franco Basaglia, de setores da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Preventiva, o MTSM era caracterizado pela resistência à institucionalização, pela participação de profissionais de várias categorias e da população em geral. Atuando no interior de outras instituições como universidades, conselhos profissionais, sindicatos da área de saúde e de outros profissionais, entre outros, o movimento se expandia e influenciava cada vez mais esses setores como também os governamentais.

Paralelamente à necessidade de mudanças que eram reivindicadas pelo MTSM, a Previdência Social sofria uma ‘crise financeira’ em decorrência dos escassos recursos e das fraudes ocorridas freqüentemente no setor saúde.

A prestação de serviços contratados ao setor privado abria espaço para mecanismos de corrupção no tocante à manipulação dos dados e estatísticas, ao tempo médio de permanência, à taxa de mortalidade, entre outros.

No contexto da crise previdenciária, surgiu então uma nova modalidade de convênio, a co-gestão, que previa a colaboração entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS). Desta forma, o MPAS, ao invés de comprar serviços do MS, passou a participar da administração das unidades hospitalares.

Seguindo os passos que culminariam na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado, em 1981, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, o plano Conasp, que apresentava um plano específico para a assistência psiquiátrica.

Para Amarante,

o Conasp tende a instaurar a concepção de que é responsabilidade do Estado a política e o controle do sistema de saúde, assim como a necessidade de organizá-lo junto aos setores públicos e privados. No plano da assistência psiquiátrica, o ambulatório é o elemento central do atendimento, ao passo que o hospital torna-se elemento secundário (Amarante, 1995:67).

O período de ambulatorização ocorrido nos anos de 1960, que fora precedido pelo modelo puramente asilar, acabou por fracassar, já que provocou enfrentamentos entre os próprios assessores técnicos do governo. Ressaltamos que esses assessores tinham vinculação com hospitais privados e que eram os principais obstáculos para a implementação de programas assistenciais não asilares.

A própria incorporação do MTSM ao aparelho público, na medida em que passou a participar do gerenciamento e formulação das políticas de saúde mental, causou uma divisão em seus quadros. Por um lado, o grupo que tentava tornar a coisa pública viável por meio de medidas estatizantes, possibilitando com isso uma modernização na assistência psiquiátrica. De outro lado, o grupo que passou a participar das instituições

públicas e optou por operar transformações estruturais, por meio da luta interna nessas instituições.

Em junho de 1987, foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, quando o MTSM – principal responsável por esse evento – promoveu um distanciamento em relação aos dirigentes e atores dos órgãos públicos e uma conseqüente aproximação dos setores de usuários e familiares.

No final deste mesmo ano, este movimento, após um período de freqüentes encontros profissionais, convocou o II Congresso Nacional do MTSM, realizado em Bauru, SP, que reuniu os atores envolvidos no processo saúde/doença mental: desde lideranças públicas e técnicos aos usuários e familiares. Neste sentido, um documento do MTSM faz importantes considerações:

Um desafio radicalmente novo coloca agora o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional deram um passo adiante na história do movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação.(...) Nossa atitude marca uma ruptura. A recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada (MTSM, apud Amarante,1998:81).

A partir daí, o movimento incorporou pautas da “Rede de Alternativas à Psiquiatria”, passando a constituir-se no Movimento por uma Sociedade sem Manicômios, ressurgindo dentro do projeto original, de tradição basagliana, em que o processo de

desinstitucionalização assumia o caráter teórico-conceitual, deixando para trás a idéia da reforma administrativa e financeira.

Assim, o campo encontrava-se aberto para experiências inovadoras. Culturalmente, com a participação de usuários e familiares nas políticas de saúde mental por intermédio da organização de entidades que englobavam trabalhadores de saúde mental (Associação Franco Basaglia/SP, Associação Franco Rotelli/Santos, Addom/São Gonçalo, Associação Cabeça Firme/Niterói entre outros), como também do surgimento de novos dispositivos de cuidado para a doença mental.

A criação do Caps (Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira) em São Paulo, no ano de 1987, inaugurou esta nova modalidade de dispositivo, um modelo de serviço onde os pacientes eram atendidos em programas de atividades diversos, funcionando oito horas diárias durante os cinco dias da semana, com o objetivo de acolher aqueles que, com graves dificuldades de relacionamento, pudessem permanecer fora do hospital.

Dois anos depois, aconteceu a intervenção da Casa de Saúde Anchieta, realizada pela Secretaria de Saúde do Município de Santos, a partir de denúncias sobre as condições precárias de tratamento assim como de violência utilizadas naquele hospital privado.

O fechamento do hospital possibilitou uma ruptura com a lógica manicomial e a conseqüente produção de novas instituições. A desmontagem do manicômio, enquanto estrutura física e simbólica e a invenção de novas instituições tais como: a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência, o Lar Abrigado e o Naps que é um Núcleo de Atenção Psicossocial, funcionando 24 horas por dia e que tem por objetivo ser totalmente substitutivo ao manicômio, garantindo a hospitalidade diurna ou noturna, espaço de convivência, de atenção à crise, de reabilitação psicossocial. Segundo Nicácio (1992:92), configura-se como “gestão complexa de problemas”.

A partir das experiências de São Paulo e de Santos (que foram importantes para a formulação das políticas de saúde mental na América Latina), o Ministério da Saúde passou a financiar novos serviços naqueles moldes, e a estimular a produção de instituições não-manicomiais. Ao lado do projeto de lei 3657/89 que previa a extinção

gradativa dos manicômios e a regulamentação dos direitos do doente mental em relação a seu tratamento, o Brasil efetivava a sua reforma psiquiátrica no campo dos saberes, da cultura e no jurídico. Segundo Desviat,

O Brasil conseguiu, em curto espaço de tempo, tanto a sensibilização da sociedade e de seus líderes culturais, políticos e sociais quanto o consenso necessário entre os profissionais em torno de uns poucos objetivos claros, o que, em outros países, levou muitos anos... (Desviat, 1999:151).

E ainda, referindo-se ao Brasil, diz:

A originalidade brasileira está na forma de integrar no discurso civil, na consciência social, a trama de atuações que um programa comunitário deve incluir, e também na forma de inventar novas fórmulas de atendimento, com base na participação dos diversos agentes sociais (Desviat, 1999:151).

Vimos neste capítulo como evoluíram as políticas de saúde mental no mundo, tendo conseqüências importantes no Brasil. De reformas mais técnicas para outras de perspectiva mais social, chegando ao ponto de se objetivar uma sociedade sem manicômios.

A partir da constatação de Desviat, observamos a condução que o Brasil teve, através de uma reforma que foi reconhecida por outros países, por autores internacionais, sendo considerada de grande originalidade, já que possibilitou uma mudança de cultura, nos saberes e nas práticas sobre a saúde mental, levando à criação de um equipamento diferenciado de cuidado, a mudanças na legislação e na participação social.

2: METODOLOGIA

A verdade só ganha sentido ao fim de uma polêmica. Assim não poderia haver verdade primeira. Só há erros primeiros. A evidência primeira nunca é uma verdade fundamental.

G. Canguilhem

O objetivo desta pesquisa foi desenvolver um estudo sobre a implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos. Como o serviço foi criado em 1º de agosto de 1992, pretendemos percorrer o período desde sua implantação até dezembro de 2000, caracterizando um período de tempo considerável para a análise do impacto que o mesmo causou na assistência psiquiátrica de Campos.

A partir de análise documental e realização de entrevistas com informantes-chave, pretende-se caracterizar a história da assistência psiquiátrica no município, os primeiros movimentos de transformação da assistência, as condições e os pressupostos teóricos que possibilitaram a implantação do referido serviço, e sua avaliação em função da atual conjuntura da política de saúde mental em nível nacional.

Torna-se importante ressaltar aqui o caráter participativo do pesquisador, enquanto responsável pela Coordenação de Saúde Mental no período pré e pós implantação do serviço. Neste sentido, a complexidade da pesquisa tornou-se maior, devido tanto à familiaridade, quanto aos espaços, aos agentes de transformação social e ao próprio cotidiano do serviço.

O envolvimento pessoal com o objeto da pesquisa, seja pela própria militância nas questões pertinentes à saúde mental, seja pela responsabilidade quanto à trajetória da assistência em Campos, causou inicialmente algumas dificuldades: Como pesquisar com o necessário distanciamento, com a maior objetividade possível? Como endereçar um ‘novo olhar’ a tal objeto, evitando o envolvimento pessoal no sentido de alterar os julgamentos e conclusões?

Segundo G. Velho,

o que sempre vemos e encontramos pode ser familiar mas não é necessariamente conhecido e o que não vemos e encontramos pode ser exótico mas, até certo ponto, conhecido. No entanto estamos sempre pressupondo familiaridades e exotismos como fontes de conhecimento ou desconhecimento, respectivamente (G. Velho, 1987:39).

A tentativa de distanciamento da realidade já ‘conhecida’, requereu um questionamento sistemático tanto quanto possível do ambiente, de forma a realizar uma interpretação, isto é, uma subjetivação do trabalho enquanto um conjunto de práticas sociais, e por isso passível de várias opiniões, versões e críticas.

Esse novo ‘lugar’ de observador possibilitou entretanto algumas vantagens, entre elas a de rever e de enriquecer as conclusões. Transcendendo o óbvio, a realidade tornou-se mais complexa, já que filtrada pela observação sistemática que impõe a pesquisa social.

A Pesquisa Social, de âmbito fundamentalmente qualitativo, em oposição à abordagem quantitativa,

é uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados (Minayo, 1999:23).

Desta maneira, pretendemos afirmar que esta modalidade de pesquisa traz em seu bojo interesses mais abrangentes do que o objeto definido em seu campo específico. Trata-se, portanto, de uma abordagem dinâmica, em que tanto a pesquisa quanto o pesquisador “vivem sob o signo das contingências históricas de sua atividade” (Minayo, 1999:27).

Assim, esta dissertação situada historicamente em um momento político importante no Brasil e no município de Campos apresenta os conflitos e contradições que foram enunciados por intermédio dos discursos e do marco teórico desenhado na pesquisa.

A partir de uma breve contextualização da cidade, situando o quadro das políticas de saúde nos anos de 1970 e 80, pretendemos chegar ao momento da escolha pela criação do serviço de Emergência. Como e por quê optou-se por um serviço, já naquela época considerado tradicional, ao invés de outras alternativas que estavam sendo veiculadas como modernizadoras e inovadoras nos cuidados aos doentes mentais, como por exemplo: Hospitais-Dia, CAPS, NAPS, entre outros.

Para isso, foram ouvidos profissionais de saúde mental que atuaram no momento da implantação, dirigentes de outros serviços de saúde que naquele momento participaram das discussões sobre o modelo de serviço a ser implantado, além de outros atores sociais envolvidos na assistência à saúde mental do município.

Segundo os objetivos da pesquisa, foram utilizados, para a coleta de dados, documentos que relatam detalhes sobre o início da assistência psiquiátrica em Campos, como de outros que discorrem sobre a necessidade de implantação de um serviço de

emergência, tais como: atas de reuniões de profissionais de saúde, relatórios das 1ª e 2ª Conferências Municipais de Saúde, o projeto de organização do serviço.

Diante da escassez de fontes documentais primárias disponíveis, a pesquisa baseou-se, de maneira mais importante, em entrevistas semi-estruturadas e coleta de depoimentos. Estamos considerando entrevistas aquelas que foram realizadas diretamente com os atores sociais que participaram e ainda participam do serviço, com o objetivo diretamente de colher informações quanto ao objeto central da pesquisa, que é o impacto que teve o serviço de Emergência Psiquiátrica na assistência à saúde mental no município de Campos.

Depoimentos foram as informações complementares coletadas com outros atores sociais que ajudaram a compor um cenário mais ampliado da história sanitária e psiquiátrica do município, como por exemplo, pacientes do serviço de emergência e dos hospitais psiquiátricos.

Todas as respostas foram consideradas elementos importantes quanto à implantação e à avaliação atual do serviço.

A técnica da entrevista constitui uma situação de interação em que a palavra é, por excelência, um símbolo de comunicação e os discursos influenciados na relação com o entrevistador. Neste sentido, utilizando fundamentalmente a fala, como podemos garantir que há representatividade de um grupo na fala do entrevistado?

De acordo com as idéias de Bourdieu,

Todos os membros do mesmo grupo ou da mesma classe são produtos de condições objetivas idênticas. Daí a possibilidade de se exercer na análise da prática social, o efeito de universalização e particularização, na medida em que eles se homogeneizam, distinguindo-se dos outros (Bourdieu apud Minayo, 1999:111).

Mesmo lidando com o problema da representatividade, foi na situação de entrevista que pudemos, com maior riqueza de detalhes, apreender as opiniões que levaram aos resultados da pesquisa.

Minayo, referindo-se à entrevista semi-estruturada, considera que:

suas qualidades consistem em enumerar de forma mais abrangente possível as questões onde o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação (Minayo, 1999:121).

As entrevistas tiveram um roteiro semi-estruturado (apresentado no Anexo 1), que combinavam questões fechadas e abertas, em que cada entrevistado teve a liberdade de falar sobre o tema proposto. Foram realizadas doze entrevistas com técnicos que trabalham no serviço, que em grande maioria estão ali desde a sua implantação. Uma entrevista foi realizada com a fundadora do hospital psiquiátrico mais antigo do município, com a finalidade de colher dados sobre a história da assistência psiquiátrica de Campos. Outros depoimentos foram colhidos com técnicos que participaram indiretamente do serviço.

Por meio de uma conversa inicial, procurando inserir o entrevistado no conjunto de motivos apresentados, as entrevistas foram realizadas com base em um roteiro previamente elaborado objetivando extrair: *a)* a história oral, focalizando desde a formação profissional do entrevistado a sua relação com o serviço atual; *b)* o ponto de vista dos entrevistados, sua opinião sobre a implantação até a avaliação do funcionamento; *c)* questões pertinentes ao objeto da pesquisa, sempre ampliando e aprofundando a comunicação à luz do marco teórico desenhado.

As entrevistas transcorreram com presença e interação do entrevistador, no sentido de possibilitar uma maior informalidade e abertura quanto ao tema proposto; obedeceram a um critério único para todos os entrevistados, o entrevistador (já conhecido por todos os atores) apresentou:

- o interesse da pesquisa;
- a instituição a que está vinculada;
- os motivos da escolha de tal objeto;
- a justificativa de escolha do entrevistado;
- a garantia de manter anônimos e sigilosos quaisquer comentários;
- o compromisso do retorno aos entrevistados.

Os dados colhidos foram extraídos da gravação das entrevistas, na interação de interlocução direta com o pesquisador. Os entrevistados participaram livremente, relatando suas experiências, dificuldades e impressões sobre o serviço.

Como tratava-se de um tema especialmente original, algumas falas foram expressadas em tom de crítica e de situações de constrangimento, já que o pesquisador havia participado também da implantação do serviço. Diante disso, procurou-se estabelecer um clima de privacidade e confiança, para obtenção de relatos mais próximos à realidade dos entrevistados.

A amostra compõe-se do relato de 11 profissionais de saúde mental, entre eles: 2 assistentes sociais, 2 psicólogos, 5 médicos, 1 auxiliar de enfermagem e o secretário municipal de saúde da época de implantação do serviço.

Os resultados obtidos das entrevistas foram organizados de acordo com as variáveis de frequência, consistência, coerência e originalidade das respostas. Isto quer dizer que foram detalhados todos os relatos dos profissionais a partir das respectivas perguntas.

Após a organização das entrevistas, foi realizado o método de observação participante, que constitui uma técnica de coleta de dados eminentemente rica, já que procede com a presença do entrevistador no dia-a-dia da instituição, no caso do serviço de emergência, de forma a perceber os discursos, os comportamentos dos técnicos do serviço junto às situações de interação na equipe e com os pacientes. Segundo Malinowski,

Há uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados através de perguntas, ou em documentos quantitativos, mas devem ser observados em sua realidade. Denominemo-los os 'imponderáveis da vida real'. Entre eles se incluem coisas como a rotina de um dia de trabalho, os detalhes do cuidado com o corpo, da maneira de comer e preparar as refeições; o tom das conversas e da vida social ao redor das casas da aldeia, a existência de grandes amizades e hostilidades e de simpatias e antipatias passageiras entre pessoas; a maneira sutil mas inquestionável em que vaidades e ambições pessoais se refletem no comportamento dos indivíduos e nas reações emocionais que os rodeiam (Malinowski apud Minayo, 1999:137).

Este procedimento se deu com a presença do pesquisador no serviço, a partir de 5 visitas realizadas. O turno escolhido foi o da manhã, já que a procura é maior nesse período do dia, bem como a equipe de saúde encontra-se completa.

A presença do observador foi recebida algumas vezes com empatia e respeito e outras vezes com desconfiança por alguns profissionais. Entendemos que isso se deve à proximidade que o pesquisador teve com o serviço, como ao fato da atribuição de criação do mesmo.

Entretanto, foi possível a inserção no grupo, de forma que as rotinas, as atitudes, os olhares, as comunicações pudessem ser observadas mais propriamente. Nesta tendência foram observadas:

- a) a maneira como o paciente é recebido, ou seja, as expressões utilizadas, as perguntas feitas, a inserção de cada profissional no primeiro atendimento;
- b) como o familiar é escutado e inserido no atendimento ao paciente, a importância que lhe é dada;
- c) as condições físicas para o atendimento do paciente, em relação à sua privacidade;
- d) o encaminhamento que é dado ao problema do paciente, de que forma isso é dito para ele e para seu familiar;
- e) a vigilância que é feita, já que o serviço funciona de portas abertas;

Finalmente, após encerrado o trabalho de entrevistas e observação participante, foi realizada uma pesquisa nos dois hospitais psiquiátricos no sentido de colher dados sobre o número de internações psiquiátricas desde o mês de janeiro de 1993 até dezembro de 2000.

Com isso, pretendeu-se analisar, a partir de dados empíricos, o impacto que o serviço de Emergência Psiquiátrica teve sobre o número de internações. Ou seja, se a existência de um serviço diferenciado para atender pacientes psiquiátricos causou uma diminuição das internações, contemplando, desta forma, seus objetivos iniciais.

Os dados das internações foram analisados em conjunto, com as portarias n^o 189, de 19 de novembro de 1991 e n^o 224, de 29 de janeiro de 1992 do Ministério da Saúde.

Devemos lembrar aqui que, até o final da década de 1980 e início da década de 90, os hospitais psiquiátricos de todo o país detinham o papel hegemônico na assistência psiquiátrica. Esta característica, possibilitava aos hospitais elevar o tempo médio de

internação, além de 30 dias, como também de abrir novos leitos de acordo com a ‘necessidade’ da época.

Segundo recomendações do Ministério da Saúde, o limite aceitável é de 0,5 leito psiquiátrico por mil habitantes, incluídos os leitos em hospitais gerais. Em Campos, os dois hospitais contavam, até 1992, com aproximadamente 300 leitos, que eram utilizados por uma população em torno de 350.000 habitantes. Esses leitos não representavam o número contratado e sim a capacidade instalada dos hospitais.

As referidas portarias, na medida em que estabeleceram padrões mínimos de funcionamento dos hospitais psiquiátricos em nível nacional, possibilitaram fundamentalmente a transformação do modelo assistencial em saúde mental de Campos, através do cumprimento do número de leitos contratados e da tentativa de diminuir o tempo médio de permanência.

A organização dos dados coletados foi realizada da seguinte forma: as entrevistas e os depoimentos gravados foram transcritos e retiradas as informações mais importantes no que diz respeito ao objetivo da pesquisa. As observações foram detalhadamente anotadas, procurando dar seguimento à coleta de dados significativos, tais como os discursos e os comportamentos dos sujeitos envolvidos com o serviço. Foi também extraído dos documentos o material que reproduzia os objetivos da criação do serviço e suas rotinas de funcionamento (apresentado no anexo 1).

Quanto à pesquisa realizada nos dois hospitais com o objetivo de obter dados sobre o número de internações a partir de 1993, o material coletado foi extraído dos Boletins Médico-Hospitalares (BMH) e transformado em gráficos, com a finalidade de apresentar visualmente a evolução das internações psiquiátricas nos anos posteriores à abertura do serviço de Emergência Psiquiátrica.

Como última etapa metodológica, foi realizado o tratamento do material coletado, por meio da análise de conteúdo, que visa a

obter, por procedimentos sistemáticos objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de

produção/recepção destas mensagens (Bardin *apud*: Minayo, 1999:199).

Dessa forma, a análise do material coletado permitiu a descoberta – a partir de dados objetivos e subjetivos – do modelo assistencial, no qual o serviço está inserido, uma aproximação mais real de seus objetivos, assim como a compreensão do papel que o mesmo representa na assistência à saúde mental do município.

Complementando a fase de análise do material, será feita a conclusão do trabalho analisando o impacto que o serviço teve na assistência psiquiátrica, as mudanças ocorridas, as transformações que foram realizadas e as inovações produzidas no contexto cultural e sanitário do município de Campos.

3: A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM CAMPOS

A negação de um sistema é a resultante de uma desestruturação, de um questionamento do campo de ação em que agimos. É o caso da crise do sistema psiquiátrico enquanto sistema científico e enquanto sistema institucional: desde que nos conscientizamos do significado desse campo específico, particular, em que atuamos, ele vem sendo desestruturado e questionado.

F. Basaglia

3.1. *Caracterização do município*

Campos é um município que foi fundado em 1835, sendo o maior em extensão territorial do estado do Rio de Janeiro. Atualmente em 2001, segundo dados do IBGE, conta com 389.547 habitantes.

O século XIX, foi um período de grande importância para Campos, já que muitos progressos e acontecimentos significativos aconteceram nesta época.

Tratava-se portanto, de “município dos mais ricos e promissores da Província do Rio de Janeiro. O açúcar era sua principal fonte de economia, não se esquecendo que o café também teve seu papel de destaque” (Acervo do Museu de Campos dos Goytacazes, s/d:s/p).

Sempre em torno da necessidade de manutenção e desenvolvimento da cultura açucareira e cafeeira, Campos teve grande importância econômica, política e cultural a partir dos seguintes acontecimentos, entre outros:

- a) a fundação da Caixa Econômica, em 1834;
- b) a transformação de Vila em Cidade, em 1835;
- c) a abertura da primeira livraria do país (Ao Livro Verde), em 1844;

- d) a implantação de ligação telegráfica entre Campos e Rio de Janeiro, em 1869;
- e) a inauguração do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência, em 1872;
- f) surgimento da estrada de ferro, em 1875;
- g) a iluminação elétrica, em 1883, sendo a primeira cidade da América do Sul a receber tal benefício.

Ressaltamos que o município foi impulsionado pela proliferação de engenhos de açúcar, o cultivo do café e o comércio de escravos, o que lhe conferiu um *status* de cidade das mais importantes.

Assim, constróem as bases de uma cidade, que seria no século XIX uma das mais importantes, dominando econômica e politicamente a região, exercendo assim forte influência nas decisões da Corte (...) a cidade se 'civiliza' e se enobrece com um baronato ligado a atividade açucareira e comercial (Acervo do Museu de Campos dos Goytacazes, s/d:s/p).

Entretanto, o século XX não seria de tanta prosperidade para Campos. Após a abolição da escravatura¹⁵, continuava sendo uma cidade importante e aos poucos o açúcar foi dominando todo o espaço econômico.

Da mesma forma que possibilitou o progresso, a economia açucareira também causou a decadência da região. Não sendo mais um artigo tão nobre, ao cair de preço, o açúcar fez com que a cidade reduzisse gradativamente seu ritmo de desenvolvimento.

A maior tragédia para Campos iniciou-se com o golpe militar de 1964. “Economicamente estagnada, politicamente detida pela ditadura implantada, Campos vê os grandes latifundiários e os oligarcas tomarem conta dos destinos da cidade” (Acervo do Museu de Campos dos Goytacazes, s/d:s/p).

Isso quer dizer que, a partir da década de 1960, o município foi empobrecendo, acabando com o resto de progresso existente na região. Os grandes empresários tomaram conta da cidade e os escândalos financeiros não poderiam ser denunciados por estarem diretamente ligados à ditadura.

¹⁵ Campos tinha a maior concentração de escravos do país, e conseqüentemente, muitos conflitos entre libertários e escravistas. A partir disso, recebeu o título de Quartel General da Abolição.

As favelas invadem margens de rios e riachos, o desemprego se abate sobre os trabalhadores, a mortalidade infantil é das maiores do Brasil. Há desânimo entre os campistas. Seus líderes populares estão banidos ou mortos em consequência do golpe... (Municípios em Destaque, 1992:12).

Observamos que, com a sucessão dos anos, o município só pôde ser revitalizado com a exploração do mar territorial, em 1974, devido à descoberta e produção de petróleo. Atualmente, a produção de petróleo das bacias de Campos responde por metade de toda a produção nacional.

A exploração de petróleo e, mais recentemente, a de gás natural, possibilitou o avanço econômico do município por meio da oferta de empregos e da injeção de investimentos. Desta forma, um fator importante de crescimento socioeconômico foi o recebimento dos *royalties* do petróleo, significando uma parcela considerável de investimentos para o município.

No campo educacional, a implantação da Universidade Estadual do Norte Fluminense, em 1991, marcou a ampliação da área acadêmica, fazendo com que outras universidades se instalassem na cidade.

No campo político, as transformações mais importantes ocorreram no final da década de 1980. Até este momento, os governos municipais eram dirigidos por políticos considerados de direita, já que historicamente pertenciam a partidos de situação.

Neste momento, observou-se o início de um movimento social, composto por trabalhadores, intelectuais, sindicalistas, profissionais de saúde e educação, que uniram forças para que a gestão municipal fosse mudada, trazendo à cena um prefeito representando o bloco dos partidos de oposição.

Em 1988, o prefeito assumiu o poder, já comprometido com uma série de metas a serem desenvolvidas, entre elas, os investimentos no campo da saúde. Nesta conjuntura, o planejamento em saúde foi elaborado, tendo objetivos coerentes com a Reforma Sanitária que estava em curso no país.

No interior do projeto de transformação do setor saúde no município, estava a criação de vários programas especiais de saúde. Entre estes, destacavam-se: o Programa da Mulher, da Criança e do Adolescente, da Terceira Idade, de Hipertensão e de Saúde Mental.

3.2. A Assistência Psiquiátrica no Município

No município de Campos, a assistência psiquiátrica foi marcada pelo aparecimento de dois hospitais psiquiátricos já na década de 1940.

O primeiro hospital, denominado Instituto de Doenças Nervosas e Mentais, foi cunhado com o nome fantasia de Sanatório Henrique Roxo, como é conhecido até hoje. Fundado em 1942, pelo médico-psiquiatra João Castello Branco, esta instituição é parte essencial da história da psiquiatria em Campos.

Após ter trabalhado na clínica psiquiátrica do renomado professor Henrique Roxo, na cidade do Rio de Janeiro, Dr. Castello Branco tinha como meta a construção de um sanatório próprio. Campos foi então escolhida para receber tal instituição que, nessa época, era considerada de vanguarda para a assistência aos ‘alienados mentais’. Alguns anos mais tarde, outros dois médicos, Romeu Casarsa e Ari Viana, aliaram-se a este projeto, tornando realidade um grande hospital que foi crescendo consideravelmente na região.

Com a tecnologia da época e internações, em sua maioria particulares, o sanatório começou com 45 leitos e foi crescendo em sua estrutura física até alcançar 170 pacientes internados no final da década de 1980.

Esse hospital, criado na década de 1940 como hospital privado, passou a ser contratado pela Previdência Social e posteriormente pelo SUS, sendo um dos grandes hospitais psiquiátricos subvencionados pela medicina previdenciária.

Sendo um hospital com extensa área física, o Sanatório faz parte da história da assistência psiquiátrica no município no que diz respeito a todas as camadas da população. Os leitos particulares já abrigaram figuras ilustres, contando também com 60 leitos para indigentes ‘cedidos’ ou pagos pelo governo do estado a partir de 1945.

Dessa forma, podemos observar que grande parte da assistência às doenças mentais em Campos era concentrada neste hospital devido à oferta de leitos e à tecnologia empregada que, na época, era considerada moderna numa cidade do interior do estado.

Entretanto, segundo depoimento da direção do hospital, o credenciamento para a compra de serviços pelo INAMPS e pelo SUS teria causado problemas na qualidade de assistência, devido ao atraso no pagamento das faturas e ao valor das diárias pagas, consideradas de valor reduzido.

Um outro hospital nasceu na mesma década (1940), fruto da necessidade de abrigar doentes que não tinham condições de pagar internações particulares. Nessa época, esses doentes mentais eram levados para o Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, ou eram colocados na cadeia. O Hospital Abrigo Dr. João Viana, essencialmente filantrópico, foi fundado em 1947, sendo parte do Departamento de Assistência Hospitalar da Liga Espírita de Campos.

Inicialmente, “os seus primeiros assistidos eram 11 doentes mentais que, por falta de acomodação própria, achavam-se jogados nas dependências da Cadeia Pública” (Carvalho, 1991:339).

Chamado na época de Casa de Caridade, o hospital, com características ainda de albergue para indigentes com problemas mentais, foi, ao longo dos anos, tomando características de hospital psiquiátrico. Segundo documentação própria daquela instituição,

Recorda-se que a área ocupada, no início não tinha as dimensões que veio a ter depois. Em virtude da necessidade de ampliação, sucessivas diretorias tiveram que adquirir terrenos vizinhos e, aos poucos, construir o edifício que ali existe para a prática do bem. Para se ter uma idéia do seu crescimento, devido à maior procura, basta dizer que das 2 enfermarias iniciais, já em meados da década de 70, seu número subia para 16 (Carvalho, 1991:339).

Como instituição filantrópica, o Abrigo João Vianna foi o grande responsável pela assistência às camadas mais pobres da população. Ao longo das décadas sofreu expansão, tendo sido identificado seu crescimento em relação à área física, como também na parte estrutural, ou seja, em relação aos recursos humanos e materiais.

De maneira oposta ao Sanatório Henrique Roxo, este hospital obteve um desenvolvimento de suas atividades após a compra de seus serviços pela Previdência Social. Em comunicação pessoal ao autor, o diretor do hospital relatou que após o convênio com o INAMPS, o hospital passou a ter mais leitos para atender à população, já que não era mais possível sustentar-se de caridade.

As décadas de 1960 e 70 foram marcadas pela expansão do complexo hospitalar em todo o Brasil tendo também ocorrido modificações na assistência

psiquiátrica de Campos. A política de assistência médica previdenciária nos anos 70 foi caracterizada a partir do credenciamento para a compra de serviços hospitalares por parte do poder público. O Sanatório Henrique Roxo (instituição basicamente privada) e o Abrigo João Viana (entidade totalmente filantrópica) passaram a firmar, nesta década, convênios com o então INPS, para internação de pacientes previdenciários.

Nesta época de expansão, foi credenciado um número maior de leitos do que aqueles já em funcionamento, aumentando, assim, a capacidade instalada dos hospitais. É importante ressaltar aqui que, tanto para os proprietários dos hospitais psiquiátricos quanto para os médicos que emitiam as guias de internação, os leitos psiquiátricos eram considerados insuficientes para a atenção à saúde mental da população

A assistência, que até então era destinada ou aos doentes miseráveis ou àqueles que podiam pagar, começava, neste momento, a ter uma maior dimensão, já que passou a absorver a classe trabalhadora empregada e segurada.

Nesse sentido, o município acompanhava a política de saúde mental nacional. Segundo Delgado (1992:47), “os anos de 60 e 70 foram marcados pela cristalização do modelo manicômio-dependente e pela absorção dos segmentos crescentes da população interna à vida asilar”.

Assim, entendemos que este momento representou o auge da assistência psiquiátrica hospitalar na cidade, na medida em que a oferta de leitos causou uma grande demanda na população. Os hospitais psiquiátricos passaram, desta forma, a fazer parte do cenário das políticas de saúde da época e das que viriam a seguir.

Observamos, portanto, que a falta de normatização, de padrões mínimos para regulação da assistência psiquiátrica, possibilitou: internações consideradas abusivas, tempo médio de internação muito extenso e, conseqüentemente, práticas consideradas violentas para com os pacientes.

A partir do final dos anos de 1970, particularmente em 1977, é que começaram a haver manifestações das entidades psiquiátricas contra a indústria da loucura. Esses movimentos seguiram sua trajetória, chegando ao auge na década seguinte.

Ao mesmo tempo, neste momento histórico, a modificação na assistência seguiu com a contratação de serviços ambulatoriais, que passaram a fazer parte da assistência psiquiátrica em Campos.

Esses serviços foram contratados pelo INPS a quatro médicos-psiquiatras que atendiam em seus consultórios particulares. Nesta fase, podemos perceber a tentativa de modificar a assistência psiquiátrica no Brasil por intermédio da implantação de serviços extra-hospitalares. Campos, portanto, acompanhava esse processo.

Segundo um médico-psiquiatra que atua há muito tempo no setor, a agência do INPS em Campos era muito dinâmica, tendo à frente, por um longo período, o sr. Mozart Erthal do Espírito Santo, considerado grande empreendedor no que se referia a assuntos da previdência. Isso possibilitou a expansão que o município obteve tanto em nível hospitalar, quanto ambulatorial nos diversos segmentos, inclusive na assistência psiquiátrica.

Nos anos de 1980, que foram marcados pela expansão da estrutura manicomial de Campos através do aumento de leitos, o credenciamento dos ambulatórios de psiquiatria foi estendido a duas instituições filantrópicas: a Santa Casa de Misericórdia e a Sociedade Portuguesa de Beneficência.

Este período, no âmbito nacional, foi caracterizado pelo surgimento de “experiências modernizadoras das instituições asilares, ambulatorização, surgimento de correntes internas à disciplina psiquiátrica...” (Delgado, 1990:46)

Segundo um profissional da área, a ambulatorização, fruto da tentativa de uma possível transformação e ampliação da rede de serviços, serviu fundamentalmente aos próprios hospitais, já que causou a cronificação ambulatorial,¹⁶ passando também a ser o local mais adequado para emissão de guias de internação.

Observamos que, mesmo com as tentativas ‘modernizadoras’, a hegemonia dos hospitais ainda era forte em Campos, representando a política de saúde mental que previa a hospitalização como única alternativa para a assistência no setor.

¹⁶ Referimos aqui a característica cronificadora que um serviço pode ter, na medida em que prioriza a prescrição de medicamentos e não a reabilitação psicossocial.

Entretanto, a crítica ao modelo asilar já germinava em fins dos anos de 1970 e início dos 80, a partir da inserção de novos atores no cenário cultural da época. A chegada de novos psiquiatras na cidade e a formação de profissionais da Escola de Serviço Social da UFF (Universidade Federal Fluminense) de Campos iniciavam um modelo de enfrentamento que só iria tomar corpo nas décadas seguintes.

A influência das diretrizes do processo de reforma psiquiátrica brasileira foi marcante neste contexto local, quando os meios intelectuais e acadêmicos iniciaram o questionamento da violência, da escassez de recursos e das práticas psiquiátricas como instrumentos de coerção, em vez da assistência.

3.3 As Condições que possibilitaram a implantação do serviço de Emergência Psiquiátrica

A década de 1980, no Brasil, foi caracterizada por instabilidade econômica. Após uma forte recessão entre os anos de 1981 e 1984, o país cresceu nos dois anos seguintes, tendo seu declínio no final do período.

Chamada de “década perdida”, esse período experimentou uma perda econômica ao mesmo tempo em que se caracterizou por um crescimento na área política, seja do ponto de vista da mobilização da sociedade, seja do ponto de vista eleitoral. Segundo Faria,

No final dos anos 70 e no começo dos anos 80, as forças aglutinadas em torno do movimento pela redemocratização do país articularam uma vigorosa e bem fundada crítica à política social construída pelo regime autoritário (Faria, 1992:110).

Em Campos, os anos de 1980 foram caracterizados por gestões municipais que se perpetuavam desde o período da ditadura militar. Assim, a mobilização política que acontecia nacionalmente, alcançou, em suas bases, o município somente ao final dos anos

80, possibilitando avanços na organização popular, como também nas eleições livres e democráticas.

Nesta tendência, foi formulado por setores sindicais, intelectuais e de profissionais liberais, um projeto político que incluía mudanças na condução política do município, em relação à retomada do crescimento, à implementação de políticas sociais, à utilização dos recursos ambientais, e, essencialmente, à ruptura com os segmentos considerados de direita da sociedade campista, como eram chamados os usineiros, os grandes empresários e proprietários de terra.

O Movimento Muda Campos, termo que foi utilizado para a campanha política da coligação composta por PDT, PT, PV e do PSB¹⁷, aglutinava os nomes significativos da esquerda campista. Esta chapa ganhou as eleições em 1988, sendo responsável por uma série de modificações que foram feitas na cidade. Cabe ressaltar aqui que após romper duas vezes com o PT, o grupo político do PDT tem permanecido no poder até hoje.

Na área da saúde, este governo possibilitou uma série de mudanças, tais como a abertura de novos postos de saúde, que tiveram um crescimento, em dois anos, de 16 para 30 postos; a realização de concurso público no ano seguinte às eleições; e a abertura do Hospital Ferreira Machado, entre outras realizações.

Entretanto, o ponto considerado mais importante foi a reforma estrutural que foi feita na Secretaria de Saúde, com a criação e implementação de vários programas especiais, entre eles o Programa de Saúde Mental.

Seguindo a tendência nacional, a assistência psiquiátrica no município de Campos viria a ter, a partir daí, uma atenção no que se referia a um planejamento de ações e intervenções no campo da saúde mental.

Observamos que, nesta época, a política de saúde mental não só em nível nacional, mas estadual, era uma das mais acirradas e importantes no campo da saúde pública. Sem dúvida, as iniciativas nacional e estadual tiveram repercussões importantes no debate sobre a assistência no nível local.

¹⁷ Partido Democrático Trabalhista, Partido dos Trabalhadores, Partido Verde e Partido Socialista Brasileiro, respectivamente.

Dois anos antes da mudança no governo municipal, em 1986, a Secretaria Estadual de Saúde já definia algumas diretrizes para os cuidados com pacientes psiquiátricos, por meio da Coordenação Estadual de Saúde Mental. Neste ano, após concurso público estadual, foi lotada no Centro de Saúde — que era um posto de saúde localizado na área central da cidade, gerido pela Secretaria Estadual de Saúde — uma equipe de saúde mental composta de dois psicólogos, um assistente social, dois psiquiatras e um terapeuta ocupacional.

Essa modalidade de serviço, com o auxílio de equipe multidisciplinar, constituía-se em um núcleo da Coordenação de Saúde Mental do Estado, que tinha por objetivo oferecer tratamento ambulatorial principalmente aos pacientes egressos dos hospitais. Com isso pretendia-se evitar reinternações, rompendo com a assistência asilar até então oferecida.

Inspirada no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (o MTSM), esta equipe pode ser considerada precursora do movimento de transformação da assistência psiquiátrica em Campos. Sua atuação possibilitou, juntamente com a Associação dos Psicólogos do Norte Fluminense, a criação do Programa de Saúde Mental de Campos.

Anteriormente à existência do Programa de Saúde Mental, como referido acima, a assistência psiquiátrica era oferecida basicamente pelos hospitais, pelos ambulatórios de psiquiatria e pelo ambulatório de saúde mental do Centro de Saúde.

Na tentativa de instituir uma política de assistência psiquiátrica municipal, o Programa de Saúde Mental viria a ser o marco principal da transformação da próxima década. A caracterização do programa, bem como seu marco teórico-conceitual serão detalhados na seção seguinte.

Com a intenção de caracterizar os movimentos que deram início às transformações ocorridas ao longo da década de 1990, apresentaremos, a partir daqui, as condições específicas que possibilitaram a escolha e a criação do serviço de Emergência Psiquiátrica no município.

Como primeira condição, podemos considerar a realização, em março de 1991, da 1ª Conferência Municipal de Saúde, fruto de lutas dos diversos segmentos da área de saúde, cujo tema ‘A Municipalização é o Caminho’, “representou o momento decisivo na construção plena do SUS em Campos, constituindo-se no fórum máximo de deliberação

da Política Municipal de Saúde, criando o Conselho Municipal de Saúde de caráter deliberativo, normativo e fiscalizador e o Fundo Municipal de Saúde, organismo fundamental no gerenciamento do SUS, que determina a condição de autonomia municipal na definição de receitas e distribuição dos recursos” (SMS, 1991:7).

Na referida Conferência, o grupo de trabalho de saúde mental promoveu um grande debate em torno da assistência psiquiátrica oferecida no município, ao mesmo tempo em que apresentava os rumos da reforma psiquiátrica no Brasil. Um vídeo sobre a experiência de intervenção na Clínica Anchieta, em Santos, foi apresentado continuamente na conferência, chamando a atenção para a violência contra os doentes em praticamente todos os manicômios do Brasil.

Como resultado da Conferência, algumas propostas foram colocadas em prática: além do ponto mais importante, que seria a abertura da Emergência Psiquiátrica no P.U. Central, foram votadas, com unanimidade, a criação de mais um ambulatório de saúde mental e a supervisão contínua dos dois hospitais psiquiátricos, até então realizada pela Divisão de Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde), que deveria ser feita pelos técnicos do Programa de Saúde Mental.

Com a ampliação da assistência ambulatorial, passando o município a contar com dois ambulatórios, a prioridade foi sendo dada à assistência extra-hospitalar. Para os técnicos, a abertura de mais um ambulatório na cidade representou um grande avanço na política de saúde local, iniciando-se, desta forma, a constituição de um novo modelo de cuidados para com o paciente psiquiátrico.

Como segunda condição, consideramos a criação da portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde nº 189, de 19 de novembro de 1991. Esta portaria viria regular as internações psiquiátricas de maneira geral, limitando o tempo de permanência nos hospitais, diminuindo o valor pago pelas diárias de pacientes de longa permanência, enfim, considerando a importância de diversificar os métodos e técnicas terapêuticas utilizados na assistência psiquiátrica. A referida portaria viria, também, normatizar o atendimento em outros dispositivos de tratamento, como: hospitais-dia, NAPS e CAPS.

Isso obrigava, por sua vez, o órgão gestor local a administrar essas modificações que foram impostas à assistência psiquiátrica hospitalar. Nesse sentido, o

poder público municipal se tornaria responsável tanto pelo procedimento diagnóstico (ou primeiro atendimento) quanto pela autorização de internação hospitalar.

No ano seguinte, em 1992, foi aberto o serviço de emergência em Campos. Após muitas discussões e embates sobre o local adequado para suas instalações e funcionamento, foi decidido pelos gestores locais a sua implantação no interior de um posto de saúde que já atendia, historicamente, aos pacientes em crise. Este local, denominado P.U. Saldanha Marinho, constituía um Posto de Urgência Geral, localizado na área central da cidade, que atendia a todas as emergências clínicas e cirúrgicas (de pequeno porte), incluindo as psiquiátricas.

O processo de abertura e funcionamento da emergência se deu, portanto, frente às inúmeras pressões que foram feitas inicialmente pelas equipes de saúde mental dos ambulatórios que já funcionavam na cidade. As equipes, que atendiam em sua maioria a pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, clamavam por um serviço emergencial que pudesse prestar assistência ao paciente, rompendo com o recurso único da internação hospitalar.

Em 1991, o Hospital Ferreira Machado havia sido reativado após muitos anos sem funcionar. Este hospital, que pertencia à Secretaria de Saúde do Estado, era referência para o tratamento de tuberculose. Entretanto, a finalidade principal, no momento da reabertura, seria a de funcionar como pronto-socorro municipal, o que foi conseguido com êxito.

Entretanto, a idéia central dos técnicos de saúde mental era a utilização de duas de suas enfermarias, que seriam destinadas para atendimento das emergências psiquiátricas. De acordo com a política de saúde mental da época, uma das alternativas para o processo de desinstitucionalização eram os leitos psiquiátricos em pronto-socorro geral.

Essa idéia passou a fazer parte da pauta das reuniões da antiga CIMS (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde), do tema da 1ª Conferência Municipal de Saúde (março de 1990) e das futuras reuniões do Conselho Municipal de Saúde instalado logo após a 1ª Conferência.

A grande maioria dos profissionais de saúde concordava sobre a necessidade de se criar um serviço diferenciado para emergências psiquiátricas, devido ao atendimento precário para os pacientes em situação de crise, porém, o ponto básico era o local destinado para tal serviço. Com todos os problemas para equipar um pronto-socorro geral, o Hospital Ferreira Machado não seria, segundo os dirigentes das instituições de saúde da época, o local adequado para abrigar um serviço tão especializado como este.

Enquanto as negociações eram travadas para resolver tal impasse, os dois hospitais psiquiátricos (um privado e outro filantrópico, ambos contratados pelo SUS), tentavam trazer para o seu interior a discussão do problema e a importância da emergência, oferecendo, inclusive, espaço físico do hospital para o funcionamento do serviço.

Diante da então negativa do secretário de saúde em abrir o serviço no pronto-socorro geral, foi aceito, pela coordenação e equipe de saúde mental, o espaço do posto de urgência (a garagem do P.U. Saldanha Marinho) que tinha já sido reformada para tal finalidade, mas não tinha sido ainda utilizada, devido às condições consideradas inadequadas para o seu funcionamento.

Em março de 1992, foi feita uma nova reforma deste prédio. As camas de alvenaria foram substituídas por camas *fowler*; construiu-se mais um banheiro, equipado com vaso sanitário, chuveiro quente para os pacientes; um posto de enfermagem com balcão e pia, armário para medicamentos e para material de enfermagem. Foram abertas janelas com basculante nas enfermarias, todas as grades foram retiradas, inclusive as portas que foram substituídas por de madeira comum. A área física ocupada era de 100m². A inauguração se deu em agosto de 1992.

É importante destacar aqui que todo o pessoal do posto foi treinado pela equipe de saúde mental, bem como pela sua coordenação, a prestar o atendimento a esses pacientes. Antes de a equipe ser instalada nas dependências do posto, foi realizado um treinamento com todos os funcionários que já trabalhavam no P.U. quanto às situações de emergências psiquiátricas

Seguindo os objetivos do serviço, que estava para ser inaugurado, o treinamento se deu perante um clima de entusiasmo por alguns técnicos e de desconfiança por outros. No sentido de integrar o melhor possível os dois serviços que deveriam

conviver alguns médicos mais antigos foram convidados a contribuir na transmissão de conhecimentos, juntamente com os profissionais da equipe de saúde mental – psiquiatras, psicóloga e assistente social – a respeito do paciente psiquiátrico. Alguns temas foram propostos tais como: sintomatologia psiquiátrica em pacientes clínicos, diagnósticos em psiquiatria, psicofarmacologia e debates sobre diversas situações atendidas no P.U.

Paralelamente, a equipe elaborou um roteiro de atendimento para ser utilizado por todos os técnicos do serviço, com a finalidade de auxiliar no primeiro atendimento, nem sempre realizado por profissional de saúde mental.

A partir deste momento, iniciou-se o atendimento aos pacientes com dois médicos psiquiatras assistentes que foram lotados como diaristas, atendendo de segunda à sexta-feira das 8 às 18 horas. Durante os outros períodos e aos finais de semana, os médicos do P.U. prestavam o atendimento aos pacientes, desde o primeiro atendimento até as intercorrências psiquiátricas.

A equipe de saúde mental era composta, além dos dois médicos psiquiatras, de uma assistente social e uma enfermeira.

O serviço começava a funcionar como ‘porta de entrada’ de todas as internações psiquiátricas do município, passando a se constituir, a partir daquele momento, como única forma de acesso do paciente ao sistema hospitalar, na medida em que seria o local responsável pelo primeiro atendimento e pela emissão das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) no setor de psiquiatria.

Em janeiro de 1993, passaram a fazer parte desta equipe mais cinco médicos psiquiatras. Com o regime de plantão dos médicos, não foi mais necessário o auxílio da equipe clínica do P.U., a não ser para intercorrências clínicas.

No decorrer deste processo, a supervisão nos hospitais tornava-se mais fortalecida, por meio da portaria municipal nº 25, de 16 de março de 1993, que resolvia: “designar, a Coordenadora do programa de Saúde Mental para realizar supervisão em Hospitais Psiquiátricos da rede da Secretaria Municipal de Saúde”. Tal medida tinha por objetivo melhorar as condições gerais de assistência, diminuir o tempo médio de permanência e reintegrar os pacientes moradores as suas famílias, na medida do possível.

Em junho de 1993, foi realizada a 2ª Conferência Municipal de Saúde. Após a implantação do serviço de emergência, o debate em torno da assistência adquiriu importância no nível local. As propostas do grupo de trabalho de saúde mental foram, entre outras: a) “criar novos ambulatorios de Saúde Mental...”; b) “criar um Centro de Convivência no CSU Guarus”¹⁸; c) “criar uma enfermaria de alcoolistas no Hospital Ferreira Machado”; d) “criar condições para que a distribuição de medicamentos ocorra de forma imediata e organizada...”; e) reestruturar a Emergência Psiquiátrica do P.U. Saldanha Marinho, com dotação de recursos humanos, melhoria e ampliação das instalações físicas” (SMS, 1993:7).

Entendemos, desta forma, que a criação do serviço de Emergência Psiquiátrica se deu em um contexto de reformas políticas e sociais, não só no nível local, mas principalmente em nível nacional.

No sentido de compreender as mudanças que ocorreram nas política de saúde mental de Campos entre o final da década de 1980 e os anos 90, apresentaremos os pressupostos teóricos que conduziram o projeto de implantação do serviço, que tornou-se referência da assistência psiquiátrica no município, a Emergência Psiquiátrica.

3.4. Pressupostos Teóricos do projeto de Emergência Psiquiátrica

O Programa de Saúde Mental, criado em 1989 no interior de um projeto político que buscava acompanhar os passos da Reforma Psiquiátrica brasileira, teve como objetivo geral:

inaugurar uma ideologia em saúde mental no município de Campos, uma forma de pensar que perfaz uma prática não adoecedora do indivíduo, na medida em que prioriza a profilaxia

¹⁸ O CSU Guarus constituía-se em uma instituição ligada à Secretaria de Saúde e Secretaria de Promoção Social. Funcionavam lá, além de um ambulatorio de saúde Mental, um ambulatorio de pediatria, de ginecologia, clínica médica e odontologia, e também atividades da Secretaria de Promoção Social. Dotado de

da doença mental e da específica, através da prevenção e atenção primária e das ações básicas de saúde mental (SMS, 1989:2).

Devemos sublinhar os termos profilaxia e prevenção primária. Segundo o dicionário Aurélio, profilaxia significa o “emprego de meios para evitar doenças”.

A prevenção primária, para Caplan, sugere a identificação das causas ambientais que influenciam o adoecimento mental de uma população. Para este autor,

Esta abordagem baseia-se no pressuposto de que muitas perturbações mentais resultam da inadaptação e desajustamento, e que, pela alteração do equilíbrio de forças, é possível conseguir uma adaptação e um ajustamento saudáveis (Caplan, 1980:52).

Entre as décadas de 1960 e 70, o Brasil importava dos Estados Unidos a experiência da Psiquiatria Preventiva, que objetivava intervir nas causas das doenças mentais de forma a prevenir as mesmas e também a promover a saúde mental.

Esse modelo de assistência foi decorrente de uma idéia central de que todas as doenças mentais deveriam ser prevenidas ou detectadas precocemente. Desta forma, tornaria-se possível sua eliminação e, conseqüentemente, a erradicação dos males da sociedade. Segundo Amarante (1998:37), “a psiquiatria preventiva não se preocupa em resolver a contradição, é como se ela não existisse”.

Podemos observar, portanto, que o Programa de Saúde Mental teve, como pressuposto teórico, a perspectiva preventivista da Psiquiatria americana, já que priorizava a prevenção primária e secundária como tentativa de desospitalização dos doentes mentais. Os termos “atenção primária” e “ações básicas de saúde”, seriam norteadores da perspectiva de transformação da assistência psiquiátrica em Campos.

O Programa iniciou sua trajetória por meio do trabalho e treinamento com equipes de saúde generalistas em diversos postos de saúde e com palestras para usuários dos serviços. Ou seja, o projeto dava seus passos iniciais por intermédio de informações,

uma extensa área física, foi considerado pelo grupo de debate, como local estratégico para um serviço substitutivo de saúde mental.

esclarecimentos e orientação sobre saúde e doença mental ao pessoal não especializado na área – clínicos gerais, enfermeiros, assistentes sociais – com o objetivo de ‘conter’ a demanda existente em relação ao ‘médico de nervos’.

Como não havia especialistas (psiquiatras, neurologistas ou psicólogos) nos postos de saúde, nem ambulatórios especializados em saúde mental, era intensa a procura por um médico que pudesse oferecer tratamento aos diversos distúrbios mentais. Desta forma, o Programa propôs “implantar com o pessoal de saúde da Rede Municipal as ações básicas de saúde mental, priorizando a educação em saúde, sendo esse o primeiro passo para a prevenção das doenças, inclusive mentais”(PSM,1989:2).

O ‘treinamento para generalistas’ foi uma condição fundamental do planejamento em saúde daquela época. Outros programas de saúde também seguiram esta linha de atuação, sendo feitos investimentos em cursos de aperfeiçoamento para os técnicos, de forma que a prevenção tornou-se o elemento que direcionou o trabalho.

No Brasil, já havia algumas experiências de transformação do modelo psiquiátrico. Desde os anos de 1920, a reformulação e ampliação da assistência psiquiátrica levaram à criação de outras alternativas fora do manicômio: ambulatórios, dispensários (enfermarias de curta duração) e serviços abertos.

Nos anos de 1970, um novo avanço se fazia notar em relação às práticas psiquiátricas no Brasil, com a tentativa, baseada em pressupostos da Psiquiatria Preventiva, de racionalizar o estado por meio da intervenção social.

O Programa de Saúde Mental de Campos viria, quase vinte anos depois, introduzir esse modelo de assistência modificando em parte a assistência psiquiátrica tradicional, ou seja, os hospitais psiquiátricos. A idéia de romper com a tradição autoritária das políticas sociais fez com que o setor saúde utilizasse o modelo preventivista como tentativa de organizar o espaço urbano e intervir nos problemas sociais. Segundo Costa nesse modelo,

a atenção primária é entendida como uma barreira à demanda dos níveis de maior complexidade, vindo a consagrar as desigualdades já existentes na distribuição de recursos. Em outras palavras,

identifica-se a proposição implícita de uma medicina simples, para gente simples, com doença simples (Costa, 1980:20).

O sub-setor de saúde mental, por sua vez, deparou-se com alguns problemas ao atuar na prevenção primária. O trabalho de atenção primária era dirigido tanto aos profissionais quanto aos pacientes que se encontravam nos postos de saúde, por meio de informações, palestras e grupos de discussão na sala de espera.

Isso causou uma demanda em relação a serviços especializados que atendessem à população carente de cuidados essencialmente psiquiátricos, já que os profissionais generalistas realizavam o primeiro atendimento e, logo em seguida, encaminhavam aos especialistas.

Essa prática veio modificar a assistência psiquiátrica pública em Campos. Segundo depoimento de um profissional que atua há muito tempo na área, havia os pacientes que eram sempre internados no hospital psiquiátrico e aqueles que freqüentavam os consultórios particulares dos médicos em busca de tratamento.

Dessa maneira, entendemos que o trabalho realizado no sentido de prevenir distúrbios mentais por meio de informação e assistência à saúde da população causou a necessidade de se criar um serviço que pudesse ser referência de atendimento a esses pacientes, já que os casos considerados mais graves não eram atendidos pela equipe generalista.

Os pacientes psicóticos, neuróticos graves, toxicômanos e alcoolistas eram encaminhados ao único ambulatório de saúde mental ou eram internados diretamente nos hospitais psiquiátricos.

Nessa perspectiva, o Programa de Saúde Mental passou a ter outros objetivos, no sentido de organizar a assistência psiquiátrica no município. Entre os objetivos específicos, previa a criação de um pronto socorro psiquiátrico,

para que os pacientes necessitados de internação ou de tratamento ambulatorial sejam atendidos de maneira mais

adequada através de triagem e encaminhamento (SMS, 1989:5).

4: REFORMA, TRANSFORMAÇÃO, INOVAÇÃO

Compreendemos que aqui se encontrava a passagem necessária para destruir os manicômios e a praticamos como reconstrução gradual de uma possibilidade de vida material.

F. Rotelli

4.1 Reformas e Mais Reformas

Histórico do serviço

O serviço de emergência psiquiátrica do município de Campos, localizado à rua Saldanha Marinho, nº 54, constitui-se em uma unidade de saúde mental que funciona no interior de um outro serviço de saúde denominado Posto de Urgência Central, por atender a pequenas emergências clínicas e cirúrgicas.

Originalmente, esta unidade de saúde pertencia ao antigo INAMPS e era denominada SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência).

Antes da municipalização ocorrida em 1990, o antigo Samdu era dotado de recursos materiais e humanos de quantidade elevada, possuindo cerca de 10 ambulâncias, equipes compostas de 6 médicos por plantão, enfermeiros, auxiliares e todo pessoal de apoio suficiente para o atendimento da população que residia na área urbana da cidade. O serviço, além de oferecer consultas médicas de emergência a domicílio, realizava partos e cirurgias de médio porte.

Segundo depoimentos obtidos por alguns funcionários mais antigos do P.U., a idéia de construção de um serviço diferenciado para atendimento a pacientes psiquiátricos foi sendo fortalecida desde o início da década de 1980.

Entretanto, as emergências psiquiátricas eram atendidas nesse serviço sem uma equipe especializada em psiquiatria, já que não havia nenhum técnico da área na

equipe, que era composta basicamente por clínico geral, cirurgião, obstetra, neurologista, entre outros. Os pacientes eram diretamente internados em hospital psiquiátrico, muitas vezes sem avaliação médica, ou seja, sem serem observados ou consultados pelo médico, bastando o relato da família. Diante da experiência de um episódio de crise psiquiátrica, o seu encaminhamento era, em sua grande maioria, para o hospital psiquiátrico.

Segundo depoimento de funcionários antigos do posto, o atendimento era considerado 'reboqueterapia', caracterizando, desta forma, um serviço meramente emissor de guias de internação.

Todavia, essa assistência oferecida aos pacientes psiquiátricos não deixava de ser questionada por alguns médicos, em sua maioria neurologistas. Nessa época, existiam poucos médicos psiquiatras na cidade, entre estes, os proprietários e diretores dos hospitais psiquiátricos.

De acordo com depoimento de um médico antigo do P.U., os maus-tratos em decorrência da falta de acomodações especiais, do desconhecimento acerca da doença mental causavam insatisfação na própria família, como nos demais técnicos que ali trabalhavam. A morte de um paciente, trancado em uma ambulância aguardando vaga em hospital psiquiátrico, no ano de 1987, causou impacto e conseqüente questionamento sobre o modo daquela assistência.

A 1ª reforma

Em 1981, o diretor do SAMDU decidiu construir um espaço físico destinado à assistência psiquiátrica. O prédio que era para ser construído para tal objetivo, foi, na verdade, reformado no local que era utilizado para garagem de ambulâncias. Esse lugar, além de ter esta finalidade, era localizado nos fundos do P.U.

O espaço reformado para funcionar o serviço de psiquiatria contava com duas enfermarias, um banheiro turco para todos os pacientes e um consultório e repouso médico ao mesmo tempo. As enfermarias possuíam quatro leitos cada uma, de alvenaria, e em cada leito existiam argolas e correias de couro para contenção física dos pacientes. Não existiam janelas nas enfermarias, portanto, nenhuma ventilação. As portas eram de ferro com trancas por fora. Havia também uma grade que isolava o local do restante do Samdu.

A idéia da direção era que funcionasse nesse lugar um posto de assistência psiquiátrica com atendimento ambulatorial e emergencial. Entretanto, esta unidade nunca chegou a funcionar, sendo extremamente criticada pelos médicos quanto à estrutura física, considerada por eles “desumana e medieval” (segundo depoimentos obtidos) e também porque não houve a lotação de psiquiatras, já que não existiam em número suficiente na cidade.

Como esse espaço não chegou a ser inaugurado, essa estrutura passou a ter outra utilidade: guardar material velho, sucatas etc. De maneira que as emergências psiquiátricas continuariam a ser atendidas da mesma maneira de sempre: sem avaliação, sem critérios estabelecidos.

A 2ª Reforma

Em 1992, a experiência da desinstitucionalização já era realidade em alguns municípios do Brasil, que já tinham implantado os primeiros serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Esses serviços, em sua maioria CAPS, NAPS e Hospitais-Dia, influenciaram o processo de implantação do serviço de Emergência em Campos, apesar de não terem sido utilizados como modelos institucionais. No documento intitulado “Experiência do Serviço Social na Emergência Psiquiátrica”, Stocco (1997:3) ressalta que,

Dentro desse contexto de mudanças, iniciou-se uma série de debates buscando novas diretrizes para a política de Saúde Mental do município, tendo como referencial a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Foi elaborado por equipe multiprofissional em dezembro de 1988 o projeto de Prevenção e Assistência em Saúde Mental, que entre outras coisas, apontava a carência de um atendimento emergencial psiquiátrico.

Até esse período, a assistência a doentes mentais era feita pelos hospitais psiquiátricos, que respondiam por uma média de 170 internações por mês.

Com uma população aproximada de 400.000 habitantes, os 240 leitos contratados eram considerados insuficientes pelos técnicos dos hospitais como também

pelos médicos do Samdu, na medida em que o município já se constituía como pólo de referência na área de saúde para outras cidades vizinhas, tais como: São João da Barra, São Fidélis, Quissamã, Macaé e até outras mais distantes, como Rio das Ostras.

Essa ‘carência’ de leitos psiquiátricos causava constantes problemas à população e aos serviços emissores de guias de internação, já que freqüentemente faltavam vagas, além dos hospitais trabalharem no limite de sua capacidade instalada. Ainda para Stocco (1997:3),

A implantação da Emergência Psiquiátrica foi uma conquista dos trabalhadores em Saúde Mental engajados com esse novo enfoque da Doença Mental, vencendo um conjunto de forças contrárias à sua efetivação.

Anterior à implantação deste serviço, a porta de entrada para o sistema psiquiátrico eram as emergências clínicas. Os laudos eram emitidos por qualquer especialidade médica. A dificuldade da maioria dos profissionais de saúde em atender o paciente psiquiátrico em crise, seja pelo preconceito e/ou precária formação acadêmica, desencadeou uma série de distorções nas internações psiquiátricas, reforçando a institucionalização da doença e sua cronificação.

A partir dos movimentos sociais que estavam acontecendo em Campos e, principalmente, diante da pressão dos técnicos de saúde mental, esse prédio, que já tinha sofrido uma reforma para atender às emergências psiquiátricas, foi novamente reformado, desta vez objetivando a sua transformação em um espaço que pudesse acolher os pacientes em crise de forma diferenciada.

Segundo depoimento do Secretário Municipal de Saúde dessa época, a criação do serviço de emergência deu-se frente à pressão da sociedade que se revoltava diante das condições precárias de atendimento de urgência a esses pacientes. A falta de estrutura adequada, a permanência de pacientes em ambulâncias aguardando vaga e, principalmente, a falta de profissionais especializados concorreram para a implantação de um serviço diferenciado. A própria constatação dessas dificuldades pelos profissionais de saúde de outras áreas favoreceram sua abertura.

Nessa perspectiva, a ‘garagem reformada’, sofreu modificações quanto a sua estrutura física: as portas de ferro foram substituídas por de madeira, foram retiradas as trancas de ferro, as camas de alvenaria foram demolidas e substituídas por leitos de hospital e foram construídos um banheiro para cada enfermaria.

O serviço, que passou a ter 100m², contava com duas enfermarias (uma feminina e uma masculina, respectivamente com quatro e seis leitos), dois banheiros, um posto de enfermagem, uma sala de atendimento para a equipe multidisciplinar e um saguão para espera dos pacientes.

A partir dessa reforma, o município passou a contar com um serviço de Emergência para pacientes psiquiátricos, que eram atendidos por uma equipe técnica composta por dois médicos diaristas (um para cada turno de 4 horas diárias), um assistente social (em turno de 4 horas diárias) e seis auxiliares de enfermagem (dois por plantão nas 24 horas).

Assim, o serviço funcionava com equipe especializada durante o dia. À noite e nos fins de semana, os pacientes recebiam o primeiro atendimento pelo médico socorrista da unidade clínica, eram medicados e assistidos pela enfermagem. No dia seguinte ou na segunda-feira, eram atendidos e avaliados pela equipe especializada, ou seja, psiquiatra e assistente social:

Funcionando desde agosto de 1992, o principal objetivo da Emergência Psiquiátrica é tentar dar resolutividade aos casos dentro de um prazo de 72 horas, oferecendo atendimento no momento de crise; avaliação médico-psico-social nos casos de internação psiquiátrica; atendimento especializado a pacientes de primeiro surto, evitando sempre que possível a internação em hospital psiquiátrico e, conseqüentemente, sua cronificação; orientação e encaminhamento do paciente e sua família ao tratamento ambulatorial em Saúde Mental e outros encaminhamentos que se fizerem necessários (Stocco, 1997:3).

Nos meses seguintes, o serviço recebeu mais um assistente social, em seguida, mais cinco médicos (que passaram a ser plantonistas) e em 1995 passou a contar com uma psicóloga. A equipe técnica foi considerada completa pela Secretaria de Saúde, juntamente com a equipe de enfermagem, os motoristas para ambulância, pessoal administrativo e de limpeza.

É importante ressaltar que no momento de implantação do serviço toda a equipe do P.U. (incluindo-se aí os médicos socorristas) fora treinada pela equipe de saúde mental quanto aos cuidados necessários com o paciente psiquiátrico. Segundo a equipe técnica do serviço, esse treinamento teve a finalidade de estabelecer rotinas para administração de psicofármacos na urgência, esclarecer diagnósticos em psiquiatria, incentivar a ‘escuta’ do paciente e de sua família, possibilitando uma melhor intervenção na crise.

Junto à Coordenação de Saúde Mental do Município, esta equipe multiprofissional elaborou as diretrizes e normas de funcionamento da Emergência Psiquiátrica. Apesar das diferentes especificidades, a equipe ultrapassou a concepção biológica e individual da doença mental, concepção que predominou e conduziu por muitos anos, principalmente, a prática médica (Stocco, 1997:5).

Quando o serviço foi criado, todos os auxiliares de enfermagem e alguns médicos foram contratados em regime de prestação de serviços, especialmente para trabalhar na emergência psiquiátrica. Para isso, foram treinados dentro da concepção desinstitucionalizante com que estava sendo tratada a assistência psiquiátrica em nível nacional, na qual a resolutividade seria dada pela forma diferente com que deveriam ser tratados os pacientes.

Quando nos referimos a uma concepção diferente em relação ao atendimento aos pacientes, queremos mostrar que o serviço deveria romper com aquela prática alienante, própria dos hospitais psiquiátricos quando recebiam o paciente.

Historicamente, as emergências psiquiátricas têm sido recebidas no manicômio, lugar ‘ideal’ para conter a urgência de uma ‘crise’. No hospital psiquiátrico, o

paciente chega, é entregue a uma equipe que providencia a rotina da internação sem que o paciente seja escutado em relação a sua história, e, principalmente, àquele momento de profundo sofrimento. Essa maneira de conter a ‘crise’, ou seja, a urgência em sedar, amarrar, em obter medicar os sintomas é o que chamamos de alienante.

O que podemos entender como uma forma diferente de receber as emergências psiquiátricas, seria a possibilidade de escutar e acolher aquela ação muitas vezes carregada de agressividade ou de agitação, para que, com isso, a ação possa ser transformada em palavra, dando sentido à cena:

Quando a ação é substituída por um texto, pode emergir então a urgência em questão. Às vezes o texto é delirante, ininteligível, aparentemente incompreensível. Mas acreditamos que encontrar um lugar onde seja possível falar do que é urgente, às vezes há muito tempo, é a condição de possibilidade para que alguém possa iniciar um processo terapêutico (Corbisier, 1992:12).

Essa concepção, que pretende ser inovadora no campo da saúde mental, refere-se à constituição de uma ‘nova clínica’ não só da psicose, mas a “uma teoria do atendimento da crise psiquiátrica”.(Delgado, 1996:31). Isso implica em mais problemas do que soluções, trata-se de lidar com surpresas e imprevistos, e que para essa concepção se realize, é necessário romper com os mecanismos tradicionais de controle da psiquiatria convencional.

Nessa tendência, podemos afirmar que a reforma de um prédio pode ser muito importante para o funcionamento de um serviço, porém, como analisa Carvalho (1999:.2),

não basta aumentar os espaços entre as camas da enfermaria, ventilar e iluminar adequadamente as dependências do prédio, se a instituição psiquiátrica não promover uma 'reforma' interna, o que inclui uma preparação de todos os segmentos de profissionais que militam na área de saúde mental.

Com o serviço praticamente já ‘implantado’, os profissionais começavam a perceber as falhas e as carências de uma modalidade de serviço que passou a ser referência da assistência psiquiátrica no município. Em entrevista realizada com uma assistente social fundadora do serviço, esta relata que houve um acúmulo de atendimentos na Emergência e se perdeu o eixo para qual sua criação foi destinada. Com isso, não houve um acompanhamento paralelo, por meio da criação de mais ambulatórios, CAPS e outros serviços territoriais.

Dessa forma, o serviço de referência passou a possuir, no interior de seu funcionamento e de suas rotinas, projetos que pudessem preencher as carências de atendimento a uma parcela da população que, não necessariamente deveria ser usuária da Emergência Psiquiátrica.

O primeiro projeto, denominado “De Volta pra Casa”, foi criado em agosto de 1995. Esse projeto teve como proposta básica prestar assistência aos pacientes considerados crônicos (alguns deles residentes nos hospitais), que utilizavam freqüentemente o serviço, sem que houvesse resolutividade. A medida da reinternação era o único recurso possível naquele momento.

Dessa maneira, o rompimento do vínculo paciente/família e paciente/sociedade se dava em função das internações e reinternações freqüentes, da pouca disponibilidade e tolerância da família para com o paciente e do fortalecimento desse vínculo com a estrutura hospitalar, que incentivava a cronificação de sua doença.

No trabalho intitulado “Alternativas de Intervenção na Emergência Psiquiátrica do P.U. Saldanha Marinho”, Aquino & Stocco (1995:2). apontam os objetivos centrais:

1. *Conhecimento da realidade de vida de cada paciente desse grupo, visando a atuar nos fatores que, direta ou indiretamente, estão interferindo no quadro geral do paciente, levando-se em conta todas as limitações implícitas;*

2. *Através do trabalho conjunto da equipe multiprofissional, paciente e família, traçar novas alternativas de intervenção, buscando novo enfoque no tratamento destes pacientes;*

3. *Resgatar o vínculo familiar e social destes pacientes, dando o apoio necessário para que estas relações sejam mais saudáveis e equilibradas;*

4. *Maior integração com o Serviço Social que atua nos hospitais, a fim de reforçar o intercâmbio de informações sobre os pacientes e os encaminhamentos que estão lhes sendo dados, visando a soma de esforços para um mesmo direcionamento com relação a este grupo de pacientes.*

Esses pacientes recebiam atendimento domiciliar por uma equipe formada por uma assistente social mais outro profissional de saúde, que orientava a família quanto aos cuidados diários com o paciente e encaminhamentos para assistência ambulatorial. A partir desse trabalho, esses pacientes, todos considerados crônicos, desenvolveram vínculo e referência com a equipe da Emergência, passando a procurar a equipe “em quaisquer estados de desequilíbrio, trazendo suas dificuldades em relação a sua família e ambiente social, aceitação de sua doença, medicação, relacionamento interpessoal, atividades produtivas, orçamento doméstico etc” (Gondim et al., 1996:3).

Outro projeto considerado importante, elaborado dentro do serviço, foi o programa de distribuição de medicamentos. Desde 1995, o serviço, além de possuir estoque de medicamentos para uso próprio no atendimento de emergência, vinha realizando um programa de distribuição de medicamentos para aqueles pacientes que, ao receberem alta para residência, pudessem levar o remédio para casa, a fim de não interromperem o tratamento até se dirigirem ao posto central de medicamentos, localizado na Secretaria Municipal de Saúde. Esta medida era considerada de extrema importância, já que contemplava a necessidade daqueles pacientes que residiam longe da cidade ou obtinham alta nos fins de semana.

Além desses pacientes que tinham alta e recebiam a medicação, outros freqüentavam o serviço assiduamente para o programa de acompanhamento com neurolépticos de ação prolongada. Esse tipo de medicamento (utilizava-se ali o Haldol Decanoato) é comumente utilizado naqueles pacientes que têm dificuldades em aderir ao tratamento medicamentoso, sendo administrado por via injetável em períodos entre vinte ou trinta dias.

Para os pacientes considerados ‘difíceis’ aqueles chamados ‘casos sem possibilidade de tratamento’, este programa era considerado importante, na medida em que, além de administrar a medicação, estabelecia-se uma referência de atendimento para o paciente. Quando este chegava ao serviço, podia falar com os técnicos, falar do seu estado, e, principalmente, encontrar alguém para escutá-lo.

Aliás, esta característica de ser ‘referência’ era dada não só por esses pacientes, mas por todos aqueles que demandavam cuidados ‘psiquiátricos’ A questão da Emergência ter se tornado um centro de referência sinaliza para o fato de que todo o sistema de saúde mental de Campos foi constituído em torno desse serviço, de forma que ‘um serviço’ se tornou ‘o serviço’.

Entendemos, portanto, que a viabilização desses projetos no interior do serviço de Emergência Psiquiátrica se deu face à tentativa de desinstitucionalizar a noção de cronicidade e periculosidade, objetos tão comuns da psiquiatria tradicional. Ainda segundo Stocco (1997:9),

Extrapolando a atuação em emergência,... inicialmente este trabalho contemplava aproximadamente 8 pacientes, divididos pelas duas assistentes sociais. As visitas domiciliares eram relatadas nos prontuários destes pacientes para consulta de toda a equipe multiprofissional.

Este grupo de pacientes, no período que estava sendo acompanhado pelo S. Social, se manteve mais tempo compensado, com redução no número e duração das internações, melhor aceitação da medicação em casa e engajamento da família no tratamento.

A avaliação desse trabalho era considerada positiva por todos os membros da equipe. Entretanto, o projeto “De Volta pra Casa” foi interrompido em 1997 por falta de uma viatura que pudesse servir exclusivamente à equipe nas visitas domiciliares, já que o serviço só tinha uma ambulância para transporte e remoção de pacientes.

Como foi referido anteriormente, as transformações nas políticas sociais do município, fundamentalmente na área de saúde, foram realizadas pelos governos da aliança PDT/PSB/PT, desde 1989. Em 1993, houve uma mudança na gestão municipal, através do novo prefeito que deu continuidade ao bloco partidário, basicamente do PDT. Mudaram os dirigentes, porém o grupo político permanecia fiel aos preceitos básicos do Movimento Muda Campos, estabelecido anteriormente.

Entretanto, em 1997, as eleições trouxeram novamente o prefeito anterior à administração municipal. Alguns dirigentes da área de saúde permaneceram no cargo e outros foram afastados, devido a um rompimento partidário entre os dirigentes municipais. Nesse contexto, entre outras transformações na área da saúde, mudou a Coordenação do Programa de Saúde Mental, que, segundo o Secretário de Saúde da época, deveria ser exercida por um profissional médico e não por uma psicóloga.

A reestruturação da assistência psiquiátrica passou então a ter o seguinte objetivo:

Criar as condições necessárias para a implementação de um Programa de Saúde Mental dentro de uma visão holística do ser humano, levando-se em conta os recursos humanos, materiais e a organização da rede de assistência do município e também a realidade sócio-econômica-cultural da população assistida (Coelho & Mocaiber, 1997:2).

Em relação aos objetivos específicos:

- 1. Estruturação da rede de assistência priorizando a atenção primária;*
- 2. Ampliar e melhorar as condições de atendimento de atenção secundária;*
- 3. Reduzir a incidência da atenção terciária;*

4. *Aumentar a integração do Programa de Saúde Mental com os demais Programas de Saúde do Município;*
5. *Melhor estruturação e ampliação do Programa Ambulatorial de Neurolépticos de Ação Prolongada;*
6. *Manutenção do Projeto 'De Volta pra Casa';*
7. *Reforma e ampliação do Pronto Socorro Psiquiátrico;*
8. *Projeto para a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial.*
(Coelho & Mocaiber, 1997:3)

O ponto que nos interessa aqui é que mais uma reforma foi realizada nesse espaço arquitetônico. Reforma em sua estrutura física, no que diz respeito à ampliação da enfermaria masculina, do consultório médico e do posto de enfermagem e da construção de uma sala para o serviço social e psicologia. Foram colocadas trancas de ferro do lado de fora das portas das enfermarias e foram retiradas as fechaduras internas.

Essa reforma, cuja ênfase foi colocada na ampliação da estrutura física, parece ter realizado uma inversão nos preceitos iniciais do serviço: a configuração de um local de portas abertas, onde o paciente pudesse ser atendido a qualquer hora num lugar de acolhimento, diferenciado do hospital psiquiátrico.

Ressaltamos mais uma vez o sentido que estas reformas tiveram no espaço do serviço. Em nenhum momento, desde a primeira reforma, foi valorizada a opinião daquele que é propriamente o objeto desse espaço: o paciente. As reformas feitas incluíram sempre os anseios da equipe profissional, que também é fundamentalmente atingida pelas condições precárias da espacialidade institucional.

Nesse mesmo ano, após a realização de um concurso público, houve uma reorganização dos recursos humanos em todo o setor da saúde no município. Com isso, a emergência psiquiátrica sofreu uma modificação no quadro de recursos humanos, pois alguns profissionais da equipe foram demitidos e outros remanejados, transferidos para outros setores. Aquela equipe que fora contratada e treinada para atuar especificamente no serviço de Emergência, foi desestruturada, sendo afastados alguns médicos e auxiliares de enfermagem, considerados fundadores do serviço. Nesse período, outros profissionais, nem todos identificados com a especialidade psiquiátrica, foram contratados para o serviço.

Segundo depoimento de um dos técnicos que fundaram o serviço, o desmantelamento da equipe de apoio e da equipe médica favoreceu a mudança de direção da emergência psiquiátrica. Inicialmente, o serviço conseguiu realizar seus objetivos fundamentais, na medida em que houve um decréscimo das internações, instituindo um quadro de controle de vagas dos hospitais. Atualmente ainda consegue-se reverter crises psicóticas, porém, com o aumento da demanda e com a falta de uma equipe interprofissional estruturada, a resolutividade do serviço está bem diminuída.

4.2. Descrição e Funcionamento Atual do Serviço

O serviço de emergência psiquiátrica ainda funciona em um prédio anexo nos fundos do P.U. e divide com o serviço de emergência clínica a mesma recepção, caracterizada por um saguão na entrada do P.U., de frente para a rua, onde é feito o preenchimento do boletim de entrada do paciente. A partir disso, o paciente é encaminhado para o atendimento específico, ou seja, para o serviço de psiquiatria localizado nos fundos do P.U. ou para o serviço clínico, no prédio da frente. Os dois serviços funcionam 24 horas com equipe técnica para cada um separadamente.

O prédio em estrutura térrea é construído em alvenaria, possui laje e todo o piso é revestido de cerâmica e cimentação. Atualmente a área física, de 120 m² composta de:

- * um consultório médico com duas mesas, três cadeiras, televisão e sofá-cama para repouso do médico;
- * um banheiro privativo na sala do médico;
- * Enfermarias com azulejos até meia parede, com cinco leitos na masculina e cinco na feminina;
- * Dois banheiros com azulejos até meia parede, sendo um para cada enfermaria;
- * Portas de madeira sem fechadura com trincos de ferro por fora;
- * Ramal telefônico próprio ligado à Secretaria Municipal de Saúde;
- * Uma ambulância própria;

- * Uma sala de serviço social e psicologia para atendimentos particularizados;
- * Um posto de enfermagem, com pintura simples, com pia inoxidável, armário sob a pia sem portas e armário de aço para medicamentos;
- * Um saguão para espera de pacientes com um banco de madeira.

O serviço conta com uma equipe técnica formada por sete médicos, uma enfermeira, seis auxiliares de enfermagem, um assistente social e duas psicólogas. Uma ambulância serve exclusivamente para a remoção dos pacientes. Quando o veículo está no conserto, o que segundo os técnicos tem ocorrido freqüentemente, são utilizadas as ambulâncias dos dois hospitais psiquiátricos para a internação dos pacientes em um deles.

A emergência psiquiátrica atende a todos os pacientes que chegam em estado de crise, sejam sozinhos ou acompanhados da família, do Corpo de Bombeiros ou da Polícia.

De acordo com os dados colhidos nas entrevistas, os fenômenos mais encontrados são: 'agitação psicomotora', delírios, alucinações, tentativas de agressão a terceiros e a si mesmo, depressões agudas e estados decorrentes de ingestão alcoólica.

Os pacientes que procuram atendimento após encaminhamento feito pela recepção são atendidos inicialmente pelo médico e um outro profissional da equipe, ou seja, juntamente com a assistente social, a psicóloga ou enfermeira. A recepção dos pacientes é realizada por um funcionário administrativo do P.U. que o encaminha para o serviço de psiquiatria, quando o mesmo entende se tratar de um paciente que necessita de cuidados psiquiátricos. Após essa primeira avaliação, é feito o atendimento do serviço social e/ou psicologia ao paciente e/ou acompanhante.

A partir dessa triagem, o paciente é encaminhado: 1) à enfermaria de curta permanência, que é uma modalidade de internação psiquiátrica onde o paciente permanece por um breve período de tempo em torno de 72 horas, sendo observado e avaliado quanto ao seu estado psíquico; 2) à internação em hospital psiquiátrico, ou 3) encaminhado de volta à residência após medicado. Durante sua permanência na enfermaria da emergência, o paciente é acompanhado pela equipe técnica e pelos familiares.

A partir do mês de abril de 2000, começou a ser realizada uma quarta reforma na área física do serviço, objetivando ampliar as enfermarias, o posto de enfermagem; construir um refeitório e uma área de lazer para os pacientes. Além disso, o serviço teria uma entrada e recepção próprias, não dependendo mais, portanto, da recepção do P.U. clínico.

Após um ano, o serviço não foi reinaugurado, permanecendo ainda em reformas. Em depoimento colhido da atual coordenadora do Programa de Saúde Mental, o objetivo da reforma, além da ampliação e adequação do espaço físico, seria reestruturar todo o atendimento de forma a capacitar os técnicos possibilitando, com isso, um melhor atendimento aos pacientes. Nessa tendência, a partir da nova reforma, o serviço deverá estar separado do restante do P.U., passando a contar com local próprio para recepção e setor administrativo.

Segundo a coordenadora do Programa, a prioridade para o município neste momento é um CAPS para psicóticos (já existe um serviço dessa modalidade destinado a dependentes químicos) e futuramente o Lar Abrigado. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) constitui-se numa modalidade de serviço aberto de saúde mental, na qual os pacientes são atendidos durante o dia em atividades diversas. Além de obterem assistência médica, psicológica e social, os pacientes realizam atividades de lazer e de caráter produtivo. O Lar Abrigado será um serviço de saúde mental destinado à assistência e moradia dos pacientes que ainda residem nos hospitais psiquiátricos, impossibilitados de manter vínculo com a família.

Dessa forma, o serviço de Emergência teria um suporte por intermédio de outros dispositivos, deixando de ser referência única no município para atendimento de quaisquer casos de sofrimento psíquico.

4.3. Resultados da Pesquisa. Análise e Discussão

Para iniciarmos a apresentação e discussão dos resultados da pesquisa, torna-se importante diferenciar o que entendemos por modelo convencional na assistência

psiquiátrica e o que consideramos inovação. O modelo convencional, tradicionalmente caracterizado pelo tratamento moral, é aquele em que a tutela do paciente é delegada somente ao médico, que entende a doença mental como erro, desrazão, e por isso, deve ser contida através de variadas formas.

Neste sentido, o manicômio representa a instituição especializada para o tratamento da doença mental. Através de normas e rotinas rígidas, é imposto ao paciente isolamento, ordem, e, por fim, sociabilidade. Portocarrero (1990) refere-se a este modelo convencional como ‘dispositivo da alienação’, caracterizado por práticas psiquiátricas concernentes ao paradigma asilar.

Consideramos inovação do modelo psiquiátrico, a desconstrução dessas mesmas práticas, aquelas cujos saberes legitimam a cultura da doença mental, desde que a psiquiatria foi constituída como ciência médica, até os dias atuais. Inovação, todavia, não seria simplesmente superação do modelo manicomial, através da humanização e modificações no interior das instituições, e sim a ruptura radical com este modelo.

Nicácio (1994) refere-se à ‘cultura da inovação’ como uma dimensão plural, que possibilita o entrelaçamento de várias linguagens, saberes e concepções de mundo. De acordo com esta perspectiva, a ruptura com o paradigma asilar teria como efeito, a construção de novas formas de expressão da doença mental, e conseqüentemente, novos dispositivos de tratamento que objetivem o cuidado, ao invés da cura.

Neste sentido, a tutela na ‘cultura da inovação’, não é mais entendida como isolamento e proteção do doente inválido, e sim como tutela terapêutica, que tem valor de emancipação do sujeito.

Genericamente, o Serviço de Emergência Psiquiátrica caracteriza-se por ser um espaço eminentemente direcionado para atenção à crise psiquiátrica. Mesmo tentando seguir uma tendência não institucionalizante, na medida em que um dos objetivos com sua criação foi a diminuição das internações nos hospitais psiquiátricos tradicionais e atender ao paciente de forma diferenciada dos modelos tradicionais, em alguns momentos podemos perceber pontos que demarcam uma estrutura fundamentalmente tradicional.

Analisaremos, a partir daqui, os elementos que podem ser considerados inovadores e outros que são meramente reprodutores do modelo clássico da psiquiatria.

Castel (1978) nos chama atenção para a diferença entre mudança e transformação. Na história da Psiquiatria, as mudanças sempre ocorreram através de alterações na nosografia, do surgimento de novos medicamentos; sem que houvesse contudo uma ruptura no quadro institucional: o asilo sempre ocupou o lugar central na assistência.

Portanto, o que se deu desde o início da Psiquiatria foi uma série de mudanças, chamadas por este autor de *metamorfose*, que pode ser entendida como uma mudança nas formas, e não na essência:

As mesmas funções podem realizar-se através de práticas totalmente renovadas, monopólios do mesmo tipo podem perpetuar-se, interesses idênticos podem introduzir-se
(Castel, 1978:14).

Entendemos que historicamente houve muitas reformas na Psiquiatria que, em sua grande maioria, não efetuaram uma revolução em suas bases.

Na verdade, o que sempre ocorreu nas tentativas de reformas na Psiquiatria foi um deslocamento nas funções que a estrutura convencional, ou seja, o hospital psiquiátrico tem em nossa cultura.

Podemos pensar, entretanto, que as transformações que aconteceram na ciência psiquiátrica, são produto do *aggiornamento* operado através da modificação das práticas e do deslocamento de suas funções tradicionais.

Castel destaca ainda a transformação que se deu na ciência psiquiátrica – do tratamento moral à relação terapêutica. “Um deslocamento do lugar de exercício do tratamento moral impôs, assim, uma transformação de seus traços arcaicos em dispositivos sofisticados” (Castel, 1978:271).

Portanto, podemos supor que as transformações das práticas, sejam estas pinelianas, psicoterápicas ou setorizadas, não resolveram o problema da tutelarização do paciente por parte da psiquiatria, mas operaram uma decomposição das práticas consideradas segregativas e violentas, recompondo, através de meios considerados mais humanizados, o espaço asilar com a finalidade de torná-lo um meio ‘verdadeiramente’ médico. Essa lógica de decomposição e recomposição do espaço asilar, que levaram à metamorfose atual, é o que Castel chama de *aggiornamento*.

Como dissemos anteriormente, o serviço de saúde mental aqui pesquisado tem características conservadoras, ao mesmo tempo que inovadoras. A tentativa aqui é analisar se o serviço referido representou uma ruptura com o modelo convencional, aquele que vinha sendo representado pelo monopólio dos dois hospitais psiquiátricos de Campos, ou se realizou o que chamamos anteriormente de *aggiornamento*.

Nesse sentido, teceremos comentários sobre o que pode ser entendido como inovação do modelo assistencial e como reprodução do que chamamos de psiquiatria reformada a partir das entrevistas e depoimentos dos profissionais envolvidos no serviço, da observação participante e das reformas operadas ao longo dos oito anos de funcionamento.

4.3.1 Das Entrevistas

As entrevistas foram realizadas com os técnicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e demais funcionários do serviço e outros que participaram indiretamente de sua implantação.

As entrevistas semi-estruturadas, como vimos anteriormente, tinham como tópicos principais a opinião dos atores envolvidos quanto aos objetivos do serviço no momento de sua implantação, os recursos disponíveis na época, a avaliação do serviço no momento atual, os aspectos negativos, os aspectos positivos e as perspectivas futuras. Então, tiveram como finalidade conhecer a interpretação desses atores e foram analisadas a partir de sua freqüência, consistência, coerência e originalidade.

Para os entrevistados, um dos principais objetivos da implantação do serviço se deu no sentido de ordenar as internações psiquiátricas, evitando aquelas consideradas desnecessárias. Na intenção de acompanhar a política nacional de saúde mental da época, o governo municipal tentou reproduzir modelos dos grandes centros onde funcionavam serviços diferenciados de atenção à crise. Um dos atores respondeu a esta questão referindo-se ao fato de que “virou moda” ter emergências psiquiátricas.

Outras opiniões foram relatadas pelos entrevistados, apontando a necessidade de criação de um espaço onde o atendimento pudesse ser diferente, através do trabalho com equipe multidisciplinar, onde o paciente pudesse ser escutado e avaliado de forma criteriosa, criando, dessa forma, novas rotinas para internação psiquiátrica.

Em relação aos recursos disponíveis no momento da implantação, as respostas foram quase que unânimes quanto à importância da equipe multidisciplinar. Como os recursos físicos e materiais eram precários naquela época, a equipe – formada por dois psiquiatras, uma psicóloga, uma assistente social e auxiliares de enfermagem – era considerada mínima, porém, resolutiva quanto aos principais problemas apresentados. Dessa maneira, para os entrevistados, a equipe se constituía no único recurso do serviço.

Quanto aos aspectos negativos, foram citadas, além das situações inerentes ao próprio serviço – a falta de recursos, de capacitação dos técnicos da equipe e de coerência nas rotinas –, aquelas que ultrapassam o seu funcionamento em si, tais como: a dificuldade quanto à continuidade da assistência ao paciente após alta hospitalar, devido à carência de uma rede extra-hospitalar, e o fato de o serviço ter se tornado um mero emissor de guias de internação.

Os aspectos positivos concentraram-se na importância do trabalho multidisciplinar, que era reforçado por um bom entrosamento da equipe, conseguindo, com isso, resolver a maioria dos casos que chegavam ao serviço.

No que se refere à avaliação do serviço, os comentários variaram quanto à importância da referência em saúde mental que foi instituída no município através do serviço de Emergência Psiquiátrica, como também à falta de outros dispositivos de tratamento que pudessem se constituir em uma rede de serviços de saúde mental.

Os técnicos entrevistados entendem que, apesar de o serviço ter ficado muito tempo sem avançar, de não existirem recursos físicos e materiais para um atendimento de maior qualidade e de haver um acúmulo de atendimentos não emergenciais, na realidade, o Serviço de Emergência Psiquiátrica representou a primeira grande mudança na assistência psiquiátrica no município de Campos.

Em relação à perspectivas futuras, as respostas priorizaram a necessidade de uma reforma estrutural, o treinamento do pessoal, a melhora na segurança do posto, a abertura de campo de estágio para cursos de graduação e, por fim, a necessidade de criação de outros serviços de saúde mental.

De acordo com esses relatos, o ponto básico que caracteriza a Emergência Psiquiátrica é o fato de se constituir referência para os pacientes que procuram atendimento a qualquer hora do dia ou da noite. Situa-se como ‘um ponto fixo’ a partir do qual qualquer pessoa pode encontrar ajuda para seu sofrimento. O fato desse ponto estar localizado em uma área central da cidade, de prestar atendimento nas 24 horas e de ter equipe multidisciplinar parece estabelecer um vínculo e, acima de tudo, referência não só para os pacientes que procuram atendimento, mas também para outros serviços que para lá encaminham os casos considerados psiquiátricos.

Entretanto, os mesmos depoimentos expressam uma descontinuidade no tratamento dos pacientes que procuram sempre o serviço, que o consideram como referência. Criou-se um laço hospital/Emergência, já que grande parte dos encaminhamentos de pacientes é feita para um dos hospitais psiquiátricos, na medida em que faltam ambulatorios e outros equipamentos destinados ao tratamento de doenças mentais. Isso pode ser compreendido, de certa forma, como positivo em relação à triagem dos pacientes, porém, não funciona de forma compromissada com o tratamento, já que muitos pacientes continuam sem assistência até um próximo retorno ao serviço.

Além da inexistência de uma rede de serviços em saúde mental, o município de Campos ainda não tem uma política social que possa contemplar uma boa parte da população excluída. Um grande contingente de marginalizados, famintos e abandonados pela família procura também este serviço, já que ali irão obter algum atendimento.

Nesse sentido, entendemos que para o serviço tornar-se referência, haveria que estar inserido em uma rede de atenção à saúde mental capaz de atender ao paciente em vários momentos de seu tratamento e não apenas durante a crise. Segundo Soalheiro (1996:70), há que mudar a lógica dos serviços de forma que

nos faça assumir a nossa função social: constituirmos como referência para a sociedade, a família e o paciente que nos procura sob os efeitos da loucura e da crise de origem psíquica e levar cada tratamento até seu fim.

E para isso, o serviço deve se constituir em

Um sistema de referência que tem que ser integrado entre si e ao Sistema Único de Saúde onde cada unidade construa sua função clínica e cada profissional responda pela clínica da instituição e da sua clínica (Soalheiro, 1996:71).

Seguindo uma fórmula bastante convencional, utilizada nos modelos de Psiquiatria Preventiva, a Emergência Psiquiátrica parece ter sido pensada inicialmente no sentido de diminuir as internações, que eram o único recurso para os pacientes em crise até o início dos anos de 1990.

Não obstante, havia outra lógica que também perpassava aquele projeto, que parecia ser de caráter meramente administrativo. Não só diminuir e evitar internações, mas também superar o tradicional mecanismo de supressão da crise. A importância que todos os profissionais ouvidos dão à equipe multidisciplinar é que a partir de uma nova forma de enfrentamento da crise, esta deixa de ser vista como uma perturbação nos pensamentos, nos sentimentos e nas ações, necessitando sempre de uma intervenção médica. Passa a ser entendida então como um fenômeno social inserido na experiência pessoal do sujeito que procura o serviço.

Assim, o fato de funcionar quase sempre com equipe multidisciplinar, a prática do atendimento em conjunto com no mínimo dois técnicos parece ser a tônica da concepção inovadora do serviço. Ideologicamente, o modelo do serviço parece estar misturado com características ora desinstitucionalizantes, ora puramente racionalizadoras.

Concebe-se a crise como experiência pessoal, todavia quando observada a prática, a ênfase está no uso de psicofármacos e não na escuta terapêutica.

A importância que alguns técnicos dão ao ‘ordenamento das internações’, à ‘resolutividade’ e à ‘restrição de internações’, que são julgadas desnecessárias, denotam o caráter racionalizador e administrativo do serviço.

Entretanto, é unanimidade entre os técnicos a necessidade de o serviço funcionar com outras estruturas e dispositivos de atendimento em saúde mental. Alguns técnicos, em sua maioria médicos, insistem na carência de ambulatórios na cidade, que teriam o objetivo de ‘desafogar’ a Emergência. Outros acreditam que, para a Emergência funcionar de acordo com seus objetivos principais e originários do projeto inicial, há que se implantar CAPS e Lares Abrigados.

Em junho de 2000, foi implantado o primeiro CAPS do município, destinado à clientela de dependentes químicos. O próximo serviço dessa natureza deverá ser implantado em curto prazo, já que foi adquirida uma casa para o CAPS destinado a pacientes psicóticos.

Seguindo ainda a opinião dos técnicos envolvidos no serviço de Emergência, é necessária uma reforma estrutural, não somente na área física, porém uma modificação na maneira de pensar a doença mental, na forma de receber o paciente e sua família. Isso dependeria de um constante treinamento da equipe, do conhecimento das novas tendências que estão surgindo em outros lugares e de seu envolvimento direto com outros campos do saber.

4.3.2. Da Observação Participante

Realizamos a observação participante, durante uma semana, por um período de cinco dias, freqüentando várias horas seguidas. Foram observados os comportamentos,

os gestos, os mecanismos das rotinas e os discursos que fazem parte do cotidiano do Serviço de Emergência Psiquiátrica .

O Serviço estava ainda em fase de reformas e, por isso, os pacientes eram acomodados em enfermarias improvisadas nos dois quartos destinados ao repouso de motoristas e auxiliares de enfermagem. O consultório para atendimento estava montado provisoriamente em outro quarto.

Observamos que o período de maior movimento é o da manhã, quando a maioria da equipe encontra-se presente. Os plantões médicos e de enfermagem iniciam-se às 7:00, quando começa a rotina do serviço. Essa rotina inclui: a visita do médico aos pacientes internados, a prescrição diária e, posteriormente, as consultas aos pacientes que chegam ao serviço.

No período em que estivemos observando, presenciamos a chegada de pacientes em companhia de familiares trazidos por vontade própria e de alguns trazidos pela ambulância do Serviço ou pelo Corpo de Bombeiros. A maioria dos pacientes removidos vinham amarrados e permaneciam assim após a medicação inicial.

No primeiro dia em que estivemos no serviço para observação participante, a equipe estava completa (médico, psicóloga, assistente social e auxiliares de enfermagem) e os atendimentos eram feitos no único consultório existente. Nesse dia, os pacientes foram ao serviço para consultas e troca de receita. A assistente social fez uma intervenção na sala de espera, para saber as necessidades de atendimento dos pacientes.

No dia seguinte, a observação se deu junto a toda equipe que estava reunida no consultório. Não havia pacientes para consulta, somente os que permaneciam internados no repouso do serviço. Depois de um tempo, chegou um rapaz acompanhado da mãe, com um aspecto físico bastante exótico, já que estava com os cabelos enormes, sem cortar e pentear há meses. O médico fez um comentário irônico, que provocou outros comentários e risos do restante da equipe. Esse paciente foi atendido, recebeu uma receita médica e foi embora.

No terceiro dia, não encontramos a equipe completa, pois não era dia ou horário de trabalho da psicóloga. Dessa forma, estavam presentes o médico, a assistente

social e os auxiliares de enfermagem. Havia pacientes que esperavam por uma consulta, quando chegou um paciente na ambulância, alcoolizado, tendo sido recebido pelos técnicos do serviço novamente de forma irônica, tecendo críticas ao seu estado. Após o paciente ser consultado, o médico encaminhou-o ao repouso, porém, já com a perspectiva da internação em hospital psiquiátrico mais tarde. Nesse caso, foi perguntado ao paciente e a sua família sobre a preferência entre os dois hospitais.

No quarto dia, como o movimento de atendimento a pacientes estava fraco, passamos a manhã pesquisando o livro de registro de ocorrências do serviço. Trata-se de um instrumento de comunicação entre a equipe, já que alguns técnicos não se encontram diariamente. É utilizado predominantemente pelas psicólogas e pela assistente social, enquanto outros profissionais o utilizam para registrar a ocorrência de fatos considerados graves, como por exemplo evasão de pacientes.

Nesse livro, são descritos predominantemente os comentários sobre o estado de pacientes, necessidades de visitas domiciliares e transferência para outro serviço. Observamos também algumas reclamações entre a equipe e divergências nas intervenções diretas aos pacientes.

No último dia, o médico não havia chegado, entretanto, a sala de espera estava cheia. O restante da equipe encontrava-se reunida no consultório. O início das consultas se deu a partir da chegada do médico.

De acordo com os modos, gestos e discursos observados, percebemos que as expressões mais utilizadas pelos profissionais foram:

- “Você (ou o senhor) é o quê?": quando alguém da equipe – menos o médico – queria saber o que trouxe o paciente ao serviço, se é consulta, urgência ou remoção;
- “Ih! Já chegou! Olhe quem chegou!": quando alguém da equipe referia-se a um paciente freqüentador do serviço;
- “Olha que figura!": surpresa diante de um paciente aparentemente muito diferente ou exótico;
- “O senhor(a) quer falar com alguém?": recepção de alguns técnicos aos pacientes;

- “O que o senhor(a) deseja?": recepção aos pacientes.

Quanto aos comportamentos mais freqüentes, foi observado que:

- A visita aos pacientes internados é predominantemente feita pelos médicos;
- O médico sempre aguardava dentro do consultório a entrada do paciente, que é encaminhado por outro integrante da equipe;
- O médico encaminhava-se ao paciente, fora do consultório, para atender os casos de extrema necessidade ou para internar diretamente no hospital psiquiátrico;
- Os atendimentos eram feitos com as portas abertas;
- Na maioria das vezes, a equipe reunida – médico, assistente social e psicóloga – atende aos pacientes conjuntamente, ou seja, são poucos os atendimentos individuais de cada técnico com o paciente.
- A equipe de enfermagem não participa ativamente nas opiniões e decisões quanto aos pacientes. Ressaltamos que não havia, naquele momento, um enfermeiro especificamente para o serviço de Emergência Psiquiátrica.

A técnica da observação participante possibilitou-nos o entendimento sobre o cotidiano de um serviço de emergência que, segundo o nosso marco teórico, aproxima-se do modelo tradicional psiquiátrico.

Não percebemos um clima de disponibilidade para o intercâmbio entre a equipe técnica, equipe de serviços gerais (motoristas, serventes) e pacientes. As divergências não são objeto de discussão, já que não acontecem reuniões freqüentes entre a equipe.

Os momentos de escuta formalizada entre profissionais e pacientes, ou seja, a consulta com médico, assistente social e psicóloga não caracterizam uma condição de conhecimento acerca do paciente, visando a estabelecer os passos sucessivos para o seu tratamento.

Nesse sentido, é dada importância muito maior ao uso de psicofármacos do que à escuta terapêutica. Dell'Ácqua & Mezzina (1991:71) chamam a atenção para o fato de que o valor terapêutico dos psicofármacos se deve muito mais a “uma utilidade relativa à abertura das possibilidades de relação, à redução da angústia individual e, algumas vezes, ao controle transitório de comportamentos particularmente problemáticos para o serviço”.

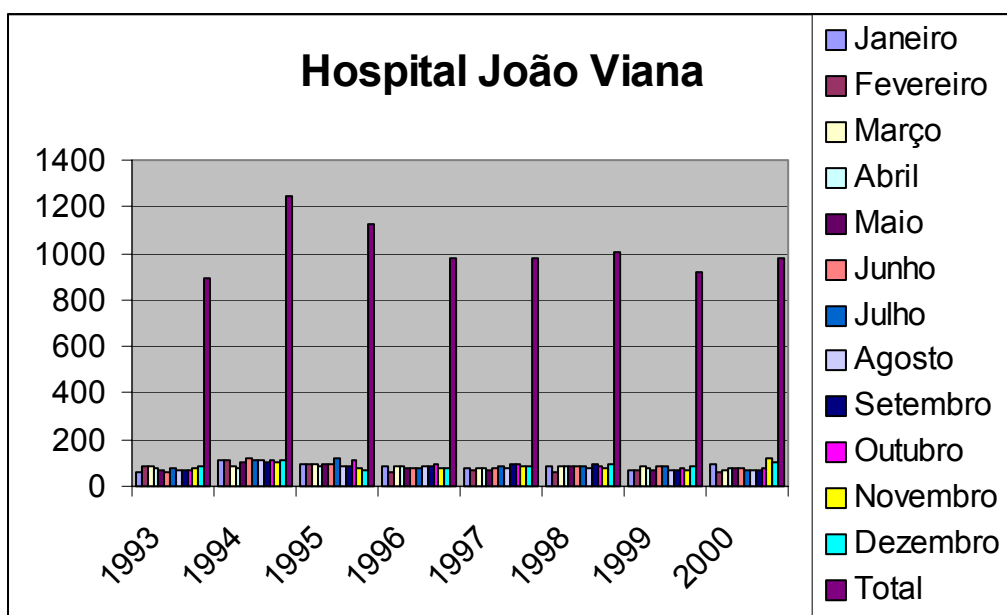
A comunicação entre a equipe técnica e os pacientes permitiu-nos analisar o lugar que os últimos ocupam nesse espaço. Apesar de o paciente ser o objeto de intervenção da equipe, nem sempre são levados em consideração suas necessidades e seus anseios, já que o modelo do serviço impõe a contenção da crise.

4.3.3. Das Internações

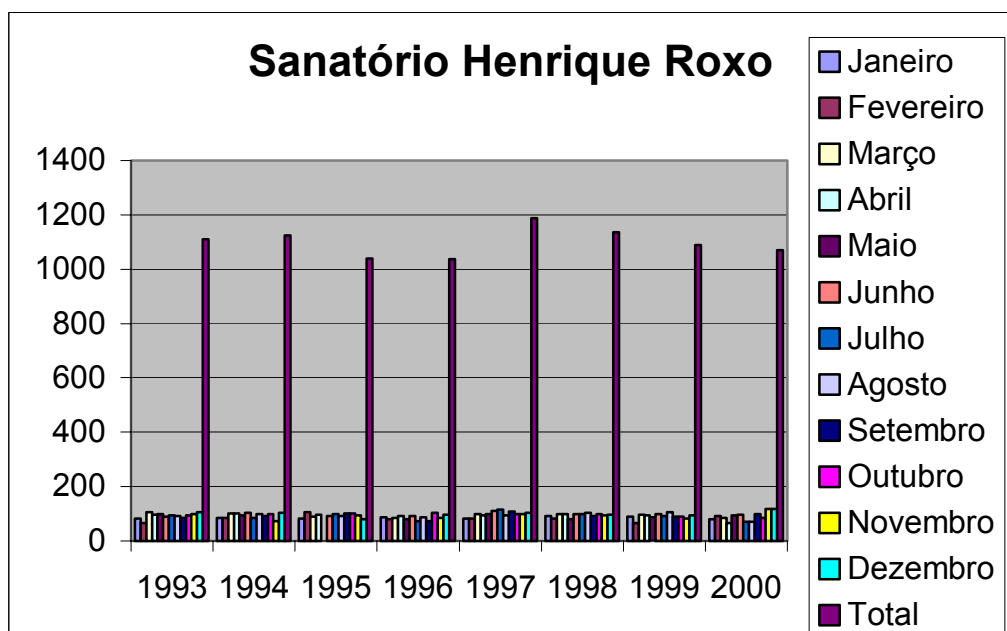
Além das entrevistas e da observação participante, realizamos, nos dois hospitais psiquiátricos do município, uma coleta de dados das internações ocorridas entre os anos de 1993 e 2000. Como o serviço aqui pesquisado foi implantado em agosto de 1992, entendemos que o número de internações durante o período citado traduz o impacto que a Emergência Psiquiátrica causou.

A nossa escolha por este recorte de tempo, foi em função da implantação definitiva do serviço só ter ocorrido em janeiro de 1993, e pela redução do número de leitos e no tempo de permanência nos hospitais, determinado pela portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, nº 189/91 (mais adiante detalharemos este assunto).

Como está demonstrado através dos gráficos 1 e 2 abaixo, o número de internações nos hospitais não diminuiu ao longo dos anos de funcionamento do serviço.



Fonte: Arquivos do Hospital João Viana – Elaboração: Própria



Fonte: Arquivos do Sanatório Henrique Roxo – Elaboração: Própria

Observamos que, no Hospital João Viana, houve um aumento discreto do número de internações entre os anos de 1993 e 1994, ou seja, logo após a implantação do serviço de emergência. Em 1995 e 1996, esses números diminuíram, provavelmente em decorrência do aumento das internações no outro hospital, o Sanatório Henrique Roxo. Percebemos que 1993 e 1998 ocorreu uma alternância no aumento e diminuição das internações nos dois hospitais. Durante todos esses anos, podemos constatar, todavia, que não houve modificação substancial quanto ao número de internações psiquiátricas no

município. Os anos de 1999 e 2000 coincidem em relação ao número de internações psiquiátricas nos dois hospitais.

Isto significa que, a variação do número de internações nos dois hospitais não se deu pelo impacto causado pelo serviço de emergência. A nossa hipótese, a partir dos depoimentos colhidos, é que isso deve ter ocorrido em função da qualidade da assistência prestada por cada hospital.

O Sanatório Henrique Roxo, segundo depoimento de profissionais e pacientes, é uma instituição com características mais fechadas, no que tange ao modo de tratamento: os pacientes participam de poucas atividades sócio-ocupacionais, as rotinas e horários são muito rígidos, a alimentação não é de boa qualidade. Como ponto positivo, destaca-se a grande área física, tanto nas enfermarias quanto no pátio, onde os pacientes relatam se sentir mais livres para suportar o tempo da internação, mesmo com poucas atividades ocupacionais.

O Hospital João Viana, segundo os depoimentos, é uma instituição que tem como um dos objetivos principais o trabalho de reabilitação. Trata-se de um hospital menor que o anterior quanto à estrutura física, porém possui um maior número de profissionais que assistem diretamente o paciente. Sendo uma entidade filantrópica mantido pela Liga Espírita de Campos, o hospital mantém um ambulatório para pacientes egressos com recursos próprios, além de ter adquirido uma propriedade rural próxima ao município de Campos, onde os pacientes visitam duas vezes por semana acompanhados por um auxiliar de enfermagem, um médico e um terapeuta ocupacional. Essa atividade tem como finalidade recreação e terapia ocupacional.

Vimos, de maneira resumida, como difere a assistência psiquiátrica hospitalar no município de Campos. Entretanto, uma de nossas constatações, a respeito da análise dos dados de internações, é que os números somente retratam a preferência dos pacientes ou das famílias por um ou outro hospital.

Como um dos objetivos importantes do serviço aqui pesquisado foi a limitação para a entrada nos hospitais psiquiátricos, observamos pelos gráficos que a mudança não foi significativa. Contudo, é importante ressaltar que a implantação do

Serviço de Emergência Psiquiátrica se deu logo após entrar em vigor a portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde n.º 189, de 19 de novembro de 1991.

Em relação aos procedimentos dos hospitais psiquiátricos, a portaria 189/91, limitava o pagamento de até 45 diárias para cada paciente, ao mesmo tempo em que responsabilizava os gestores municipais e estaduais pelo cadastramento do número de leitos necessário para cada unidade assistencial. Com a entrada da portaria em vigor, os dois hospitais foram cadastrados com 120 leitos cada um (antes disto eram internados cerca de 300 pacientes nos dois hospitais). Esse fato, por si só, causou uma redução em torno de 40% dos leitos em psiquiatria no município, no ano de 1992.

Simultaneamente à implantação do Serviço de Emergência Psiquiátrica, a criação da portaria possibilitou, desta forma, uma diminuição abrupta e significativa na assistência no ano de 1992. Isto, segundo os profissionais, era considerado o começo do processo desinstitucionalizante, que deveria seguir seu curso com a implantação do ‘novo’ serviço.

Constatamos, a partir disso, que a redução das internações não se deu a partir da abertura do serviço de emergência no município, e sim por uma nova legislação que restringiu os leitos, reduzindo, desta maneira, tanto o número quanto o tempo de internação. Esta constatação é decorrente do fato de que após o ano de 1993 houve uma estabilização do número de internações, não alcançando, via de regra, a diminuição objetivada pelos gestores do Programa de Saúde Mental, quando da criação do serviço de emergência.

Outro ponto importante a ser analisado é que o número de internações apresentado através dos gráficos contém internações psiquiátricas de pacientes moradores em municípios vizinhos, além dos pacientes residentes em Campos. Portanto, entendemos que a falta ou deficiência de políticas de saúde mental dos outros municípios interferem na política pública local, já que quase sempre os pacientes oriundos destas regiões passam pelo atendimento do serviço de emergência.

Assim, o município de Campos, sendo pólo sanitário da região Norte-Fluminense, além de abrigar dois hospitais psiquiátricos com características asilares,

manteve a tradição através da criação de um serviço eminentemente direcionado à crise, através da triagem e encaminhamento, na maioria das vezes, para a internação psiquiátrica.

A função que o serviço teve, neste sentido, foi regular, administrar as internações, criando um espaço de triagem e observação para os pacientes em crise, sem garantir um trabalho de acompanhamento pós-crise.

4.4. Da Noção de Crise

Em primeiro lugar, torna-se importante estabelecer os parâmetros necessários para entendimento de um serviço destinado à atenção à crise, como é o nosso caso.

A primeira definição de Emergência Psiquiátrica foi dada por Dupré, na França em 1910, como “o conjunto de psicopatias cuja simultaneidade, evolução aguda e gravidade particular imporiam ao prático a obrigação e a responsabilidade de um diagnóstico apressado, de uma intervenção imediata e de uma decisão médico-legal rápida” (Grivois apud Cerqueira, 1993:48).

Isto retrata, de maneira objetiva, a necessidade de conferir especificidade aos casos de doença mental que requerem uma intervenção rápida, ao mesmo tempo que levar em consideração as implicações médico-legais. A decisão sobre o asilamento do doente ou de sua liberdade passava a ser responsabilidade do médico.

Segundo Russo, “médicos legistas e psiquiatras buscavam definir através do conhecimento algo que até então era prerrogativa da esfera jurídica: até que ponto um cidadão era responsável por seus atos e, portanto, livre” (Russo, 1993:9).

Mais tarde, nos meados do século XX, ainda de acordo com a concepção tradicional, a emergência continuava a ser identificada como a intervenção em uma situação de crise, com o objetivo de detectar precocemente a enfermidade mental. Para Caplan (1980) as crises podem ser: evolutivas, geradas por processos ‘normais’ de desenvolvimento físico, emocional ou social; e acidentais, precipitadas por uma ameaça de perda ou por uma perda. Nesta perspectiva, o acúmulo sucessivo de crises é um caminho

certo para a doença mental, e para isso, o indivíduo deve ser ajudado por técnicos psiquiatricamente orientados no sentido de suprimi-las.

Os centros para atendimento à crise, que foram criados no interior das reformas psiquiátricas nos anos de 1950 são aqueles que oferecem “instrumentos de intervenção rápidos e precoces que tenham como objetivo a solução imediata do problema fora do circuito psiquiátrico e, em particular, destinam-se a reduzir as internações no hospital psiquiátrico” (Dell’Acqua & Mezzina, 1991:53).

Esse modelo, apesar de se propor como uma tentativa de solucionar os problemas fora do circuito psiquiátrico, acaba por reproduzir o antigo sistema, na medida em que, segundo os mesmos autores,

Todas estas intervenções são freqüentemente propostas de modo fragmentado e não coordenado. Ainda que estes serviços contribuam à diminuição da população no interior dos hospitais psiquiátricos, não prevêem a elaboração do fracasso, são feitos para atender a necessidades específicas, são seletivos e impermeáveis entre si (Dell’Acqua & Mezzina, 1991:54).

De acordo com este modelo, a ‘crise’ do paciente é focalizada como o sinal mais importante do transtorno psíquico e a terapêutica indicada é a sua supressão. Ou seja, o paciente que chega com delírios e alucinações é visto como um sujeito que pode se tornar perigoso para si e para terceiros, devendo no mínimo de tempo possível, ser restaurado a uma possível condição de ‘normalidade’.

Dessa maneira, essa concepção não denota uma idéia da complexidade da condição de uma crise, assim como dos instrumentos necessários para dar conta dessa situação. A noção de crise é considerada efeito do sofrimento existencial do sujeito, visto como membro de um sistema microssocial. Trata-se, no entanto, de uma concepção simplista, onde a tentativa de resolver o problema se concentra no entendimento e explicação do fenômeno.

Segundo o modelo desinstitucionalizante da doença mental, o importante é “colocar a crise no interior de uma série de nexos que são capazes de torná-la compreensível (não de explicá-la!), de dar um senso à crise e, enfim, de recuperar a relação entre as valências de saúde, os valores de vida e a própria crise” (Dell’ Ácqua e Mezzina, 1991:56).

A respeito de um serviço baseado em uma concepção desinstitucionalizante, Lobosque (2001) diz que “a psiquiatria não é substituída ali por uma outra disciplina; a posição central é que deixa de existir. Estes serviços se afirmam teoricamente por uma conjugação, um entrecruzamento de saberes diversos: a psicanálise, a psicofarmacologia, a nosologia da psiquiatria clássica, a saúde pública, a epidemiologia, as ciências políticas e sociais” (Lobosque, 2001:93).

Nas entrevistas abertas realizadas com os profissionais envolvidos no serviço, foram abordadas as diferentes concepções que estes têm sobre a crise psiquiátrica. Alguns definem a crise como sendo o auge de um sofrimento psíquico que o sujeito não consegue dar conta naquele momento. Seria um desamparo total diante de uma situação de mal-estar que necessita de uma intervenção profissional para que o sofrimento não desencadeie algo maior. Nesse sentido, o serviço suporta essa situação, por meio da abordagem multidisciplinar, ou seja, sem o predomínio do discurso médico, com suas intervenções especificamente medicalizadoras.

Essa noção de crise aponta para a importância da escuta diferenciada no momento do recebimento do paciente. A equipe multidisciplinar seria responsável pelo estabelecimento de uma relação de conhecimento e possível confiança entre os profissionais e pacientes. ‘Resgatar’ o paciente, parece-nos a tentativa de estabelecer uma forma de contato, que funcione como elemento de reconstrução e recomposição desse momento de ruptura.

Um profissional do município relatou-nos que a crise seria um momento de descompensação interna, um mecanismo de defesa que não funcionou no momento adequado. Esse depoimento nos remete a uma banalização da experiência da crise. O fato de todos os sujeitos experimentarem um desconforto, seja por tensões cotidianas ou mesmo por falhas nos mecanismos de defesa, não caracteriza o fenômeno que pode ser

denominado como situação de crise. Dell 'Ácqua & Mezzina apontam algumas situações que, quando aparecem juntas, devem receber atenção da equipe. São elas:

- a) *Grave sintomatologia psiquiátrica aguda;*
- b) *Grave ruptura de relação no plano familiar e/ou social;*
- c) *Recusa dos tratamentos psiquiátricos (remédios, internação, programas terapêuticos). Afirmação da não necessidade do tratamento, porém aceitação do contato;*
- d) *Recusa obstinada do contato psiquiátrico propriamente dito;*
- e) *Situações de alarme no contexto familiar e / ou social. Incapacidade pessoal de afrontá-las (Dell'Acqua & Mezzina, 1991:59).*

Para finalizar os depoimentos sobre a concepção de crise, ouvimos um profissional que relata que o episódio de uma crise aponta para a necessidade de internação, com o objetivo de preservar o paciente de um estado de alteração psiquiátrica que não se controla com uma abordagem ambulatorial e com uma medicação oral. É necessária uma ação mais efetiva, para que se possa, posteriormente, avaliar suas condições sociofamiliares e tentar compreender as causas daquela crise.

Aqui encontramos a noção de crise como um sinal de gravidade no estado do paciente, como elemento desestruturante do sujeito, que necessariamente precisa de uma intervenção mais efetiva, mais forte.

Essa intervenção sempre foi feita por meio de medidas de contenção, medicamentosa ou física, a partir dos mecanismos tradicionais impostos pelos hospitais psiquiátricos: rotinas rígidas, de forma a reconhecer o paciente como uma entidade fragmentada e não complexa. O percurso terapêutico, dessa forma, deveria obedecer à supressão da crise através da prescrição feita pelo psiquiatra, para depois compreender as suas causas e a rede de relações nas quais o paciente está inserido.

Nesse sentido, vemos que neste modelo de serviço, o psiquiatra ocupa a posição central: o discurso tradicional da contenção e supressão da crise. Em um modelo considerado inovador em saúde mental, o psiquiatra deve ser parte de uma equipe que recebe e avalia os casos, além de convocado, especificamente, a medicar. Lobosque (2001), a respeito da necessidade de descentramento do psiquiatra, afirma que

Ele é, sobretudo, como todos e cada um, um membro da equipe – um agente, portanto, responsável pela construção de um empreendimento coletivo, onde a parceria, a solidariedade, o compromisso com o valor e a viabilidade do trabalho são imprescindíveis para os efeitos obtidos. A melhora significativa de pacientes muito graves, a progressiva reinserção de tantos deles no âmbito da família, da cultura, do trabalho, são êxitos que só esta construção coletiva torna possíveis – ao mesmo tempo em que só ela, também, permite-nos suportar os revezes e os riscos inevitáveis nesta lida (Lobosque, 2001:91).

Os discursos dos profissionais que foram apresentados, expressam algumas questões que nos fazem pensar em diferentes concepções acerca do fenômeno ‘crise’.

Em primeiro lugar, percebemos uma forte ideologia que é herdeira do modelo “hospitalocêntrico”, ou seja, aquele que especifica os indivíduos, classifica comportamentos “para os quais prevêem sempre respostas pré-formadas, buscando interpretar a condição de crise dentro de parâmetros definidos e controláveis” (Dell’Ácqua & Mezzina, 1991: 54).

Os discursos contêm, ao mesmo tempo, uma concepção desinstitucionalizante do fenômeno, na medida em que dão importância à escuta, ao contato, à participação de toda a equipe, enfim, apontam para a compreensão da ‘complexa situação existencial’ de um sujeito em crise.

O que chamamos aqui de concepção desinstitucionalizante refere-se a um novo modelo perseguido pela psiquiatria atual, fruto de tentativas de transformação das instituições psiquiátricas. Esse modelo, que se constituiu no projeto de transformação institucional de Franco Basaglia, tem como um dos pontos fundamentais a desconstrução e conseqüente invenção dos dispositivos destinados ao tratamento da doença mental.

Para Amarante (1998:49), desinstitucionalizar,

não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.

Nesse sentido, o serviço de Emergência Psiquiátrica aqui analisado, cumpre sua função de ser referência no atendimento diferenciado à crise, colocando-se à frente da estrutura hospitalar tradicional, na medida em que oferece a escuta da equipe e a compreensão do paciente como ser global. Todavia, acaba reproduzindo essa mesma estrutura, já que estabelece protocolos de intervenção fragmentados e não coordenados, característicos do hospital psiquiátrico.

Cerqueira, em sua dissertação de mestrado intitulada *A Emergência Psiquiátrica em Angra dos Reis*, afirma que é muito importante que haja continuidade terapêutica e regionalização de serviços, porém, “a existência de ambos não é garantida através de decretos, atos, normas, nem muito menos por uma distribuição dos serviços nos vários níveis de assistência. E sim, a partir de uma transformação no interior da estrutura asilar e de tudo aquilo que ela representa” (Cerqueira, 1993:65).

Desta forma, o espaço destinado a acolher uma situação de crise, deveria compreendê-la como uma ruptura, uma situação existencial extremamente complexa, oferecendo instrumentos para a reprodução social da pessoa em crise. Isto quer dizer que, esta ruptura não deve ser entendida apenas como tentativa de explicar a situação de crise, mas como “elemento que rompe com as categorias que a emergência psiquiátrica incorporou em sua prática, sobretudo no que se refere às noções de periculosidade e de tempo, enquanto rápida intervenção a ser feita para restauração do sujeito” (Cerqueira, 1993:66).

Para isto, não é necessário que o Serviço de Emergência Psiquiátrica seja pensado a partir de sua capacidade de diminuir internações, e sim a partir de sua

constituição como espaço de acolhida para as diversas formas de sofrimento. Esta idéia é pautada naquilo que os teóricos italianos denominam “tomada de responsabilidade:

Assumir a tomada de responsabilidade quer dizer, portanto, assumir a demanda com todo o alcance social conectado ao estado de sofrimento. Este não é desviado burocraticamente em setores separados de competência. O cidadão é acompanhado (apoiado) pelo serviço na rede de instituições da organização social que serão, por sua vez, ativados pelos serviços “segundo a necessidade do paciente. (...) A tomada de responsabilidade supera no plano concreto a antinomia internação/ambulatório típico do modelo médico (Dell’Acqua e Mezzina, 1991:63).

Portanto, entendemos que, por mais modernizantes que sejam as iniciativas dos técnicos do serviço, das rotinas em si, um serviço de atenção à crise deveria ser parte de um serviço territorial integrado que atendesse à demanda da complexidade da crise. Isso aponta para a necessidade de outros serviços substitutivos dimensionados a partir de uma área territorial de intervenção bem definida.

4.3.4. Das Reformas do Serviço à Reforma Psiquiátrica

Desde que foi criado, o serviço de Emergência Psiquiátrica de Campos tem sido submetido a várias reformas em sua estrutura física. Sua construção inicial pode ser compreendida como uma reforma, já que foi utilizado um espaço já existente, que era a garagem de ambulâncias. Este lugar, aproveitado para tal finalidade, deu origem a uma série de reformas que viriam acontecer nos anos seguintes.

De acordo com os depoimentos colhidos, a idéia de implantar um serviço desta natureza já era antiga, quando foram dados os passos iniciais para a sua concretização. O espaço físico destinado para tal equipamento sempre foi motivo de discussão em fóruns e reuniões de dirigentes de saúde.

A idéia dos profissionais de saúde mental, no início da década de 1990, era que tal serviço só teria uma função importante se funcionasse junto a um posto de urgência geral, evitando, dessa forma, a discriminação dos usuários e dos próprios profissionais. Estava instalada, portanto, a perspectiva de unidade psiquiátrica em hospital geral.

Como dissemos anteriormente, houve uma pressão por parte dos profissionais de saúde mental para que o Serviço de Emergência Psiquiátrica funcionasse no interior do hospital geral que estava reabrindo naquele mesmo momento. Entretanto, isso não se tornou realidade, devido a questões políticas e culturais que dificultaram a presença de uma enfermaria de psiquiatria junto a outras clínicas. A questão que se colocava era como conviver com o paciente psiquiátrico junto a pacientes com outras patologias.

Diante dos embates quanto ao local a ser implantado o novo serviço, houve um acordo entre os profissionais e dirigentes de saúde sobre o espaço que deveria ser aproveitado no P.U. Central. O mesmo espaço que já tinha sido reformado para funcionar o Pronto-Socorro Psiquiátrico na década anterior seria destinado a abrigar um novo serviço, atendendo a toda uma necessidade de modernização que acompanhava o processo de reforma psiquiátrica brasileira.

No decorrer de oito anos de implantação, várias reformas foram realizadas, na tentativa de adequar o espaço físico às necessidades de atendimento das urgências. É nesse sentido que podemos afirmar que reformar e transformar são duas coisas diferentes. Reformar tem o sentido de emendar, restaurar e consertar. Já transformar significa tornar diferente do que era: mudar, alterar, modificar.

Portanto, entendemos que as diversas reformas ocorridas no Serviço de Emergência Psiquiátrica representaram tentativas de melhoramento, de restauração do modelo clássico da instituição psiquiátrica, seja do ponto de vista físico ou estrutural.

Na medida em que o Serviço tinha como objetivo funcionar como um espaço aberto, sem grades e trancas, assim como oferecer um atendimento diferenciado por intermédio de equipe multidisciplinar, podemos entender que houve uma certa mudança no sentido de estabelecer diferenças importantes da instituição psiquiátrica tradicional.

Todavia, é importante ressaltar que as portas de ferro, as grades têm um significado mais amplo do que apenas isolar o doente mental. Esses espaços delimitados por grades são simbólicos. Neles, habitam aqueles que, de alguma forma, sujeitam-se às regras demarcadas pelas sociedades não democráticas. Aí está o louco, entre outros.

Dessa forma, grades e trancas não demarcam somente espaços físicos. São figuras simbólicas que expressam e reforçam o funcionamento das formas autoritárias e coercitivas tão comuns na psiquiatria tradicional.

Miriam Carvalho (1999), autora que fez uma pesquisa analisando a arquitetura de vários serviços psiquiátricos no município do Rio de Janeiro, afirma que alterar a arquitetura pode ter implicações na reforma das instituições, todavia não são suficientes para modificar o modelo assistencial. Segundo ela,

Muros, guaritas, grades não demarcam só espaços físicos; expressam um controle ideativo que independe da Arquitetura para ser posto em prática. Os lugares de controle não são determinados pelo espaço arquitetônico, acentuamos; são instâncias simbólicas que asseguram o funcionamento dos mecanismos autoritários e coercitivos centrados no espaço urbano, de onde é controlado o espaço rural e os outros espaços do homem (Carvalho, 1999:178).

Para essa autora, a Arquitetura pode contribuir bastante criando espaços, possibilitando a ventilação e iluminação dos prédios. Portanto, isso só terá sentido se tal medida representar uma mobilidade do espaço existente, objetivando criar outro lugar de acolhimento.

Este novo lugar, no caso da instituição psiquiátrica, seria aquele que possibilitaria uma transividade entre o paciente e sua família, sua comunidade, ou seja, entre o homem e a cidade. Nesse sentido, o Serviço aqui analisado não cumpre essa função, já que não promove a mobilidade do paciente, suas relações com a comunidade. É um espaço eminentemente de supressão e contenção de crises, funcionando como elo intermediário para as internações psiquiátricas.

O espaço arquitetônico pode tanto oferecer possibilidades inovadoras, no sentido de permitir a relação dos pacientes com sua comunidade, família e técnicos, quanto pode também imobilizar ‘panópticamente’, essas mesmas relações.

O terceiro capítulo do livro *Vigiar e Punir* de Foucault, denominado “O Panoptismo”, aborda as normas de controle dos espaços de uma cidade, quando esta era assolada por uma peste. O Panóptico, figura arquitetônica idealizada por Jeremy Bentham,

é a figura arquitetural dessa composição. O princípio é conhecido: na periferia uma construção em anel; no centro uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior correspondendo às janelas da torre; outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta, então, colocar um vigia na torre central, em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar (Foucault, 1996:166).

O objetivo do Panóptico, na medida em que utilizava os mecanismos de imobilidade, vigilância e poder nos espaços, seria disciplinar e “aperfeiçoar o exercício de poder” (Foucault, 1996:181).

Os espaços representados pelas prisões, escolas, hospitais e asilos mostram “que o projeto político da vigilância e da repressão pode realizar-se através de um projeto arquitetônico” (Carvalho, 1999:3).

Nesse sentido, entendemos que a implantação desse serviço que se deu a partir de uma reforma de sua estrutura física, não significou uma mudança significativa na assistência, já que não houve inovação. Inovação é aqui compreendida como o ato de tornar novo, de introduzir uma novidade.

De uma forma geral, não identificamos as reformas arquitetônicas ocorridas como sinais de transformação ou inovação. Houve diferenças sim, no que tange à

qualidade dos atendimentos, se compararmos ao hospital psiquiátrico tradicional. Porém, como dissemos, as mudanças no espaço físico não realizam, por si só, a transformação que se faz necessária no campo da saúde mental. Seriam necessárias modificações estruturais como, por exemplo, introduzir o serviço numa rede de serviços territoriais que pudessem prestar outros tipos de atendimento e não somente aos pacientes em crise.

Entendemos a ‘rede territorial de serviços’ como um conjunto de dispositivos destinados a assistir o paciente em diversas situações de sofrimento psíquico. Estruturas específicas de cuidados que pudessem acolher, por exemplo, o paciente durante o dia proporcionando atividades terapêuticas e ocupacionais, como os Caps e a rede ambulatorial.

Mais uma vez, vimos neste capítulo, que o serviço em questão se configurou como um dispositivo capaz de disciplinar as internações, e as respectivas reformas da estrutura física – que objetivaram uma ampliação dos espaços – possibilitaram uma experiência imagética de mudança, entretanto, não implicou em inovações na assistência prestada.

CONCLUSÕES

O objetivo de implantar um serviço que pudesse atender às emergências psiquiátricas em Campos foi sendo constituído bem antes do momento em que isso se tornou realidade, em 1992. A partir da década de 80, essa idéia foi se tornando cada vez mais fortalecida pela política local, como necessidade de racionalização da assistência psiquiátrica, permeada por um discurso modernizador de alguns técnicos que acreditavam na importância de se criar uma nova mentalidade que rompesse com o tratamento psiquiátrico tradicional.

Em princípio, vimos que foram formulados propósitos de que tal serviço pudesse reduzir as internações psiquiátricas e fosse prestado tratamento diferenciado por meio de trabalho da equipe multidisciplinar. Estes propósitos causaram efeitos importantes na assistência psiquiátrica do município.

Essas conseqüências podem ser entendidas como ‘atos de desospitalização’, já que foi provocada uma mudança na ideologia, especificamente quanto ao critério para internações psiquiátricas. A partir da criação do serviço, uma parte dos pacientes atendidos deixou de ser internada diretamente, já que era feita uma triagem pela equipe da Emergência Psiquiátrica.

No entanto, compreendemos que existem aspectos positivos e negativos quanto à implantação e funcionamento do Serviço de Emergência Psiquiátrica. Os aspectos positivos baseiam-se na tentativa constante que alguns técnicos realizam o trabalho multidisciplinar, através do atendimento em conjunto por, no mínimo, dois profissionais distintos.

Outro ponto positivo que podemos destacar é que a partir da implantação do serviço, as famílias passaram a ser orientadas quanto à necessidade e à importância do convívio familiar para o paciente. O trabalho da equipe, tentando quase pedagogicamente convencer a família a permanecer com o paciente, seja em casa ou acompanhando-o no próprio serviço, fez com que houvessem algumas mudanças na forma de o familiar entender e lidar com a doença mental. Segundo alguns entrevistados, atualmente as famílias já não questionam tanto a triagem e a observação do paciente antes da decisão sobre a internação.

Nesse sentido, o serviço de Emergência Psiquiátrica aqui analisado, cumpre sua função de ser referência no atendimento diferenciado à crise, colocando-se à frente da estrutura hospitalar tradicional, na medida em que oferece a escuta da equipe e a compreensão do paciente como ser global. Todavia, acaba reproduzindo essa mesma estrutura, já que estabelece protocolos de intervenção fragmentados e não coordenados, característicos do hospital psiquiátrico.

A partir dos depoimentos e das entrevistas, concluímos que a falta de recursos e a deficiência na capacitação dos técnicos da equipe não permitem que o serviço aqui analisado cumpra com seus objetivos originais. Foi observado que a equipe tem pouco conhecimento quanto à idéia de inovação do modelo assistencial em saúde mental, faltando, desta forma, uma fundamentação teórica-conceitual que possa nortear a sua prática.

Outro ponto importante se deve às dificuldades em relação à continuidade da assistência ao paciente após alta hospitalar. Como não há uma rede extra-hospitalar, constituída de serviços substitutivos ao modelo convencional, o serviço parece ter se tornado um mero emissor de guias de internação. Segundo a própria equipe há uma descontinuidade no tratamento dos pacientes que procuram sempre o serviço, que o consideram como referência. Criou-se um laço hospital/Emergência, que pode até ser compreendido como positivo em relação à triagem dos pacientes, porém, não funciona de forma compromissada com o tratamento.

Em relação às diversas reformas ocorridas no Serviço de Emergência Psiquiátrica, entendemos que estas representaram tentativas de melhoramento, de restauração do modelo clássico da instituição psiquiátrica, seja do ponto de vista físico ou estrutural. Desta forma, elas conseguiram realizar a humanização do espaço físico, todavia, não foram inseridas no interior de um processo de reforma psiquiátrica.

De uma forma geral, não identificamos as reformas arquitetônicas ocorridas como sinais de transformação ou inovação. Houveram diferenças em relação à qualidade dos atendimentos, se compararmos ao hospital psiquiátrico tradicional. Entretanto, as mudanças no espaço físico não realizam, por si só, a transformação que se faz necessária no campo da saúde mental. É imperativa a necessidade de modificações estruturais como, por exemplo, introduzir

o serviço em uma rede de serviços territoriais que pudessem prestar outros tipos de atendimento e não somente aos pacientes em crise.

Desta maneira, reafirmando a opinião dos técnicos envolvidos no serviço de Emergência, concluímos que é necessária uma reforma estrutural, não somente na área física, todavia, uma modificação na maneira de pensar a doença mental, na forma de receber o paciente e sua família. Isso dependeria de um constante treinamento da equipe, do conhecimento das novas tendências que estão surgindo em outros lugares e de seu envolvimento direto com outros campos do saber.

Podemos entender que o serviço possibilitou, no município, uma abertura na assistência psiquiátrica, anteriormente só oferecida pela estrutura ambulatorial e hospitalar. Isso poderia caracterizar o início de um processo de mudança que, todavia, não foi continuado ao longo dos anos.

Apesar da avaliação do serviço não ser no todo negativa, podemos observar que o seu modelo está ainda muito próximo ao da Psiquiatria Preventiva, que entende a necessidade de mudanças na assistência à saúde mental como uma forma de racionalizar recursos, ao mesmo tempo que defende uma reforma administrativa e não estrutural.

Todavia, o problema não está apenas neste serviço, mas na inexistência de rede de atenção substitutiva em saúde mental. Um serviço de emergência que não se encontra inserido em uma rede de outros serviços tende a se cristalizar enquanto uma referência em si mesmo: a assistência a pacientes essencialmente em crise. Dessa maneira, para onde deverão ir os outros pacientes, aqueles que necessitam de assistência contínua, de suporte, ou os que obtêm alta do hospital e da própria Emergência Psiquiátrica?

Nesse sentido, o dispositivo de cuidados para situações de crise, como é o caso da Emergência Psiquiátrica aqui em questão, situa-se de forma pontual como um serviço, não se constituindo como uma reforma na política de saúde mental do município. Assim, podemos concluir que não houve o impacto esperado a partir de sua implantação, na constituição de uma rede de atenção em saúde mental.

Entretanto, observamos que o fato de o serviço ter se constituído como a única referência extra-hospitalar nos últimos oito anos fez com que esse modelo alcançasse uma importância na política de saúde municipal. Segundo o relato de um dos entrevistados, essa foi a grande mudança na assistência psiquiátrica em Campos nos últimos anos.

Todavia, essa importância não significou inovação, já que não provocou uma mudança na cultura, uma ruptura com a forma tradicional de pensar sobre a doença mental. Resumindo, não ocorreu a ‘desinstitucionalização da doença’. Podemos identificar que o serviço possui elementos mais próximos de uma situação de reprodução do modelo clássico-assistencial, que reconhece as situações de crise como aquelas que limitam as pessoas em suas relações sociais.

Esse modelo implica na classificação de comportamentos e problemas, interpretando a condição da crise dentro de parâmetros definidos e de respostas já formadas. Com isso, as intervenções são feitas no sentido de contenção e supressão da crise.

Um serviço de emergência, que atenda a situações de crise psiquiátrica, deve entender a crise como uma complexa experiência existencial. Dessa forma, devemos equipar-nos de instrumentos e recursos complexos para enfrentá-la e não realizar intervenções terapêuticas de ‘curta duração’ em serviços que certamente não dispõem de instrumentos globais para a tutela e o acolhimento ao paciente no momento de um sofrimento psíquico tão importante.

Os resultados da análise do serviço aqui em questão indicam a necessidade de criação de outros dispositivos de cuidados, bem como a reestruturação de seu funcionamento interno. Inicialmente apontamos para a necessidade de uma operação de desmontagem do circuito emergência/internação psiquiátrica. Para isto, seria necessário redefinir seus objetivos principais, passando a ser pensado não somente a partir de sua capacidade de diminuir internações, e sim a partir de sua constituição como espaço de acolhida para as diversas formas de sofrimento.

Isso implica em uma outra lógica de trabalho que prioriza a assistência em regime aberto, de forma que o paciente possa estar inserido e transitando no espaço social. Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e os Lares Abrigados são dispositivos que têm essa finalidade – a de oferecer a tutela terapêutica e ao mesmo tempo reproduzir socialmente os modos de vida do paciente e de sua família.

No que diz respeito ao funcionamento interno, o serviço deveria modificar suas rotinas, de modo a torná-las mais flexíveis. A rigidez com que alguns pontos são trabalhados, identificam semelhanças com o modelo clássico hospitalar, extremamente institucionalizado, que acaba sendo descaracterizado como espaço de escuta, encontro e conhecimento dos pacientes.

Finalmente, destacamos a necessidade de o serviço estabelecer uma dimensão clínica em sua prática cotidiana. Isso não requer um distanciamento do papel assistencial e político que o serviço deve ter, mas a possibilidade de vir a enfrentar a crise como uma emergência do sujeito que ali está, de se responsabilizar pelo próprio sofrimento do paciente.

Para isso, torna-se necessário um esforço, tanto da equipe como um todo – responsável por várias visões que a clínica oferece – quanto de gestores para a formação de uma política de saúde mental que objetive integrar outros serviços em regime aberto, substitutivos ao manicômio, que proporcionem reabilitação psicossocial, constituindo-se, dessa forma, uma rede de serviços em saúde mental.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. (Coord.) *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

_____. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

_____. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

BACHELARD, G. *A Filosofia do não / O Novo espírito Científico*. Antologia de textos, Coletânea Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

BARROS, D. D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EdUSP/lemons, 1994.

_____. *A desinstitucionalização é desospitalização ou desconstrução?*. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 1 (2):101-106, São Paulo, 1990 a.

_____. *A desinstitucionalização italiana: a experiência de Trieste*, 1990b. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.

BASAGLIA, F. (Org.). *A Instituição Negada — Relato de um Hospital Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BERCHERIE, P. *Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

BIRMAN, J. *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. *Enfermidade e Loucura*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

- _____ A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, B. & AMARANTE, P. (Orgs.) *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*, pp. 71-90. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. P.71-90.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Cosam/MS, 1994.
- _____ *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- CAPLAN, G. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- CARVALHO, M. *Arquitetura e Reforma Psiquiátrica: epistemologia e poética do espaço*. São Paulo: VII Encontro da Sociedade Brasileira de História da Ciência, 1999.
- CARVALHO, M. Filosofia e Poética no espaço Arquitetônico. In: DEL RIO, V. *Arquitetura: Pesquisa & Projeto*, pp. 171-182. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Arquitetura – PROARQ, 1999.
- CARVALHO, M. *A Poética da Casa – a tessitura dos espaços do habitar*. Palestra realizada no Lar Abrigado do Hospital P. Pinel, mimeo, Rio de Janeiro, 1999.
- CASTEL, R. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CERQUEIRA, M. P. A Emergência Psiquiátrica em Angra dos Reis — um Estudo de Caso, 1993. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- COELHO, G. L. e MOCAIBER, A. M. *Programa de Saúde Mental*. Campos: Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campos, março de 1997.
- COOPER, D. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1973.

CORBISIER, C. A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. In: *Psiquiatria sem hospício*, pp. 9-16. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

CORBISIER, C. A Reforma Psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In: AMARANTE, P. (Org.) *Ensaio — Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*, pp. 279-300. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO SUDESTE. *I Encontro de Coordenadores de Saúde mental da Região Sudeste — Relatório Final*. Rio de Janeiro, 1985.

COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO SUDESTE. *Relatório Final do II Encontro*. Barbacena, 1987.

COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 3 ed. Rio de Janeiro: Ed. Campinas, 1980.

_____ *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

DELGADO, Pa. *Projeto de Lei nº 3.657/89*. Brasília: Câmara dos deputados, 1989.

DELGADO, P. G. *As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

_____ Reforma Psiquiátrica e Cidadania: O Debate Legislativo. In: *2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*, pp. 115-119. Brasília, Ministério da Saúde, 1992.

_____ Urgência sem Manicômio: Construindo um Saber. In: *Seminário Dispositivos de tratamento em Saúde mental na rede Pública: Construindo um Projeto*, pp. 21-33. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, junho de 1996.

- DELL 'ACQUA, G. & MEZZINA, R. Resposta à Crise. In: *A Loucura na Sala de Jantar*, pp. 53-79. São Paulo: Resenha, 1991.
- DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- FARIA, V. A Conjuntura Social Brasileira – Dilemas e Perspectivas. *Revista Novos Estudos*. Cebrap, julho, 1992.
- FIGUEIREDO, A. C. & SILVA FILHO, J. F. (Org.). *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- FOCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1999.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- GOLDBERG, J. *Clínica da Psicose — um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1996.
- KAPLAN, H. & SADOCK, B. *Compêndio de Psiquiatria Dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- MACHADO, R. *Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

- MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. Documento Final do II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. *Boletim da Associação Brasileira de Psiquiatria*, 5(22):09-11, 1980.
- MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. O Manifesto de Bauru. *Jornal do Psicólogo*, &(21):04, 1987.
- NICÁCIO, M. F. *O Processo de Transformação da Saúde Mental em Santos: Desconstrução de Saberes, Instituições e Cultura*. Dissertação de mestrado, PUC-SP, 1994.
- NICÁCIO, M. F. Da instituição negada à instituição inventada. In: LANCETTI, A. (Org.) *Saúdeloucura I*, São Paulo: Hucitec, 1989.
- NICÁCIO, M. F. (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- OLIVEIRA, J. A. & TEIXEIRA, S. F. *(Im)Previdência Social: 60 anos da história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1985.
- PITTA, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- PORTOCARRERO, V. M. *O Dispositivo da Saúde Mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*, 1990. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- PORTOCARRERO, V. Foucault: A História dos Saberes e das Práticas. In: PORTOCARRERO, V. *Filosofia, História e Sociologia das Ciências*, pp. 43-66. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.
- ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, M. F. (Org.) *Desinstitucionalização*, pp. 17-60. São Paulo: Hucitec, 1994.

- ROTELLI, F. & AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: *Psiquiatria sem hospício*, pp. 41-56. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- RUSSO, J. A. *Psiquiatria, manicômio e cidadania no Brasil. Duzentos Anos de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE *Programa de Saúde Mental*, Campos: Secretaria Municipal de Saúde, 1989.
- SOALHEIRO, N. I. A Clínica da Referência. In: *Seminário Urgência Sem Manicômio*, pp. 68-72. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 1996.
- STOCCO, M. A. R. & AQUINO, M. E. X. *Experiência do Serviço Social na Emergência Psiquiátrica*. Campos: mimeo, 1997.
- STOCCO, M. A. R. *Normas de Funcionamento da Psiquiatria*. Campos: mimeo, Secretaria Municipal de Saúde, 1997.
- TUNDIS, S. A. *Psiquiatria Preventiva: Racionalização e Racionalidade*, 1985. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

ANEXO 1

NORMAS DE FUNCIONAMENTO DA PSIQUIATRIA

1. Admissão do Paciente

1.1 Compete a todos da equipe do P.S.P. solicitar ao paciente e ao acompanhante(s) todas as informações possíveis;

- *Identificação do paciente e do acompanhante;*
- *Data de nascimento;*
- *Endereço completo e telefone de contato;*
- *Resumo do estado atual do paciente;*
- *História da doença;*
- *Horário de entrada no P.S.P.;*
- *Prescrição da medicação pelo médico plantonista e anotação do horário da aplicação pela equipe de enfermagem.*

Tais informações devem ser colhidas por todos os profissionais envolvidos na admissão do paciente e registradas em seu plano terapêutico com letra legível, tendo assinatura ou rubrica e carimbo do profissional responsável pela anotação.

1.2 Paciente proveniente de via pública deve ser revistado antes de ser conduzido à enfermaria, assim como, sempre que possível, colocado imediatamente no banho e fornecidas] roupas limpas. No momento da admissão, nem sempre pode-se fazer a identificação do paciente, já que muitas vezes ele não fornece informações, que devem ser ouvidas logo após apresentar melhora do quadro. Cabe ao Serviço Social tentar localizar familiares, providências para seu retorno ao domicílio e/ou encaminhamentos necessários após a alta médica.

1.3 Todos os pertences de valor e documentos do paciente devem ser registrados em seu plano terapêutico e entregues à família, solicitando a assinatura de quem os recebeu ou guardados no armário do Serviço Social, sendo registrado tal fato em seu plano

terapêutico e entregues ao paciente em sua alta ou, quando internado, levados ao hospital solicitando a assinatura do funcionário que o recebeu.

- 1.4. Ao conduzir o paciente para a enfermaria compete à equipe de enfermagem colocá-lo em leito forrado por lençol, após higiene do paciente (banho).*
- 1.5. No caso de primeira internação, sempre que possível, deve-se informar ao paciente e a sua família o funcionamento do P.S.P., a hipótese diagnóstica e provável plano terapêutico e orientação para tratamento ambulatorial após a alta médica. Deve-se solicitar da família roupas, toalhas de banho, sabonete, escova e creme dental, assim como visita diária para acompanhamento da evolução do quadro do paciente. É importante enfatizar a necessidade da participação da família no plano terapêutico. Nessas visitas, a equipe deve avaliar o relacionamento paciente/família, geralmente desestruturado pela doença.*
- 1.6. Os pacientes menores, sempre que possível, devem permanecer na enfermaria tentando-se evitar seu encaminhamento para internação psiquiátrica, que só pode ser feita mediante autorização do Juizado de Menores. O Conselho Tutelar não tem autoridade para internação de menores em hospital psiquiátrico. Cabe ao médico plantonista fornecer à família uma declaração dos sintomas apresentados pelo menor, seu diagnóstico e indicação para internação. Cabe à família levar esta declaração, junto com a certidão de nascimento do menor, ao Juizado de Menores e retornar ao P.S.P. com a autorização para internação assinada pelo Juiz de Menores. A família deve ser informada que não contamos com enfermarias específicas nos hospitais psiquiátricos do município para internação de menores e o risco que isso representa, a fim de evitar problema futuros.*
- 1.7. Em paciente com agitação e/ou agressividade intensa, com prescrição médica anotada no plano terapêutico, pode ser feita contenção ao leito, que deve ser retirada logo após a melhora do quadro.*
- 1.8. Atenção redobrada de toda equipe ao receber paciente com perigo de fuga. Nesses casos, o paciente deve ser conduzido imediatamente à enfermaria, que deve ser mantida fechada. Deve-se anotar, em destaque, no plano terapêutico do paciente: **Risco de Fuga!***

- 1.9. Na admissão, é importante anotar no plano terapêutico a presença de alguma patologia clínica e sua correspondente medicação mantida no período de internação no P.S.P. Em caso de necessidade, solicitar a avaliação do médico clínico.
- 1.10. Detectado na admissão e/ou internação do paciente qualquer ferimento, hematomas, manchas na pele, inchaços, coceiras, queixas de dores, diarreias etc., o médico plantonista deve ser comunicado imediatamente, devendo tal fato ser anotado, com riqueza de detalhes no plano terapêutico e, se necessário, solicitar avaliação do médico clínico.
- 1.11. Paciente psiquiátrico trazido por ambulância de hospital clínico deve apresentar alta clínica e o parecer do médico que o atendeu no referido hospital. A ambulância é obrigada a esperar avaliação do médico plantonista no P.S.P. e este atendimento tem prioridade sobre os demais que estão aguardando. Caso seja constatado que o paciente apresenta complicações clínicas que impeçam a internação psiquiátrica, o médico plantonista pode devolver o paciente ao hospital de origem, enviando um parecer por escrito, justificando sua decisão e, se necessário, a prescrição psiquiátrica a ser utilizada no período de internação clínica.

2. Internação do Paciente

- 2.1. Todos os pacientes atendidos e internados no P.S.P. têm os mesmos direitos, sem discriminação e/ou privilégios. Os pacientes têm direito à assistência médico-psicossocial, alimentação, visitas, banho, medicação e sua integridade física, mental e moral. Desde que o paciente é internado no P.S.P., cabe à equipe multiprofissional a responsabilidade quanto a seus cuidados.
- 2.2. Os pacientes e familiares (acompanhantes), devem ser tratados com respeito por todos da equipe multiprofissional. Não é permitido referências ao paciente e/ou família com termos pejorativos.
- 2.3. Ao assumir o plantão, cabe a toda equipe passar visita nas enfermarias a fim de avaliar os pacientes internados, salvo em casos de urgência, necessitando de atendimento imediato.

Imediatamente após este atendimento, deve-se realizar visita às enfermarias. Somente após os pacientes internados serem medicados é que se iniciam os atendimentos e remoções do plantão.

2.4. O paciente internado deve estar em constante observação por toda equipe, sendo fundamental a anotação no plano terapêutico de seu comportamento nesse período. É necessário que essa anotação seja a mais detalhada possível, com o registro de todas as atividades do paciente e seus respectivos horários (alimentação, banho, visitas, medicação, sono, queixas, desejos etc.), para que toda a equipe tenha acesso a essas informações a fim de uma melhor avaliação do caso.

2.5. O paciente, na enfermaria, aguardando internação, deve ter prioridade logo após o surgimento da vaga, salvo esteja sendo atendido um paciente em estado mais grave do que o internado na enfermaria.

2.6. O paciente e/ou família tem direito a escolher o hospital em caso de internação, porém, não havendo vaga no hospital de preferência e, ocorrendo piora do quadro, a equipe tem autoridade de internar o paciente onde houver vaga. É importante anotar no plano terapêutico a data e nome do hospital onde o paciente foi internado.

2.7. O paciente e/ou família deve ter acesso ao diagnóstico e, se solicitado, informação sobre a medicação utilizada no período de internação no P.S.P. As dúvidas, informações e encaminhamentos devem ser fornecidas ao paciente/família de forma clara e quantas vezes forem necessárias para a compreensão do assunto.

2.8. As queixas de pacientes/família de maus-tratos por parte de algum membro da equipe devem ser comunicadas à administração, que ouvirá as partes envolvidas para apuração dos fatos. Comprovado o erro do funcionário, o mesmo deve receber uma advertência escrita. Havendo mais de uma denúncia sobre o mesmo profissional, após seu conhecimento, cabe à administração encaminhar relato do caso à Secretaria Municipal de Saúde (Departamento Pessoal), que tomará as providências necessárias para a punição do funcionário.

2.9. As enfermarias devem ser limpas diariamente e sempre que se fizer necessário, assim como o ambiente deve ser calmo e tranqüilo para a recuperação dos pacientes internados.

2.10. A contenção do paciente ao leito somente é permitida com ordem médica, prescrita no plano terapêutico nos momentos de alta agressividade e agitação, devendo ser retirada logo após a melhora do quadro.

2.11. Não havendo risco de fuga de algum paciente internado, não se justifica o confinamento dos pacientes na enfermaria, salvo em momentos de maior número de atendimentos que tumultua a recepção do P.S.P. Logo, não há necessidade de se manter as portas fechadas, a não ser nas situações acima citadas.

2.12. Pacientes grávidas, portadores de HIV, doenças crônicas e infecto-contagiosas devem receber atenção especial de toda equipe e, sendo necessário, deve ser solicitada a avaliação do médico clínico e fornecido os encaminhamentos necessários (internação clínica ou tratamento ambulatorial). Caso o paciente esteja fazendo uso de alguma medicação clínica, a mesma deve ser conciliada com a medicação psiquiátrica.

2.13. No caso do paciente ser encaminhado para o hospital clínico, o laudo de internação deve ser preenchido pelo médico clínico de plantão no P.U. Central e o paciente deve ser conduzido ao hospital levando a prescrição da medicação psiquiátrica a ser utilizada nessa internação.

2.14. Havendo recusa do paciente no hospital clínico, solicitar ao médico que o atendeu que escreva, no verso do laudo de internação enviado, o motivo da recusa, data, assinatura e carimbo.

2.15. Não existe horário fixo para visita aos pacientes internados, porém não deve ser permitida a visita quando o paciente estiver dormindo ou agitado. No caso de vários familiares comparecerem no mesmo horário para visitar o paciente, deve-se solicitar que entre um familiar de cada vez para se evitar tumulto na enfermaria. É permitido à família trazer alimentos e cigarros para os pacientes internados.

2.16. Não é permitido cultos religiosos e/ou propagandas políticas no interior do P.S.P.

2.17. Não é permitido ao paciente permanecer na enfermaria com nenhum objeto cortante e/ou aparelho elétrico-eletrônico, nem nenhum objeto de valor.

2.18. Na alta médica, todo paciente deve sair do P.S.P. com receita médica orientação sobre a medicação a ser utilizada na residência e encaminhamentos necessários para a rede ambulatorial, grupos de ajuda mútua e/ou auxílios diversos.

2.19. No caso de alta a pedido de algum familiar, deve-se solicitar que o mesmo assine termo de responsabilidade, isentando o médico da prescrição da medicação para casa.

2.20. Todos os pertences do paciente devem ser entregues no momento da alta, ou, quando internado, levados ao hospital onde o paciente foi conduzido, solicitando a assinatura de quem o recebeu.

2.21. No caso de óbito na enfermaria, compete ao Serviço Social localizar a família para a comunicação do falecimento. É necessário algum documento do paciente em óbito para preenchimento correto do Atestado de Óbito, que deve ser preenchido pelo médico plantonista, sendo o mesmo médico que atendeu o paciente em vida. Cabe ao Serviço Social a avaliação socioeconômica da família para orientação e/ou encaminhamentos necessários. No caso de famílias de baixa renda, deve-se encaminhá-la para auxílio funeral (Promoção Social).

2.22. O paciente de via pública, após recuperação e estabilização de seu quadro, deve receber alta médica e social, recebendo os encaminhamentos necessários e possíveis.

2.23. No caso de pacientes em trânsito, deve-se, sempre que possível, localizar a família e tomar medidas para o seu retorno ao domicílio. Não sendo localizada a família, o paciente deve ser encaminhado à Promoção Social, que deve providenciar seu retorno ao município de origem.

2.24 Após a alta ou internação do paciente, seu plano terapêutico deve ser guardado no prontuário do paciente para ser consultado nas próximas vezes que comparecer ao P.S.P.

2.25. *No caso de fuga do paciente internado, é necessário que algum membro da equipe procure a família para informar tal fato e, caso o paciente não tenha se dirigido a sua residência, tomar providências para sua localização, se necessário mobilizar os meios de comunicação (rádio, TV e jornais) para a divulgação do desaparecimento.*

2.26. *O paciente trazido pela família não pode ter alta sozinho. Mesmo estando de alta, é necessário aguardar a família ou, se possível, levar o paciente em casa pela ambulância e solicitar a assinatura de quem o recebeu na residência. Não localizando a residência ou não encontrando alguém para receber o paciente, retornar com o mesmo para o P.S.P.*

3. Remoção

3.1 *As remoções de pacientes psiquiátricos da residência ao P.S.P. podem ser realizadas em qualquer dia e horário diurno e/ou noturno], respeitando-se os limites do município de Campos.*

3.2. *As remoções devem ser realizadas respeitando-se a ordem de chegada do familiar no P.S.P. ou grau de urgência efetuada por Auxiliares de Enfermagem do PU Central com apoio de guarnição do Corpo de Bombeiros, na ambulância da Saúde Mental.*

3.3. *É necessária a presença de um familiar para se responsabilizar pela remoção, salvo alguns casos excepcionais, previamente avaliados pela equipe do P.S.P.*

3.4. *No caso do paciente trancado em casa ou em parte da mesma, havendo necessidade de invasão e/ou arrombamento de porta ou janela para realizar a remoção, tais intervenções só podem ser efetivadas na presença de um familiar para se responsabilizar, inclusive pelos possíveis danos materiais. Nesse caso, deve ser solicitado uma declaração por escrito, datada e assinada pelo familiar do paciente, autorizando a invasão ou arrombamento do domicílio.*

3.5. *Caso ocorra discordância de um membro da família ao atender um pedido de remoção, a mesma não pode ser realizada. No local, o Auxiliar de Enfermagem deve fazer uma*

anotação relatando o ocorrido e solicitar a assinatura desse membro da família. Ao chegar no posto esse relatório deve ser grampeado no livro de ocorrências.

3.6. As remoções de paciente em via pública, solicitadas por telefone, têm prioridade sobre as demais remoções, já que, de modo geral, o paciente sai andando e, ocorrendo demora no atendimento, não é localizado. Na maioria dos casos, quando essas remoções são solicitadas, esse paciente está provocando algum tipo de prejuízo ou danos a terceiros, logo, para preservação da integridade física do paciente, essa remoção é caracterizada como urgência. Se necessário, além da guarnição do Bombeiro, pode-se solicitar apoio da Polícia Militar.

3.7. A equipe de enfermagem sendo informada que o paciente está portando algum tipo de arma deve solicitar apoio da Polícia Militar, além da guarnição do Corpo de Bombeiros para realizar a remoção.

3.8. O paciente não sendo localizado no local indicado pela família ao atender uma remoção a ambulância deve retornar ao posto e a família orientada a solicitar a remoção somente após localização do paciente.

3.9. Em uma remoção, tomando-se conhecimento de maus-tratos da família ao paciente e/ou presença de cárcere privado, uso de correntes ou cadeados e relato de espancamento ou falta de assistência ao paciente, a equipe do P.S.P. tem obrigação de denunciar à Polícia Militar para no local fazer o registro da ocorrência e a família deve ser responsabilizada judicialmente.

Fonte: STOCCO, M. A. R. Normas de Funcionamento da Psiquiatria. Campos, SMS, 1997.

ANEXO 2

Roteiro semi-estruturado das entrevistas

Perguntas

- 1) Qual a sua profissão, como e quando a iniciou?
- 2) Como foi seu ingresso no serviço de emergência?
- 3) Como e por que foi criado esse serviço? Quais eram os objetivos?
- 4) Quais eram os recursos disponíveis para o serviço na época de sua implantação?
- 5) Ao longo de todos estes anos de existência do serviço, qual é sua avaliação quanto aos objetivos propostos?
- 6) Quais os aspectos negativos ou obstáculos que dificultaram ou dificultam o bom exercício e o cumprimento dos objetivos propostos?
- 7) Quais os aspectos positivos, facilitadores dos objetivos propostos?
- 8) Em sua opinião, quais as perspectivas para o serviço daqui por diante?
- 9) Concluindo, como você entende a assistência à saúde mental em Campos atualmente?