

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“O Louco no Hospital Geral: imaginário sobre a loucura e desafios ao cuidado integral”

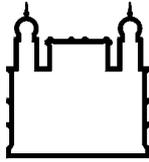
por

Marina Fernandes do Prado

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Marilene de Castilho Sá
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Lilian Miranda*

Rio de Janeiro, março de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“O Louco no Hospital Geral: imaginário sobre a loucura e desafios ao cuidado integral”

apresentada por

Marina Fernandes do Prado

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Teresa Cristina Othenio Cordeiro Carreteiro

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta

Prof.^a Dr.^a Marilene de Castilho Sá – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

P896l Prado, Marina Fernandes do
O louco no hospital geral: imaginário sobre a loucura e
desafios ao cuidado integral. / Marina Fernandes do Prado. -
- 2015.
226 f.

Orientador: Marilene de Castilho Sá
Lilian Miranda

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Saúde Mental. 2. Hospitais Gerais. 3. Comorbidade.
4. Assistência Integral à Saúde. 5. Transtornos Mentais.
6. Reforma dos Serviços de Saúde. 7. Psiquiatria. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.2

Para minha mãe, Doriana, de quem sinto enterna saudade. Sua acolhida e disponibilidade foram sempre fundamentais na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido irmão, meu bem maior, pela sua cumplicidade, atenção, carinho e incentivo.

Ao meu pai amado, de quem tanto orgulho sinto, pelo apoio e amor incondicional.

À minha mãe, que foi capaz, em toda minha vida, de me acolher e compreender de forma singular.

Às professoras Marilene de Castilho Sá e Lilian Miranda, pela dedicação, por terem acompanhado de perto esse trabalho e por suas contribuições sempre pertinentes que muito contribuíram para essa discussão.

Ao Eudes Santos, por ter compreendido e respeitado os momentos de introspecção e por ter proporcionado grande leveza à minha vida.

Aos meus “hãmigós” Camille Melo, Ivo Aurélio Lima Júnior e Rebeca Marinho, por terem me incentivado e me proporcionado bons momentos nesses últimos anos.

Aos meus atenciosos colegas de turma, pelo apoio e por fazerem me sentir melhor diante das dificuldades que surgiram nesse processo.

À minha amiga Ísis, pelas conversas e encontros que me possibilitaram desviar, em momentos oportunos, desse processo.

Ao professor Gustavo Corrêa Matta, por ter participado da banca de qualificação do projeto de pesquisa e por continuar contribuindo com esse processo.

À professora Teresa Cristina Carreteiro, por ter aceito o convite para participar da banca.

“Estamira sem carne, Estamira invisível sente ‘as coisa’ tudinho, por isso que eu sô Estamira mesmo. Tem vez que eu fico pensando: ‘mas eu não sou um robô sanguíneo, eu não sou um robô’”.

(...)

“Sô loca, sô doida, sô maluca (...) porém consciente, lúcida e ciente sentimentalmente”.

Estamira – protagonista do documentário
“Estamira”, de Marcos Prado

RESUMO

A produção do cuidado integral aos pacientes com transtorno mental grave internados no hospital geral em decorrência de um problema de saúde é um desafio para esses serviços e consiste num tema ainda pouco discutido no Brasil, seja no âmbito das políticas públicas, seja na própria academia. Neste contexto, a presente pesquisa se propõe a explorar o imaginário sobre a loucura e suas possíveis implicações para o cuidado integral ao paciente com transtorno mental severo internado em unidades não-psiquiátricas do hospital geral. Para tanto realizamos um estudo teórico, tendo como principais categorias de análise o cuidado integral, o imaginário, o trabalho em saúde e as representações sobre a loucura. Tomamos como um dos conceitos centrais o imaginário social, segundo Cornelius Castoriadis (1982), as principais noções de cuidado desenvolvidas no campo da saúde coletiva, elementos da história da loucura, a partir de uma leitura foucaultiana e as contribuições da psicossociologia francesa, de base psicanalítica, na discussão sobre as organizações. Reconhecemos como característica comum a todo trabalho em saúde seu caráter eminentemente intersubjetivo, protagonizando a cena terapêutica pelo menos dois sujeitos - o profissional de saúde e o paciente - o que nos faz admitir os reflexos dos processos inconscientes para a produção do cuidado assistencial. Desta forma, o trabalho em saúde implica um intenso trabalho psíquico dos profissionais, que envolve fantasias inconscientes, representações e afetos, muitas vezes ambivalentes, com relação ao paciente. A construção teórica que desenvolvemos sugere que o imaginário social instituído acerca da loucura, apreendida segundo características de imprevisibilidade, periculosidade e desordem, pode desfavorecer a construção de identificações positivas entre o profissional de saúde e o paciente com transtorno mental grave, o que impacta negativamente as práticas de cuidado, especialmente no hospital geral, espaço de alta densidade/concentração tecnológica, elevada padronização de procedimentos e rotinas, apresentando, em geral, pouco espaço para interações mais livres entre pacientes e profissionais. Além disso, a presença do louco no hospital geral e as construções imaginárias que ele tende a suscitar podem desestabilizar os pactos e alianças inconscientes que os profissionais de saúde e gestores,

como quaisquer membros de organizações, comumente estabelecem entre si, o que também desestabiliza a dinâmica organizacional. Nessa direção, a centralidade da discussão sobre a dimensão imaginária nos permitiu compreender melhor o processo de construção e desconstrução do cuidado em saúde e os saberes que o sustentam.

Palavras-chave: saúde mental – hospital geral – comorbidade clínica – cuidado integral – imaginário sobre a loucura

ABSTRACT

Comprehensive care of patients with severe mental disorders, when hospitalized in general hospitals because of some specific health problem, is a challenge to the public health services. This issue is little discussed in Brazil, both in the public health and within the academia. In this context, this research is an attempt to explore the imaginaries about of madness and its possible implications to comprehensive care of patients with severe mental disorders hospitalized in non-psychiatric units of general hospital. This study is based on a theoretical research, with the analysis focusing on thematics related to comprehensive care, different imaginaries, health care and representations of madness. We took as a central concept the social imaginaries, from Cornelius Castoriadis (1982), together with concepts of health care developed on the public health debates, and with elements of the history of madness based on the studies by Michael Foucault and the contributions from the French school of Psychosociology (with focus on the psychoanalytical theory applied on organizations). We recognize intersubjectivity as a common characteristic to all health work character, having the patient and the health professional as important subjects on the therapeutic scene. Concerning this, we admit the importance of unconscious processes for health care development. Thus, the health care work requires an intense psychological effort of professionals, involving unconscious fantasies, representations and affections, often ambivalent in relation to the patient. The theoretical formulation of this thesis suggests that the social imaginary established about madness, considering it as unpredictable, dangerous and disturbing, can not support the construction of positive identifications between the health professional and the patients with severe mental disorders. This has potentially negative impacts in care practices, especially in large scale public hospitals, as high-density spaces / great technological concentration, high standardization of procedures and routines, but with very little space for more free and informal interactions between patients and health professionals. In addition, in the large scale hospitals, the presence of the patient with madness diagnosis, together with the imaginary constructions that are built around it, could destabilize the pacts and unconscious alliances that health professionals commonly establish among

themselves, which may destabilize organizational dynamics. In this sense, the centrality of the discussion about the dimension of the imaginaries allowed us to better understand the processes of construction and deconstruction of health care and the knowledge that supports it.

Key words: mental health – general hospital – clinical comorbidity – comprehensive care – imaginary about madness

SUMÁRIO

Introdução.....	12
Capítulo 1: O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica.....	20
1.1 Resultados da pesquisa bibliográfica.....	25
Capítulo 2: Percurso Metodológico: os caminhos da pesquisa.....	36
Capítulo 3: A noção de imaginário como categoria de análise.....	41
3.1 O imaginário no pensamento ocidental e as contribuições da psicossociologia para a construção do conhecimento.....	41
3.2 O imaginário social em Castoriadis.....	46
3.3 Psique e sociedade: da mônada psíquica ao sujeito autônomo.....	54
3.4 O imaginário nas organizações: contribuições de Eugène Enriquez.....	57
Capítulo 4: A integralidade do cuidado: os desafios para sua produção.....	61
4.1 O cuidado como categoria de análise e compreensão da integralidade.....	66
Capítulo 5: O hospital geral, o médico e o enfermeiro: um cenário e dois personagens.....	77
5.1 O trabalho em saúde como categoria de análise do cuidado possível.....	78
5.2 O hospital geral: rápido sobrevoos histórico.....	89
5.3 Características da organização hospitalar.....	96
5.4 As abordagens de gestão do cuidado no âmbito hospitalar.....	100
5.5 O profissional médico.....	104
5.6 O profissional de enfermagem.....	112

Capítulo 6: A loucura em diferentes tempos.....	119
6.1 A loucura celebrada e liberta do Renascimento.....	119
6.2 O silenciamento da loucura no século XVII.....	125
6.3 Os asilos pinelianos: a loucura que precisa ser tratada.....	132
6.4. A teoria da denervação e a fabricação da loucura.....	138
6.5 Das reformas psiquiátricas à ruptura com a psiquiatria.....	142
6.6 Breve história da Psiquiatria no Brasil.....	148
6.7 A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política de Saúde Mental.....	151
Capítulo 7: O terceiro personagem: o paciente.....	159
7.1 A voz do louco.....	161
Capítulo 8: Os desafios para produção do cuidado integral ao paciente com transtorno mental severo.....	182
8.1 Os processos inconscientes na produção do cuidado.....	182
8.2 O imaginário organizacional e o lugar do paciente com transtorno mental severo no hospital.....	185
8.3. O imaginário social sobre a loucura e suas implicações à produção do cuidado assistencial.....	197
Considerações Finais.....	207
Referências Bibliográficas	213

1. Introdução

“José Cláudio Barbosa tinha 39 anos e morreu no dia 22/12/95, na emergência do [Hospital] Miguel Couto, no Rio de Janeiro. Pertencia a uma família humilde da Zona Norte e, desde os 24 anos, apresentava graves problemas psíquicos. Com a ajuda carinhosa da família e com a atenção competente e cuidadosa da equipe que o assistia no Instituto Philippe Pinel, nos últimos anos começou a melhorar. Mas, meses atrás, apresentou queixas de ‘cansaço nas pernas’ e teve início a via-crúcis, conhecida e anunciada, que o levaria a morte.

O médico do Pinel, diante da queixa, encaminhou-o a um cardiologista. José Cláudio, psicologicamente frágil, não suportou o mau atendimento e não mais procurou o profissional. Nada mais disse sobre os sintomas ao psiquiatra e só no dia 18/12 veio a reclamar de dores e dificuldades de andar. Havia suspeita de mielite. Começou a busca por um neurologista nos hospitais públicos do Rio. Tudo inútil. No dia 19/12, José Cláudio começou a vomitar, foi hidratado e melhorou. Na quinta-feira, 21/12, estava com as pernas quase totalmente paralisadas e sem defecar e urinar havia mais de 24 horas. Foi levado ao Miguel Couto, onde o chefe de plantão, brincando despreocupadamente com o psiquiatra que dele tratava, apresentou-o a um paciente qualquer do hospital, dizendo: ‘Olhe aqui, um doutor que sabe do seu caso!’ E entre ‘simpatias’, ‘brincadeiras’ e risonhos ‘vou ver o que faço’, nada fez para esclarecer o caso, exceto pedir à estagiária um sumário de sangue e urina.

A equipe do Pinel e a família tentaram procurar um outro hospital onde José Cláudio pudesse ser assistido. Impossível. Tendo de ficar onde estava, começou, então, a inacreditável queda-de-braço da equipe do Pinel com os médicos do Miguel Couto, que se recusavam a levar a sério o quadro clínico do cliente e só tinham uma preocupação: sua medicação psiquiátrica. Por fim, José Cláudio começou a perder os movimentos da mão e, na tarde de 22/12, sem sequer entrar na UTI, morreu com o diagnóstico de ‘insuficiência cardiorrespiratória por miocardiopatia dilatada’ ao som dos *jingle bells*.

No mesmo período, a imprensa falava em bilhões de reais gastos pelo Governo Federal para proteger a ‘saúde’ dos bancos; no aumento de salário

que os senadores deram a si e a seus servidores; nos vídeos sobre o pastor Edir Macedo; em mais dois sequestros no Rio; no consumo de cocaína na Zonal Sul carioca; e, por fim, o secretário de política econômica festejava o consumo do Natal, como indício de ‘melhor distribuição de renda no país’. O que dizer disto? Citar Boudelaire: ‘Carrega-me vagão, batel, leva-me embora! Bem longe! Aqui do nosso pranto faz-se a lama?’ Ou insistir com Rousseau: ‘Eles me vêem no país das quimeras; eu os vejo no país dos preconceitos!’

Não temos assistência médica pública, pois devemos todos, *économie oblige*, procurar assistência privada. Mas José Cláudio e sua família não tinham dinheiro para consultar um médico particular nem para pagar seguro-saúde. Enquanto isso, os felizes e vorazes turistas brasileiros, em Miami ou Nova York, queimam um bilhão de dólares anuais, em boa parte com brinquedinhos eletrônicos que a corrupta receita fiscal ajuda a entrar no país; enquanto isso, a *jeunesse* e a *viellesse dorées* jogam fora milhões de reais gastos com cocaína e seguros anti-sequestro, para se defender dos bandidos de quem compram o pó para as alegres e excitantes noitadas; enquanto isso nossos prefeitos enterram dinheiro em calçadas para turista ver e que serão logo, logo, transformadas em depósito de lixo, mendigos, crianças abandonadas, marginais e mutilados de toda parte.

Depois disso, pedimos Paz. Mas Paz tem mão dupla. Paz é acordo, reciprocidade e solidariedade, e não ‘faz-de-conta’ de lobo para devorar cordeiros. É verdade, austeridade econômica e progresso social exigem sacrifícios. Mas ‘de quem’? De todos ou apenas ‘desta gente que a usina só o suor não secou; desta gente que a usina depois de mastigar, largou!’ Estamos cegos a ponto de não ver que o desdém com que tratamos os mais fracos tem retorno? Que mortes por descaso, como as de José Cláudio, voltam sob forma de sequestros, assaltos, tráfico, assassinatos, e que nada mais do que a ‘sacralização’, para o povo, do cinismo, da prepotência e do arrivismo cujo exemplo vem de cima?

José Cláudio, o que fizeram contigo foi desumano, puramente desumano. Morrestes sem direito a réquiem, sem mesmo entender, em teu frágil desamparo, por que tudo aquilo te acontecia. Mas não morreste em vão. Tua morte denuncia a estupidez, o egoísmo e a insensatez de todos que, nesse, país, se mantêm omissos no conforto tacanho de sua vidinhas pagas

com a dor, a humilhação e a morte de irmãos em humanidade como tu. Aos que te viram como “louco pobre” e, por isso, te trataram como ‘um bicho que fala’, mas que nem sente, nem sofre como ‘um de nós’, a esses perdoa! Quantos aos que te amaram, respeitaram, trataram e quiseram bem, a esses resta guardar tua memória e fazer dela o alento e força para lutar por um mundo menos cruel e mais justo. Que Deus te dê a vida que nossa impiedade te roubou”

“Desumano, puramente desumano”, de Jurandir Freire Costa¹

Esta crônica, publicada originalmente no jornal “Folha de São Paulo” em Janeiro de 1996, é bastante ilustrativa para representar as mazelas do cotidiano de muitos serviços públicos de saúde no Brasil. Percebemos um tom de revolta nas palavras de Jurandir Freire Costa diante de tanto descaso e indiferença frente ao sofrimento do outro.

No entanto, escolhemos esse texto por relatar, particularmente, o caso de um paciente com graves problemas psíquicos que apresentava um quadro clínico delicado, necessitando assim, ser assistido por outros profissionais em um hospital geral. Essa história aborda o tema central de nossa pesquisa: o imaginário sobre a loucura e suas possíveis implicações para o cuidado integral ao paciente com transtorno mental severo internado em unidades não-psiquiátricas devido a uma intercorrência clínica e/ou cirúrgica.

Vale ressaltar que os desafios para a produção do cuidado integral não estão postos apenas quando se trata de pacientes com comorbidades psiquiátricas. A discussão em torno da qualidade e integralidade da assistência tem recebido maior atenção no campo da Saúde Pública (Sá, 2009).

Ao mesmo tempo que observamos a ampliação da cobertura assistencial do SUS, iniquidades históricas no acesso aos serviços de saúde se mantêm, juntamente com os processos de desvalorização da vida e de banalização do sofrimento alheio (Sá, 2009), como Jurandir denunciou nessa crônica.

¹ In: COSTA, Jurandir Freire. Razões públicas, emoções privadas. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

Para nós, os obstáculos à produção do cuidado integral não residem apenas na precariedade das condições materiais, tecnológicas e na insuficiência de profissionais de saúde, nem somente nas características do modelo biomédico dominante. Ao lado desses fatores, os padrões de sociabilidade e os modos de subjetivação na sociedade contemporânea também colocam importantes limitações a qualidade do trabalho em saúde (Sá, 2009).

Desta forma, entendemos que o tema de nossa pesquisa se insere nessa discussão mais ampla, da qual propomos fazer um recorte, explorando o imaginário sobre a loucura instituído na sociedade ao longo do tempo e suas possíveis implicações para a produção do cuidado integral ao paciente com transtorno mental grave no hospital geral. A entrada desse sujeito nos diferentes serviços de saúde é relativamente recente e, na maioria das vezes, os profissionais de saúde reagem negativamente à sua presença.

Desde a década de 1970, estamos vivenciando um amplo processo de Reforma Psiquiátrica no país. Esse processo foi protagonizado, inicialmente, pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual teve o apoio de outros movimentos sociais, como o movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. O MTSM iniciou uma série de denúncias contra a violência permanente nos manicômios, a mercantilização da loucura, o monopólio de uma rede privada de assistência, além de questionar o saber psiquiátrico, sustentado no modelo hospitalocêntrico de assistência às pessoas com transtornos mentais² (Brasil, 2005).

Hoje, quarenta anos mais tarde, vemos os frutos da luta antimanicomial brasileira, que ainda está em processo de transformação das práticas de saúde voltadas ao sujeitos diagnosticados com transtorno mental. Contudo, o movimento da Reforma Psiquiátrica trouxe para arena de discussão não

² A psiquiatria adota os seguintes termos para se referir às pessoas em sofrimento psíquico: transtorno mental (em português e espanhol) e desordem mental (em inglês). A legislação brasileira utiliza a expressão “os portadores de transtorno mental”. Embora esses termos sejam bastante criticados, a presente pesquisa fará uso deles. Reconhecemos sua limitação. Entretanto, justificamos essa escolha por se tratarem de palavras/expressões usadas em documentos oficiais, além de serem descritores nas bases de dados de publicações científicas.

somente o questionamento às práticas assistenciais e ao hospital psiquiátrico: os conceitos e saberes que legitimavam essas práticas foram também fortemente rebatidos. Saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas que sustentavam a existência de um lugar de segregação, isolamento e patologização da experiência humana passaram a ser alvo de duras críticas (Amarante, 2007).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diversas modalidades – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi³ – são considerados dispositivos privilegiados e estratégicos para as transformações defendidas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). São serviços assistenciais de base comunitária, inseridos em um determinado território, sendo responsáveis por um número definido de pessoas com o diagnóstico de transtorno mental grave. Além disso, o CAPS é responsável pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental (Brasil, 2005).

Outros serviços foram compondo essa rede de assistência para apoiar o processo de desinstitucionalização desses sujeitos que durante muito tempo permaneceram trancafiados nos manicômios e hospitais psiquiátricos. As Residências Terapêuticas, o Programa de Volta para Casa, o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho foram desenvolvidos para auxiliar a reinserção social das pessoas com transtorno mental.

Ao lado dessas iniciativas, a Lei 10.216 de 2001 e a portaria 2048/GM de 2002 determinam que a atenção “(...) às urgências psiquiátricas [passaram a ser] uma responsabilidade dos serviços de urgência e emergência dos Hospitais Gerais. O atendimento à crise em saúde mental passaria a ser realizado nos hospitais gerais, (...)” (Paulon, 2012: 73).

Essa mudança legislativa nos fez questionar sobre como os trabalhadores do hospital geral estavam, nesses últimos anos, encarando essa nova realidade, uma vez que pacientes com transtorno mental grave raramente

³ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e funciona das 8h às 18h. O CAPS II tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e funciona das 8h às 18h. O CAPS III tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24h por dia e possui leitos noturnos. O CAPSad presta assistência ao paciente com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas e o CAPSi presta assistência à crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local.

frequentavam outros serviços de saúde que não os ambulatórios de psiquiatria e hospitais psiquiátricos, que em sua maioria se estruturavam como manicômios.

Assim, continuando nossos questionamentos, pensamos: as enfermarias psiquiátricas no hospital geral ou os leitos reservados a esses pacientes já foram criados exatamente para atender essa população em caso de uma crise psíquica, portanto a presença desses pacientes não seria tão inusitada, embora isso não queira dizer que não haveriam questões a serem discutidas acerca do cuidado prestado.

Contudo, fazendo um desvio de pensamento, perguntamos-nos: e os profissionais das outras enfermarias clínicas ou cirúrgicas? Como é para esses profissionais cuidarem desses pacientes em caso de algum problema de saúde? Partimos do pressuposto de que nas unidades não-psiquiátricas o contato com o dito louco poderia ser mais inesperado, por não estar destinado exclusivamente a essa população. Começamos, então, a nos questionar sobre os desafios colocados à produção do cuidado integral no *setting* hospitalar, considerando as significações imaginárias instituídas na sociedade em torno do fenômeno da loucura.

Esta pergunta foi fundamental para definirmos os nossos objetivos de pesquisa. Ademais, a revisão bibliográfica realizada sobre o tema, a qual apresentaremos no Capítulo 1, também foi um importante recurso para o delineamento de nossa pesquisa. Observamos a existência de poucos trabalhos científicos, principalmente no que diz respeito a bibliografia nacional.

Faremos um parêntese aqui, antes de apresentarmos nossa pesquisa, para contarmos a respeito de nossa proposta inicial. Tínhamos em mente realizar um trabalho de campo com equipes de profissionais de saúde de um hospital geral e pacientes atendidos nesse serviço que tivessem o “perfil” para nossa pesquisa. Fizemos algumas “sondagens” para tentarmos definir o campo de pesquisa. Feito isso, fomos algumas vezes em um hospital geral conversar com trabalhadores-chave: diretor geral, diretor geral da enfermagem, chefia de enfermagem de algumas enfermarias, chefia médica de um enfermaria.

Inicialmente a realização da pesquisa de campo parecia possível, entretanto, quando fomos adentrando o hospital e chegamos às chefias de enfermagens de sete enfermarias, aproximadamente, surpreendemo-nos com

o relato das enfermeiras de que esses “casos” não faziam parte da realidade do serviço; elas afirmaram não se lembrar de nenhum paciente com transtorno mental grave internado nas enfermarias de que elas eram responsáveis.

Tentamos ainda contatar outro hospital, mas essa possibilidade não se concretizou, pois parecia não existirem também esses pacientes cujo percurso de tratamento queríamos. Ficamos impressionadas como os nossos “informantes” se referiam às pessoas em situação de rua, dependentes químicos e pessoas com transtorno mental grave como se fossem uma coisa só, “tudo farinha do mesmo saco”. Isso nos remeteu aos séculos XVI e XVII, quando os pobres, os portadores de doenças venéreas, os loucos eram de fato vistos dessa forma.

Pois bem, diante da dificuldade encontrada e prazos a serem cumpridos, optamos por reformular nossa pesquisa, fazendo uma pesquisa teórica sobre o tema escolhido. No entanto, ao longo da discussão teórica, compartilhamos algumas dessas conversas informais que tivemos com a equipe de enfermagem do primeiro hospital que visitamos, por considerar que elas contribuem com as reflexões propostas. Fechando esse parêntese, passaremos, agora, para a apresentação de nosso trabalho.

No capítulo 1, apresentamos a revisão bibliográfica realizada sobre a atenção prestada ao paciente com transtorno mental severo no hospital geral, quando internados em unidades não-psiquiátricas devido a uma intercorrência clínica e/ou cirúrgica no hospital geral. Junto a isso, descrevemos também a metodologia empregada para tal atividade.

No capítulo 2, ainda costurando os caminhos desta pesquisa, apresentamos o percurso metodológico que sustentou a nossa discussão, trazendo os principais conceitos norteadores, bem como os principais autores e obras que nos apoiaram na definição desses conceitos.

No terceiro capítulo apresentamos uma das categorias centrais de análise que fundamentou nossa pesquisa. Para nortear, mais adiante, nossa discussão acerca dos desafios que o imaginário social sobre a loucura coloca para a produção do cuidado integral ao paciente com transtorno mental severo no hospital geral, apoiamo-nos nas contribuições de Cornelius Castoriadis, as quais apresentamos nesse capítulo.

No capítulo seguinte abordamos outra categoria de análise: a compreensão de cuidado que norteia nossa pesquisa. Situar o leitor nessa problemática é fundamental para que se compreenda a centralidade que a subjetividade e os processos inconscientes têm para nós, quando nos propomos discutir a produção de práticas de cuidado em saúde.

No capítulo 5 discutiremos, inicialmente, sobre o trabalho em saúde e o que reconhecemos como característica comum das várias profissões da saúde. Ao lado disso, fizemos um breve percurso pela história do hospital até chegarmos às características dessa organização na contemporaneidade. Depois discutimos o trabalho do médico e o trabalho do enfermeiro no hospital geral, sendo esses considerados personagens centrais nessa pesquisa.

No sexto capítulo fizemos um sobrevoo pela história da loucura até o século XX, discutindo as várias concepções acerca desse fenômeno produzidas ao longo da história e suas reverberações na sociedade atual. Percorreremos, rapidamente, a história da psiquiatria no Brasil até chegarmos nos resultados da RPB que vemos hoje.

No penúltimo capítulo, com o objetivo de deixar o louco falar de sua experiência com a loucura, abordamos alguns temas recorrentes nas narrativas de sujeitos com transtorno mental grave que provocaram em nós reflexões acerca da problemática do cuidado em saúde, para além do campo da saúde mental.

No último capítulo discutimos em que medida os processos inconscientes, sobretudo o imaginário, afetam a produção do cuidado em um serviço de saúde. Para tanto, fizemos uso dos conceitos de Cornelius Castoriadis - o imaginário social instituído e instituinte -, da abordagem psicossociológica, que se apoia centralmente na obra de Castoriadis, concentrando a discussão sobre os conceitos de imaginário enganador e imaginário motor de Engène Enriquez, juntamente com as contribuições da psicanálise, já exploradas pela psicossociologia francesa.

Por fim, tecemos algumas considerações acerca da pesquisa realizada, recuperando alguns pontos chave e principais conclusões do estudo e, ao lado disso, apontamos avanços e limites de nossa pesquisa e alguns questionamentos que poderiam ser objeto de estudo para investigações futuras.

1. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica

Neste capítulo apresentaremos uma revisão bibliográfica sobre o tema escolhido, assim como o caminho percorrido para o alcance de tal objetivo. Encontramos poucos artigos que abordaram a relação do profissional de saúde com o paciente psiquiátrico no hospital geral (HG). Muitos trabalhos se propuseram a discutir as consequências de uma comorbidade psiquiátrica para os resultados de saúde desses pacientes, quando internados em enfermarias - clínica ou cirúrgica - no HG, focando no tempo e nos custos dessas internações.

As bases de dados utilizadas para a revisão bibliográfica foram a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Pubmed, Scopus e Banco de Teses da CAPES; tendo como termos de busca: saúde mental, comorbidade, comorbidade psiquiátrica, comorbidade clínica, hospital geral, hospitalização clínica, assistência hospitalar, paciente psiquiátrico, cuidado integral, doença mental, hospitalização não-psiquiátrica. Foram consideradas várias combinações desses termos, utilizando o filtro “título, resumo e assunto”, a disponibilidade de textos completos e o intervalo temporal para publicações de 2004 a 2014, considerando o período de dez anos como suficiente para assegurar um conhecimento satisfatório e atualizado a respeito do material disponível.

O “Quadro 1” apresenta as combinações dos termos citados acima, bem como os filtros e a quantidade de trabalhos encontrados. A seleção dos artigos se deu em duas etapas: primeiro por meio do título e, segundo por meio do resumo. As combinações das palavras-chaves foram iguais para a base BVS, Pubmed e Scopus, fazendo a tradução dos termos para o idioma inglês, no caso das duas últimas bases.

O mesmo recurso de combinações não foi possível para o Banco de Teses da CAPES, uma vez que essas combinações impossibilitaram o acesso a qualquer trabalho. Além disso, não foi possível manter os filtros para essa base, pois não existem essas opções.

Quadro 1: Termos de busca, filtros utilizados e total de artigos selecionados, segundo bases de dados consultadas

Bases de dados	Termos de busca	Filtros	Total de Artigos (n)	Artigos selecionados por título (n)	Artigos selecionados por resumo (n)	Total de artigos selecionados ao final (n)	
SCOPUS	(mental health) AND (comorbidity) AND (hospital assistance)	"title, abstract", "full text", "published in the last 10 years"	24 textos	1 texto	-	-	
	(Psychiatric patient) AND (comorbidity) AND (general hospital)	"title, abstract", "full text", "published in the last 10 years"	474 textos	19 textos	11 textos	4 textos	
	(mental health) AND (general hospital) AND (clinical comorbidity)	"title, abstract", "full text", "published in the last 10 years"	387 textos	13 textos	5 textos	3 textos	
	(mental illness) AND (non-psychiatric hospitalization)	"title, abstract", "full text", "published in the last 10 years"	12 textos	2 textos	2 textos	1 texto	
	(mental health) AND (general hospital) AND (comprehensive care)	"title, abstract", "full text", "published in the last 10 years"	141 textos	10 textos	2 textos	1 texto	
	(psychiatric comorbidity) AND (general hospital)	"title, abstract", "full text", "published in the last 10 years"	548 textos	27 textos	14 textos	8 textos	
	(psychiatric patient) AND (general hospital) AND (clinical comorbidity)	"title, abstract", "full text", "published in the last 10 years"	365 textos	22 textos	10 textos	6 textos	
			1971 textos	94 textos	44 textos	23 textos	
	Total* (n)						

* Esses valores representam o total de artigos, incluindo a repetição daqueles que apareceram em mais de uma combinação dos termos de busca.

Fonte: produção própria.

Continuação do Quadro 1: Termos de busca, filtros utilizados e total de artigos selecionados, segundo bases de dados consultadas

Bases de dados	Termos de busca	Filtros	Total de Artigos (n)	Artigos selecionados por título (n)	Artigos selecionados por resumo (n)	Total de artigos selecionados ao final (n)
BVS	(saude mental) AND (comorbidade) AND (assistencia hospitalar)	"título, resumo e assunto", "texto completo" "2004-2014"	179 textos	17 textos	7 textos	7 textos
	(paciente psiquiatrico) AND (comorbidade) AND (hospital geral)	"título, resumo e assunto" "texto completo" "2004-2014"	1 texto	-	-	-
	(saude mental) AND (hospital geral) AND (comorbidade clinica)	"título, resumo e assunto" "texto completo" "2004-2014"	5 textos	3 textos	1 texto	1 texto
	(paciente psiquiatrico) AND (hospital geral) AND (comorbidade clinica)	"título, resumo e assunto" "texto completo" "2004-2014"	0 texto	-	-	-
	(doenca mental) AND (hospitalizacao nao psiquiatrica)	"título, resumo e assunto" "texto completo" "2004-2014"	157 textos	-	-	-
	(saude mental) AND (hospital geral) AND (cuidado integral)	"título, resumo e assunto" "texto completo" "2004-2014"	3 textos	-	-	-
	(comorbidade psiquiatrica) AND (hospital geral)	"título, resumo e assunto" "texto completo" "2004-2014"	3 textos	1 texto	1 texto	1 texto
			260 textos	21 textos	9 textos	9 textos
	Total* (n)					

* Esses valores representam o total de artigos, incluindo a repetição daqueles que apareceram em mais de uma combinação dos termos de busca.

Fonte: produção própria.

Continuação do Quadro 1: Termos de busca, filtros utilizados e total de artigos selecionados, segundo bases de dados consultadas

Bases de dados	Termos de busca	Filtros	Total de Artigos (n)	Artigos selecionados por título (n)	Artigos selecionados por resumo (n)	Total de artigos selecionados ao final (n)	
PUBMED	(Mental Health) AND (comorbidity) AND (hospital assistance)	"title, abstract", "full text", "published in the last 10 years"	20 textos	1 texto	-	-	
	(psychiatric patient) AND (comorbidity) AND (general hospital)	"title, abstract", "full text", "published in the last 10 years"	-	-	-	-	
	(mental health) AND (general hospital) AND (clinical comorbidity)	"title, abstract", "full text", "published in the last 10 years"	-	-	-	-	
	(psychiatric comorbidity) AND (general hospital)	"title, abstract", "full text", "published in the last 10 years"	13 textos	2 textos	1 texto	1 texto	
	(psychiatric patient) AND (general hospital) AND (clinical comorbidity)	"title, abstract", "full text", "published in the last 10 years"	-	-	-	-	
	(mental health) AND (general hospital) AND (comprehensive care)	"title, abstract", "full text", "published in the last 10 years"	-	-	-	-	
	(mental illness) AND (non-psychiatric hospitalization)	"title, abstract", "full text", "published in the last 10 years"	30 textos	6 textos	4 textos	2 textos	
			58 textos	9 textos	5 textos	3 textos	
	Total* (n)						

* Esses valores representam o total de artigos, incluindo a repetição daqueles que apareceram em mais de uma combinação dos termos de busca.

Fonte: produção própria.

Continuação do Quadro 1: Termos de busca, filtros utilizados e total de artigos selecionados, segundo bases de dados consultadas

Bases de dados	Termos de busca	Filtros	Total de Artigos (n)	Artigos selecionados por título (n)	Artigos selecionados por resumo (n)	Total de artigos selecionados ao final (n)
Base de Teses e Dissertações da Capes	(saúde mental) AND (hospital geral)	-	11 textos	1 texto	1 texto	1 texto
	(paciente psiquiátrico) AND (hospital geral)	-	1 texto	-	-	-
	(saúde mental) AND (comorbidade) AND	-	8 textos	-	-	-
	(doença mental) AND (hospital geral)	-	-	-	-	-
Total* (n)			20 textos*	1 texto	1 texto	1 texto

* Esses valores representam o total de artigos, incluindo a repetição daqueles que apareceram em mais de uma combinação dos termos de busca.

Fonte: produção própria.

Os textos foram inicialmente selecionados pelo título. Um total 125 textos foram selecionados. Após essa etapa, demos início a leitura dos resumos, sendo escolhido 59 resumos. Desse número, quatro publicações não foram encontradas na íntegra, portanto consideramos o total de 55 resumos. Por fim, após a leitura crítica desses artigos na íntegra, selecionamos vinte e cinco publicações e uma dissertação. Essa diferença foi devida tanto a repetição dos textos como a rejeição de alguns outros, devido ao distanciamento de nossa temática.

A partir de alguns textos-chave encontrados, considerou-se também as referências bibliográficas utilizadas pelos autores, levando em conta as publicações dos últimos dez anos, de 2004 a 2014.

1.1 Resultados da pesquisa bibliográfica

Observou-se nesta revisão bibliográfica que as pesquisas que trataram do tema – o atendimento assistencial prestado ao paciente com transtorno mental grave em unidades não-psiquiátricas - concentraram-se na percepção do profissional de enfermagem (Zolnierok & Clingeman, 2012; Paes, Maftum & Mantovani, 2010; Lethoba; Netswera & Rankhumise, 2006; Clark, Parker & Gould, 2005; Atkin, Holmes, & Martin, 2005; Reed & Fitzgerald, 2005; McDonald et al., 2003; De Jonge et al., 2001). Apenas dois artigos consideraram como sujeitos de pesquisa outros profissionais de saúde - médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas (Minas et al., 2011; Chikaodiri, 2009).

Nenhum dos estudos considerou a experiência do cuidado prestado no hospital geral a partir do olhar do paciente com transtorno mental. Entretanto, Shattell et al. (2006) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de investigar experiências de pacientes que já se sentiram compreendidos por profissionais de saúde em algum momento da vida. Segundo os autores, mesmo os sujeitos que relataram experiências de serem compreendidos também descreveram experiências dolorosas anteriores. Sentimentos como, solidão, isolamento e vulnerabilidade apareceram nos discursos dos entrevistados.

Ainda que a literatura apresente lacunas quanto a escuta voltada para o paciente com transtorno mental no que diz respeito ao cuidado prestado por

equipes não-psiquiátricas, Zolnierek e Clingerman (2012) apontam para o reconhecimento, por parte dos enfermeiros, da importância da participação do paciente em seu tratamento.

Com exceção de três dissertações⁴ de mestrado e um artigo (produto também de uma dissertação), não foram encontrados estudos semelhantes no Brasil. Algumas pesquisas brasileiras às quais tivemos acesso, estão voltadas para o atendimento ao sujeito com transtorno mental no pronto atendimento do hospital geral em situações de crise psíquica, mas não se referem àqueles que precisaram de outros tratamentos em enfermarias não – psiquiátricas (Paulon, 2012; Duarte & Olschowsky, 2011; Campos & Teixeira, 2001; Hildebrandt & Alencastre, 2001).

Hildebrandt e Alencastre (2001), em seu artigo de revisão bibliográfica sobre a inserção da psiquiatria em hospital geral afirmam existir uma ampla literatura nacional e também internacional sobre a internação de pessoas com doença mental em hospital geral devido a problemas psiquiátricos, o que difere dos nossos achados quando o assunto é a internação de pacientes com transtorno mental internados no HG por outros problemas de saúde.

Paes, Maftum e Mantovani (2010) foram responsáveis por um dos poucos trabalhos nacionais encontrados que abordaram a problemática do cuidado produzido aos pacientes com transtorno mental no HG. Seguindo a tendência internacional, também se dedicaram a estudar o cuidado de enfermagem prestado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em uma unidade de pronto atendimento no hospital geral. Os achados foram categorizados em: “O cuidado é técnico e sem especificidade”; “Segurança e proteção ao paciente”; “Contenção física e química como medida de proteção.

Os autores afirmam que os profissionais de enfermagem, ao prestarem cuidado “(...) ao paciente com sintomas psiquiátricos, tendem a apresentar sentimentos como, por exemplo, medo de agressão e insegurança, que podem dificultar e até impedir o cuidado” (Paes, Maftum, Mantovani, 2010: 282). Os resultados dessa pesquisa evidenciaram a dificuldade no manejo desses

⁴ Como apontamos anteriormente, tivemos acesso a uma dissertação de mestrado por meio de nossa busca bibliográfica, sendo que as outras duas foram encontradas por outros meios. Uma delas por meio de um seminário sobre Saúde Mental que aconteceu na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, cujo trabalho foi apresentado pelo autor (Assis, 2014). E a outra dissertação foi encontrada quando outro assunto estava sendo pesquisado, de forma mais aleatória.

pacientes e na percepção de suas necessidades pela equipe de enfermagem (Paes, Maftum & Mantovani, 2010).

De modo geral, tais resultados se repetem em todos os artigos que abordaram a percepção e/ ou o atendimento prestado ao paciente com transtorno mental no hospital geral, seja devido a uma crise psíquica, seja devido a uma intercorrência clínica. As pesquisas evidenciam a dificuldade no manejo com esses pacientes e sugerem que as atitudes dos enfermeiros para com o paciente são consideradas negativas (Zolnierek, 2009).

Zolnierek e Clingeman (2012) definiram quatro categorias para caracterizar as experiências de enfermeiros no atendimento a pacientes com transtorno mental no hospital geral: tensão, desconforto, falta de satisfação profissional e dificuldade.

A categoria *tensão* foi descrita como a necessidade sentida pelos enfermeiros de estarem constantemente em estado de vigilância para garantirem a segurança do paciente, a sua própria e a dos outros. A preocupação com a segurança desses pacientes e dos profissionais também foi apontada por Paes, Maftum e Mantovani (2010). Segundo os autores, o uso da contenção física e química é muitas vezes justificado por esse motivo.

O *desconforto* foi descrito como o sentimento de estar despreparado (falta de formação/conhecimento) para lidar com esses pacientes. Esse último tópico é um argumento bastante frequente na fala dos profissionais de saúde. A maioria afirma não ter habilidade e formação, conhecimento e manejo com as comorbidades psiquiátricas para proporcionarem um cuidado adequado e de qualidade (Atkin, Holmes & Martin, 2005; Clark, Parker & Gould T, 2005; Reed F. & Fitzgerald, 2005). Para Camargo (2011:47), "(...) a carência de conhecimento na área de saúde mental repercute na assistência prestada, de forma negativa".

A *falta de satisfação profissional* está relacionada ao pensamento de ineficácia de suas ações, ou seja, os enfermeiros não acreditam que suas intervenções tenham algum resultado positivo para o paciente. Esse sentimento pode colaborar para a resistência dos profissionais de enfermagem em atender as pessoas com transtorno mental, como Camargo (2011) observou.

Por último, temos a categoria *dificuldade* que está relacionada à ideia de que esses pacientes interrompem a estrutura e o fluxo do trabalho da equipe e requerem mais tempo e esforço desta (Zolnierek & Clingeman, 2012). As dificuldades em produzir o cuidado também são apontadas no trabalho de Camargo (2011), gerando angústia na equipe de enfermagem.

Em outro estudo realizado por Chikaodiri (2009), a equipe de saúde se posicionou a favor da criação de uma enfermagem psiquiátrica no hospital geral. Apesar disso, a maioria dos entrevistados não gostariam de trabalhar próximo desse setor. Os profissionais expressam medo em cuidar do paciente com transtorno mental (Chikaodiri, 2009).

Os enfermeiros do hospital geral consideram os pacientes com transtorno mental como: difíceis e problemáticos (Zolnierek & Clingeman, 2012), perturbadores (Atkin, Holmes, & Martin, 2005), mais complexos (De Jonge et al., 2001), imprevisíveis (Lethoba; Netswera & Rankhumise, 2006).

O estigma a respeito do paciente com transtorno mental acaba por influenciar negativamente a qualidade do cuidado prestado pelos profissionais de saúde. O diagnóstico psiquiátrico já é suficiente para rotular o paciente como sendo difícil dentro das enfermarias cirúrgicas de um hospital geral (Zolnierek, 2009).

Camargo (2011) também elegeu, como tema de discussão de sua pesquisa, o preconceito que emergiu das falas dos enfermeiros entrevistados de um hospital geral. “O preconceito em relação à pessoa acometida pelo transtorno mental aparece na fala dos sujeitos ouvidos, sugerindo distanciamento e podendo esse ser expresso por maneiras variadas” (Camargo, 2011: 48).

Minas et al. (2011) apresentou uma pesquisa realizada com dois grupos de profissionais de saúde de um hospital geral. Um grupo recebeu um caso de paciente diabético e outro um caso de paciente com transtorno mental, sendo que, depois, ambos foram orientados a responder um questionário. Aqueles que responderam o questionário a partir da vinheta de saúde mental deram medidas significativamente mais baixas para o cuidado e suporte prestado ao paciente, e medidas mais altas em relação ao comportamento evitativo e a expressão de estereótipo negativo quando comparado com o grupo que respondeu o questionário a partir do caso de diabetes.

Os resultados da pesquisa realizada por Mcdonald et al. (2003) estão de acordo com estudo acima. Sessenta enfermeiros foram divididos em três grupos. Todos os grupos receberam a descrição do mesmo caso, configurando uma situação de infarto agudo dando entrada em uma unidade de emergência. Porém, algumas diferenças em relação à medicação que este paciente fazia uso foram apresentadas. Um grupo recebeu a vinheta que acrescentava o uso de um ansiolítico. O outro grupo recebeu a vinheta que descrevia várias medicações psicotrópicas que o paciente fazia uso e o grupo controle não recebeu essas informações.

O grupo que recebeu o caso que configurava uma descrição de um paciente psicótico foi menos propenso a avaliar o quadro como sendo de um infarto. De acordo com os autores, o reconhecimento de que o estereótipo negativo direcionado a pacientes com comorbidades psiquiátricas pode influenciar suas atitudes é importante para auxiliar os profissionais na produção do cuidado (Mcdonald et al., 2003).

Como medida de intervenção para a melhoria do cuidado produzido pelos profissionais de saúde aos pacientes com transtorno mental em hospitais gerais, a literatura aponta para a importância da implementação de unidades especializadas e interconsultas psiquiátricas (Zolnierek, 2009); para a formação de equipes multidisciplinares (Cashin, Adams & Handon, 2008); desenvolvimento de processos educativos e aumento do contato dos profissionais com pacientes psiquiátricos, podendo mudar o estereótipo negativo e influenciar positivamente as respostas dos profissionais (Mcdonald et al., 2003; Reed & Fitzgerald, 2005; Rüscher, Angermeyer & Corrigan, 2005; Lethoba et al., 2006; Chikaodiri, 2009; Zolnierek, 2009; Zolnierek & Clingerman, 2012).

Os profissionais de psiquiatria que responderam ao questionário realizado por Bolton (2012) sugeriram o treinamento em saúde mental para estudantes de medicina e de enfermagem como a principal forma de combater o estigma da doença mental, corroborando os estudos supracitados.

Para Zolnierek (2011), embora as interconsultas com profissionais de saúde mental possa ser uma ferramenta importante para auxiliar os profissionais de saúde em geral que prestam cuidado ao paciente com transtorno mental, ela não é suficiente. Segundo a autora, ambientes

favoráveis à prática dos enfermeiros devem ser capazes de estabelecer uma relação entre profissional e paciente, produzindo um cuidado centrado na pessoa.

Munro, Watson e McFadyen (2007) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de testar o impacto do treinamento de equipes de saúde que prestam cuidado às pessoas com comorbidade psiquiátrica e uso de substâncias. Os resultados mostram que o programa de treinamento propiciou melhoria das atitudes terapêuticas por parte dos participantes que lidam com esses pacientes, tanto imediatamente após o treinamento, quanto durante seis meses de acompanhamento. O treinamento também foi importante para melhorar o conhecimento geral sobre o álcool, drogas e comorbidades.

Elias (2012) aposta no potencial de oficinas de sensibilização para enfermeiros não especialistas para cuidar do paciente psiquiátrico em situação de uma emergência clínica. Estando de acordo com os demais autores, Elias (2012) também defende que uma formação adequada "(...) é capaz de intervir positivamente no imaginário da loucura" (Elias, 2012: 71).

De acordo com Macdonald (2007) e Zolnierek (2009), alguns obstáculos encontrados no ambiente do hospital geral contribuem para a dificuldade e, conseqüentemente, para a recusa dos profissionais em atender pacientes com transtorno mental. A organização do serviço, a estrutura, recursos disponíveis nas enfermarias e a falta de tempo são alguns desses fatores apontados pelos enfermeiros. As regras rígidas do hospital, sua rotina rigorosa e o foco da atenção voltada às necessidades físicas desafiam a capacidade do profissional em prestar adequadamente o cuidado a esses pacientes (Zolnierek & Clingerman, 2012).

É importante pontuar que os serviços de psiquiatria também demonstram dificuldade em lidar com pacientes que apresentam comorbidades clínicas além do diagnóstico para transtorno mental (Dolinar, 1993). Mitchell, Delaffon e Lord (2012) afirmam que pacientes psiquiátricos, principalmente aqueles que fazem uso de medicação antipsicótica são menos submetidos a exames clínicos e monitoramento de sua saúde física nos serviços de psiquiatria.

Ademais, vale ressaltar, no que diz respeito aos resultados de nossa busca bibliográfica, que boa parte dos artigos selecionados não abordavam

centralmente a temática de nossa pesquisa, porém trouxeram questões relevantes para pensar a entrada do paciente com transtorno mental severo no hospital geral. A dificuldade no acesso a serviços de saúde pelo paciente com transtorno mental; a presença de eventos adversos no *setting* hospitalar durante a internação não-psiquiátrica desses pacientes; os perigos da interação medicamentosa e os custos e o tempo de internação de pacientes com transtorno mental foram focos de alguns estudos.

Lambert et al. (2003) citado por Zolnierek (2009) afirmam que pessoas com transtorno mental encontram barreiras para acessar os serviços médicos devido ao comportamento dos próprios profissionais de saúde (aversão a esses pacientes, falta de acompanhamento, falta de continuidade pelo mesmo profissional), bem como fatores envolvendo o paciente e sua doença (não adesão ao tratamento, dificuldade de comunicação, alta tolerância à dor e dificuldade de mudança de comportamentos de estilo de vida). Ao lado disso, os hospitais gerais também tendem a recusar o paciente com transtorno mental (Sullivan et al., 2006).

Assis (2014), sobre o atendimento de uma paciente esquizofrênica em uma unidade de atenção básica, diagnosticada com hanseníase, afirma que o acesso dela foi facilitado quando uma de suas parentes mencionou o diagnóstico clínico em alto e bom tom na recepção do serviço. No entanto, o atendimento foi dificultado, no mesmo dia, quando a paciente foi considerada da “psiquiatria”. Segundo o autor, “(...) ser considerado paciente psiquiátrico era um empecilho para ser recebido nos serviços que formavam a rede de saúde e não exclusivamente de saúde mental” (Assis, 2014:191).

Entre os estudos capturados na revisão bibliográfica, alguns apontam para os eventos adversos presentes em internações não-psiquiátricas de pacientes com transtorno mental e constatam maior número desses eventos em comparação aos identificados em pacientes de outros perfis. Em sua pesquisa, Daumit et al. (2006) afirmam que durante as hospitalizações médicas e cirúrgicas, pessoas com esquizofrenia tinham pelo menos duas vezes mais chances de sofrer eventos adversos graves quando comparados com pacientes sem esquizofrenia que sofriam do mesmo problema de saúde.

Segundo os autores, esses efeitos adversos foram associados com resultados clínicos ruins durante a hospitalização, aumentando o tempo de

internação, os custos, o uso de UTI e óbito hospitalar para pacientes com esquizofrenia. Os achados de Daumit et al. (2006) estão de acordo com a pesquisa realizada por Khaykin et al. (2010). Esses últimos afirmam que pessoas com esse diagnóstico psiquiátrico são mais prováveis de sofrerem os tipos mais comuns de erros médicos.

Em relação à interação medicamentosa, podemos considerar que o tratamento farmacológico de pacientes com transtorno mental se apresenta como grande desafio aos profissionais médicos em geral. Milenovic et al. (2011) afirmam que a interrupção abrupta de medicamentos psicotrópicos pode levar ao agravamento (desestabilidade) da doença. Ao mesmo tempo, a combinação de psicotrópicos com anestésicos e medicamentos pós-operatórios, por exemplo, pode levar a intoxicação do paciente. Para tanto, ambos os trabalhos consideram a importância da interconsulta com psiquiatras e farmacêuticos nos *setting* do hospital geral para auxiliar os outros profissionais.

Por último, os custos e o tempo de internação de pacientes com comorbidade psiquiátrica: Vários artigos encontrados deram ênfase a essas dimensões. Os autores afirmam que a presença de uma comorbidade psiquiátrica aumenta os custos e o tempo de internação desses pacientes (Bartels, 2004; Hoover, 2004; Bressi, Marcus & Solomon, 2006; Daumit et al. 2006; Sayers et al. 2007; Cashin, Adams & Handon, 2008; Hochlehnert et al., 2011; Konnopka et al., 2011). Além disso, algumas pesquisas mostram um aumento de internações não-psiquiátricas por pessoas com transtorno mental (Sayers et al., 2007; Cashin, Adams e Handon, 2008).

Zolnierek (2009), em um trabalho de revisão sistemática, considerou pesquisas que analisaram os resultados clínicos de pacientes com transtornos mentais graves internados em unidades não-psiquiátricas em hospitais gerais. Esse artigo já apontava para ampla literatura focando os custos e tempo de internação. Contudo, a autora enfatiza que o cuidado ao paciente com transtorno mental não pode se reduzir a esses pontos; deve considerar o manejo dos sintomas psiquiátricos bem como a experiência de cuidado do paciente (Zolnierek, 2009).

Concordamos com Zolnierek (2009). O cuidado prestado nos serviços de saúde aos pacientes, com ou sem comorbidades psiquiátricas, vai além desses

aspectos abordados pela literatura. Essa discussão precisa ser ampliada, assim como a compreensão de cuidado que atravessa as práticas de saúde.

Nesse sentido, propomos trazer para discussão outros pontos que entendemos ser fundamentais para pensar a produção do cuidado assistencial. A partir de uma leitura psicossociológica (Enriquez, 1997; Azevedo, 2005; Sá 2005) reconhecemos a centralidade da subjetividade, bem como dos processos inconscientes na produção do cuidado nos serviços de saúde (Sá, 2005, 2009; Azevedo, 2002, 2005).

Observamos, por meio de nossa revisão bibliográfica, que o cuidado assistencial prestado ao sujeito com transtorno mental grave no hospital geral, por conta de crises somáticas, parece ser uma questão de difícil manejo para os profissionais de saúde. Palavras como medo, insegurança desconhecimento, desgaste surgiram com frequência nos trabalhos selecionados. No entanto, esse assunto não é muito discutido no Brasil.

A chegada do paciente com transtorno mental grave no hospital geral em decorrência de complicações clínicas não parece incomum, segundo a literatura internacional. Diversos estudos afirmam que pacientes com transtorno mental apresentam maior risco de desenvolver algumas comorbidades somáticas, como a diabetes e doenças do coração, em decorrência do uso prolongado de certas medicações e hábitos de vida não-saudáveis (Zolnierek & Clingerman, 2012; de Hert et al., 2010; Oud et al., 2010; Oud et al., 2009; Zolnierek, 2009; Carney, Jones & Woolson, 2006; Dombrovski, Rosenstock, 2004; Lyketsos et al., 2002).

É sabido que atenção básica tem um papel fundamental no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. O controle de doenças crônicas que atingem a população de modo geral é um dos objetivos das ações educativas implementadas por esse setor, com vistas a evitar complicações futuras.

Contudo, o paciente com comorbidade psiquiátrica é menos propenso a receber cuidados primários de saúde por vários motivos: dificuldade de acesso, conhecimento, credibilidade e redução da percepção de dor (Cashin, Adams, & Handon, 2008; Dombrovski, Rosenstock, 2004; Zolnierek & Clingerman, 2012). Todos esses fatores podem contribuir para o atraso desses sujeitos em procurar o serviço de saúde.

As pessoas diagnosticadas com transtorno mental chegam com mais frequência aos serviços de saúde de emergência (Zolnierek, 2009; Bartels, 2004), necessitando de intervenções mais invasivas, como cirurgias, em consequência do agravamento de sua saúde. Bouza, López-Cuadrado e Amate (2009), observaram em sua pesquisa que a hospitalização, em decorrência de doenças clínicas, de pessoas com esquizofrenia é mais frequente nessa população.

Ademais, a literatura aponta que os pacientes com comorbidades psiquiátricas recebem pior atendimento nos serviços de saúde, trazendo implicações para a saúde dessa população (Bradshaw et al., 2013; Cai & Li, 2013, Rathore e. al., 2008; Mitchell, Delaffon & Lord, 2012; Lykouras & Douzenis, 2008).

Portanto, considerando o exposto até o momento, entendemos que a revisão bibliográfica apresentada oferece subsídios importantes para o desenvolvimento da presente pesquisa, a qual tem por objetivo explorar o imaginário sobre a loucura e suas possíveis implicações para o cuidado integral ao paciente com transtorno mental severo internado em unidades não-psiquiátricas devido a uma intercorrência clínica e/ou cirúrgica.

Neste capítulo, demos os primeiros passos no sentido de situar o leitor no campo teórico que atravessa e sustenta nossa pesquisa. Para nós, alguns elementos são imprescindíveis à produção do cuidado: a subjetividade dos profissionais e pacientes e os processos inconscientes que permeiam as relações entre eles dentro de um serviço de saúde trazem consequências importantes para as práticas de saúde (Sá, 2005, 2009). É por essa linha de pensamento que guiaremos nosso percurso.

O imaginário em torno da loucura é central para nossa discussão. Entendo-o como produto hegemonicamente inconsciente, ele é capaz de produzir diferentes afetos entre os sujeitos, isto é, entre profissional de saúde e paciente, interferindo, desta maneira, no cuidado produzido. A produção de significações imaginárias que percorrem os espaços assistenciais possibilita tanto a reprodução das práticas de saúde, como também, o desenvolvimento de práticas criadoras, que rompem com o que já está instituído, fomentando processos de mudança.

No próximo capítulo apresentaremos nosso percurso metodológico, traçando o caminho percorrido por nosso pensamento e como o processo de escrita foi se dando, a partir das escolhas teóricas.

2. Percurso metodológico: os caminhos da pesquisa

Nesse Capítulo descreveremos os caminhos que trilhamos para desenvolver nossa discussão. Seguiremos a ordem em que a escrita foi ocorrendo, o que não necessariamente está em acordo com a estrutura textual final, ou seja, os capítulos não foram exatamente escritos na ordem que definimos. Entendemos que os pensamento reflexivo não é linear, não obedece obrigatoriamente uma lógica de começo, meio e fim, podendo, assim, ter idas e vindas, pausas e continuidades, incluindo alterações radicais desses caminhos.

O **objetivo geral** dessa pesquisa foi explorar o imaginário sobre a loucura e suas possíveis implicações para a produção do cuidado integral ao paciente com transtorno mental severo internado em unidades não-psiquiátricas do hospital geral. Esse objetivo se desdobrou em dois **objetivos específicos**, a saber:

- Analisar a produção bibliográfica sobre a atenção prestada ao paciente com transtorno mental severo no hospital geral, quando internado em unidades não-psiquiátricas devido a uma intercorrência clínica e/ou cirúrgica no hospital geral;
- Explorar os limites e possibilidades que o modo de organização do cuidado no hospital geral coloca para a produção do cuidado integral ao paciente com transtorno mental severo.

Desta forma, a definição de alguns conceitos se fizeram fundamentais para essa pesquisa. Primeiro percebemos a necessidade de definirmos qual era concepção de cuidado que estávamos trabalhando, o que entendíamos por cuidado integral. Para tanto, recorreremos aos textos de José Ricardo de C. M. Ayres, Luiz Claudio Figueiredo, Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Sousa Campos, Rubem Araújo de Mattos entre outros. Esses autores foram escolhidos por apresentarem, a despeito das diferenças de abordagens teóricas, uma compreensão do cuidado em saúde que confere centralidade à sua dimensão relacional, intersubjetiva.

Depois disso, percebemos que precisávamos compreender mais sobre o espaço, o cenário onde se dá esta relação assistencial – o hospital – e seus protagonistas para desenvolvermos a discussão que aqui nos propomos

realizar. Assim, delineamos o cenário da pesquisa: o hospital geral. Propusemo-nos a contar brevemente a história do hospital a partir dos escritos de Michel Foucault, Denise Pires e Lilia Blima Schraiber e alguns outros textos de apoio. A discussão que Marilene de Castilho Sá e Creuza da Silva Azevedo realizaram sobre as abordagens de gestão do cuidado também nos foi muito útil para discorrermos sobre o hospital na contemporaneidade.

As publicações de Denise Pires, Lilia Schraiber, Graça Carapinheiro, Emerson Merhy foram importantes também para falarmos sobre a história da medicina e da enfermagem, bem como dos respectivos profissionais, médicos e enfermeiros no *setting* hospitalar. Definimos esses trabalhadores da saúde como os personagens de nossa pesquisa devido à centralidade deles no processo de produção do cuidado aos pacientes internados. Ao discorrermos sobre o trabalho do médico e do enfermeiro no hospital geral, achamos importante caracterizarmos, primeiro, o trabalho em saúde, no que diz respeito aos elementos comuns a todo profissional da área. Além dos autores já mencionados, a autora Marilene de Castilho Sá trouxe importantes contribuições para a pesquisa ao reconhecer a presença da dimensão inconsciente no trabalho em saúde e suas implicações para produção do cuidado.

Discutir o cuidado a pacientes diagnosticados com transtorno mental grave nos colocou diante da necessidade de retomarmos, sucintamente, a história da loucura, o que não poderíamos fazer sem resgatarmos a obra “A História da Loucura na idade Clássica” de Michel Foucault. O livro de Sandra Caponi “Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada” nos trouxe ao século XX para discutirmos o modo como a loucura é percebida na atualidade. Alguns escritos de Paulo Amarante, importante representante da luta antimanicomial brasileira, trouxeram-nos de volta ao Brasil, apresentando diferentes abordagens/intervenções sobre a loucura na sociedade brasileira.

Foi nesse momento que nos demos conta de que algo estava faltando. É claro que estava, até mesmo porque não tínhamos apresentado nosso conceito central que é o imaginário. No entanto, não foi essa falta que nos chamou atenção, pois reconhecíamos essa lacuna e sabíamos que chegaria o momento de falarmos sobre esse conceito. Percebemos que não havíamos falado sobre o sujeito com transtorno mental, tínhamos “esquecido”. Pensamos

o quanto isso nos parecia significativo e o quanto reproduzia a maneira como a sociedade em geral agia em relação ao louco e, mais especificamente, a invisibilidade desse sujeito nos setores não psiquiátricos do hospital geral.

No entanto, ainda restava tempo para nos redirmos dessa falha. Achamos então fundamental que, ao invés de falarmos do louco, o louco pudesse falar de si; queríamos ouvir a voz dos sujeitos diagnosticados com algum transtorno mental, o tanto quanto isto possa ser possível nos limites de um estudo acadêmico. Foucault em “A História da Loucura” já havia nos alertado sobre o fato do louco ter “perdido a voz” a partir do momento em que a medicina se apoderou da loucura. Na contramão desse movimento, recorreremos à três obras escritas, respectivamente, por Albertina Borges da Rocha, Antonin Artaud e Rodrigo de Souza Leão, todos eles diagnosticados com esquizofrenia. Uma quarta obra organizada por Eduardo Mourão Vasconcelos e colaboradores também foi utilizada. Ela continha tanto textos escritos por sujeitos ditos “loucos” como entrevistas completas realizadas com sujeitos com transtornos mentais. Utilizamos também alguns trechos do documentário “Estamira” dirigido por Marcos Prado e mais dois artigos acadêmicos que traziam algumas falas desses sujeitos.

É prudente ressaltar aqui os desafios e armadilhas que podem surgir no exercício de “ouvir a voz” do louco. Embora nos propomos ouvir o que o louco tem para falar de si, há sempre um recorte, um destaque que é nosso e um ouvir seletivo, sempre enviesado.

Além disso, um outro desafio se refere aos limites que a linguagem corrente, tradicional, tem para apreender a experiência da loucura, na maior parte das vezes atravessada por afetos não passíveis de representação. Daí a importância de recorrermos também à literatura, ao cinema, à linguagem artística em geral.

Voltando ao percurso de nossa escrita, depois de ouvir o que o louco tem a falar de si e de sua vida, queríamos então adentrar na discussão acerca do imaginário social da loucura e dos desafios que se colocam para a produção do cuidado assistencial. No entanto, faltava ainda definirmos nosso conceito central: o imaginário. A escolha desse conceito como categoria central de análise se deveu ao fato de reconhecermos a importância dos processos inconscientes para a discussão do cuidado em saúde. Com base nas

contribuições da teoria psicanalítica, entendemos que as produções imaginárias são produtos da dimensão inconsciente que atravessa todas as relações humanas, bem como a identificação, a ilusão e os mecanismos de defesa produzidos pelos sujeitos na sua relação com os outros e diante do que lhes causa sofrimento.

Desta forma, a partir do pensamento de Cornelius Castoriadis, discorreremos acerca da concepção de imaginário que estamos trabalhando nessa pesquisa. Essa definição fez-se necessária para marcarmos a diferença entre o que estamos entendendo por produções imaginárias e o que o pensamento comum associa a elas.

A escolha por Castoriadis se deveu ao fato de sua obra embasar centralmente a abordagem psicossociológica sobre o imaginário. Contudo trata-se de uma obra muito densa, transdisciplinar, e de grande abrangência, cujo alcance vai muito além do que é possível discutir na presente dissertação. Além disso, a definição de um autor para apoiar o conceito de imaginário também se deve ao fato de muitos trabalhos científicos utilizarem esse conceito sem precisão conceitual.

Atribuímos aos trabalhos produzidos por Marilene de Castilho Sá e Creuza da Silva Azevedo grande importância para discutirmos o cuidado assistencial. As autoras têm se dedicado à discussão do cuidado em saúde a partir da centralidade dada a intersubjetividade e a dimensão inconsciente do trabalho em saúde.

Recorremos também à Eugène Enriquez, psicossociólogo, assim como Marilene Sá e Creuza Azevedo, para discutirmos o imaginário organizacional. Enriquez desenvolveu os conceitos de imaginário enganador e imaginário motor organizacional, os quais também nos auxiliaram na discussão a respeito das implicações que o cuidado assistencial aos pacientes com transtorno mental grave pode trazer para a organização hospitalar e seus membros.

Chegamos aqui ao final do nosso percurso metodológico. Propor uma discussão teórica consistente no curto espaço de tempo de uma dissertação é um desafio. Ficamos sempre entre o perigo da superficialidade e o perigo de adentrarmos nas profundezas do pensamento, sem conseguir sair a tempo do prazo estabelecido.

Uma pesquisa teórica se diferencia de uma revisão bibliográfica, pois pressupõe a construção/reconstrução de conceitos ou ferramentas conceituais úteis para a apreensão do fenômeno ou problema a ser estudado, a partir da contribuição de autores diversos, aos quais é preciso fazer dialogar.

Conectar cada ponto do pensamento, cada ideia de forma que seja possível a compreensão para aquele que lê, sem tudo parecer ideias soltas, traduzidas em palavras, exige um trabalho árduo de aproximação e distanciamento. É preciso que a leitura lhe seja íntima e estranha ao mesmo tempo. Íntima o suficiente para permitir ao autor falar dela como uma produção própria e distante o suficiente para que lhe permita manter o olhar crítico.

Nos próximos capítulos apresentaremos a discussão realizada em torno dos limites e possibilidades que as significações imaginárias podem colocar à produção do cuidado integral a esses pacientes quando internados em um hospital geral devido a uma intercorrência clínica e/ou cirúrgica, a partir das contribuições teóricas dos autores escolhidos.

3. A noção de imaginário como categoria de análise

Acreditamos ser fundamental apresentar, de antemão, a categoria de análise que fundamentará nossa discussão ao longo dos capítulos seguintes. Propomo-nos a discutir os desafios que o imaginário social sobre a loucura coloca para a produção do cuidado integral ao paciente com transtorno mental severo internado em unidades não-psiquiátricas devido a uma intercorrência clínica e/ou cirúrgica.

Desta forma, torna-se necessário compreender a concepção de imaginário sustentada aqui, uma vez que vários sentidos foram atribuídos a este conceito ao longo do tempo. Com base nas contribuições de Castoriadis (1982, 1987, 1992, 1999, 2004) faremos um percurso pelos principais conceitos desenvolvidos pelo autor, nos quais apoiaremos nossa discussão.

A obra de Castoriadis não se inscreve num campo disciplinar específico; ela interliga diferentes áreas, como filosofia, psicanálise, economia, ciências políticas, história, etc. (Giust-Desprairies, 2005). Assim, faremos um recorte de algumas partes de sua obra, trazendo à luz sua compreensão em torno da noção de imaginário social.

3.1 O imaginário no pensamento ocidental e as contribuições da psicossociologia para a construção do conhecimento

No sentido corrente, o imaginário está associado a ideia de engano, faz-de-conta, fantasia, falsidade, ou ilusão, inimigo da razão que tenta a todo tempo controlá-la. Nas palavras de Giust-Desprairies (2005):

Até um período recente, o imaginário tanto na história da filosofia como no pensamento profano, é considerado como essencialmente na ordem da ilusão. Nas suas produções, o imaginário opõem-se à realidade; ele é o que apenas existe como vestígios no nosso espírito da nossas percepções anteriores, mas vestígios enfraquecidos, deformados, incertos, distintos das nossas percepções essencialmente pelo caráter negativo que lhes confere a ausência do objeto (Giust-Desprairies, 2005: 181)

Carvalho (2002) afirma que ao longo da história, as disputas entre imaginário e razão atravessaram o campo religioso, filosófico, artístico e científico. Essas disputas apontam para espaços de resistência ao racionalismo e ao positivismo. Contudo, essas tensões não foram suficientes para frearem a supremacia conquistada pelo positivismo no campo das ciências.

Mais do que isso, os métodos propostos para controlar e manipular os fenômenos da natureza das Ciências Naturais influenciaram o campo das Ciências Sociais, produzindo paradigmas para a sociologia, a Antropologia e para Psicologia Social. Assim, “(...) o imaginário ficou associado ao primitivo, ao sem razão – ou sem ciência – conjunto de imagens; mitos e alegorias que caracterizam um pensamento infantil e, portanto, sem importância” (Carvalho, 2002: 27).

Vamos adentrar um pouco mais nessa questão do exercício das ciência positivista como caminho privilegiado para a produção do conhecimento. Essa discussão é importante para assinalarmos a nossa posição no que diz respeito ao campo de produção do conhecimento.

A partir da influência do positivismo, o real é pensado como tendo uma essência racional e a ciência é concebida como representação verdadeira do real. Desta forma, o conhecimento passou então a ser produto do exercício da ciência moderna, tendo como parâmetros a separação entre o homem e o objeto, o corpo e a mente, o indivíduo e o social, natureza e cultura. Essa perspectiva se apoia no desejo de dominação do homem sobre a natureza, a qual pode ser completamente explicada por métodos puramente racionais.

Plastino (2004) se contrapõe a essa perspectiva reivindicando “(...) experiências de conhecimento diferentes da científica e, tanto quanto estas, legitimadas não pelos seus fundamentos mas pela sua pertinência” (Plastino, 2004: 430). Vários autores, sobretudo das ciências sociais e humanas, colocarão em questão a primazia do saber científico, sustentado por uma visão positivista, como meio para apreensão do real.

Rejeitando esses dualismos, a separação entre sujeito e objeto do conhecimento, proposto pela ciência moderna, Plastino propõe “(...) aumentar não a capacidade humana de dominar o mundo mas de compreendê-lo” (Plastino, 2004:431).

Nos aproximamos do pensamento de Plastino (2004) e é nesse sentido que entendemos que a Psicossociologia Francesa se insere no campo das ciências compreensivas, embora reserve diferenças significativas. Desta forma, os psicossociólogos também se contrapõem a essa visão de ciência, fortemente difundida em nossa sociedade, apoiando-se em outras bases para produzir o conhecimento.

Para as ciências ditas compreensivas, bem como para a psicossociologia, a apreensão do sentido e o significado das ações humanas são centrais. Contudo, a psicossociologia, segundo Sá (2013), diferencia-se das demais ciências compreensivas principalmente devido ao reconhecimento da importância da participação do inconsciente nos processos de produção do conhecimento, dando destaque

(...) não apenas a importância da intersubjetividade na produção de conhecimento - o que é reconhecido por muitas disciplinas –mas sobretudo dos processos e dos fenômenos que lhe são inerentes ou correlatos, como a analogia, as fantasias, o imaginário e a afetividade. (Sá, 2013:13).

André Lévy também nos oferece pistas importantes para demarcarmos nosso lugar no campo epistemológico. O autor, ao apresentar a abordagem clínica, destaca a importância de tais processos:

(...) longe de considerar o imaginário, a intuição, o trabalho inconsciente, a atividade de pensamento e de elaboração de sentido como obstáculos a uma apreensão objetiva da realidade, ela se apoia, ao contrário, nessas dimensões, para melhor compreendê-la ao mesmo tempo em sua globalidade e em sua singularidade. (Lévy, 2001: 42)

A subjetividade e os processos inconscientes inerentes a ela não são, para nós, impeditivos para a apreensão da realidade. Pelo contrário, são esses elementos que possibilitam as transformações e o desenvolvimento do conhecimento.

Com o advento da psicanálise freudiana, na qual a Psicossociologia se apoiará, o inconsciente se coloca como uma forma, um modo de conhecimento, de saber. “A psicanálise se constitui então não apenas como um saber sobre um ‘objeto’ novo, mas também como uma nova forma de saber,

colocando assim questões ontológicas e epistemológicas centrais” (Plastino, 2004: 436-437).

A consideração dos processos inconscientes como um modo de produzir conhecimento vai de encontro com as concepções do real-material submetido a uma organização racional do psiquismo humano, limitados à consciência racional (Sá, 2013). O conhecimento produzido a partir da teoria psicanalítica muito se difere dos processos metodológicos das chamadas ciências duras. Situa-se na prática clínica, a qual tem como base a relação intersubjetiva e os afetos produzidos a partir dessa relação: transferências, contratransferência, resistências. “É pois no contexto de relações intersubjetivas marcadas pela afetividade que a experiência psicanalítica permite ‘compreender’ o psiquismo inconsciente” (Plastino, 2004: 437).

Achamos prudente e necessário fazer esse rápido percurso teórico para situarmos o leitor diante de nossas escolhas teóricas. É importante o entendimento de que a psicossociologia propõe outros caminhos para a produção do conhecimento, tecendo uma disputa de sentido neste campo.

Eugène Enriquez (1997), representante da psicossociologia, ao apresentar a contribuição da psicanálise para os estudos das organizações, chama a atenção para o fato de Freud ter feito uso da analogia como um mecanismo fundamental para as suas descobertas. Além disso, Enriquez destaca a importância desse mecanismo para a atividade de criação, tanto nas artes como nas ciências, recuperando o trabalho de Willian J.J. Gordon da década de 1960.

Segundo Enriquez (1997), os trabalhos de Gordon⁵ sobre cinética mostram que os mecanismos operacionais na atividade criadora se fundamentam nas analogias, podendo ser expressas por meio de comparação entre fatos ou elementos diversos (analogia direta), de imagens simbólicas (analogia simbólica) ou ainda, por meio dos sonhos (analogia fantasmática).

Como nos aponta Enriquez (1997) a analogia nos situa assim no campo da metáfora

Coloca-se então em ação uma atividade de tipo lúdico e poético, que visa a liberar a linguagem não só elaborando novas metáforas, mas

⁵ GORDON, W. J. J. *Synectiques*. Paris: Hommes et Techniques, 1965.

ainda dando vida de novo às metáforas usadas (...) (Enriquez, 1997: 12-13).

O autor, para ilustrar a importância do jogo e da divagação na descoberta científica, apresenta-nos o exemplo do físico Kelulé, que relata o nascimento da teoria da estrutura dos átomos por meio de um sonho que teve enquanto viajava, no qual via os átomos flutuarem. Kelulé nunca antes tinha conseguido representar o movimento dos átomos, mas no sonho, viu que os menores se acoplavam aos maiores, todos turbilhonavam num extraordinário balé. Quando despertou, passou o resto da noite fazendo o esboço da imagem que tivera em sonho.

Assim, Enriquez (1997) nos aponta que

(...) a imaginação não se acha em contradição com o rigor científico, mas pelo contrário, ao favorecer uma disponibilidade à surpresa e ao que é incongruente, fornece ao trabalho racional novas hipóteses a serem testadas, novas imagens a explorar, novas estruturas a estabelecer. (Enriquez, 1997:13)

Para Sá (2013) a importância de exemplos como esse trazido por Eugène Enriquez está na sua capacidade de ilustrar formas de apreensão do real pelo inconsciente, o que não invalida a pertinência dos conhecimentos produzidos. Com base em Winnicott, Platino (2004) afirma: “Como todos os outros [conhecimentos], eles se legitimam pela sua capacidade de construir ‘hipóteses que realmente funcionam’,⁶ isto é, pela sua eficiência para lidar com seus objetos específicos” (Platino, 2004: 453).

Por muito tempo, os processos inconscientes, como a ilusão, a identificação, a imaginação foram amplamente desprezados pelo pensamento ocidental. Segundo Castoriadis (1999), as produções imaginárias foram totalmente “(...) ignoradas ao longo da história do pensamento filosófico, sociológico e político” (Castoriadis, 1999:241). Ao lado disso, Giust-Desprairies (2005) complementa

(...) o imaginário é objeto de uma desvalorização constante no pensamento ocidental, desvalorização a qual vão opor-se outras correntes como o surrealismo, o expressionismo, ou pensamentos como a fenomenologia, a etiologia e a psicanálise, que restituem ao

⁶ Winnicott (1982).

Assim, com o desenvolvimento da teoria psicanalítica que enfatiza a importância da dimensão inconsciente para a produção do conhecimento, e posteriormente, com as contribuições de autores como Cornelius Castoriadis e o psicossociólogo Eugène Enriquez, as significações imaginárias, para usar o termo proposto por Castoriadis (1982), ganham relevância enquanto potência criadora capaz de produzir mudanças na sociedade e nas organizações.

3.2 O Imaginário Social em Castoriadis

Para Castoriadis (1982) o imaginário está na origem da construção humana, social, histórica e psíquica. O autor foi responsável pelo desenvolvimento de um pensamento filosófico do imaginário no quadro de uma concepção original do social-histórico e da relação entre psique e sociedade. Assim, segundo Castoriadis (1982), a ideia de imaginário está no centro da criação social como aparecimento de uma novidade radical.

Castoriadis dedicou-se ao estudo profundo da psicanálise freudiana com o intuito de esclarecer uma “(...) inteligibilidade das relações entre lógicas de sociedade e mecanismos psíquicos” (Giust-Desprairies, 2005: 334).

No pensamento de Castoriadis (1982), as instituições - como a família, a religião, a economia, o direito - desempenham funções vitais, funcionais imprescindíveis, sem as quais uma sociedade não sobreviveria. No entanto, as instituições não podem ter sua significação reduzida à dimensão funcional.

Nesse sentido, o autor afirma que há uma dimensão simbólica e imaginária importante no que tange à vida social. “Tudo o que se nos apresenta, no mundo social-histórico, está indissociavelmente entrelaçado com o simbólico” (Castoriadis, 1982:142).

O simbólico está na linguagem, assim como nas instituições. Embora essas últimas não se restrinjam à dimensão simbólica, elas não podem existir sem essa dimensão.

Uma organização dada da economia, um sistema de direito, um poder instituído, uma religião existem socialmente como sistemas simbólicos sancionados. Eles consistem em ligar a símbolos (a significantes) significados (representações, ordens, injunções ou incitações para fazer ou não fazer, consequências – significações no sentido amplo do termo) e fazê-los valer como tais, ou seja a tornar esta ligação mais ou menos forçosa para sociedade ou para o grupo considerado (Castoriadis, 1982:142).

Cada sociedade constitui o seu simbólico e este não precede uma neutralidade. O simbólico tem suas raízes no natural e no histórico, isto é, naquilo que lá já existe; não é pura liberdade. “Tudo isso faz com que surjam encadeamentos de significantes, relações entre significantes e significados, conexões e consequências, que não eram nem visadas e nem previstas” (Castoriadis, 1982:152). O simbólico não é nem totalmente livre nem imposto a determinada sociedade,

(...) nem simples instrumento neutro e médium transparente, nem opacidade impenetrável e adversidade irreduzível, nem senhor da sociedade, nem escravo flexível da funcionalidade, nem meio de participação direta e completa em uma ordem racional, o simbolismo determina aspectos da vida da sociedade (Castoriadis, 1982:152).

As regras, normas, comportamentos, valores instituídos na sociedade e pela sociedade, por meio de suas instituições, tem suas raízes no plano funcional, mas não se limita a ele. Esses aspectos da vida social também são produção simbólica, que se faz histórica e se torna legítima para sociedade. Castoriadis (1982) afirma que o simbolismo é dominável, salvo na medida que remete a algo que não é da ordem do simbólico:

Aquilo que ultrapassa o simples progresso da racionalidade, aquilo que permite que o simbolismo institucional se autonomize, aquilo que finalmente, lhe fornece o seu suplemento de determinação e de significação não é do domínio do simbólico (Giust-Desprairies, 2005:335).

Isto que não é redutível ao simbólico, mas que a ele está necessariamente ligado é da ordem do imaginário. O imaginário refere-se a qualquer coisa de inventado, tanto no sentido de uma invenção absoluta ou de um deslocamento de sentido, de modo que símbolos que já existem são

investidos de outras significações que não suas significações esperadas, “normais” (Castoriadis, 1982).

Os símbolos institucionais não são definidos apenas racionalmente, ainda que se apõem de alguma forma na realidade e, nem são definidos naturalmente, como se obedecem à uma lógica transcendental; eles também são produtos do imaginário.

A dimensão imaginária “(...) deve utilizar o simbólico não somente para ‘exprimir-se’, o que é óbvio, mas para ‘existir’, para passar do virtual a qualquer coisa a mais”. (Castoriadis, 1982:154). Tanto o que é simbólico pressupõe uma capacidade imaginária, na medida que possibilita ver numa coisa aquilo que ela não é, ou seja, algo diferente do que ela é, como o imaginário possui uma função simbólica. “O delírio mais elaborado bem como a fantasia mais secreta e mais vaga são feitas de ‘imagens’, mas essas imagens estão lá representando outra coisa, possuem portanto, uma função simbólica” (Castoriadis, 1982:154).

Nesse sentido, Castoriadis (1982) complementa

(...) na medida em que o imaginário se reduz finalmente a faculdade originária de pôr ou de dar-se, sob forma, de representação, uma coisa e uma relação que não são (que não são dadas na percepção ou nunca o foram), falaremos de uma imaginário último ou radical, como raiz comum do imaginário efetivo e do simbólico (Castoriadis, 1982:154 [grifo nosso]).

O imaginário radical é o fio condutor do pensamento de Castoriadis; “é aquilo que sempre instituí, aquilo que opera na história que se faz, o que simultaneamente e de cada vez é aparecimento do novo (...)” (Castoriadis, 1982:154), é a capacidade irreduzível de evocar uma imagem.

Para o autor, o simbólico pressupõe o imaginário radical, mas isso não significa que exista apenas imaginário efetivo em seu conteúdo. Como dito anteriormente, há uma dimensão racional-real na composição simbólica.

As instituições tem sua origem no imaginário social e este se entrecruza com o simbólico, possibilitando à sociedade se juntar. Ao lado disso, o plano econômico-funcional da instituição também se faz importante, pois sem ele não seria possível a sociedade sobreviver. A instituição, define-se então, para o autor, “(...) como uma rede simbólica, socialmente sancionada, onde se

combinam em proporções e relações variáveis um componente funcional e um componente imaginário” (Castoriadis, 1982:159).

No que diz respeito à dimensão imaginária das coletividades humanas ou dos seres humanos singulares, Castoriadis (1982) afirma que o imaginário é:

(...) criação incessante e essencialmente indeterminada (social-histórica e psíquica) de figuras/formas/imagens a partir das quais somente é possível falar-se de alguma coisa. Aquilo que denominamos realidade e racionalidade são seus produtos (Castoriadis, 1982:13).

É a partir da concepção de imaginário como produção, criação e transformação da realidade e de suas instituições, que Castoriadis (2004) reconhece o imaginário social instituinte. Segundo o autor, não é possível explicar o nascimento da sociedade e suas transformações históricas por meio de fatores naturais, biológicos, ou ainda, por meio de uma atividade racional. No limite, eles podem ser necessários, mas não suficientes.

Castoriadis (2004) descarta o uso de fatores transcendentais para dar conta de questões como essa. “A linguagem, os costumes, as normas, a técnica não podem ‘ser explicados’ através de fatores exteriores às coletividades humanas. Nenhum fator natural, biológico ou lógico pode dar conta disso” (Castoriadis, 2004:129). Assim, o autor postula uma potência de criação, uma *vis formandi*, imanente às coletividades humanas.

Devemos admitir a existência, nas sociedades, de uma potência de criação, chamado por ele de imaginário social instituinte. O imaginário desta forma, é compreendido enquanto criação *ex nihilo* (e não *in nihilo*, nem *cum nihilo*), isto é, “(...) fazer-se de uma forma que não estava lá, a criação de novas formas de ser” (Castoriadis, 2004:129).

A sede da *vis formandi* como imaginário social instituinte é o coletivo anônimo e, mais, geralmente, o campo social-histórico. Toda e qualquer sociedade cria seu próprio mundo por meio de significações imaginárias sociais. Cada sociedade constrói uma imagem do mundo natural, do universo em que vive, procurando fazer dessa imagem-mundo um conjunto significativo em que os objetos e os seres naturais importantes para a vida da coletividade encontrem seus lugares (Giust-Desprairies, 2005).

Essa visão do mundo, segundo Castoriadis (1982) não provém do racional, mas sim do imaginário que se apresenta como real-racional em determinada sociedade. Ao lado disso, o autor afirma que quando levamos em consideração a dimensão histórica de uma sociedade, percebemos que cada sociedade institui o seu real a partir do que já estava lá, do que estava em outro lugar (fatores exteriores a certa sociedade) e, sobretudo, daquilo que está por nascer, ou seja, criação de um mundo próprio, obra do imaginário social instituinte (Castoriadis, 1982).

A história é impossível e inconcebível fora da imaginação produtiva ou criadora, do que nós chamamos de imaginário radical tal como se manifesta ao mesmo tempo e indissolúvelmente no fazer histórico, e na constituição de um universo de significações (Castoriadis, 1982:176).

De acordo com Castoriadis (1987), o imaginário está na origem da construção humana, social, histórica e psíquica; ele é o campo da produção de significações. Assim, no âmbito social, falamos em significações imaginárias sociais que são definidas, pelo autor, da seguinte forma:

Denomino imaginárias essas significações porque elas não correspondem a – e não se esgotam em – referências a elementos ‘racionais’ ou ‘reais’ e porque são introduzidas como criação. E as denomino sociais, pois elas somente existem enquanto são instituídas e compartilhadas por um coletivo impessoal e anônimo (Castoriadis, 1987:231).

São essas significações imaginárias produzidas na e pela coletividade que dão sentido à sociedade e à existência humana. Elas garantem, de certa forma, a estabilidade, a produção e reprodução da sociedade. Uma sociedade não se manteria apenas por fatores funcionais (naturais, racionais).

O mundo social é cada vez constituído e articulado em função de um sistema de tais significações [sociais] (...). É só relativamente a essas significações que podemos compreender, tanto a ‘escolha’ que cada sociedade faz de seu simbolismo, e principalmente de seu simbolismo institucional, como os fins aos quais ela subordina a ‘funcionalidade’ (Castoriadis, 1982:177).

Em outra obra, o autor acrescenta:

As significações imaginárias sociais criam um mundo próprio para sociedade considerada, na verdade elas são esse mundo; (...). Elas criam uma 'representação' do mundo, inclusive da própria sociedade e de seu lugar nesse mundo (Castoriadis, 1999:286).

As significações imaginárias sociais podem ser instituídas ou instituintes. O autor entende como significações imaginárias instituídas tudo aquilo que está posto, legitimado, ou seja, uma vez criadas, as significações imaginárias podem se cristalizar, consolidar-se. É isso que Castoriadis (2004) chama de imaginário social instituído, o qual possibilita a continuidade da sociedade, sua reprodução e repetição. O imaginário instituído é o que dá forma, contorno à sociedade, permitindo sua existência.

Por outro lado, as significações sociais instituintes são produção, criação; é a expressão do imaginário radical na sociedade, ou seja, do imaginário social instituinte. É ele que transforma, substitui, com menor ou maior violência, as formas instituídas da sociedade, produzindo mudanças históricas. As formas que regulam a vida do homem na sociedade "(...) permanecem o tempo necessário para que uma mudança histórica lenta ou uma nova criação maciça venha transformá-las ou substituí-las radicalmente por outras" (Castoriadis, 2004:130).

É exatamente a partir dessa tensão, desta disputa entre o instituído e o instituinte, entre a história feita e a história a se fazer, que a sociedade se constitui; ela é autocriação e "(...) cada sociedade particular é uma criação específica, emergência de um outro *eidos*⁷ no seio do *eidos* genérico da sociedade (Castoriadis, 1999:282).

Quando Castoriadis (1982) afirma que o social-histórico é autocriação, significa negar o caráter causalista e determinista de qualquer explicação. A sociedade está em sua própria origem. "Direito, economia política são criações sociais que pressupõem a sociedade que eles fazem ser, da mesma forma que esta os faz ser" (Giust-Desprairies, 2005:336).

Castoriadis (1992, 2004) distinguirá dois modos de autoconstituição da sociedade, a partir de uma maior ou menor abertura ao imaginário social instituinte: a heteronomia e a autonomia. A heteronomia é definida "como o fato de pensar e de agir como a instituição e o meio social impõem (abertamente ou

⁷ Termo grego que significa "forma" ou "ideia".

se maneira subterrânea)” (Castoriadis, 2004:147). É repetição, manutenção do mesmo, é clausura do sentido.

Em uma sociedade heterônoma, a possibilidade e a capacidade de questionar suas instituições e as significações instituídas estão fragilizadas. Não há espaço para a reflexão e para a criação de outras formas de existência, ocasionado pelo recuo da criatividade, do imaginário social instituinte. Castoriadis (1999) observa que:

(...) em uma sociedade fechada, toda ‘questão’ que pode ser formulada na linguagem da sociedade deve poder encontrar uma resposta no interior do magma de significações imaginárias sociais dessa sociedade. Isso implica, em particular, que questões concernentes à validade das instituições e das significações imaginárias sociais simplesmente não podem ser colocadas (Castoriadis, 1999:285).

De acordo com o autor, em qualquer sociedade humana existe a possibilidade de se levantar questões a respeito de suas regras, condutas, valores, pois existe linguagem. No entanto, esses questionamentos, em uma sociedade heterônoma são limitados e não encontram espaço no social. Sua manifestação só se faz possível pela via do sonho, pela fantasmática, pela transgressão, pela doença (Castoriadis, 1999).

Não podemos qualificar o caráter heterônimo de uma determinada sociedade como sendo necessariamente negativo, prejudicial às sociedades. Como dito anteriormente, o instituído permite à sociedade se manter enquanto coletivo, permite a ela sobreviver.

Na contramão da heteronomia, como modo de constituição social, temos a autonomia. Giust-Desprairies (2005), com base na leitura de Castoriadis, compreende autonomia como aquilo

(...) que supõe uma auto-constituição explícita, lúcida, reflectida e deliberada, que implica um questionamento ilimitado da instituição estabelecida da sociedade, questionamento fundado no saber que a instituição é obra e o produto dos homens. (Giust-Desprairies, 2005:131).

A autonomia surge como um germe, a partir do momento que a interrogação explícita e ilimitada se apresenta, questionando não os fatos, mas

as significações imaginárias sociais e seu fundamento. Configura-se como momento de criação que produz tanto outro tipo de sociedade como de indivíduos (Castoriadis, 1992).

Nas palavras do autor:

O surgimento da interrogação ilimitada cria um eidos histórico novo, - a reflexividade no sentido pleno, ou auto-reflexividade, como o indivíduo que a encarna e as instituições onde ela se instaura. O que se pergunta é, no plano social: nossas leis são boas? Elas são justas? Que leis devemos fazer? (Castoriadis, 1992:139).

Castoriadis (1992, 2004) nos adverte ao afirmar que são poucas as sociedades que vivem na autonomia, abrindo-se à criação, à transformação de si e dos indivíduos. Em sua maioria, as sociedades se entregam à servidão da repetição, à heteronomia.

No entanto, o autor não nega a possibilidade de criação e transformação das sociedades, pois o imaginário social instituinte é inerente a toda e qualquer coletividade. Sempre há algo que escapa ao controle, à mortificação da vida. Castoriadis (1992) percebe no projeto de autonomia da sociedade a possibilidade de ruptura com a heteronomia, a partir de um processo de autocriação de uma verdadeira subjetividade “(...) com instância reflexiva e deliberante. Essa ruptura é criação sócio-histórica, obra do coletivo anônimo imputável à imaginação radical” (Giust-Desprairies, 2005:338).

Em resumo, Castoriadis (1982) afirma que toda sociedade cria assim seu mundo próprio na emergência de significações imaginárias sociais específicas. É por meio dessa tensão entre heteronomia e autonomia, imaginário instituinte e instituído, manutenção e transformação, que as sociedades vão se constituindo.

As significações imaginárias sociais de uma dada sociedade estruturam a cada momento, especificamente, as representações do mundo em geral; designam as finalidades da ação e impõem o que se deve e o que não se deve fazer e estabelecem um tipo de afeto característico (Giust-Desprairies, 2005).

O pensamento de Castoriadis contribui para desconstrução de uma concepção determinista da sociedade e de suas instituições. Concepção essa que se utiliza de fatores transcendentais para explicar origem e manutenção da

sociedade. Para o autor, a sociedade e suas instituições são obra e produto dos homens.

3.3 Psique e sociedade: da mônada psíquica ao sujeito autônomo

Castoriadis (2004) considera que o imaginário está na essência da psique humana. “Esta psique é, antes de tudo, imaginação radical, na medida em que é fluxo ou torrente incessante de representações, desejos, afetos” (Castoriadis, 2004:131). Desta forma, o autor possibilita um primeiro rompimento da funcionalidade biológica e psicológica do simples ser vivo.

A imaginação radical é uma característica inerente ao ser humano singular, assim como o imaginário social instituinte o é para toda e qualquer coletividade. Trata-se da “(...) capacidade de tomar como real aquilo que não o é, capacidade de formar representações a partir de um nada de representação, faculdade de apresentar um objeto e de fazer ser esse objeto” (Giust-Desprairies, 2005:338).

O psiquismo, que marca a diferença entre o homem e a animalidade, é desfuncionalizado, ou seja, não obedece a uma lógica puramente funcional, ligada essencialmente àquilo que é necessário para vida animal. O psiquismo é imaginação radical, produção, criação do novo. A imaginação radical é “(...) o que faz a diferença entre o mundo biofísico e o mundo social-histórico. Desta forma, o desejo humano tem origem num núcleo originário, um sem-fundo inesgotável, fonte de toda criação” (Giust-Desprairies, 2005:339), chamada mônada psíquica.

Fechado nesse núcleo originário (mônada psíquica) o homem não sobreviveria, estaria fadado a enlouquecer ou morrer sem a instituição social-histórica. O homem é essencialmente relacional, produz o meio social e é produzido por este. A instituição sócio-histórica é:

(...) fluxo aberto do coletivo que permite aos homens sobreviver, impondo a forma social do indivíduo e fazendo-o passar do seu mundo próprio para o mundo público das significações sociais, condição da socialização (Giust-Desprairies, 2005:339).

Se o homem se entregasse totalmente à imaginação radical, o sujeito naufragaria, pois essa torrente não é ligada à lógica, nem à realidade

(Castoriadis, 2004). O homem guiado unicamente por seus desejos e pulsões não alcançaria a vida em comum tão necessária à sua sobrevivência.

No entanto, a ligação da psique e a sociedade é bastante conflituosa; há uma tensão entre a instituição do indivíduo social e a mônada psíquica que mantém a tendência de se fechar sobre si mesma e, assim, manter-se onipotente. “A mônada é renitente a toda e qualquer socialização e abertura ao outro, à sociedade” (Giust-Desprairies, 2005:339).

O indivíduo se vê obrigado a ceder, inconscientemente, ao processo civilizatório pela garantia da própria sobrevivência. No entanto, essa “violência” vivida por todo ser humano deixa marcas profundas. O sujeito desenvolve um sentimento ambíguo para com a sociedade e os outros. O amor e ódio ao próximo coexistem; as pulsões de vida e de morte permeiam as relações humanas.

O ser humano, em nome da socialização, precisou abdicar da satisfação imediata de seus desejos. Foi preciso “(...) que a imaginação radical dos seres humanos fosse domada, canalizada, regulada, adequando-se a vida em sociedade e também ao que chamamos de ‘realidade’” (Castoriadis, 2004:132).

No processo de socialização do homem, este absorve a instituição da sociedade e suas significações, interiorizando-as. Aprende a linguagem, o que é permitido ou não, o justo e o injusto; passa a se comportar conforme as convenções sociais (Castoriadis, 2004). Eis aí o princípio da heteronomia exercendo forte influência sobre o ser humano.

De certa forma, podemos dizer que a imaginação radical do indivíduo é sufocada, “(...) sua expressão se torna conforme e repetitiva” (Castoriadis, 2004:132). Só é permitido ao imaginário radical se manifestar pela via da transgressão, da doença. Tudo que de alguma forma emerge do processo de criação da psique humana é exorcizado. Os outros serão estranhos, considerados uma ameaça a sociedade instituída, pautada na heteronomia.

A sociedade heterônoma, como vimos, denega sua dimensão instituinte. A primazia de um imaginário social instituído produz indivíduos conformes, que vivem e pensam na repetição. A imaginação radical fica reprimida quase que absolutamente.

“O Eu é fabricação social construída para preservar e reproduzir as instituições existentes” (Giust-Desprairies, 2005:340). No entanto, a sociedade

não pode jamais absorver por completo a imaginação radical do ser humano. O processo de sufocamento da imaginação radical do sujeito não se dá integralmente.

É necessário manter a diferenciação entre o Eu e o outro; caso contrário, toda sociedade estaria fadada a relações simbióticas, indiferenciadas, onde os limites entre o Eu e o outro não estariam definidos. E assim, a sociedade não sobreviveria, da mesma forma que o indivíduo fechado totalmente em sua mônada psíquica também não sobreviveria.

É nesse sentido que Castoriadis (1992) afirma que mesmo o sujeito heterônomo nascido em uma sociedade heterônoma tem potência de autonomização. O surgimento da interrogação ilimitada, da reflexão profunda, características do projeto de autonomia de uma sociedade, permite ao sujeito perguntar: “O que eu penso é certo? Posso saber se é certo, e como?” (Castoriadis, 1992:139). Mais adiante o autor conclui:

A autonomia do indivíduo consiste no seguinte: outra relação é estabelecida entre a instância reflexiva e as outras instâncias psíquicas, como também entre seu presente e a história graças à qual ele se fez tal que ele é, e pôde escapar à servidão da repetição, refletir sobre ele mesmo, sobre as razões de seus pensamentos e sobre os motivos de seus atos, guiado pela intenção do certo e elucidação de seu desejo (Castoriadis, 1992:141).

Dado o que falamos até aqui sobre a psique humana, podemos dizer que haverá sempre a necessidade de leis, de impor limites à imaginação radical em nome da formação e manutenção de uma sociedade. Limitações essas que podem ser interiorizadas pelos indivíduos em troca de sua inserção em um grupo, de modo a garantir-lhe a sobrevivência.

Contudo, as limitações imposta aos sujeitos pelo coletivo “(...) jamais poderão ser integralmente interiorizadas a ponto de se tornarem intransgressíveis, pois não teríamos uma sociedade de indivíduos autônomos, mas uma sociedade de autômatos” (Castoriadis, 2004:153). Portanto, há sempre um poder presente, o poder do instituinte, o poder de criação e produção do novo, tanto do sujeito, como da sociedade.

3.4 O imaginário nas organizações: contribuições de Eugène Enriquez

Destacaremos aqui as contribuições de Eugène Enriquez para o estudo das organizações. O autor desenvolveu a noção de imaginário motor e imaginário enganoso, considerando o cenário organizacional. Esses conceitos nos auxiliarão na discussão acerca da presença do paciente com transtorno mental grave na organização hospitalar.

Enriquez (1997), com base nos estudos sobre as organizações, afirma que essas se apresentam como um sistema cultural, simbólico e imaginário. Cultural porque a “organização oferece uma cultura, quer dizer, uma estrutura de valores e de normas, uma maneira de pensar, um modo de apreensão do mundo que orientam a conduta de seus diversos atores” (Enriquez, 1997:33). Simbólico na medida em que as organizações instituem ritos de iniciação, de passagem e de execução, cria seus heróis tutores e uma história particular que viverá na memória coletiva: “mitos, ritos, heróis, que têm por função sedimentar a ação dos membros da organização, de lhes servir de sistema de legitimação e de dar assim uma significação preestabelecida às suas práticas e as suas vidas” (Enriquez, 1997:34), e Imaginário, na medida em que produz um sistema imaginário sem o qual os sistemas simbólico e cultural não se estabeleceriam.

É a esse último – o sistema imaginário – que nos dedicaremos neste momento. De acordo com Enriquez (1997) as organizações produzem dois tipos de imaginários: o imaginário enganador e o imaginário motor, sendo ambos necessários para a vida organizacional.

Para Enriquez (1997), as organizações funcionam como micro-sociedades, portanto, desta forma, apresentam mecanismos similares às sociedades para a manutenção da coletividade e para a realização de uma tarefa comum, visando o bem da organização. É nesse ponto que reconhecemos a função do imaginário enganador teorizado pelo autor.

Precisaremos retomar rapidamente as noções de Ego Ideal e Ideal de Ego propostos pela teoria psicanalítica freudiana para compreendermos os mecanismos de funcionamento do imaginário enganador.

De acordo com a psicanálise, a ideia de unidade de sujeito, sustentado por uma identidade compacta, integral, é ilusória. Na verdade, o sujeito é

formado por uma pluralidade e diversidade de processos psíquicos. Assim, a partir dessa perspectiva, o homem é um ser segmentado, não integrado, marcado por fissuras, desejos, estabelecendo vínculos de identificação com vários sujeitos que atravessam sua vida (Azevedo, 2002, 2005). Conseqüentemente, o sujeito acredita viver inconscientemente o risco da desintegração, da quebra de sua identidade.

Como resposta a esse medo surge, como defesa, a instância imaginária do ego único, integrado, advindo do modelo de narcisismo infantil – o chamado Ego ideal, ancorado no fantasma de onipotência. O Ego Ideal contribui para que os sujeitos mantenham a ilusão de sujeitos indivisíveis. Este estágio compreende um momento bastante primitivo da vida do sujeito.

Ao lado do Ego Ideal, a psicanálise traz a concepção de Ideal de Ego, que seria fruto “(...) da relação do narcisismo com as identificações parentais, com seus substitutos e com os ideais coletivos” (Azevedo, 2005a:82). Assim, na medida em que os sujeitos vão se estruturando psiquicamente, eles passam por processos de identificação, por meio dos quais vão estabelecendo sua identidade. Nesse caso, o outro seria colocado no lugar do Ideal de Ego do sujeito, garantindo-lhes a capacidade de “(...) protegê-lo do risco da quebra de sua identidade, da angústia do desmembramento despertado e alimentado por toda a vida em sociedade (...)” (Enriquez, 2009:35).

Para Enriquez (1997) as organizações podem exercer esse papel de Ideal de Ego para o sujeito, isto é, imaginariamente, pode se mostrar capaz de responder à angústia de aniquilamento e destruição do eu. Segundo o autor, a vinculação à uma organização produz uma aliança inconsciente entre os trabalhadores, de modo que a organização seja vista como fonte de apoio, funcionando como uma micro-sociedade capaz de desenvolver valores e normas que condicionam seus membros a apreender o mundo a partir desse sistema de valores (Enriquez 1997).

Logo, a organização passa a ser vista, imaginariamente, como protetora e nutriz da ilusão de segurança narcísica para seus trabalhadores. Dessa forma, “ao prometer-lhes tentar corresponder a seu apelo (angústias, desejos, fantasmas, pedidos), a organização tende a substituir seu próprio imaginário pelo deles” (Enriquez, 1997:35). Assim, o imaginário enganoso faz com que os indivíduos pensem da mesma forma e tomem decisões de acordo com as

normas, os valores da organização, em favor da sua manutenção e da realização das atividades organizacionais.

De acordo com Enriquez (1997):

O imaginário é enganador, na medida, em que a organização tenta prender os indivíduos nas armadilhas de seus próprios desejos de afirmação narcisista, no seu fantasma de onipotência ou de sua carência de amor, em se fazendo forte para poder corresponder aos seus desejos naquilo que eles têm de mais excessivos e mais arcaicos e de transformar os fantasmas em realidade (...) (Enriquez, 1997:35).

No entanto, o imaginário enganador não reina solitário nas organizações. Enriquez (1997) definiu um segundo tipo de imaginário que compõem as organizações: o imaginário motor.

(...), ele [o imaginário motor] oferece às pessoas a possibilidade de poderem criar fantasmática comum que autoriza uma experiência com os outros, continuamente reavaliada e refletida e não caindo jamais no inerte e no compacto. Ele preserva pois a parte do sonho e a possibilidade de mudança e mesmo a mutação (Enriquez, 1997:36).

O imaginário é motor na medida em que as organizações permitem que seus membros deixem levar pela imaginação radical no desenvolvimento de seu trabalho sem se sentirem boicotadas pelas regras organizacionais instituídas, isto é, quando há espaço para o exercício da autonomia (Castoriadis, 1999). Desta forma,

O imaginário motor surge da categoria do diferenciado, portadora de um tríplice sentido: a) diferenciado como introdutor da diferença ao contrário da repetição (...); b) diferenciado como adiamento para mais tarde: o imaginário está do lado do projeto (...); c) diferenciado, enquanto criador da ruptura [ou seja, os membros passam a perceber a organização de um outro modo] (Enriquez, 1997:36).

Podemos perceber as aproximações entre o conceito de imaginário social instituinte de Castoriadis (1982) e o imaginário motor proposto por Enriquez (1997). Ambos se contrapõem ao movimento repetitivo, seja da sociedade, seja das organizações. A expressão do imaginário motor organizacional é o que permite as transformações de uma dada organização,

assim como o imaginário instituinte produz rupturas mais ou menos radicais nas sociedades.

Essa discussão em torno do imaginário motor e do imaginário enganador nos será útil para pensarmos de que modo a chegada de um paciente com transtorno mental grave no *setting* do hospital geral pode afetar a organização e, de que modo o imaginário enganador da organização impõe limites à prestação do cuidado assistencial a essa população.

4. A integralidade do cuidado: os desafios para sua produção

Neste capítulo, abordaremos a compreensão de cuidado que norteia nossa pesquisa. Situar o leitor nessa problemática é fundamental para que este compreenda a centralidade que a subjetividade e os processos inconscientes têm para nós, quando nos propomos discutir a produção de práticas de cuidado em saúde.

A integralidade do cuidado é mais um dos conceitos centrais para essa pesquisa. É um dos princípios do SUS e, segundo vários autores, trata-se de um conceito polissêmico, de difícil definição e operacionalização (Mattos, 2013; Ayres, 2012; Ayres, 2009; Bonaldi et al., 2007; Pinho et al., 2007; Mattos, 2006).

Com base nas contribuições da literatura sobre o tema, apresentaremos aqui alguns fios condutores que nos ajudarão a dar contorno a esse conceito e definir o modo como o compreendemos para sustentar a discussão da presente pesquisa.

Mattos (2006) em um esforço de analisar os diversos sentidos que a integralidade assume “(...) nos contextos de seu uso concreto na luta pela construção de um sistema de saúde” (Mattos, 2013), definiu três grandes conjuntos de sentidos desse princípio. O primeiro conjunto se refere aos atributos das práticas dos profissionais de saúde. Nessa perspectiva, há uma recusa à redução da experiência do adoecimento a fatores e saberes concernentes exclusivamente aos sistemas anátomo-fisiológicos. Assim, quando um paciente estiver sendo atendido/acompanhado em um serviço de saúde, seja em qualquer nível assistencial, as condutas dos profissionais devem ser orientadas pelas necessidades biopsicossociais dos sujeitos, considerando a singularidade e as necessidades de cada um.

Para Cecílio (2001), esse primeiro sentido de integralidade diz respeito a uma *integralidade focalizada*, pois se dá no espaço singular dos serviços de saúde, sendo resultado do esforço dos profissionais e equipes. Porém, a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde, por mais implicada que seja a equipe e por melhor que seja o serviço, pois a luta pela melhoria de condições de vida extrapola esses muros e reclama pela

interlocução de uma rede assistencial, assim como de uma rede intersetorial, constituindo uma *integralidade ampliada* (Cecílio, 2001).

A ideia de *integralidade ampliada* proposta por Cecílio (2001) compreende, embora não se resume nele, o segundo conjunto apontado por Mattos (2006). Esse se refere ao modo de organização das práticas de saúde. Integralidade pode ser entendida como a articulação entre os três níveis assistenciais – primário, secundário e terciário e a articulação entre as ações de promoção, prevenção da saúde e as práticas assistenciais.

A composição de uma rede assistencial integrada é fundamental para proporcionar ao paciente do Sistema Único de Saúde (SUS) o cuidado adequado, no momento oportuno, correspondente a suas necessidades de saúde, seja na atenção básica ou em um hospital de alta complexidade.

Para ilustrar essa questão, nos remetemos ao trabalho de Assis (2014), que ao desenhar o itinerário terapêutico de uma paciente em situação de rua, diagnosticada com esquizofrenia e portadora de hanseníase, descreveu como a rede de atenção foi sendo acionada pelos trabalhadores de saúde diante das necessidades que a paciente apresentava. Foi preciso movimentar uma rede intersetorial que iniciou-se com assistência social, pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), culminando em um serviço de saúde responsável por atender pessoas em situação de rua. Apesar das limitações apresentadas, como a falta de comunicação entre os serviços, uma rede foi sendo alinhavada para atender essa paciente.

Por último, o terceiro conjunto de sentidos de Integralidade é relativo à formação de certas políticas especiais (Mattos, 2006). A integralidade aqui se refere às respostas governamentais a certos problemas de saúde, “(...) que se configura fundamentalmente pela recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais a política de saúde incide” (Mattos, 2006:16). Por exemplo, “Saúde da Mulher” é um programa que deveria intervir em várias dimensões: cultural, de gênero, reprodutiva e social. Porém, o estudo da implementação de políticas como essa, mostra que elas acabam se detendo às questões específicas: do “útero” e da “mama” no caso da saúde da mulher (Mattos, 2006).

Ao tomar esses três conjuntos de sentidos de integralidade, o autor afirma que

“É possível reconhecer alguns traços de semelhança, algumas analogias, alguns fios de ligação que articulam todos os sentidos. Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, como princípio orientador da organização do trabalho, quer a organização das políticas; integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo. (Mattos, 2006:63 [grifo nosso])

Mattos (2006), ao propor esses três conjuntos de sentidos não pretende esgotar ou delimitar o conceito de integralidade. Em pesquisas posteriores, o mesmo autor afirma a importância de exemplificar esse conceito a partir das experiências concretas no cotidiano dos serviços de saúde (Mattos, 2013).

Pensar a integralidade a partir das experiências concretas, coloca-nos diante de um movimento mais amplo que diz respeito ao campo da Saúde Coletiva. Segundo Sá (2005: 20) “(...) o peso das análises estruturalistas vem decrescendo nas últimas décadas, acompanhando um momento mais amplo das ciências sociais, resgatando a importância dos ‘atores’ na produção dos processos sociais”. Desta forma, podemos notar, também no campo da saúde, um deslocamento do foco de análise para o cotidianos dos serviços.

A mudança de interesse dos problemas macro para os microsociais proporcionou maior ênfase nas abordagens mais processuais das organizações, dando destaque ao papel do sujeito na produção dos processos sociais (Schraiber et al., 1999). De certa forma, podemos dizer que houve “(...) um relativo abandono dos esquemas determinísticos/estruturais de análise” (Sá, 2013: 3).

Esse deslocamento de interesse aparece nas pautas das agendas de discussões, tanto dos serviços de saúde como da academia. Temas como a integralidade da assistência, o acolhimento e a humanização dos serviços se tornaram centrais no campo da saúde pública (Sá, 2013).

O grupo LAPPIS, formado por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da UERJ, dedicou-se à produção de uma coletânea que aborda o conceito de integralidade nos seus diversos aspectos. Corroborando a proposta de trazer para as discussões o real dos serviços de saúde, o grupo parte:

(...) do entendimento de que a integralidade só se expressa nas práticas e que estas são produzidas sempre a partir de relações entre os atores nos diferentes serviços, as pesquisas produzidas sobre o tema devem partir dos locais onde as práticas se corporificam, nos espaços onde as relações se estabelecem (Bonaldi et al., 2007:54).

Desse modo, para os autores, tentar definir a priori o conceito de integralidade traz o risco de torná-lo monológico e monofônico (Pinheiro & Guizardi, 2013), diminuindo sua potência de transformação/criação das práticas de saúde (Bonaldi et al., 2007). Além disso, uma definição precisa e definitiva desse termo pode deixar de lado experiências diversas dos serviços e saúde.

A concretização da integralidade no campo da saúde não se sustenta exclusivamente a partir de saberes disciplinares exteriores às experiências, mas também pela construção cotidiana de práticas eficazes. Assim, ao afirmarmos que a integralidade “(...) não é um conceito *a priori*, mas se constitui essencialmente de valores e práticas eticamente direcionadas, apontamos conseqüentemente para o grau de importância que atribuímos à relação com o outro; (...)” (Gomes et al, 2007:34).

Ayres (2012, 2009), na tentativa de apreender o sentido prático do princípio da integralidade, sem desconsiderar a riqueza da polissemia desse termo, define quatro eixos em torno desse conceito: A) Eixo das necessidades: Está relacionado à qualidade e natureza da escuta, o acolhimento e respostas às demandas em saúde. O primordial e o diferencial aqui é considerar também as necessidades que não se restringem à prevenção, correção e recuperação de um agravo à saúde, mas também necessidades relacionadas aos projetos de vida de cada um; B) Eixo das finalidades: Diz sobre o grau de interação entre as ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação de agravos e/ou doenças. A atenção está voltada para a produção de conexões que melhorem os resultados das ações, tanto para o serviço quanto para a população; C) Eixo das articulações: Refere-se à produção de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento da atenção à saúde, com foco no atendimento às necessidades de saúde e, D) Eixo das Interações: Diz respeito à produção e à qualidade das relações intersubjetivas no cotidiano dos serviços, entre o profissional e paciente. Propõe a construção de espaços dialógicos, mais horizontais, onde aqueles que produzem o cuidado não prescindam da opinião e do desejo daquele que recebe o cuidado.

Entre várias aproximações que podemos fazer das ideias apresentadas até aqui, uma delas nos ajuda a definir os passos seguintes de nossa pesquisa. Podemos afirmar que a produção de práticas de saúde

integrals é fundamentalmente relacional, isto é, partem do encontro entre sujeitos e, portanto calcadas no diálogo e na escuta.

Se a produção de práticas integrals exige a apreensão das necessidades de saúde dos sujeitos, no contexto de cada encontro (Mattos, 2004), considerando sua singularidade; então podemos entender que a concretização de práticas integrals não é possível sem um “enclinar-se ao outro”. A integralidade é produzida em meio a relações entre sujeitos, ela nunca acontece antes ou fora das relações estabelecidas nos serviços, pois integralidade é produção em ato (Gomes et al, 2007).

Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica (Mattos, 2004:1414).

A compreensão de que as práticas de saúde integrals não podem prescindir do encontro entre sujeitos traz implicações importantes para a produção do cuidado no cotidiano dos serviços e alguns desdobramentos teóricos para nossa pesquisa.

Onocko Campos (2005), indagando-se sobre o que seria um encontro, foi buscar no dicionário as primeiras pistas. Percorrendo esse mesmo trajeto, vemos que encontro é o ato ou efeito de encontrar e que encontrar é deparar-se, achar, dar com, atinar, descobrir, como também ofender, opor-se, embater, chocar-se, bater-se em duelo, contrariar (Ferreira, 2009).

O ato de encontrar significa se pôr em contato, com resultado sempre imprevisível. Um encontro entre sujeitos pode ser fraterno, amigável ou simplesmente, um forte *encontrão*, repleto de violência (Onocko Campos, 2005). Toda essa amalgama de sentimentos estão presentes na relação de um com o outro, inclusive na relação profissional de saúde/paciente.

Contudo, as relações humanas não expressam uma clareza irrestrita. Temos que conviver com certo nível de opacidade, de desconhecimento, de ambiguidade, ambivalência e contradições. Os afetos de que todos nós somos capazes de sentir podem se configurar como obstáculos à solidariedade e à produção do cuidado em saúde. Nesse sentido, Sá (2009) afirma que esses obstáculos

(...) não residem apenas na precariedade das condições materiais, tecnológicas e na insuficiência de pessoal da grande maioria dos serviços, nem somente nas características dos modelos assistencial biomédico e gerencial funcionalista dominantes. Somando-se a esses fatores, os padrões de sociabilidade e os modos de subjetivação na sociedade contemporânea também impõem sérias limitações ao trabalho em saúde e a sua qualidade (Sá, 2009:652).

Para compreendermos essa dinâmica que atravessa as relações entre os sujeitos, apoiamo-nos no reconhecimento da dimensão intersubjetiva do trabalho em saúde, destacando a dimensão inconsciente como produtora de efeitos, seja para o bem ou para o mal, sobre a qualidade do cuidado (Sá 2005).

Nos capítulos seguintes, desenvolvemos essas questões. Iremos, agora, dar continuidade ao nosso percurso, desenvolvendo a ideia de cuidado em saúde a partir do eixo da integralidade.

4.1 O cuidado como categoria de análise e compreensão da integralidade

(...) cuidado é entendido como ocupação e preocupação para fora de si, como aplicação do pensamento para algo que não sou eu. Esta preocupação tem o sentido primeiro de preservação de um outro (ser, animal, meio ambiente, etc), e caracteriza-se pela expressão de uma ação” (Xavier & Guimarães, 2013:142).

Para Pinheiro e Guizardi (2013) o cuidado em saúde é a expressão da potência da integralidade. Desta forma, a integralidade em saúde deve contemplar uma noção de cuidado (Louzada, Bonaldi & Barros e Barros, 2007). Utilizar- nos - emos das contribuições de Ayres (2000, 2001, 2004a, 2004b, 2009, 2012) para tratar desse conceito.

Segundo o autor, quando pensamos em cuidado em saúde, logo nos remetemos a uma concepção já cristalizada no senso comum, em que o cuidado é considerado como “(...) um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento” (Ayres, 2004a:74).

Na contramão dessa concepção simplificada, esse autor sustenta e desenvolve uma visão mais ampliada, podemos dizer mais integral de cuidado

em saúde, que é atravessado por procedimentos e conhecimento técnico, porém não se limita a ele (Ayres, 2000, 2004a, 2006, 2009, 2012).

Nossa intervenção técnica tem que se articular com outros aspectos não tecnológicos. Não podemos limitar a arte de assistir apenas à criação e manipulação de “objetos”. Contudo, nada, nem ninguém pode subtrair a esse mesmo indivíduo, como aspirante ao bem-estar, a palavra última sobre suas necessidades. (Ayres, 2004a:84/5)

Sobre as recentes transformações da medicina, Ayres (2004a) e Mattos (2013) apontam para os limites e consequências do desenvolvimento científico tecnológico para a produção do cuidado na contemporaneidade. Mattos (2013) afirma que o protagonismo dos exames complementares para as definições das ações de saúde, a segmentação exagerada do paciente em órgão e funções, o excesso de intervenções produzindo iatrogenia, assim como a desatenção aos aspectos psicossociais do adoecimento são fatores limitantes para o sucesso das ações de saúde.

A moderna biomedicina produz técnicas, tecnologias, saberes e também valores que direcionam a relação com o outro. A racionalidade fundada na biomedicina contemporânea, (...), afastou de suas investigações diagnósticas e intervenções o ‘sujeito humano sofredor como totalidade viva. Aliás, muitas vezes despreza-se o sofrimento do sujeito porque a relação do médico dá-se com a doença, o paciente é apenas o meio de acesso a ela, sendo frequentemente entendido como fonte de distorções, cujas manifestações e comentários devem ser evitados (Gomes et al, 2007:25).

A produção do cuidado sustentado por esses pilares não se mostra sensível às necessidades de saúde dos pacientes. Traçar estratégias de intervenção a partir das necessidades de saúde exige uma abertura ao outro e a consciência de que este campo é bastante amplo. Não nos deteremos aqui na discussão do conceito de necessidades de saúde⁸, contudo precisamos ter em mente que as necessidades são singulares, diferem de pessoa para pessoa, de um momento a outro; só podem ser compreendidas a cada encontro e ainda são fortemente condicionadas por interesses político-econômicos de setores sociais hegemônicos (Corrêa Matta & Barbosa Moreno, 2014).

⁸ Para maior compreensão deste conceito, ler Cecílio e Matsumoto (2006).

Compreendendo o caráter singular das necessidades de saúde e, nessa perspectiva, ainda valendo-se das contribuições oferecidas por Ayres (2000, 2004a, 2004b, 2006, 2009, 2012) discorreremos sobre a ideia de projeto de felicidade desenvolvida pelo autor. Para Ayres (2004a), “(...) é preciso que o cuidado em saúde considere e participe da construção de projetos humanos”.

A ideia de projeto de felicidade que Ayres (2009, 2004b) propõe como norte para a produção do cuidado não se aproxima da busca pelo estado de alegria constante, sem sofrimento; visão fortemente presente no senso comum e sustentada pelo sistema capitalista.

Trata-se de um ideia reguladora, isto é, algo pelo qual orientamos nossas decisões nossas ações, nossas atitudes e que sinalizam que estamos no movendo conforme nossos projetos [de vida]”. Ela é uma ideia contrafática, isto é, só podemos saber em que direção ela nos move na medida em que vamos vivendo e encontrando situações que são percebidas como negação ou obstáculos aos nossos projetos (Ayres, 2009:19).

É a partir das experiências vividas, dos efeitos provocados em nós, que saberemos se estamos nos movendo de acordo com nossos projetos de felicidade. Da mesma forma, as ações de saúde só terão a possibilidade de contribuir para construção dos projetos de felicidades dos pacientes e, conseqüentemente, produzir cuidado, se forem definidas na relação entre sujeitos e norteadas segundo seus efeitos. A assistência prestada deve se distanciar de uma “objetivação dessubjetivadora” (Ayres, 2004a), isto é, reduzir o sujeito que ali se encontra a mero objeto.

Os profissionais de saúde consideram uma intervenção bem sucedida se esta ocorreu de acordo com o cumprimento das etapas pré-definidas, conforme o esperado. Podemos dizer que houve êxito técnico, porém, o alcance desse objetivo não faz sentido algum se os efeitos da intervenção não significarem o sucesso prático, ou seja, um ganho ou conquista de condições ou situações valorizadas pelas pessoas como fonte de realização, de felicidade para sua vida (Ayres, 2006: 51).

Desta forma, temos como objetivo das práticas de cuidado aproximar o êxito técnico e o sucesso prático. A definição das ações de saúde para um determinado sujeito estará subordinada às escolhas estabelecidas de forma compartilhada, que estejam de acordo com o modo vida entendido como

desejável e adequado (Ayres, 2004b). O cuidado é produzido tanto por uma sabedoria prática, isto é, o conhecimento que as pessoas possuem sobre si e seus projetos de felicidade, como por saberes tecno-científicos.

Quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (o paciente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Aí a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de Cuidado (Ayres, 2004a:86).

Ayres (2006) apresenta três aspectos práticos para nortear as práticas de saúde voltadas para o cuidado: a) Abrir espaço para o diálogo; b) Assumir e compartilhar responsabilidades e c) reconstruir identidades. O primeiro aspecto diz respeito à importância da dimensão dialógica no encontro entre pacientes e profissionais para a construção de práticas de saúde. Outros autores também apostam na construção de relações mais horizontais nos serviços de saúde, abrindo espaço para a escuta (Cecílio & Merhy 2003; Silva Jr., Merhy & Carvalho, 2003; Merhy, 2002).

O segundo aspecto aborda a necessidade do desenvolvimento da responsabilidade como elemento fundamental para a disponibilidade de escuta e de diálogo. Não é apenas por meio da criação de mecanismos que favoreçam a escuta que ações de saúde inclinadas ao cuidado se efetivarão. A corresponsabilização pelo projeto de felicidade dos pacientes é essencial para o sucesso prático das ações de saúde.

Por fim, o terceiro aspecto se refere à reconstrução de identidades a partir de cada encontro. Nossas identidades não são definidas quando nascemos; elas vão sendo construídas e desconstruídas ao longo do tempo e por meio dos encontros que estabelecemos uns com os outros. A capacidade de se diferenciar de si mesmo a cada encontro é o que se mantém constante. Quanto mais os profissionais e pacientes se abrem à presença do outro, "(...) maior interesse se revestirá a desconstrução das indidentidades-alteridades que já mediam e subsidiam os encontros" (Ayres, 2006: 75).

A importância do cuidar nas práticas de saúde está no desenvolvimento de atitudes e espaços que permitam o encontro de subjetividades, assim como a emergência de uma sabedoria prática para compor com o saber científico,

saberes estes que subsidiarão as decisões terapêuticas, sempre implicadas com o projeto de vida do paciente (Ayres, 2000).

Com base na concepção de cuidado trazida aqui podemos afirmar que nem toda ação de saúde implica cuidado e, toda ação de saúde comprometida com o cuidar é fundamentalmente cuidado integral. Talvez seja pleonasma manter essa expressão (cuidado integral), uma vez que a ideia de cuidado exige o olhar para o sujeito, que se apresenta com sua história, desejos, sentimentos e pensamento. Exige conhecimento técnico para as intervenções, bem como a consideração do saber prático acumulado pela experiência vida, além da apreensão ampliada das necessidades de saúde.

Assim, podemos afirmar também que as ações de saúde voltadas para a produção de cuidado exigem essencialmente a realização de uma *clínica ampliada*. Campos (1996) utilizou esse termo para diferenciá-lo de outros dois tipos de clínica exercidas nos serviços de saúde: *a clínica oficial e a clínica degradada*. A primeira remete ao olhar sobre a doença, desconsiderando aquele que sofre, comprometendo-se com o desenvolvimento do conhecimento científico para embasar as ações e protocolos clínicos, concentrando-se nas questões clínicas apresentadas pelo paciente (Campos, 1996).

A clínica degradada é o comprometimento da realização da clínica oficial, isto é, quando obstáculos impedem a realização de intervenções adequadas para determinado agravo ou doença, como falta de recursos financeiros, falta de profissionais, falta de responsabilização para com a vida.

Em contrapartida à clínica oficial e degradada, Campos (1996) traz a concepção de Clínica Ampliada. Exercer a clínica ampliada significa ter um compromisso com o sujeito doente de modo singular; corresponsabilizar-se pelo cuidado do outro. A concepção de clínica ampliada produz uma mudança radical do profissional em relação ao paciente. Não é mais uma clínica da doença, do físico, é uma clínica do sujeito, que adocece de modo singular, que se apresenta de modo único e que produz no outro todo tipo de afeto.

Para Campos (1996) exercer uma clínica do sujeito não significa deixar a doença de lado, negar a necessidade da medicina; significa colocar o sujeito no centro das práticas de cuidado. O objeto da Clínica do Sujeito abrange a doença, o sujeito e o contexto onde está inserido; é "(...) uma clínica centrada nos sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, inclusive

considerando-se a doença como parte destas existências” (Campos,1996: 04). Não se trata de uma troca, não é substituição; é ampliação do olhar.

Figueiredo (2009) nos oferece pistas importantes para também nos auxiliar na construção do conceito de cuidado trazido nessa pesquisa. Embasado por uma leitura psicanalítica da constituição psíquica dos sujeitos, ele discute a tarefa fundamental do ato de cuidar. A referência a Figueiredo (2009), entretanto, não se fará sem a consideração de que o autor discute o cuidado a partir de experiências vividas no *setting* psicanalítico tradicional.

Reconhecemos as especificidades desse *setting* e entendemos que não é possível fazer uma transposição direta do que nele ocorre para o ambiente do cuidado em saúde geral. Por isso, destacamos aqui apenas aqueles elementos que, a nosso ver, devem ser considerados em distintos ambientes de cuidado.

Segundo Figueiredo (2009), o sentido mais profundo de todas as práticas de cuidado “(...) é o de propiciar para o indivíduo uma possibilidade de ‘fazer sentido’ de sua vida e das vicissitudes de sua existência ao longo do tempo, do nascimento à morte” (Figueiredo, 2009: 134).

Lacerda e Valla (2013: 102), considerando o exercício de profissionais de saúde corroboram essa concepção. Para os autores

(...) os profissionais de saúde atuam como cuidadores e podem ajudar os sujeitos a reelaborar e ressignificar as experiências que causaram dor e sofrimento, a ter maior controle das situações e encontrar um sentido e coerência de vida.

O ser humano para se constituir enquanto sujeito sofre ao longo da vida processos de fissura e reconstituição psíquica, sendo o cuidado endereçado a ele uma importante fonte de construção e manutenção do Eu. Embora esses processos sejam inerentes à constituição dos sujeitos, a experiência de adoecimento pode se configurar como um momento de crise, ocasionando não apenas o sofrimento físico, como também psíquico, sendo um momento de grande fragilidade.

Figueiredo (2009) considera três funções fundamentais do ato de cuidar: acolher, reconhecer e questionar. Essas três funções do cuidado permitem a nós seres humanos crescer, suportando os movimentos de

descontinuidade, como podem ser consideradas algumas experiências de adoecimento.

Diante dos percalços da vida, a continuidade da sensação de que possuímos, cada um de nós, uma existência própria, singular, não está garantida. Assim, ela precisa ir sendo construída e reconstruída constantemente; o agente cuidador possibilita “o seguir adiante” dando suporte psíquico ao objeto do cuidado e o acolhendo nos seus momentos de transição.

Reconhecer é outra importante tarefa do cuidar. Muitas vezes, cuidar é, fundamentalmente, ser capaz de prestar atenção e reconhecer no objeto do cuidado o que ele traz de próprio e singular, afirmando sua diferença. Podemos pensar essa função exercida pelos profissionais de saúde quando suas ações se voltam para os sujeitos doentes (legitimando as especificidades de suas dores e também de seus recursos pessoais para cuidar-se), não se restringindo a aplicação de técnicas desenvolvidas pela ciência.

Quando consideramos a apreensão ampliada das necessidades de saúde do paciente para produzir o cuidado, estamos adentrando no campo das tecnologias relacionais, as quais são produzidas a cada encontro, pois a experiência do adoecimento é sempre única.

Indagar, questionar também é uma expressão do ato de cuidar; esse posicionamento do agente cuidador propicia ao sujeito se haver com os fatos da existência: a finitude, a morte, a alteridade e a lei (Figueiredo, 2009). Talvez a proposta de corresponsabilização do cuidado entre pacientes e profissionais de saúde possa permitir uma aproximação com essa função. Co-responsabilizar não é se responsabilizar sozinho, é estabelecer relação entre sujeitos, pressupondo uma interpelação, um chamado endereçado ao outro. Para tanto, é necessário firmar contratos, acordos, consenso, estabelecido a partir do encontro; é necessário implicar-se com o projeto de felicidade de cada um e, além disso, chamar o sujeito para se co-responsabilizar pelo seu cuidado.

Contudo, é preciso destacar a importância do equilíbrio entre essas três funções para que de fato elas alcancem seu objetivo: ajudar o indivíduo na sua construção de sentido e soluções para o adoecimento ou, noutra perspectiva, acompanhá-lo na produção de seu projeto de felicidade. O excesso de cuidado

também pode trazer prejuízos aos indivíduos, assim como sua ausência extrema.

Mattos (2013) em um texto intitulado “Cuidado prudente para uma vida decente”, fazendo alusão ao livro de Boaventura de Souza Santos “Conhecimento Prudente para uma Vida Descente”, aponta para a relevância do exercício cotidiano da dúvida sobre as intervenções produzidas nos espaços hospitalares. Assim, sugere que sempre nos interroguemos: Será que esse cuidado é realmente necessário?

Apoiado em Boaventura, que critica a onipotência do discurso científico, sua pretensão de dominação da natureza e as relações instrumentais estabelecidas entre os sujeitos, Mattos (2013) defende uma perspectiva mais cautelosa, mais modesta, na utilização do conhecimento científico e das intervenções técnicas em saúde, apontando para o exercício cotidiano da dúvida. Duvidar pode ser uma importante estratégia para refletirmos sobre o excesso ou a falta de ações em saúde produzidas pelos profissionais de saúde.

Figueiredo (2009) se aproxima desta compreensão em torno da necessidade de modéstia ou de prudência no exercício do cuidado quando aponta para a necessidade de que o agente cuidador exerça capacidade de se manter em *presença reservada*, ou seja, se retirar de cena quando necessário, aceitando seus limites. Não é uma ausência total, não se trata de abandonar, é estar presente sem tutelar em excesso, sem invadir ou desrespeitar tanto a necessidade de sofrer, quanto os recursos próprios do paciente. É um afastamento cuidadoso, calculado. O cuidador deve ser capaz de acompanhar os sujeitos num processo de ampliação de sua autonomia, permitindo que o objeto de cuidado seja também agente cuidador.

A perspectiva metapsicológica do cuidado trazida por Figueiredo (2009) nos ajuda a pensar a atuação do profissional de saúde a partir da perspectiva da clínica ampliada, já que esta tem como objeto o sujeito. Assim, por esta perspectiva, a prática dos profissionais de saúde deveria visar à realização das três funções fundamentais do ato de cuidar, reconhecendo o princípio do equilíbrio entre esses eixos, como também os limites de sua atuação e o contexto onde se dão.

Não devemos considerar essas três tarefas do cuidado (acolher, reconhecer e questionar), inicialmente pensadas a partir de funções mais

amplas do processo de socialização, de maneira ingênua e simplesmente transpô-las para realidade dos serviços de saúde. As relações construídas no cotidiano dos serviços são também efeitos de suas características, ou seja, é preciso considerar suas diferenças.

Pensar estas funções do cuidado a partir de certos ambientes dos serviços de saúde como a emergência, ou uma UTI (Unidade Intensiva de Tratamento) por exemplo, onde os processos de trabalho em saúde não são apenas fragmentados, recortados e circunscritos à procedimentos específicos, como também são altamente dependentes de “tecnologia dura” (Merhy, 2002), equipamentos, recursos tecnológicos que estabelecem uma poderosa mediação ou barreira nesta relação profissional-paciente. São processos muito mais dominados pela lógica do êxito técnico (Ayres, 2000, 2001, 2004a) do que pelo sucesso prático.

Muitas vezes os agentes especializados, como médicos e enfermeiros, supervalorizam a aplicação das normas técnicas e protocolos clínicos no seu trabalho, nas suas práticas. Todavia, embora esse seja um aspecto importante do cuidado, é necessário olhar para quem se encontra ali. Em um serviço de saúde, como o hospital, a cada novo paciente, novas necessidades surgem e o modo de se relacionar com esse “novo” outro terá que ser inventado, ainda que certas similaridades permaneçam.

Isso não é possível quando os “encontros são regulamentados e normatizados por imperativos extrínsecos e extemporâneos” (Gomes et al., 2007:24), quando percebemos a cristalização e o enrijecimento das relações. Agir unicamente condicionado ao cumprimento de regras e protocolos clínicos impossibilita ao profissional de saúde perceber o outro. Ele estabelece a priori as condutas tomadas e como o outro deve se comportar diante dessas normatizações (Gomes et al., 2007).

O trabalho em saúde é fundamentalmente um trabalho produzido no encontro com o outro e ali mesmo consumido. Ainda que protocolos clínicos sejam ferramentas importantes para a qualidade do cuidado prestado, eles não são suficientes, têm alcance limitado, pois não é possível negar a necessidade de singularização e a dimensão subjetiva do cuidado.

Ceccim e Merhy (2009) fazem uma observação que nos parece importante. De acordo com os autores:

*Muitos daqueles que também apostam na mudança das práticas de saúde, a veem como possibilidades inscritas em encontros, nos quais **uns** sabem criticamente o que os **outros** devem fazer e, então, não contemplam o desafio da ressingularização das práticas, mas a instalação de boas práticas. Nessa forma de entender e agir, cada encontro é um momento particular de uma estratégia geral que já está dada **a priori**, para ser realizada no momento em que o encontro acontece. Não é diferente do modo como o modelo hegemônico de se produzir saúde é realizado. Esse modo - que é sempre o agir de um profissional de saúde que se legitima por ser o portador do saber em saúde que o outro deve adotar ou incorporar - vê o acontecimento do encontro, mesmo que o diga como **cada caso é um caso**, como momento particular: para o qual já tem tudo preparado. Estamos diferindo singular (criação) de particular (requalificação) (Ceccim & Merhy, 2009: 534-35).*

O exercício de práticas de saúde tendo como norte o cuidado, na perspectiva trazida nessa pesquisa, produz efeitos importantes para os trabalhadores, pacientes, como para o próprio serviço, pois:

Estar aberto à alteridade pressupõe correr riscos, sair do conforto e segurança garantida pelos pressupostos científicos e prescrições morais e perceber nossa falibilidade (...). Pensando a saúde a partir do seu conceito ampliado, o espaço de previsibilidade e segurança se esvai, uma vez que (...) nos deparamos incessantemente com o limite dos nossos saberes e fazeres (Gomes et al., 2007:25).

Estão presentes no encontro com o outro os desejos, vontades, necessidades, expectativas, história e valores de cada um, muitas vezes diferentes daqueles que norteiam nossas vidas. Isso nos coloca em contato com a diferença, com outras formas de viver, o que nem sempre é confortável. A cada encontro nos é colocado a exigência de criarmos novos modos de existir, sentir, pensar e agir e, assim, diferenciarmo-nos de nós mesmo. Há uma violência vivenciada por nosso corpo em sua forma atualizada, na medida em que a partir de cada encontro se produz um novo-corpo em nossa existência (Rolnik, 2007, apud Gomes et al, 2007).

Essas considerações levam-nos a lembrar que o contato do serviço de saúde com o paciente produz diversos afetos, muitas vezes contraditórios e difíceis de suportar. Esses encontros

(...) escancaram as mazelas sociais, as distinções de valores e condições de vida, expõem toda forma de vulnerabilidade e precarização da existência, e neste ponto, estar aberto ao outro pode

ser doloroso. Para muitos profissionais, principalmente os advindos de realidades de vida absolutamente distinta dos usuários com quem se relacionam, e que não foram preparados em sua formação para esses encontros, essa abertura é quase insuportável, já que 'depende de suportarmos o caos, próprio da dimensão invisível da alteridade; de suportarmos a violência das diferenças que aí se engendram, sem associá-lo ao perigo de desintegração, de modo que o caos deixe de ser tão aterrador (Gomes, 2007:25).

A partir do exposto, entendemos que humanizar o cuidado é considerar que sua produção se dá a partir do encontro entre sujeitos, é estar aberto à emergência de tudo que diz respeito à dimensão humana, isto é, afetos que contribuem para produção do cuidado e afetos capazes de causar danos à qualidade da assistência.

No próximo capítulo, apresentaremos dois dos três personagens centrais na produção do cuidado assistencial ao portador de transtorno mental e o cenário dessa pesquisa: o médico, o enfermeiro e o hospital geral. Abordaremos então, a partir do que entendemos ser comum a todo e qualquer trabalho em saúde, independente da categoria profissional, os atravessamentos dos processos intersubjetivos e inconscientes para a produção do cuidado no cotidiano dos serviços de saúde.

5. O hospital geral, o médico e o enfermeiro: um cenário e dois personagens

O hospital geral é o nosso lugar de interesse; discutiremos o cuidado produzido nessa organização, considerando suas transformações ao longo do tempo e suas características enquanto uma organização profissional complexa.

Neste cenário, vemos o corpo médico como outro elemento importante para a exploração do nosso tema de pesquisa, seja por ser um profissional essencial à produção do cuidado, seja por dominar, de certa forma, o modo de se produzir cuidado no hospital.

Passaremos brevemente pela história da medicina chegando ao momento em que os caminhos do hospital se cruzam com os da medicina, ou seja, quando “(...) o hospital foi medicalizado e a medicina pôde tornar-se hospitalar” (Foucault, 1990:60). É a partir do momento em que o saber médico se apodera do hospital, transformando as funções desse lugar que nos dedicaremos a construir nosso caminho de pesquisa.

O profissional de enfermagem é o segundo personagem escolhido. Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem são os profissionais que mais tempo passam com o paciente em seu leito. São eles que regem a rotina do paciente no hospital, que fazem, muitas vezes, o intercâmbio entre paciente/familiar e médicos.

Embora não tenhamos nos dedicado aos outros profissionais de saúde, consideramo-los igualmente importantes para a produção do cuidado. Psicólogos, nutricionistas, assistente sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas e outros “(...) encontram-se dispersos na estrutura hospitalar. [Influenciam na produção do cuidado], “(...) tem sua lógica de organização do trabalho, porém como são numericamente menores em relação aos demais, sua influência é mais limitada” (Matos & Pires, 2006:512).

Contudo, acreditamos ser importante caracterizarmos, inicialmente, alguns aspectos em comum entre o processo de trabalho desses dois profissionais de saúde no hospital geral para, depois, focarmos nas transformações ocorridas, ao longo do tempo, no hospital, na medicina e na

enfermagem que trazem consequências para o ato de cuidar na contemporaneidade.

5.1 O trabalho em saúde como categoria de análise do cuidado possível

No século XX, o trabalho assistencial em saúde foi amplamente institucionalizado - sendo realizado, na maioria das vezes, no espaço hospitalar ou ambulatorial. Ademais, outra característica que se tornou intrínseca à assistência em saúde é seu caráter coletivo, dado ao médico a centralidade do processo assistencial, o qual delega atividades aos outros profissionais de saúde (Pires, 1998).

Se na Idade Média os físicos, os leigos, os cirurgiões barbeiros, os boticários e as parteiras tinham o controle sobre todo o processo de trabalho, após o século XIX, com a modernização dos hospitais, a cientificidade da medicina e o desenvolvimento tecnológico, as corporações foram se dividindo, dando espaço para inúmeras especialidades e para entrada de outros profissionais de saúde, parcializando assim, o processo de trabalho (Pires, 1998)

(...) os físicos passam a determinar regras para o exercício dos ofícios da saúde. A divisão social do trabalho em áreas de conhecimento, em campos de atividades, adquire outro caráter. Pode-se dizer que a especialização das atividades passaram a ser subordinadas às regras das corporações dos clínicos, mais esse controle só se torna mais significativo quando esses trabalhos realizam-se em um mesmo espaço físico – hospital ou unidade ambulatorial, que envolva o trabalho coletivo (Pires, 1998:84).

O parcelamento das atividades assistenciais, a superespecialização dos profissionais tornou-se comum entre as profissões da saúde. Psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, todos esses passaram a dividir com o médico o cuidado prestado ao paciente. No entanto, o saber médico sobre o tratamento do doente se mantém hegemônico até hoje. Isso traz sérios conflitos entre as categorias profissionais, repercutindo no cuidado produzido e na integralidade da atenção.

Carapinheiro (1998), discorrendo sobre a distribuição espacial das atividades no hospital, ou seja, os lugares onde se apresentam modelos de

ação próprios dos médicos e enfermeiros, observou que nas salas de trabalho da enfermagem é possível perceber a livre circulação entre médicos e enfermeiros por motivos associados ao tratamento dos doentes internados. Entretanto, esse tipo de interação não acontece nas salas dos médicos.

Este é um lugar que pertence em exclusivo aos médicos, o único lugar do serviço não promiscuo à interferência de outros grupos profissionais e dos doentes, consagrando-se o princípio que só aos médicos se atribui a possibilidade de circularem em qualquer espaço do serviço de acordo com um sistema implícito de proibições que regula a circulação de pessoas, na tradução espacial do poder e prestígio dos médicos (Carapinheiro, 1998:103).

Em relação à organização do trabalho dos médicos e enfermeiros, este se caracteriza pela produção de ações de saúde, pela oposição comando/execução e pelo sistema de trabalho ser do tipo profissional, isto é, esses profissionais controlam a produção de cuidados “(...) sendo assegurado pelos médicos o ato médico propriamente dito e pelos enfermeiros a administração do tratamento” (Carapinheiro, 1998:113).

No hospital, médicos e enfermeiros exercem funções e atividades nitidamente diferenciadas e executam-nas isoladamente. Não podemos afirmar que existe um trabalho em equipe, há uma justaposição de ações e um agrupamento de agentes (Peduzzi, 2001) caracterizados pela fragmentação do trabalho. Embora os médicos dependam da cooperação dos enfermeiros para obterem informações sobre o estado de saúde do paciente, as terapêuticas administradas e a realização dos exames não se integram ao processo de trabalho da enfermagem (Carapinheiro, 1998).

Somos assim constantemente conduzidos a identificar os médicos com a posição de chefes hierárquicos das restantes categorias do pessoal hospitalar, pela invocação permanente da razão última das atividades hospitalares, o tratamento dos doentes (Carapinheiro, 1998:118).

A entrada de outras categorias profissionais no hospital não abalou a supremacia do saber médico (Carapinheiro, 1998). A partir da década de 1930, propagou-se a visão multicausal do processo saúde-doença, fomentando, assim, a incorporação de outros profissionais no cenário hospitalar (Guedes &

Castro, 2009). Entretanto, pouco se avançou em relação a integração das ações e a hierarquia profissional no ambiente hospitalar.

De modo geral, os profissionais médicos possuem alto grau de autonomia dentro dos hospitais, resistem em colaborar com qualquer projeto gerencial, organizando-se por uma lógica própria, sustentada em acordos corporativos. Não estão submetidos a quase nenhum tipo de mecanismo de controle (Cecílio, 1999).

A hegemonia do médico dentro dos serviços hospitalares é consequência de uma série de fatores históricos, sociais e culturais. As transformações da medicina, o desenvolvimento científico e tecnológico na área proporcionaram a esses profissionais maior visibilidade e credibilidade por parte da população. Além disso, as mudanças sofridas no hospital, garantindo aos médicos seu absoluto domínio contribuiu substancialmente para essa configuração.

Nesse contexto, a eficiência da atenção em saúde ainda é sinônimo de alta tecnologia, inovações terapêuticas, exames sofisticados, criação de especialidades e mais especialidades. Se por um lado, essas descobertas contribuíram para aumentar a expectativa de vida (não podemos negar os efeitos positivos da cura de várias doenças, por exemplo), por outro, colocou em questão esse modelo de atenção hospitalocêntrico e médico-centrado, pois esse se mostra incapaz de responder todas as necessidades de saúde da população, além de ser altamente dispendioso.

A maneira como a organização hospitalar se estruturou ao longo do século XX traz consequências importantes ao cuidado produzido, às relações estabelecidas entre os profissionais e entre estes e o paciente. Vemos hoje uma imensa variedade de ações de saúde centradas em procedimentos padronizados, fragmentados, destituindo o sujeito de qualquer participação em seu tratamento. “Em um mundo médico cada vez mais burocratizado e movido pela tecnologia, o toque pessoal hipocrático parece correr o risco de se perder” (Porter, 2004:63).

Além desses aspectos que dizem respeito a dinâmica de organização e estruturação das profissões de saúde no ambiente hospitalar, podemos também definir como uma característica comum do trabalho em saúde o seu caráter essencialmente **intersubjetivo**. Para nós, esse aspecto é central para

discutirmos a produção do cuidado nos serviços de saúde. Alguns autores, como Emerson Merhy, Lilia Blima Schraiber, Ricardo Ayres, Ricardo Burg Ceccim entre outros, trouxeram importantes contribuições para essa temática.

As relações cotidianas que se constituem nos serviços de saúde entre profissional e paciente são, antes de tudo, um encontro entre pessoas que trazem para essa relação seus sentimentos, pensamentos, valores e modos de vida. Esses aspectos impossibilitam a repetição mecânica das ações e resultados em saúde. Cada pessoa adoece de um jeito, reage aos tratamentos e ao processo de internação de modo diferente, desafiando, às vezes, a própria ciência.

Schraiber (1993), discute amplamente o trabalho médico e as transformações que a medicina sofreu ao longo do tempo. Ela levanta aspectos importantes do trabalho desse profissional, mas que no nosso entender, podem ser atribuído a qualquer outro profissional de saúde que mais diretamente preste assistência ao paciente. Assim, em relação ao trabalho do médico, a autora afirma: Trata-se de

(...) intervenção de um sobre outro homem, remetendo diretamente ao aspecto relacional desse trabalho, (...). Significa, assim, os cuidados de um comportamento criterioso, já que se está diante de uma “invasão”, ainda que permitida, do outro: interferência sobre as vidas, as privacidades e as paixões das pessoas. Além disso, o fato de realizar-se enquanto relação interindividual parece comprometer ainda mais esse trabalho com as “questões do relacionamento humano”, de que são parte o respeito, o afeto, a dedicação, a sensibilidade, a fraternidade e tantas outras substâncias da esfera do pessoal (Schraiber, 1993: 150).

Desta forma, com base nas reflexões de Schraiber (1993), entendemos que todo trabalho em saúde é uma mescla de técnica, ciência e aquilo que a autora chama de “arte”, isto é, as habilidades pessoais do profissional, o qual aplica a técnica de forma singular, com características próprias, que ultrapassam a repetição isolada do conhecimento técnico-científico.

Nas palavras da autora:

A noção de profissão, no sentido acima, qualifica a prática dos médicos de “talentosa”, misto de arte e técnica: técnica na arte, supremacia criativa de um proceder técnico eticamente adequado. A arte reside, pois, nessa capacidade de aplicar o técnico-científico sob

preceitos “corretos” de comportamento pessoal. É um ouvir, um receber, um interessar, um confortar, um orientar, em que se dispõem as ações técnicas derivadas da ciência (Schraiber, 1993:153).

Poderíamos dizer que essa capacidade do médico, assim como dos outros profissionais de saúde, está em “elaborar uma tecnologia do ‘afetivo’ no técnico” (Schraiber, 1993:153). Essa ideia muito se aproxima do conceito desenvolvido por Merhy (2000, 2002) chamado *tecnologias leves*. Essas se fazem presente no espaço relacional entre trabalhador e paciente e só têm materialidade em ato, ou seja, no momento em que acontece.

Segundo Pires, (1998) o trabalho em saúde é

(...) um trabalho da esfera não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz e é a própria realização da atividade (Pires, 1998:159).

À isso Merhy (2002) deu o nome de “trabalho vivo em ato”, em contraposição ao noção de trabalho morto. O autor, para discutir o processo de trabalho em saúde, recorreu às etapas de processo produtivo qualquer, como a produção de um objeto por um marceneiro ou sapateiro. Segundo Franco e Merhy (2008) “todo processo de trabalho combina trabalho em ato e consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores” (Franco & Merhy, 2008:218).

Os autores dão exemplo de uma indústria de carros, onde os trabalhadores utilizam ferramentas e materiais anteriormente produzidos, como as placas de aço. Para que o trabalhador possa fazer o carro, ele depende de um trabalho anterior, ou seja, daquele que produziu essas placas. Assim, o trabalho de fazer carro combina um trabalho em ato que está sendo realizado por aquele que produz o carro e um trabalho realizado antes, por outro trabalhador, em outro lugar. “Chamamos o trabalho feito em ato de “trabalho vivo em ato”, e o trabalho feito antes, [que chega em forma de produto], chamamos de trabalho morto” (Franco & Merhy, 2008: 281).

Ao trazer essa discussão para o campo da saúde, observamos que o profissional, para produzir o cuidado ao pacientes, utiliza-se tanto de equipamentos, exames, estrutura física dos serviços de saúde, do conhecimento científico adquirido, como também de trabalho humano

produzido no exato momento que está sendo executado e que determina a produção do cuidado. O primeiro grupo, que configura trabalho realizado anteriormente ao encontro do profissional com o paciente, é o trabalho morto, e o segundo grupo configura trabalho vivo em ato, ou seja, aquele que se dá a partir do encontro esses sujeitos.

Dito isso, Merhy e Franco (2008) afirmam que o trabalho e os atos de cuidar em saúde são essencialmente trabalho vivo, ao contrário de outros setores, onde podemos perceber a predominância do trabalho morto. Nesse sentido, podemos afirmar que aquilo que se dá no *entre-dois* da relação trabalhador-paciente é decisivo para produção do cuidado. As decisões, os julgamentos do profissional, ainda que prescindam de um conhecimento anteriormente formado, dependem da singularidade de cada história, de cada vida; processo este puramente inventivo, criativo.

O trabalho em saúde

(...) não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação são mais estratégicas, configuram-se em processo de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados comportando uma grau de liberdade significativo na escolha no modo de fazer essa produção (Merhy, 2002:49).

Essas tecnologias às quais Merhy se refere, ele deu o nome de tecnologias leves, como apontamos anteriormente, ao aproximar esse conceito das ideias de Schraiber (1993). Além dessas, Merhy e Franco (2008) definem outros dois tipos de tecnologias que se fazem presente, em menor ou maior grau, no processo de produção do cuidado:

O trabalho em saúde pode ser percebido usando como exemplo o trabalho do médico, no qual se imagina a existência de três valises para demonstrar o arsenal tecnológico do trabalho em saúde. Na primeira valise se encontram os instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e, na terceira, as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato (tecnologias leves). Na produção do cuidado, o médico (mas poderia ser o enfermeiro, o técnico da saúde) utiliza-se das três valises, arranjando de modo diferente uma com a outra, conforme o seu modo de produzir o cuidado. Assim, pode haver a predominância da lógica instrumental; de outra forma, pode haver um processo em que os processos relacionais (intercessores) intervêm para um processo de trabalho com maiores graus de liberdade, tecnologicamente centrado nas tecnologias leves e leve-duras (Franco & Merhy, 2008: 282-3).

Esses três tipos de tecnologias estão presentes, em proporções variadas, em todo e qualquer trabalho em saúde. O protagonismo de uma ou outra tecnologia irá definir a concepção de cuidado que está por trás nos serviços de saúde. Para Ceccim e Merhy (2009) é no campo micropolítico, isto é, no campo das relações cotidianas entre trabalhadores e pacientes que se põe em disputa os sentidos da tarefa do cuidar, dando maior ênfase no uso de uma ou de outra tecnologia.

Com base nas ideias desses autores (Merhy, Franco, Schraiber, Pires), o trabalho em saúde não pode prescindir de sua dimensão criativa, inventiva para a produção do cuidado. Para Merhy (1999) o ato de cuidar se tornou um dos nós críticos-chaves dos serviços de saúde, uma vez que, para o autor, "(...) uma das implicações mais sérias do atual modelo médico hegemônico é a de diminuir muito a dimensão cuidadora do trabalho em saúde" (Merhy, 1999:s/p).

Concordando com Merhy (1999), Figueiredo (2007), sobre o exercício do cuidado na sociedade contemporânea, nos alerta:

Estamos pouco preparados para cuidar, acompanhar os doentes, receber os moribundos em seus últimos passos, estudar com os filhos, escutar os amigos etc. Nossa capacidade de prestar atenção uns nos outros, por exemplo, parece drasticamente reduzida. Recuperar esta capacidade me parece uma tarefa urgente e preciosa, tanto para os agentes de cuidados (...) quanto para todos os humanos (Figueiredo, 2007: 28).

Parece que, de certo modo, estamos na contramão dos valores sustentados na sociedade contemporânea quando propomos o exercício do cuidado a partir de perspectiva de Figueiredo (2007), Ayres (2012; 2009) e Merhy (1999), pois as relações humanas se tornaram hegemonicamente efêmeras, secundarizadas em relação ao desejo de ter. É nesse sentido que Figueiredo (2007) percebe o nosso despreparo para tal tarefa e a necessidade de se resgatar a capacidade de cuidar.

Trabalhos em hospitais norte-americanos mostram que médicos e enfermeiros dedicam apenas 20% de seu tempo em atividades de contato direto com os pacientes e durante um período de internação de quatro a cinco dias, 67 pessoas, em média, entram em contato com o paciente (Lathrop, J. P., 1992 apud Rollo, 1997). Esta situação expressa uma alta rotatividade de

técnicos e profissionais na assistência a um mesmo paciente, indicando elevada fragmentação e impessoalidade das práticas de cuidado.

Espera-se que todo profissional de saúde acolha o paciente (e não a doença) em seu processo de tratamento, não o excluindo de decisões que dizem respeito a sua vida, dialogando com ele sobre os procedimentos a que é submetido e seus efeitos, diminuindo os ruídos de comunicação e, respeitando-o enquanto sujeito potente e singular.

Entretanto, a produção do cuidado no hospital se dá sob a lógica crescente de racionalização das práticas de saúde, fragmentando o ato médico global em vários atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por diferentes profissionais desarticulados. Nessa concepção,

(...) a abordagem ao paciente é voltada apenas para a doença, diagnóstico e tratamento não vê outros determinantes do processo saúde-doença como o modo de vida, o contexto socioeconômico em que vive o paciente, o significado subjetivo e social do agravo que o acomete, e seu ânimo em recuperar e de ser sujeito do seu processo de cura (Guedes & Castro, 2009:13).

Essas práticas contribuem para a centralidade das tecnologias duras no processo de diagnóstico e tratamento dos sujeitos. O uso indiscriminado dessa tecnologia aumenta os custos da assistência e provoca uma queda na eficácia das ações, considerando o sujeito doente apenas como um objeto manipulável e subserviente aos profissionais de saúde.

O projeto terapêutico, produzido pela medicina tecnológica, é expressão de uma somatória de atos fragmentados sobre um usuário insumo, dividido por tantas unidades de produção de procedimentos quanto se puder constituir. A terceira valise [tecnologias leves] estará colocada em um espaço subordinado, reduzida a situações objetivas entre trabalhador e usuário sob a forma de procedimentos (Merhy, 2000:113).

Concordamos com Ceccim e Merhy (2009) quando estes afirmam que

*A produção da atenção não se esgota na prestação de práticas biomédicas ou normativo-cuidadoras, envolve nossa capacidade de acolhimento do outro, contato com a alteridade, produção de um **dizer-se respeito** em que a interação promove práticas de si, nascidas para cada agente em relação, produção de um ambiente-tempo **comum** ou, cada vez mais, comum **entre dois**, um momento intensamente intercessor, encontro, onde, de um jeito ou de outro, dele esperam seus agentes a mesma coisa: que seja eficaz para*

resolver ou aplacar sofrimentos tidos como problemas de saúde. O acolhimento em alteridade (encontro) é um momento que tem em si certos mistérios, pela riqueza dos processos relacionais que contém, por ocorrer segundo razões muito diferenciadas e por não ser apreendido por nenhum saber exclusivo (Ceccim & Merhy, 2009 535).

Com o desenvolvimento da medicina tecnológica (Schraiber, 1993, 1997, 2008) houve um empobrecimento da valise das tecnologias leves (Merhy, 2002) e uso intensivo das tecnologias leve-duras e duras na produção do cuidado, reduzindo-a unicamente à reprodução de procedimentos. No entanto, ainda que possamos ver a hegemonia de práticas assistenciais pautadas na impessoalidade e despersonalização dos atos em saúde, Ceccim e Merhy (2009) apostam na possibilidade de se produzir fissuras, “linhas de fuga” na superfície da realidade dos serviços.

Olhando com delicadeza, podemos ver que existem disputas de práticas e inúmeras linhas de fuga pedindo passagem. É como se devêssemos preparar o nosso olhar para ver não apenas o mundo dado (instituído), também os mundos se dando (instituintes). O que vai acontecendo, insidiosamente nos cotidianos, são práticas de invenção da atenção, acopladas em práticas hegemônicas. Podemos deparar-nos com dois movimentos mais visíveis: um plano racional-cognitivo e um plano imaginal-afetivo. No primeiro, a captura ou disruptura/singularização pelo conhecimento, a razão, a elaboração interpretativa, e, no segundo, a captura ou disruptura/singularização pelo sensível, a afecção, a tomada do inconsciente (Ceccim & Merhy, 2009: 538).

E essa disputa entre forças instituídas e instituintes se torna mais potente no cotidiano dos serviços, no encontro entre as subjetividades do profissional de saúde e do paciente; campo esse sempre imprevisível, que se abre à outras possibilidades de ação, à criação de novas maneiras de produzir o cuidado. Trata-se do uso das tecnologias relacionais e estas, por sua vez, não são passíveis de reprodução, o que agrava-se com o fato de que o acesso a elas não está distribuído de maneira igual entre os sujeitos do cuidado.

Além disso, como nos alerta Sá (2005), a qualidade e a efetividade de tal tecnologia não pode estar separada dos sujeitos que as utilizam. Isso nos leva a questionar o sucesso das estratégias de formação/capacitação profissional com vistas a recuperação da dimensão cuidadora da assistência à saúde, pois o campo intersubjetivo é o que mais escapa aos mecanismos de controle da gestão.

São muitos os desdobramentos possíveis que esta perspectiva traz para os trabalhadores de saúde, pois compor um encontro com o outro é convocar para essa relação não apenas seus conhecimentos técnicos, mas também seus valores, sua história, sua visão de mundo. É o encontro de sua singularidade com outra singularidade, tecendo sempre uma disputa de sentidos.

Em síntese, entendemos que o trabalho em saúde é fundamentalmente relacional/intersubjetivo, é um encontro entre sujeitos e suas subjetividades, produzindo reverberações no processo de cuidado. Essa perspectiva nos traz mais um elemento que entendemos ser imprescindível para a discussão do cuidado assistencial no hospital geral e que está presente na relação de todo e qualquer profissional de saúde com o paciente. Para nós, abrir-se ao outro, implica em lidar com diferentes afetos, muitas vezes com certa opacidade. Afetos contraditórios, ambíguos, de amor e ódio, solidariedade e indiferença ao outro e a seu sofrimento.

Sabemos que a realidade dos serviços de saúde é bastante áspera, muitas vezes violenta. Presenciamos atitudes que expressam indiferença, desamor, raiva, ódio, maus tratos dos profissionais de saúde para com os pacientes. A violência vivida nos serviços de saúde pode ser percebida de diferentes maneiras, desde a simples apatia diante de um pedido até atitudes que provocam danos irreversíveis ao paciente.

Não pensamos ser possível compreender atitudes como essas apenas por meio da realidade adversa na qual os serviços se encontram (embora este não possa deixar de ser considerado um fator de forte influência), pois é provável que encontremos nos piores cenários de assistência à saúde, ações de cuidado que expressem imensa delicadeza e sensibilidade ao sofrimento do outro. Essas contradições dos serviços de saúde comprometem a justificativa da violência apenas pela via das dificuldades dos serviços de saúde: como falta de profissional de saúde, falta de infraestrutura, sobrecarga de trabalho, etc.

Há algo que se passa entre os sujeitos que não é passível de ser controlado, reconhecido, percebido. Estamos falando da dimensão inconsciente que atravessa todas as relações. Essa é a principal característica que marca a diferença do referencial teórico adotado em nossa pesquisa – a

psicossociologia - para outras abordagens que também consideram a subjetividade para a discussão do cuidado em saúde.

Segundo Sá (2008:1335), “o trabalho em saúde é altamente exigente de trabalho psíquico”, o que traz implicações sobre a qualidade do cuidado. Este também sofre impacto das estratégias de defesa dos trabalhadores contra o sofrimento psíquico imposto pelo contato com a alteridade.

As fantasias, as ilusões, as identificações, o imaginário são processos inconscientes que interferem no modo como cada sujeito se relaciona com o outro. Essas produções compõem aquilo que Ceccim e Merhy (2009) chamaram de “plano imaginal-afetivo”. Os autores, discutindo o campo de forças presente nos serviços de saúde que interferem nas práticas de cuidado, afirmam que há uma disputa entre forças instituídas e instituintes, ou seja, entre a repetição e criação de novas maneiras de produzir o cuidado.

Desta forma, para Ceccim e Merhy (2009) o processo de captura pelas forças instituídas ou os processos de singularização (processos criativos) se dão tanto pela via da razão, do conhecimento, da ação interpretativa, como pela via do sensível, da afecção, isto é, pela tomada do inconsciente. Esse segundo movimento os autores associaram ao plano imaginal-afetivo. Trata-se do campo simbólico e imaginário, o dos afetos.

Os processos inconscientes podem estar comprometidos tanto com repetição das práticas de saúde, como forma de proteger os trabalhadores de situações conflituosas, produtoras de ansiedade, como também podem possibilitar a abertura para o novo, a criação e transformação das práticas de cuidado em saúde.

Além disso, quando consideramos o inconsciente para discutir a realidade dos serviços de saúde, é preciso reconhecer todo tipo de afeto como parte da vida humana. A violência, o ódio, a indiferença, a apatia são afetos tão humanos quanto o amor, o cuidado, a fraternidade e a solidariedade para com os outros.

O processo de socialização do homem trouxe consequências bastante conflituosas para o sujeito, colocando-o entre o desejo de satisfação individual e o bem do coletivo do grupo. Como vimos no terceiro capítulo, Castoriadis (1982), com base em uma leitura psicanalítica, entende que o sujeito psíquico forma-se a partir da mônada psíquica, fechada em si mesmo, onde impera o

desejo de onipotência e a centralidade do sujeito no mundo. No entanto, como forma de garantir a sobrevivência, os sujeitos passaram de um mundo próprio ao mundo social. É imposto ao sujeito que ele abdique da satisfação plena de seus desejos e se submeta as restrições e regras da vida social, em nome da manutenção da sociedade.

Segundo Giust-Desprairies (2005), a consequência disso é que:

(...) a psique é então habitada por uma erradicável negatividade, contra a sociedade, contra os outros, contra a realidade, contra si própria enquanto pessoal social. Daí o caráter não erradicável (ao nível do núcleo duro psíquico) do ódio, das tendências agressivas e destrutivas (Giust-Desprairies, 2005: 339).

Desta forma, reconhecer as implicações do inconsciente para as práticas de cuidado se torna fundamental na discussão de possíveis alternativas para a realidade dos serviços de saúde. Independentemente das particularidades de cada profissão, o que vemos é uma desvalorização tanto do paciente enquanto sujeito, como dos profissionais, que não têm garantidos espaços de escuta, de reflexão sobre seus processos de trabalho e sobre os desafios que enfrentam cotidianamente.

O reconhecimento da dimensão inconsciente requer que consideremos, entre outros aspectos, a história de estruturação do hospital como um serviço de saúde e os elementos que contribuem para as representações imaginárias e simbólicas que o envolvem hoje.

5.2 O hospital Geral: rápido sobrevoo histórico

O hospital é uma organização de saúde que surgiu como instrumento terapêutico no final do século XVIII, em torno de 1780 (Foucault, 1990). Embora já existisse anteriormente, o hospital não se destinava à cura e não se encontrava sob domínio da medicina científica. Até esse período, a organização hospitalar esteve sob os cuidados de ordens religiosas e era destinada à acolhida de doentes e peregrinos:

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. (...). O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. (...) E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna (Foucault, 1990: 58).

A medicina era exercida independente dos hospitais e, por muito tempo, estes locais foram marginalizados, pois havia grande desconfiança em relação ao seu valor (Porter, 2004). Na idade Média, por exemplo, a assistência de saúde era realizada por vários agentes – físicos, práticos, homens de ofício e parteiras - que desenvolviam atividades diversas, os quais tinham como ambiente privilegiado para o exercício das atividades, o domicílio do paciente (Pires, 1998).

As primeiras iniciativas para o acompanhamento de enfermos surgiram na era cristã. Não é por acaso que os hospitais tenham surgido neste período, uma vez que esses estabelecimentos eram expressões da caridade, da compaixão e da assistência cristã.

Os hospitais eram considerados “morredouros”, onde pobres, loucos e doentes se misturavam, configurando-se como lugar de exclusão, refúgio e proteção. Proteção para a população em geral, que precisava se manter distante de pessoas que ameaçavam, de alguma forma, a vida coletiva.

Como apontado por Foucault (1990), o hospital medieval estava sob controle das ordens religiosas, preocupadas com a salvação espiritual, tanto daqueles que exerciam a caridade como daqueles para quem essas ações se destinavam. Esses estabelecimentos se espalharam por toda a Europa por meio de doações de fiéis e sob o comando dos monges, freiras e outros membros da igreja.

O objetivo principal da assistência era espiritual e, tanto para os pacientes quanto para quem prestasse a assistência, era uma oportunidade para a redenção dos pecados e a salvação da alma (Pires 1998:84).

Até a segunda metade do século XVIII, os hospitais estavam longe de ser uma instituição médica ou de constituírem de fato como um espaço terapêutico. Ainda que

(...) fornecessem tratamento, alimento, abrigo e uma oportunidade de convalescença, os hospitais gerais não eram, com raras exceções, centros de medicina avançada. A maioria restringia-se a acidentados e vítimas da fatalidades, bem como queixas bastante rotineiras, passíveis de responder ao repouso e ao tratamento (...) (Porter, 2004).

No século XVIII intensificaram-se as críticas aos hospitais. Muitos acreditavam que eles traziam mais danos do que benefícios; alguns defendiam a necessidade dos hospitais serem incendiados e reconstruídos periodicamente como forma de deter a contaminação e proliferação de doenças. Assim, diante dessa situação calamitosa, os hospitais continuavam reservados aos pobres; os ricos optavam por se tratar em casa (Porter, 2004).

De acordo com Foucault (1990), a busca pela anulação dos efeitos negativos do hospital é um dos fatores que contribuiu para a passagem do hospital medieval ao hospital moderno, ou seja, para a aproximação do hospital com a medicina. Não se esperou, de imediato, resultados positivos à saúde das pessoas, esperava-se, apenas, livrar esses locais dos efeitos nocivos, da disseminação de doenças para a cidade onde estavam localizados.

Dentro desse contexto, tornou-se necessária a reordenação dos hospitais. A organização desses locais se deu inicialmente por uma técnica não médica - a disciplina -, que se fundamenta, essencialmente, pela análise dos espaços. Algumas razões explicam o disciplinamento dos hospitais, tais como: o desenvolvimento da industrialização e, conseqüentemente, a preocupação com a manutenção da mão-de-obra, que se torna indispensável para a produção, e o desejo de evitar que as epidemias se propagassem (Foucault, 1990). O processo de mudança do hospital medieval para o hospital moderno é contemporâneo "(...) da decadência da ordem feudal e emergência do modo de produção capitalista" (Pires, 1998:85).

O fato da técnica disciplinar dos espaços hospitalares ter se tornado responsabilidade de médicos é devido às transformações no saber dessa

categoria profissional (Foucault, 1990). De um lado temos uma maior credibilidade do saber da medicina; as práticas médicas começam a se legitimar perante a sociedade com o avanço do conhecimento científico moderno, como a anatomia, a fisiologia, etc. De outro lado, surge uma nova concepção no que diz respeito ao processo saúde-doença, segundo a qual a doença é considerada um fenômeno natural, obedecendo, assim, as leis naturais e a atuação do ambiente sobre o indivíduo (Braga Neto et al., 2012).

A cura das doenças não está voltada diretamente a essas enfermidades,

(...) mas ao que a circunda: o ar, a água, a temperatura ambiente, o regime, a alimentação, etc... É portanto, o ajuste desses dois processos, deslocamento da intervenção médica e disciplinarização dos espaço hospitalar, que está na origem do hospital médico (Foucault, 1990:63).

Cada vez mais o hospital se torna o lugar privilegiado para o exercício da medicina. O domicílio deixa, aos poucos, de ser o lugar onde é prestado o cuidado aos enfermos. Torna-se cada vez mais comum, nascer no hospital e talvez, morrer nele. Essas mudanças iniciam-se no século XIX (Schraiber, 1993), concomitante com o desenvolvimento da ciência positivista.

De acordo com Schraiber (1993:191), iniciou-se nessa época o processo de deslocamento “(...) que muda da ordem divina para ordem natural o núcleo que confere sentidos e significados a realidade”. A doença não é mais entendida como castigo divino; a compreensão e interpretação do mundo não se dará mais pela via da religião, ao menos não unicamente. O saber científico começa a ganhar destaque ao longo do século XIX e XX, assim como a progressiva dominação e intervenção do homem sobre o mundo real (Schraiber, 1993).

O deslocamento da ordem divina para ordem natural

(...) implicou para a dessacralização da natureza, um momento intermediário de centralização do humano: a progressiva desqualificação do divino, o pensamento científico desloca-se do valor dado ao transcendente para o valor dado ao homem e, deste para o valor ao natural (Schraiber, 1993: 191).

No início do século XIX os avanços tecnológicos das práticas médicas provocaram significativas mudanças na forma de ver a doença e o doente,

estreitando cada vez mais a relação do hospital com a medicina. O desenvolvimento da medicina anatomoclínica, por exemplo, trouxe uma nova concepção de doença, agora compreendida como resultado de lesões orgânicas. A transformação da medicina em uma prática proveniente da disciplina das doenças acontece já nesse século (Schraiber, 1993).

A partir de 1850, “(...) podemos registrar que a ampliação do olhar direto na busca de sinais físicos da doença inicia seu maior desenvolvimento” (Schraiber, 1993: 202), como resposta ao crescimento do campo da anatomoclínica.

A atenção do médico volta-se para o corpo que adocece. Observá-lo se torna fundamental para compreender o desenvolvimento natural de uma doença. Desta forma, a intervenção terapêutica se dá a partir do exame clínico do paciente e da anamnese. Assim, o profissional propunha definir um diagnóstico e traçar a terapêutica.

Respondendo à necessidade de especificar sua ação como técnico-científica, o médico “processará” o doente que lhe chega por meio de uma aproximação que o transforma numa estrutura objetivamente patológica, o corpo patológico. Os meios para consegui-lo o médico os encontrará nos instrumentos de anamnese, exame físico, recursos complementares diagnósticos e terapêuticos, os quais se dispõem como instrumentos universais. Disso decorre o padrão uniforme do ato médico, o que, é claro, diz respeito aos passos metódicos de elaborar o diagnóstico e projetar a terapêutica, cujos conteúdos específicos variam, tecnicamente, em função das modalidades patológicas (Schraiber, 1993: 187).

O uso da anamnese como instrumento técnico já existia anteriormente à medicina moderna, no entanto, ela se configurava como um relato de história de vida do paciente, por meio do qual a comunicação entre médico e paciente se fazia possível; estava mais próxima de uma confissão. O estabelecimento da clínica como método de investigação da doença, reposiciona a técnica da anamnese na relação médico e paciente, aproximando-a de um *interrogatório* (Schraiber, 1993), com vistas a encontrar os “desvios” do corpo doente. No entanto, ainda assim, a anamnese pode ser vista como a intromissão do social no campo “neutro” da ciência (Schraiber, 1993), uma vez que ela se atualiza no diálogo entre dois.

O hospital passa, assim, a representar o lugar ideal para que os médicos e estudantes examinem, tratem, e investiguem as doenças. Baseada na

observação, o exercício da medicina encontra, no hospital, um campo fértil de estudo, seja pela quantidade de casos ou pela diversidade apresentada (Braga Neto et al, 2012).

No final do século XIX, os avanços da cirurgia, como a esterilização de equipamentos e o desenvolvimento de técnicas de higiene que permitissem um melhor resultado das operações, também contribuíram para que o hospital deixasse de ser visto como “lugar da morte” e da caridade e aumentasse seu potencial de cura (Porter, 2004).

Durante o século seguinte, o seguimento cirúrgico aumentou seu arsenal tecnológico, dispondo de equipamentos e instrumentos somente disponíveis e utilizáveis nos hospitais. “As várias formas de equipamentos de apoio que substituem funções vitais tornaram-se assunto dos hospitais” (Porter, 2004:179).

Esse deslocamento do exercício da medicina “domiciliar” para o hospital, configura uma importante transformação das práticas médicas, o que trouxe implicações significativas para a produção do cuidado até nossos dias. Schraiber (1993, 1997) desenvolve amplamente a reflexão sobre a passagem da medicina liberal para o que ela denominou de medicina tecnológica-empresarial, o que discutiremos, mais adiante, neste capítulo.

A história da medicina e do hospital se misturam no século XX, de forma que se torna difícil falar de um, sem se remeter ao outro. Tanto o hospital passa a ser o lugar central para o exercício da medicina, como esta passa a dominar as práticas e direcionar os modos de produção do cuidado dentro e fora desse serviço de saúde. Portanto, para que não sejamos repetitivos, resgataremos essa pauta logo mais.

No que diz respeito ao hospital, de modo geral, o desenvolvimento tecnológico nas primeiras décadas do século XX para o tratamento e cura de doenças, elevou-o ao topo da hierarquia do sistema de saúde e na mente da população. Hoje, em vez de medo diante da possibilidade de serem internadas, as pessoas, quando acometidas por algum problema sério de saúde, desejam ser tratadas no hospital (Braga Neto et al., 2012; Porter 2004).

É nesse contexto, desde a entrada da prática disciplinar visando a reordenação dos hospitais e as inúmeras transformações e descobertas na área da medicina (as quais possibilitaram a entrada e o domínio dos médicos

no ambiente hospitalar), que se configuram as bases do modelo de atenção à saúde que predomina até os dias de hoje.

No período pós Segunda Guerra Mundial se difunde

(...) um determinado padrão de assistência à saúde, fundado no hospital moderno, organização idealmente projetada em edificações arrojadas, que abriga um grande número de leitos, que busca reunir o mais amplo e diversificado corpo de especialistas e concentrar o mais atualizado e completo parque de equipamentos. Organização que opera presa à lógica de tentar prestar todo e qualquer tipo de serviço e procedimento de saúde (Braga Neto, 2012:585).

Desta maneira, efetiva-se o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde, isto é, prevalece a hegemonia das práticas hospitalares curativas, tendo como ator principal o médico (Guedes & Castro, 2009).

De acordo com Carapinheiro (1998)

(...) o hospital parece apresentar a maioria dos traços estruturais que caracterizam as instituições totalitárias, como o isolamento do doente em relação ao mundo exterior, a promiscuidade na organização do agrupamento físico dos doentes, o cumprimento de um regulamento hospitalar que programa a sua vida quotidiana e a apreciação dos comportamentos dos doentes a partir da referência única a uma ideologia centrada na doença/cura (Carapinheiro, 1998:56).

Essa mesma autora define três funções principais dos hospitais: a) a função de controle social que está ainda associada ao hospital como lugar de acolhimento e guarda dos doentes aos quais se impõe um modelo disciplinar e regulação dos comportamentos dentro do hospital; b) a função de produção do saber médico, tendo o hospital como principal *locus* para a formação e o exercício da prática médica, especializada e tecnicizada; c) a função de reprodução da força de trabalho, ou seja, restabelecer o mais rápido possível a saúde da força de trabalho (Carapinheiro, 1998).

A centralidade que a doença adquire no ambiente hospitalar marca significativamente a produção do cuidado em saúde nos hospitais contemporâneos. A hegemonia do saber médico, restrito a uma clínica da doença ressalta a importância do desenvolvimento de tecnologias duras e leve-duras (Merhy, 2002) para garantir a cura dos males que afetam as pessoas. A dimensão afetiva que atravessa todo e qualquer processo de saúde-doença é

desconsiderada e, muitas vezes, é vista como perturbadora da ordem dentro da organização hospitalar.

Até meados dos anos 1980, os hospitais obedeceram a uma tendência de ampliação da complexidade, se dividindo em inúmeras especialidades, departamentos e serviços. Ainda que a superespecialização tenha permitido certos avanços para a saúde, ela provocou o parcelamento do homem, excluindo a dimensão subjetiva e a experiência de vida. A medicina se centraliza em procedimentos, o ato de cuidar se resume, muitas vezes, na exata e exclusiva realização destes (Pires, 1998).

Mais adiante retomaremos essa discussão em relação ao cuidado prestado no hospital e o modo como ele afeta as relações entre profissionais de saúde e paciente. Apresentemos agora, de forma sucinta, algumas características da organização hospitalar contemporânea.

5.3 Características da organização hospitalar

Ao longo do tempo, o hospital sofreu inúmeras mudanças no que tange ao seu objetivo/missão e sua organização. A estrutura organizacional e sua dinâmica de funcionamento foram se tornando cada vez mais complexas; o surgimento de inúmeras especialidades, a entrada de várias categorias profissionais nesse cenário, assim como o incremento de tecnologias de saúde propiciaram mudanças expressivas para a organização hospitalar, trazendo grandes desafios para a gestão.

A compreensão da estrutura organizacional dos hospitais pode ser facilitada através de Mintzberg (1995), autor que se dedicou a estudar as organizações contemporâneas, classificando-as em seis modelos: organização empreendedora, organização mecânica; organização profissional, organização diversificada, organização inovadora e organização missionária, sendo as organizações de saúde do tipo profissional.

Os hospitais podem ser considerados organizações profissionais que, segundo esse autor, são aquelas cujo funcionamento depende, predominantemente, de seus profissionais, em que o trabalho desenvolvido é pouco formalizado, necessitando de um alto nível de qualificação, isto é, demandam profissionais altamente especializados.

Os profissionais ocupam papel de destaque para o desenvolvimento das principais atividades dentro de um serviço de saúde, sendo de difícil substituição. Assim, para coordenar as atividades, a organização profissional utiliza como mecanismo a padronização de habilidades “(...) e isso é atingido principalmente por meio de treinamento formal” (Mintzberg, 2006:312).

As habilidades são padronizadas quando o tipo de treinamento necessário para a realização das atividades está especificado (Mintzberg, 1995). O autor nos dá um exemplo: quando um médico anestesiologista e um médico cirurgião se encontram em uma sala de cirurgia, pouco têm o que comunicar, pois cada um sabe o que esperar do outro, em virtude de seu treinamento (Mintzberg, 1995).

O conhecimento e as habilidades são formalizadas por meio do processo de formação e as normas são definidas pelos órgãos de fiscalização de categoria profissional, como os conselhos profissionais. Exemplo disso é o desenvolvimento de protocolos e diretrizes clínicas que servem para orientar o trabalho dos profissionais na tentativa de evitar erros e ambiguidades.

Portela (2004), define cinco importantes propósitos das diretrizes clínicas: a) orientar a tomada de decisão clínica por pacientes e médicos; (b) educar indivíduos e grupos; (c) avaliar e garantir qualidade na assistência; (d) orientar a alocação de recursos na assistência à saúde; e (e) fornecer elementos de boa prática médica.

A aposta nesses mecanismos de padronização das ações de saúde, como forma de produzir melhores resultados e assim, aumentar a qualidade da assistência prestada ao paciente, faz parte de uma importante discussão em torno das abordagens de gestão do cuidado. Existe uma disputa de sentido entre algumas propostas que dividimos, conforme proposto por Azevedo et al. (2010), em dois grandes grupos: a) as abordagens voltadas para a racionalização das práticas médico-hospitalares e para a melhoria contínua da qualidade e, b) as abordagens voltadas para uma “ampliação” da clínica e pela centralidade do sujeito nas práticas de saúde.

Trataremos de cada um desses grupos no tópico seguinte desse capítulo. No entanto, um primeiro apontamento se faz importante para marcarmos nosso posicionamento frente as problemáticas de uma organização, a partir de uma leitura psicossociológica.

A padronização das habilidades responde à necessidade de se garantir e monitorar a qualidade do cuidado prestado. Porém, esses mecanismos de gestão do cuidado se mostram insuficientes, uma vez que o trabalho em saúde apresenta uma forte tendência à imprevisibilidade.

Para nós, ao considerar o exemplo acima proposto por Mintzberg (1995), o cirurgião e o anestesista sabem o que esperar um do outro em tese, pois o que se passa em uma cirurgia, as reações do paciente, as possíveis complicações que podem ocorrer exige que toda a equipe esteja em comunicação e tome decisões, muitas vezes, diferentes daquelas definidas pelos meios de padronização.

Além disso, existe uma parcela de inventividade a todo encontro singular entre sujeitos (o que para nós também diz respeito a força disruptiva do inconsciente). Aquilo que ocorre no “entre” da relação profissional de saúde e paciente comporta um tanto de obscuridade, uma certa opacidade que se expressa nas atitudes, comportamentos, reações, ações, sentimentos, de cada um de nós.

Ceccim e Merhy (2009:533) nos convidam a olhar:

(...) com mais acuidade o cotidiano das práticas[.] Vemos que os profissionais, mesmo aqueles de igual categoria profissional, atuam de modo distinto, no interior da mesma situação de atenção à saúde. Percebemos, por exemplo, que os profissionais são bem diferentes entre si na maneira de cuidar, parecendo - muitas vezes - que uns cuidam e outros não, ou que uma dada equipe de saúde ocupa-se do cuidado e outra não.

Nessa perspectiva, as práticas dos profissionais de saúde não se limitam a uma repetição da técnica. Para Schraiber (1993:133), “(...) todo ato médico consegue qualificar-se como ato, de certa forma, singular, único. Isto porque envolve decisão pessoal do médico na aplicação do conhecimento científico”. E, para nós, essas decisões não se movem apenas pela consciência.

Desta maneira, pode-se reconhecer a limitação da padronização das atividades desenvolvidas dentro de uma organização de saúde, justamente por conta da complexidade dessas organizações e da variabilidade do trabalho dos profissionais, os quais apresentam considerável grau de autonomia na realização dos serviços prestados (Azevedo et al., 2010).

Apontar que a autonomia dos profissionais limita a padronização, não deve nos levar a “demonizá-la”, pois é justamente ela que pode possibilitar a produção de serviços de qualidade, pois não se produz saúde somente orientando-se por regras e normas. A percepção da singularidade de cada caso desafia a capacidade do profissional em interpretá-lo e, conseqüentemente, poder agir de maneira autônoma, articulando o singular ao conhecimento geral da doença.

Além disso, há que se considerar que o caráter emergencial e inadiável dos serviços de saúde, assim como o alto grau de imprevisibilidade das questões a que responde, exige do profissional a capacidade de tomar decisões rápidas, muitas vezes criativas, inventivas, que escapam aos protocolos, diretrizes clínicas e às normas da organização, embora seja inegável que estes contribuem para que se evite erros.

Além da padronização de habilidades e o alto grau da autonomia das organizações de saúde, Dussault (1992) descreve também como característica dessas organizações justamente o fato de terem como objeto e missão a produção de saúde. O conceito de saúde é bastante amplo e admite várias concepções. Além disso, envolve aspectos éticos, morais, sociais, econômicos e religiosos. Esses aspectos permitem diversas interpretações e dificilmente obedecem a regras estritamente racionais.

As variadas concepções e interpretações de saúde apontam para outra característica dessas organizações: a dificuldade de se mensurar os resultados obtidos (Dussault, 1992). Essa dificuldade se torna uma particularidade desse tipo de organização, devido à complexidade de seu objeto, ou seja, considerando que a saúde depende de aspectos bio-psíquico-sociais, a capacidade dos serviços de promover saúde apresenta certo limite, pois não é possível compreender totalmente como essas dimensões se relacionam (Dussault, 1992). Além disso, a própria concepção de saúde pode não ser a mesma entre profissionais e pacientes.

As características das organizações de saúde podem tanto contribuir como dificultar o bom andamento da gestão do cuidado. A capacidade de administrá-las, de modo a favorecer o desenvolvimento dos seus objetivos é o principal desafio nessas organizações.

5.4 As abordagens de gestão do cuidado no âmbito hospitalar

As questões apresentadas anteriormente em relação às características das organizações de saúde, mais especificamente aqui, dos hospitais, apontam para uma discussão sobre as abordagens voltadas para a reorganização das práticas assistenciais.

Azevedo et al. (2010) buscam analisar duas importantes abordagens estratégicas que vêm orientando a gestão do cuidado no âmbito hospitalar: a) as abordagens voltadas para a racionalização das práticas médico-hospitalares e para a melhoria contínua da qualidade e, b) as abordagens voltadas para uma “ampliação” da clínica e pela centralidade do sujeito nas práticas de saúde.

No que diz respeito ao primeiro grupo de abordagens, observa-se grande intensificação de iniciativas “(...) de adoção de diretrizes e protocolos clínicos, de acreditação hospitalar, de definição de padrões (...)” (Azevedo et al., 2010: 3) para a produção do cuidado.

A metodologia da Medicina Baseada em Evidência (MBE) é bastante usada para dar sustentação a produção dessas diretrizes e protocolos clínicos. Ela pode ser definida como o uso consciente, criterioso da melhor evidência científica, integrada à experiência clínica e consideração de preferências dos pacientes, para a tomada de decisões no cuidado a saúde” (Sackett et al, 1996).

Embora os autores (Sackett et al, 1996) afirmem que a MBE não é um “livro de receita” e que o profissional não deva prescindir da experiência clínica e da escolha do paciente, reconhecemos nela alguns riscos de constrangimentos à autonomia do profissional de saúde.

A discussão em torno da segurança do usuário do serviço de saúde tem contribuído fortemente para o desenvolvimento de metodologias de controle do processo de trabalho que possibilitem a realização de atividades sistemáticas para prevenir e reduzir riscos para o usuário. “O gerenciamento do risco deve envolver algumas estratégias que permita investigá-los, quantificá-los, eliminar ou reduzir os seus efeitos. Para realizar tal gestão ganham papel relevante as auditorias clínicas, treinamentos e utilização de diretrizes” (Azevedo et al., 2010:11).

Apoiada nos referenciais teóricos da Acreditação e Contratualização, essa primeira abordagem representa a maior parte das experiências de organização e gestão da atenção atualmente em curso nos serviços de saúde. O processo de Acreditação consiste em avaliar o grau de conformidade da organização com padrões de qualidade pré-estabelecidos. Trata-se de um método de avaliação voluntário, periódico, que visa à melhoria contínua da qualidade da assistência (Azevedo et al., 2010).

Já a Contratualização consiste em “(...) arranjos contratuais entre autoridades governamentais de saúde e prestadores privados ou públicos, de atenção básica e hospitalar” (Azevedo et al., 2010:14), como meio para melhorar o desempenho dos prestadores.

É importante destacar que a proposta de contratualização está associada às mudanças na forma de se perceber o Estado e, assim, os serviços públicos. A ideia de ineficiência e burocratização dos serviços públicos juntamente com a hegemonia da empresa privada como modelo organizacional eficiente contribuem para o fortalecimento dessa forma de gestão dos serviços de saúde (Azevedo et al. 2010).

Uma das questões centrais para nós, são os limites que essas abordagens colocam ao profissional de saúde, reduzindo as práticas de cuidado à reprodução, negando a potência de criação das experiências cotidianas. Embora reconhecemos que certo grau de padronização também se faz necessário, a questão estaria na suposição da possibilidade de padronizar e, conseqüentemente, controlar tudo.

Muitas vezes há um conflito entre a autonomia dos profissionais e a necessidade deles incorporarem os objetivos da organização, pois a regulação do trabalho é realizada habitualmente por instituições externas à organização, como os conselhos profissionais, o Ministério da Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, por meio das ações de vigilância sanitária, processos de acreditação e contratualização. Isso produz um distanciamento entre os interesses dos profissionais e as regras da organização.

Nesse sentido, a administração da autonomia dos profissionais, a necessidade em reconhecê-la e preservá-la, juntamente com a necessidade de se adotar padrões de qualidade e segurança na produção do cuidado se torna um grande desafio para os gestores dos hospitais (Azevedo et al., 2010), onde

predominam a alta especialização e fragmentação do trabalho, colocando em cheque a integralidade do cuidado.

Contudo, acredita-se que a busca por melhores padrões de qualidade da assistência não deve prescindir da autonomia profissional, de sua capacidade de interpretação de situações cotidianas, nem tão pouco, esquecer-se que o trabalho em saúde se dá entre sujeitos.

Deste modo, a segunda abordagem considerada por Azevedo et al., (2010:9-10)

(...) tem apostado de que seria possível construir um caminho para a modernização gerencial do hospital a partir de uma perspectiva mais dialógica e comunicativa, apoiada na mobilização dos coletivos de trabalho em torno de um projeto de qualificação da assistência. Incluímos nesta segunda tendência aquelas abordagens ou perspectivas teóricas e gerenciais que reconhecem a complexidade dos processos de mudança nas organizações de saúde e os compreendem como processos sociais e organizacionais de difícil controle, para os quais a racionalidade político-estratégica encontra limites, impondo uma atitude de abertura a outras perspectivas e valorizando particularmente os aspectos micro-sociais e a dimensão relacional/intersubjetiva da problemática da gestão e da produção do cuidado em saúde.

Em um esforço de identificar os principais pontos de intersecção entre essas abordagens, Azevedo et al. (2010:20-21) indicam as seguintes características:

- O foco na análise dos aspectos cotidianos dos serviços de saúde para além das questões estruturais;
- O questionamento dos limites do paradigma biomédico para a compreensão dos processos saúde-doença;
- O reconhecimento dos limites da racionalidade sistêmica-estratégica de planejamento para dar conta da complexidade e incerteza que marcam a vida das organizações de saúde;
- A preocupação com a integralidade do cuidado e uma concepção ampliada do cuidado e das tecnologias e ações necessárias para produzi-lo, não restritas à dimensão material e biológica e,

- A preocupação com a centralidade dos sujeitos e dos processos intersubjetivos, tanto na produção do cuidado como no modo de se fazer a gestão.

A ampliação do objeto da clínica significa considerar pessoas concretas, nas quais o risco e a vulnerabilidade estão presentes e contextualizados, o que implica numa clínica do sujeito e não da doença. Nesse sentido, fazer uma clínica ampliada exige, além da produção de saúde, a capacidade de desenvolver certo grau de autonomia nos pacientes (Azevedo et al., 2010). Isso requer

(...) o uso de métodos terapêuticos e diagnósticos que extrapolam as cirurgias e administração de fármacos, atingindo os campos da escuta, da educação em saúde e do apoio psicossocial, o que exige um trabalho a ser realizado numa equipe permeável à interdisciplinaridade (Azevedo et al., 2010:25).

A concepção de cuidado que trazemos nessa pesquisa está apoiada nos aspectos acima mencionados por Azevedo et al. (2010). Para nós, a produção do cuidado comprometida com o princípio da integralidade não pode prescindir da “inter-relação”, escuta, que se dá num movimento de “voltar-se ao outro”.

Talvez esse seja um dos principais desafios para a gestão, pois o reconhecimento do outro, em sua diferença, o estabelecimento de vínculos, escuta/acolhimento, cooperação, não são posturas passíveis de serem “apreendidas” tão somente por meio de estratégias de capacitação, sensibilização, construção de canais de comunicação. Essas estratégias, embora importantes, acabam por não problematizar “(...) os possíveis condicionantes da produção ou ausência destas atitudes/posturas, limitando-se, conseqüentemente, em sua capacidade de proposição de ações/mecanismos que as favoreçam ou promovam” (Sá, 2005: 70).

A disposição para a escuta, abertura à comunicação, o estabelecimento de vínculos não estão garantidos por meio do desenvolvimento dessas iniciativas, pois não se trata de algo que possa ser absolutamente acionado, controlado, por um trabalho da consciência e da vontade (Sá, 2008). O ser humano, por mais que os serviços de saúde se proponham a segmentá-lo, trazem consigo toda a sua história, modo de ser e estar no mundo, modos de

se afetarem, suas experiências singulares que se atualizam no encontro com o outro.

Essa discussão aponta para os limites e possibilidades da produção do cuidado nos serviços de saúde. O reconhecimento da impossibilidade de normatização e, ao mesmo tempo, a necessidade ética de buscarmos novas formas de intervir, coloca-nos diante de um grande desafio. Desta forma, apoiamo-nos em Ayres (2004c), o qual propõe uma saída mais humana para esse dilema:

(...) não vejo saída mais “humana” para a situação, que habitarmos produtivamente nossa inquietação, buscando sempre a (intangível) justa medida entre o propor como queremos ser e o julgar como podemos ser, a cada momento, do modo mais compartilhado, compartilhável e aberto à mudança de que formos capazes (Ayres, 2004c:17).

5.5 O profissional médico

Compreender as bases em que se sustentam a prática médica no hospital, seu papel na produção do cuidado e o lugar que ocupa nessa organização nos ajudará a problematizar a inserção do portador de transtorno mental grave no hospital geral. Para tanto, faremos um breve percurso pela história da medicina, abordando as diferentes perspectivas dessa profissão.

O aparecimento da medicina no ocidente surgiu com os médicos hipocráticos no século V a. C. Para eles, os curandeiros e religiosos eram charlatães, seus conhecimentos não tinham credibilidade; criando, dessa maneira, um ideal elitista de identidade profissional.

Elevando-se acima dos colhedores de raízes, dos adivinhos e de outros a quem descartavam como ignorantes e charlatães, os hipocráticos promoveram teorias naturais sobre a saúde e a doença (baseadas num conhecimento natural superior) e formas de cura naturais (Porter, 2004:41).

No entanto, a medicina levará muito tempo para se constituir enquanto profissão e para adquirir centralidade no que diz respeito a assistência à saúde. Como dissemos no início desse capítulo, na Idade Média, diversos agentes desenvolviam práticas bastante variadas. Existia uma prática de saúde exercida pelos religiosos e outra exercida pelos leigos (Pires, 1998).

Os religiosos eram os físicos, filósofos, intelectuais e práticos diversos, com diferenças de valorização entre eles. O trabalho tinha caráter religioso e profissional; eles tinham especialização e eram remunerados, ao mesmo tempo que faziam trabalho de assistência espiritual. Havia também, uma maior valorização do trabalho intelectual do que do trabalho manual (Pires, 1988).

Os físicos eram médicos clínicos que exerciam um trabalho de base eminentemente intelectual, portanto eram mais valorizados. Sua formação se dava nos mosteiros e depois, no século X, nas Universidades. Eles atendiam as camadas mais ricas da sociedade e, em contrapartida, o atendimento aos pobres era feito por religiosos, pelos práticos e pelos homens de ofício (Pires, 1998).

Os práticos, assim como as parteiras, eram formados pelo legado da tradição oral e pelo acompanhamento da prática-treinamento do tipo mestre aprendiz. Já os homens de ofício eram leigos, profissionalizados nas corporações de artífices, como os dentistas, os cirurgiões-barbeiros, os barbeiros, os algebristas e boticários (Pires, 1998).

A medicina clínica exercida pelos físicos era considerada socialmente superior às outras práticas realizadas pelos cirurgiões-barbeiros, boticários, dentistas e outros. Assim, as faculdades médicas assumem tanto a função de aparelho formador, como também passam a determinar as regras para a profissionalização e exercício da prática de todos os outros agentes citados acima (Pires, 1998).

No século XII, a formação em medicina era concluída após sete anos. Fazia parte do processo assistir as aulas e participar de debates e provas. No entanto, a maioria que praticava a medicina ainda obtinha sua qualificação por meio da experiência e do trabalho de aprendiz (Porter, 2004).

Durante a idade média e após o Renascimento, o verdadeiro médico era visto como aquele que tivera uma extensa formação universitária. Além disso, precisava ser íntegro e temente a Deus, dedicado ao saber e não ao lucro. As relações entre pacientes e médicos eram regidas pela moral e os bons costumes, assim, os médicos deveriam se comportar como verdadeiros cavalheiros em suas consultas domiciliares (Porter, 2004).

O local prioritário de atendimento, tanto dos religiosos, dos leigos, quanto dos físicos, era o domicílio do paciente. No entanto, o atendimento

também poderia ocorrer em uma espécie de consultório, montado na casa de quem prestava os serviços ou nas corporações de artífices (Pires, 1998).

O hospital se estabelecerá enquanto local privilegiado para o exercício da medicina no século XX, em decorrência de importantes transformações ocorridas no século XIX, no que diz respeito a concepção de doença e cura, difundida nesse século.

De acordo com Pires (1998):

A partir da segunda metade do século XIX, com a decadência da hegemonia da metafísica e a emergência do positivismo como concepção de ciência, ocorre um grande avanço nos conhecimentos relativos a saúde. Avançam os conhecimentos de anatomia, de fisiopatologia, de microbiologia e imunologia (Pires:1998:86).

É nessa época que vários equipamentos começam a ser criados para auxiliar no diagnóstico e no estudo das doenças, sendo ainda nesse período que a medicina se estabelecerá enquanto profissão. “E qualificar-se como profissão significa uma intervenção técnica nuclearmente apoiada na atuação de seu agente para a produção do trabalho” (Schraiber, 1993:151).

Assim, a medicina assume relevância enquanto saber técnico-científico, e essa característica afirmará, definitivamente, a centralidade dessa profissão no campo da saúde. Vemos nesse período a supremacia do paradigma positivista da ciência, isto é, torna-se verdadeiro o conhecimento desenvolvido a partir da verificação empírica que obedece a métodos puramente científicos. Assim, na área da saúde, o médico passa a ser o detentor do ‘verdadeiro’ saber científico (Pires, 1998), e o hospital vai se tornando o lugar onde se concentra as inovações tecnológicas.

Antes dessas transformações que se iniciaram na metade do século XIX, a eficácia das intervenções médicas era questionável; as famílias sofriam as consequências de uma série de doenças, quase sempre fatais. Ao médico restava o uso das técnicas hipocráticas (esperar, observar, recomendar repouso e fortificantes, dar atenção e oferecer palavras tranquilizadoras e esperança) ou galênicas (purgantes, sangrias) ou qualquer outra mistura de sua preferência (Porter, 2004).

As alternativas de tratamento eram bastante limitadas, pois antes do século XX, a “farmacopeia” (Porter, 2004) era como uma caixa sem utilidade.

Poucos medicamentos utilizados eram realmente eficazes. A medicina era capaz de compreender as doenças que matavam as pessoas, porém não conseguia evitar a morte; as curas verdadeiras eram raras e os médicos sabiam que suas receitas eram placebos (Porter, 2004).

Os aparelhos desenvolvidos no século XIX tiveram uma contribuição importante para a sofisticação da técnica do exame clínico rigoroso, minucioso. O clínico geral, com a ajuda de exames clínicos das secreções corporais e os avanços da bacteriologia pôde ampliar seu conhecimento quanto as causas de várias doenças (Porter, 2004).

Nesse período, a prática médica moderna se constituiu plenamente com a uniformização e unificação de todas as práticas de saúde realizadas pelos outros agentes que existiram até o final do século XVIII. Ao lado disso, construiu-se também, o conhecimento médico sobre o corpo doente (Schraiber, 1993). A medicina reuniu as ações realizadas pelos médicos, os chamados físicos, com as ações sobre os danos do corpo, exercida pelos outros tipos de trabalhadores não médicos. Unificou-se o trabalho eminentemente intelectual dos primeiros, com a ação manual direta dos últimos (Schraiber, 1993).

Se o desenvolvimento científico, no século XX, ampliou a possibilidade de cura de doenças, ele também afastou o médico de seu paciente. Aquele, munido de outras técnicas, voltadas ao diagnóstico e prognóstico da doença, deixou o doente para se ater a doença.

Schraiber (1993, 1997) discute com profundidade essas transformações da prática médica, entre o século XIX e o século XX, a partir da passagem da medicina liberal, para a medicina que a autora denominou de tecnológica. De acordo com Schraiber (1993) desde o momento que a medicina se inscreve na ordem científica-moderna, podemos perceber dois modos de estruturação da prática médica. O primeiro ocupou todo o século XIX até, aproximadamente, a década de 1930 e, o segundo, iniciou-se no período entre 1930 e 1950 e está presente até hoje.

O primeiro, representado pelo exercício da medicina liberal, tem como principal marca sua proximidade com o trabalho artesanal (Schraiber, 1993), com poucos recursos tecnológicos, como equipamentos para apoio diagnóstico, medicamentos farmacológicos, etc. A autora chama atenção para esse fato, pois a medicina manter-se-á “artesanal” por quase um século e meio,

tempo em que as outras forças produtivas já obedeciam a lógica capitalista, (Schraiber, 1993) ou seja, já não detinham todo o controle sobre processo produtivo.

No exercício de uma medicina liberal, o profissional médico controla todo processo produtivo; o médico é produtor e também vendedor direto de seu “produto”, ou seja, a capacidade de propiciar a cura ou o alívio do sofrimento do paciente (Schraiber, 1993). O domicílio do paciente e, mais tarde o consultório médico, são ainda os locais onde o médico atende os doentes.

O segundo modo de estruturação da prática médica se caracteriza pelo *assalariamento* do médico. A posse dos instrumentos materiais, na medida que vão se diversificando, não será mantida. Assim, muda-se também a demarcação dos espaços de assistência, já que não serão apenas os consultórios, mas sobretudo, o hospital, o lugar privilegiado para a prática médica. Mudará a qualificação técnica do médico, diversificando-se em tipos, isto é, as especializações. Além disso o trabalho em saúde torna-se coletivo, outros profissionais dividirão o espaço e o cuidado com o médico (Schraiber, 1993).

A consagração da medicina científica-moderna ocorrida no século XX, já se fazia presente no século XIX, isto significa dizer que a transformação da medicina em uma prática derivada da disciplina das doenças já tinha se estabelecido (Schraiber, 1993), o que ficará mais evidente com o desenvolvimento da medicina tecnológica (Schraiber, 1993).

As doenças passaram obedecer a categorias nosológicas, que agrupam diversos tipos de irregularidades anatômicas e funcionais do corpo. Assim, a ciência médica, reduziu o sofrimento humano, a experiência do adoecimento em manifestação de doenças localizáveis no corpo doente (Schraiber, 1993), generalizando e objetivando, respectivamente, o singular e o subjetivo desse processo de se ver e sentir adoecido.

Nas palavras da autora:

Baseada em problemáticas sociais distintas, portanto, a ciência vem formulando no conhecimento das doenças, um saber atinente a quaisquer doentes. Universalizada, a prática médica transforma os doentes, nesta dimensão em que os afasta do social concreto, em indivíduos socialmente iguais. Além disso, com a ciência legitimou-se o conhecimento das doenças como a única explicação para a

realidade do doente, então invalidando socialmente outras formas de explicação, as quais caracterizou como acientíficas, subjetivas e não-neutras, exatamente porque não referidas de modo exclusivo ao natural (Schraiber, 1993: 186).

O sofrimento se limita ao corpo patológico. Desta forma, as intervenções médicas têm, sobretudo, o corpo biológico como objeto a ser restabelecido. Para tanto, o médico "(...) encontrará nos instrumentos de anamnese, exame físico, recursos complementares diagnósticos e terapêuticos, os quais se dispõem como instrumentos universais" (Schraiber, 1993:187), os meios para alcançar seus objetivos.

A anamnese já era usada como instrumento pelos médicos antes mesmo do estabelecimento da medicina moderna. No entanto, esse instrumento se assemelhava mais a uma confissão e ao um relato de vida do paciente. A clínica como método de investigação da doença no doente

(...) faz necessariamente da anamnese um instrumento mais ativo, no sentido positivo da investigação, e recoloca seus procedimentos técnicos para a localização da lesão, como fonte de construção da irregularidade do corpo doente no diagnóstico da doença (Schraiber, 1993:189).

Citando Foucault, a autora representa esse deslocamento do uso da anamnese, com a substituição da pergunta "O que é que você tem?", por onde se iniciava o diálogo entre o médico e o paciente no século XVIII, por "Onde lhe dói". De prática predominantemente confessional, a anamnese, segundo Schraiber (1993) ganha o caráter de interrogatório, inquérito.

Desta maneira, a medicina moderna, comporá elementos de natureza técnica com a prática da confissão pessoal. Nesta nova maneira de se abordar o paciente, surgirão, como fatores dominantes, quer o exame físico do corpo, quer, na anamnese, o interrogatório. Assim, é "(...) na reconstrução do subjetivo no objetivo que as informações adquirirão estatuto científico" (Schraiber, 1993: 190). Trata-se não mais de sensações pessoais, mas dados empíricos observados cientificamente. "Tem-se nesses procedimentos, menos os sofrimentos dos doentes que fatos patológicos" (Schraiber, 1993:190).

A autora nos adverte: se o exame físico do paciente, a anamnese e os instrumentos de diagnósticos que mais tarde surgirão, são

(...) os meios depuradores da paixão e dos sentimentos (...), nítidos balizadores da ordem do natural, a anamnese assume um sentido mais complexo. Isso porque ela é o instrumento por meio do qual se introduzem experiências vividas, situações de vida social, por meio do discurso vivo do doente. E mesmo que seja instrumento de transformação desse (...) em busca dos signos da doença, a anamnese concretamente opera a própria “licença” técnica da “invasão” do social no ato médico (Schraiber, 1993: 192).

Assim sendo, para a autora, se a naturalização do social no corpo patológico do doente possibilitou a conquista da razão moderna, permitiu, também, que o trabalho médico se estruturasse enquanto relação interindividual, parte do mesmo processo de sua objetivação científica.

Vale lembrar que Schraiber (1993) afirma que o exercício da medicina se configura como um trabalho fundamentado, essencialmente, numa relação interpessoal, que transcende a mera prestação de serviços e aplicação técnica de conhecimentos científicos. Esta “relação é antes um cuidado, uma assistência, em que a intervenção se caracteriza pela manipulação direta e também, principalmente, pela *orientação* e pelo *conselho*” (Schraiber, 1993: 157). Todavia, como dissemos anteriormente, ao longo do tempo, houve uma desqualificação da interatividade na relação médico-paciente. “Passamos do acerto técnico-científico, em nosso ato reflexivo, no julgamento do caso, para disciplinar a vida social, anulando escolhas e modos de vida do Outro (o paciente) na relação” (Schraiber, 1997: 127).

O desenvolvimento da medicina tecnológica fez com que essa profissão perdesse progressivamente suas características de personalização e sacralização, na medida em que foi se estruturando “(...) sobre bases impessoais e objetivas da tecnologia material” (Sá, 2005:56).

A medicina do atendimento domiciliar, representante do ideário da medicina liberal, perderá espaço para a medicina tecnológica hospitalar. O tempo da medicina do “chamado” - atualmente desaparecido – “(...) era uma característica importante do trabalho médico, e que viabilizava a identificação desse trabalho à imagem do sacerdócio, de um servir desinteressado e de dedicação total” (Schraiber, 1993:88).

No Brasil, o deslocamento definitivo da medicina liberal para medicina tecnológica e empresarial (Schraiber, 1993), ocorre na década de 1960, período em que se intensifica a divisão da medicina em várias especialidades

e, simultaneamente a isso, vê-se à transformação da base do trabalho, anteriormente apoiado no consultórios médicos, para o espaço do hospital ou das clínicas, onde se concentra todo o aparato tecnológico para o exercício de uma medicina mais científica, conformando o trabalho coletivo.

Assim, parece que com essas transformações, ocorre também uma mudança na finalidade do trabalho médico:

A medicina do servir, do assistir, do aconselhar ou orientar o paciente parece, pois, ter cedido definitivamente seu lugar a uma medicina em que tratar, medicar, curar ou recuperar, sob qualquer base de intervenção, isto é, seja ela associada ou não a uma assistência “global” destinada ao doente, são os novos referenciais de valor. E com tais paradigmas parece não haver mais espaço na prática para que o cuidado relativo aos sentimentos pessoais – da alegria ao sofrimento – siga pertencendo à totalidade do assistir (Schraiber, 1993:113).

Os médicos passam a se comportar no exercício da profissão como aplicadores de conhecimentos, obedecendo, prioritariamente, rotinas e procedimentos regulares, sem grandes interferências pessoais, com o objetivo de conquistarem a primazia e uniformidade de suas intervenções. A confiança na qualidade da assistência passa a depender dos dispositivos tecnológicos disponíveis, já que são derivados da ciência, colocando em segundo plano o papel do médico (Schraiber, 2008).

A modernidade trouxe aos médicos outro sentido à profissão. Antes calcado na medicina como sacerdócio, em que o médico era o homem que servia aos outros e que por esforço próprio montava seu consultório; hoje o médico é visto como o “homem da ciência” (Schraiber, 2008) e como todo e qualquer cientista, segundo o paradigma positivista de ciência, preza essencialmente, pela neutralidade e distanciamento do seu objeto de pesquisa.

As mudanças que o conhecimento científico proporcionou ao exercício da medicina afetou não somente a relação entre o médico e o paciente, mas também a relação deste com os outros profissionais de saúde. O médico como detentor do saber científico sobre o processo de doença e da cura é colocado no topo da hierarquia profissional dentro do hospital ou de qualquer outro serviço de saúde.

As transformações aqui discutidas em relação ao desenvolvimento da prática médica, caracterizada pela “despersonalização dos cuidados e

desumanização da assistência” (Schraiber, 1997: 128), trouxe importantes transformações na forma de se produzir o cuidado no hospital geral. O protagonismo do cuidado médico-centrado secundariza o saber dos outros profissionais da saúde e, renega, muitas vezes, o saber do próprio paciente sobre si, sobre sua vida.

Vejamos agora um pouco da história da enfermagem e o modo como se estabelece as ações de cuidado e sua relação com outros profissionais de saúde.

5.6 O profissional de enfermagem

Com o aparecimento do hospital moderno de orientação médica, a enfermagem também passou por transformações, galgando status mais profissional e adquirindo suas próprias estruturas e aspirações de carreira (Porter, 2004).

Segundo Pires (1998) a enfermagem organizou-se enquanto profissão sob o modo capitalista de produção, desenvolvendo sua prática no espaço institucional, dentro do hospital ou ambulatorios, integrando o quadro de profissionais de saúde. Isso a difere da medicina que, como vimos, primeiro se afirmou enquanto profissão liberal e, só depois, com todas as transformações da ciência médica, veio ocupar o espaço do hospital.

Na segunda metade do século XVIII, durante a Guerra da Criméia (1853 – 1856) uma moça chamada Florence Nightingale, com educação diferenciada e ideias à frente de seu tempo promoveu mudanças substanciais nos hospitais militares. Enfermeira formada em Paris, com as irmãs da Misericórdia, Florence, junto com 38 enfermeiras, conseguiu baixar a taxa de mortalidade dos soldados de 40% (devido à más condições de higiene encontradas anteriormente em Scutori, Criméia) para 2% (Porter, 2004).

O sucesso de suas ações

(...) produziu, em 1856, uma subscrição popular pra criar um sistema de formação de enfermeira. Fez-se um acordo com o Hospital São Tomás, em Londres, e as primeiras enfermeiras de Nightingale começaram a trabalhar lá em 1860 (Porter, 2004:177).

O sistema de formação de Florence se expandiu por toda a Inglaterra, assim como Austrália, Canadá, Nova Zelândia e Estados Unidos nos vinte anos seguintes (Porter, 2004). A enfermagem avançou por todo o mundo e sua formação tinha características bastante rígidas.

A seleção das candidatas era extremamente criteriosa e se vinculava a um período probatório de um mês (...). O curso básico tinha um ano de duração, constituindo em aulas de anatomia, química, abreviações latinas, culinária e enfermagem (...) Concluído este, iniciava-se uma segunda parte, correspondente a três anos para as nurses e dois para as ladies nurses, que se destinavam à completa dedicação às atividades práticas no Hospital St. Tomas ou em um outro escolhido pelo fundo Nightngale. Durante o curso, as estudantes viviam em regime de internato, submetidas a uma disciplina rigorosa, com a finalidade de desenvolver nelas os traços de caráter considerados desejáveis a uma boa enfermeira, tais como sobriedade, honestidade, lealdade, pontualidade, serenidade, espírito de organização, correção e elegância (Silva, 1989:52-53 apud Fonseca, 2014).

A enfermagem ganhou características de profissão a partir de 1860, quando então Florence Nightngale constrói seu modelo de formação. É, desde o início, uma profissão essencialmente feminina; desenvolve-se com certa autonomia em relação aos outros profissionais de saúde, mas está subordinada ao gerenciamento do processo assistencial feito pelos médicos e sofre também os constrangimentos das organizações de saúde (Pires, 1998).

No Brasil, a primeira escola de enfermagem surge em 1890, chamada Escola Alfredo Pinto. Essa escola era organizada e controlada pelos médicos e seu surgimento se deu devido à necessidade de suprir a ausência das religiosas dos 'hospitais de alienados', que foram embora por não concordarem com a perda da autonomia para os médicos (Pires, 1998).

Somente em 1923 é criada a Escola Ana Neri, responsável pela formação profissional independente de enfermeiros e enfermeiras. "O modelo de formação segue os princípios nightntingaleanos e, logo, os enfermeiros formados passam a formar pessoal auxiliar para o exercício das tarefas delegadas de cunho predominantemente manual" (Pires, 1998:93).

Quanto à estrutura do pessoal de enfermagem, predomina a forma taylorista de hierarquização do poder, estando no topo a enfermeira chefe e na base técnicos e auxiliares de enfermagem. Algumas características da forma taylorista de organização também aparecem quando se considera certa

separação entre o pensar e fazer, a fragmentação do trabalho e a ênfase nas tarefas (Cecílio, 1999). Essas características se mantêm até os dias de hoje:

Na 2ª metade do século XIX, o modelo proposto por Florence Nightingale na Inglaterra, influenciado pela lógica de organização capitalista do trabalho, institui a divisão entre trabalho intelectual e manual e a hierarquização no trabalho da enfermagem, ainda tão presente em nossos dias. Neste modelo a enfermeira desempenha a função de gerente centralizador do saber, que domina a concepção do processo de trabalho de enfermagem e delega atividades parcelares aos demais trabalhadores de enfermagem (Matos e Pires, 2006:512).

Outra característica mantida ao longo do tempo é o tensionamento entre enfermeiros e médicos que, na maioria das vezes, assumem a gestão bem como o prestígio dentro da organização hospitalar. Além disso, a submissão à própria elaboração das regras organizacionais, como também o fato do exercício da enfermagem ainda estar associado a ação caritativa de dedicação e abnegação - ainda que hoje esse trabalho seja remunerado – são características que refletem a história dessa profissão (Fonseca, 2014).

Cecílio (1999) ao discutir a autonomia e poder no hospital afirma que

(...) no tradicional modo de se fazer a gestão em hospitais, os médicos gozam algo grau de autonomia, não estando submetidos a praticamente nenhum mecanismo de controle. Os médicos têm muito poder nas organizações. No corpo de enfermagem, essas linhas de poder são mais marcadas quando se olha a linha vertical do comando que vai da enfermeira à auxiliar de enfermagem, mas são menos nítidas quando se olha a relação entre as enfermeiras e destas com os médicos em com a direção hospitalar (Cecílio, 1999:317-8).

O mesmo autor segue afirmando que é o saber médico que de alguma forma estabelece o saber da enfermagem como um saber periférico, restringindo e delimitando este poder a um sub-poder, um poder cuja abrangência e condições de exercício está submetido e determinado pelo poder médico (Cecílio, 1999).

Fonseca (2014) aponta para uma questão importante quanto ao fato da enfermagem ser vista como uma profissão subordinada ao médico. Para a autora, o entendimento de que a enfermagem exerce um sub-poder dentro dos serviços de saúde possibilita a visão desse profissional como mero executor de atividades, como um auxiliar do trabalho do médico.

No entanto, o trabalho vivo em ato (Merhy, 2002) inerente ao trabalho em saúde, seja esse exercido pelo médico ou por outro profissional, traz na contramão, o exercício da autonomia, da liberdade de criação. Se por um lado, no plano *macro*, temos os constrangimentos organizacionais como limitantes do trabalho da enfermagem; por outro lado este profissional goza de certa autonomia naquilo que seu trabalho apresenta de mais imaterial, isto é, o encontro com o paciente. (Fonseca, 2014). Ao lado do conhecimento técnico, existe sempre a possibilidade, talvez diria, a necessidade de processos inventivos quando se considera o plano *micro* das relações.

O trabalho vivo está sempre atravessado por regras e normas e *vice e versa*. Da mesma forma que os constrangimentos organizacionais afetam a potência do trabalho criativo, este pode ser produzido nas entre linhas, onde a rigidez do trabalho não alcança.

No que tange a relação do corpo de enfermagem com os pacientes e familiares, muitas vezes esse profissional fica a cargo da mediação entre o médico e o paciente, tentando preencher possíveis lacunas dessa relação. O médico está sempre de passagem pelos leitos dos pacientes, sendo o enfermeiro o profissional que tem maior contato com os enfermos, a despeito do funcionamento de turnos de trabalho, muitas vezes incompreensíveis para o paciente.

Esse maior contato com o paciente pode não significar proximidade com o outro. Não é incomum no cotidiano dos serviços a relação entre enfermeiros e pacientes ser centralizada na realização de procedimentos padronizados, comuns à rotina da organização. Seja pela insuficiência de profissionais, um dos motivos apontados por Fonseca (2014) em sua pesquisa realizada com técnicos de enfermagem e enfermeiros do setor de oncologia de um hospital público, seja pela falta de tempo para refletir sobre o trabalho e assim perceber outras necessidades dos pacientes.

Outra característica que tensiona a possibilidade de uma relação mais interativa e dialógica, como apontado acima, é o olhar controlador desse profissional. De certa forma, o pessoal de enfermagem direciona a rotina do paciente e “vigia” seus passos dentro do hospital. Carapineiro (1998) ao descrever a distribuição do espaço físico das enfermarias afirma ser “(...) comum ouvir um enfermeiro interpelar, com um tom de voz elevado, um doente

que avista a caminhar no corredor, para saber onde ele vai (...) (Carapinheiro, 1998:104).

Mais adiante a autora complementa:

(...) as salas de trabalho dos enfermeiros situam-se sempre em frente das enfermarias (...). Não se nega que a disposição destes lugares obedeça a critérios técnicos de organização do espaço hospitalar, mas são sujeitos a apropriações sociais, como instrumentos de produção da ordem social (Carapinheiro, 1998:104).

Assim, se por um lado, a enfermagem está submetida ao poder médico, por outro ela é bastante poderosa, na medida em que se faz presente o tempo todo e controla a rotina dentro das enfermarias.

O trabalho de Izabel Menzies Lyth (1960) traz uma discussão importante para pensar como o modo de organização da prática da enfermagem obedece também a uma lógica “defensiva” com relação ao sofrimento e angústias desencadeadas pelo trabalho em saúde. Segundo a autora, o modo como a rotina da equipe de enfermagem se estrutura pode sofrer influências de mecanismos inconscientes de defesa para evitar a manifestação de ansiedades primitivas.

Muitas vezes a relação próxima do profissional de enfermagem com o paciente pode se configurar como fonte de intensa ansiedade para o profissional. Quanto mais próxima essa relação, maior a possibilidade de desencadear ansiedades bastante primitivas, que remetem às primeiras relações do bebê profundamente dependente da mãe, sujeito responsável por manter sua vida (Lyth, 1960).

Lyth (1960) observou em sua pesquisa que os estudantes de enfermagem, alocados em enfermarias do hospital, ficaram como responsáveis por grande quantidade de pacientes. Assim, eles tiveram uma aproximação limitada com qualquer paciente, sendo impedidos de um contato mais profundo com ele, no que diz respeito a sua totalidade, isto é, os estudantes se concentraram nos procedimentos de rotina das enfermarias.

A forma como os pacientes foram tratados foi determinada pela sua pertença à categoria de paciente, sem nenhuma diferenciação, exceto quando a doença do paciente exigia alguma especificidade. Por exemplo, os pacientes

ficavam nas mesmas posições no leito, ao menos que a doença necessitasse de outra (Lyth, 1960).

Os profissionais de enfermagem aprendem desde cedo que devem controlar seus sentimentos, evitar o envolvimento excessivo, devem ser capazes de evitar as interferências subjetivas na sua relação com o paciente. O bom enfermeiro é aquele que não se deixa levar pelas emoções, que reproduz todo o conhecimento adquirido no seu processo de formação.

Contudo, não é apenas o corpo de enfermagem que carece do uso de tecnologias mais relacionais para o exercício de sua profissão nos hospitais, nem é dado a ele a exclusividade de cercear a liberdade do paciente. A forma de perceber o doente pela doença é uma característica dos serviços de saúde atuais. Schraiber (1997) levanta duas justificativas para isso que nos parece bastante plausíveis:

Observemos como parece mais “correto”, também mais importante tecnicamente, cuidarmos de nosso acerto na “parte” física da intervenção, como por exemplo o medicamento ou a cirurgia, do que acertarmos na “parte” relacional. Também parece ser mais simples e prático do ponto de vista da assistência ao doente. Primeiro, porque sabemos bem melhor e mais precisamente o que quer dizer acertar na dimensão técnico-científica do que na esfera das relações ou na dimensão comunicacional, então mesmo que isto represente uma difícilíssima operação manual, com tecnologias de ponta e manejo de sofisticados aparelhos, como proposição assistencial (...) será mais fácil! Segundo, porque valorizamos mais a dimensão do natural e suas leis, como o corpo biologicamente tomado, do que a dimensão humano-valorativa, em que o corpo aparece investido socialmente, com necessidades e possibilidades diversas, às vezes opondo-se ao biológico e criando dificuldades para nossa intervenção! (Schraiber, 1997: 130).

A concepção de cuidado que se instalou nos serviços de saúde não é exclusiva de uma ou de outra categoria profissional, pois a supremacia das ciências positivistas influenciou toda uma época da nossa história, reverberando nos mais diferentes campos. O trabalho em saúde, de forma geral, reserva algumas especificidades em relação a outras áreas, mas também guarda similaridades entre as profissões do setor, como apresentamos inicialmente neste capítulo.

A forma como as profissionais de saúde organizam e estruturam as práticas de cuidado nos serviços de saúde são fortemente influenciadas pela trajetória profissional que tiveram, pela hierarquia das profissões, pela gestão

do cuidado na organização e pelos processos subjetivos/inconscientes inerentes a condição humana. Todos esses aspectos conduzem, de alguma forma, às práticas de cuidado direcionadas aos pacientes com transtorno mental severo no hospital geral.

6. A loucura em diferentes tempos

Neste capítulo faremos um breve percurso pela história da loucura, considerando os diferentes discursos e práticas exercidas ao longo do tempo para lidar com este fenômeno. Para tanto, torna-se indispensável a obra de Michael Foucault (1978), na qual o autor nos apresenta as várias maneiras de compreender o fenômeno da loucura, no período que vai do Renascimento, estendendo-se até a Modernidade. Nas palavras de Amarante e Torre (2011):

Defendida em 20 de maio de 1961, como tese de doutorado, e publicada no mesmo ano, História da loucura na Idade Clássica realiza uma investigação das diferentes formas de percepção da loucura no período compreendido entre a época do Renascimento e a modernidade, analisando como se chega até à classificação da loucura como doença mental (Amarante & Torre, 2011: 43).

A originalidade dessa obra faz com que ela se torne uma das referências mais marcantes para a ciências humanas e, principalmente, para saúde mental no século XX (Amarante & Torre, 2011). Não é sem razão que a “História da Loucura na Idade Clássica” surge como bibliografia obrigatória em qualquer trabalho, seja ele acadêmico ou não, na área de saúde mental.

Iremos nos nortear pelo percurso apresentado por Foucault (1978) como guia para essa discussão. Ao lado disso, utilizaremos obras de apoio, como Foucault (1975), Goffman (1974), Szasz (1976), Birman (1978), Frayse-Pereira (1984), Amarante, (2007) e Caponi (2012) para nos ajudar na leitura dessa grande obra e para trazer a discussão até os dias de hoje.

6.1 A loucura celebrada e liberta do Renascimento

Parece estranho dizer hoje que nem sempre a experiência da loucura foi vista e tratada como doença mental ou ainda, que o saber psiquiátrico por muito tempo esteve bem distante dessa temática. A loucura, entendida dessa forma, é um fenômeno relativamente recente quando consideramos o percurso que compreende o final da idade média até a modernidade.

A “História da Loucura na Idade Clássica” (Foucault, 1978) discorre sobre as várias formas de relação que a sociedade teceu com a loucura na

época clássica e, de que forma essas relações foram transformadas quando a loucura passou a ser considerada “alienação mental” e, posteriormente, “doença mental”.

Está aí a primeira importante contribuição de Foucault (1978): aportar para as transformações ocorridas ao longo do tempo no que tange o fenômeno da loucura. Ora, se estamos falando de transformações, de mudanças, isso leva-nos a pensar que, no decorrer dos séculos, os discursos e práticas sobre a loucura foram desconstruídos e construídos sob influências históricas, sociais e culturais. Assim, a loucura como doença não é uma concepção dada, natural, mas produzida.

Desta forma, abrimos para a possibilidade de pensar a loucura como qualquer outra coisa que não doença mental e, conseqüentemente, para a possibilidade de produção de diferentes representações a respeito desse fenômeno. Se em outros tempos a sociedade se relacionou com a loucura de outras maneiras, porque não pensar que a loucura como doença é apenas uma possibilidade e não a única leitura possível?

Essa abertura possibilita o questionamento, a dúvida, a incerteza sobre a maneira como conduzimos nossas práticas frente ao “louco”, isto é, aquele que, na atualidade, carrega algum diagnóstico de transtorno mental, sendo representado, geralmente, como sujeitos perigosos, imprevisíveis, perturbadores da ordem (Zolnierek & Clingeman, 2012; Camargo, 2011; Lethoba; Netswera & Rankhumise, 2006).

Contudo, não adiantemos nossa discussão. Vamos ao percurso dessa história para observarmos as pistas que ela nos deixa para compreensão das crenças e práticas produzidas na atualidade em torno da loucura.

Segundo Frayse-Pereira (1984) o homem europeu, ao final da Idade Média

(...) estabelece relação com alguma coisa que confusamente designa Loucura, Demência, Desrazão. Mas essa relação é experienciada em estado livre, isto é, a loucura circula, faz parte da vida cotidiana e é uma experiência possível para cada um, antes exaltada do que dominada (FRAYSEPEREIRA, 1984: 49).

É nessa época que a lepra desaparece no mundo ocidental, deixando cada vez mais os imensos depósitos de leprosos – os leprosários –

esvaziados. Durante toda a Idade Média até o fim das cruzadas foi a lepra o mal que assolou toda a Europa. Os leprosos foram excluídos da vida em sociedade, escorraçados das cidades e desovados nos antigos leprosários, dependendo da caridade daqueles que buscavam pela própria salvação.

A partir da alta Idade Média, e até o final das Cruzadas, os leprosários tinham multiplicado por toda a superfície da Europa suas cidades malditas. Segundo Mathieu Paris, chegou a haver 19.000 delas em toda a cristandade (Foucault, 1978: 7).

É a figura do louco, juntamente com outros personagens, como os pobres, os vagabundos e os presidiários que ocuparão, mais tarde, esse vazio deixado pela lepra. Vão se passar dois ou três séculos para que então a loucura se torne a representação do mal, aquilo que deve ser evitado e excluído.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão o papel abandonado pelo lazarento (Foucault, 1978: 10).

Não nos antecipemos, alerta-nos Foucault, a “lepra foi substituída inicialmente pelas doenças venéreas. Ao final do século XV, elas sucedem a lepra como por direito de herança” (1978:11). Essa concepção das doenças venéreas para o mundo dos excluídos não se dá sem resistência, pois os próprios leprosos tinham medo dessas pessoas.

Contudo, essa resistência não faz força, pois, os lazarentos pouco numerosos não conseguem evitar a chegada daqueles acometidos pelas doenças venéreas. Por sorte, se assim podemos dizer, essa população será transferida aos hospitais da época; as doenças venéreas, no decorrer do século XVI, assumirão seu lugar ao lado de outras doenças que exigem tratamento. Ainda que as doenças venéreas estejam encobertas pelo discurso da moralidade, isso não é suficiente para despojá-las de uma compreensão médica da doença (Foucault, 1978).

Para Foucault (1978) não serão as doenças venéreas herdeiras do lugar deixado pela lepra, mas sim a loucura.

(...). De fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada [doenças venéreas], mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar. Esse fenômeno é a loucura” (Foucault, 1978: 12).

Como dito anteriormente, passarão dois séculos para que este novo “mal” seja sinônimo de medo e pavor e, assim como a lepra, suscite reações de segmentação, exclusão e purificação. Antes do século XVII, quando então a loucura é dominada, “(...) ela tinha estado ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença” (Foucault, 1978: 12).

Foucault (1978) nos sugere começar pela mais simples e a mais simbólica das figuras que representam a relação da sociedade com a loucura: a Nau dos Loucos, “(...) estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renância e dos canais flamengos” (Foucault, 1978: 13).

A nau dos loucos eram embarcações que na literatura europeia do século XVI, transportavam “(...) heróis imaginários, modelos éticos ou tipos sociais” (Foucault, 1978:13) para uma grande viagem que lhes trazia, senão fortuna, pelo menos seus destinos e suas verdades. A Nau dos loucos era um tipo de obra ficcional associada à tradição literária do ciclo dos argonautas.

No entanto, essas embarcações tiveram existência real, “(...) pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra” (Foucault, 1978: 13). As cidades escorraçavam os loucos para fora delas, deixavam que percorressem os campos distantes, quando não os entregavam a mercadores e peregrinos, barqueiros e marinheiros para que estes se livrassem dessa figura (Foucault, 1978).

Essa não era a única prática realizada nem a mais comum. Segundo o autor, várias cidades, mesmo antes que existir locais restritos para os loucos, recebiam os insanos nos hospitais; alguns tinham leitos separados para essa população. Ao que parece, os loucos não eram banidos de suas cidades sistematicamente. Supunha-se que eram mandados embora apenas os loucos estrangeiros. Além disso, havia lugares de peregrinação dos loucos e outras cidades que acolhiam os insanos, estrangeiros ou não. Eles não recebiam nenhum tipo de tratamento, apenas eram jogados na prisão (Foucault, 1978).

Essa prática de escorraçar os loucos não pode ser entendida apenas como uma forma de utilidade social ou de segurança dos cidadãos. Há uma

simbologia em torno desse ato. De acordo com Foucault (1978) “(...) é possível que essas Naus de Loucos, que assombraram a imaginação de toda a primeira parte da Renascença, tenham sido naus de peregrinação, navios altamente simbólicos de insanos em busca da razão” (Foucault, 1978: 10).

Frayse-Pereira (1984) baseado na leitura dessa obra, resume essa concepção simbólica da Naus dos loucos trazida por Foucault (1978):

Com efeito, embarcar os loucos é assegurar-se de que partirão para longe e serão prisioneiros de sua própria partida. É uma purificação e uma passagem para incerteza da sorte. A água e a navegação asseguram essa posição altamente simbólica da loucura: encerrado no navio de onde não escapa, o louco é entregue a correnteza infinita do rio, à fluidez instável e misteriosa do mar, é prisioneiro da mais livre das rotas (Frayse-Pereira, 1984: 51).

O louco é *passageiro por excelência, é o prisioneiro da passagem* (Foucault, 1978: 17). É de lugar nenhum; é de todos e de ninguém. A terra na qual chegará não é conhecida, assim como não lhe conhecem a origem. Sua pátria é esse espaço estéril percorrido entre as terras (Foucault, 19728).

A loucura se mostra bastante *polimorfa*, antes do século XVII - período da Grande Internação (Foucault, 1975). Esse ritual de despachar o louco mar adentro compõe o conjunto de tantas outras formas de conceber a experiência da loucura nesse período.

Ainda no Renascimento, a loucura será celebrada, na Europa, de diversas formas: nos ritos populares, como as danças e festas dos Loucos; na iconografia que vai da nave dos Loucos de Bosch a Breughel; nos textos sábios (obras de filosofia ou crítica moral), como a *Stultifera Nazis* de Brant ou o *Elogio da Loucura* de Erasmo; no teatro *elizabetiano* e francês, além de obras literárias da loucura (Foucault, 1975). Shakespeare e Cervantes testemunharam no final do Renascimento o prestígio da loucura, cuja glória teria sido anunciada cem anos antes por Brant e Bosch (Foucault, 1975).

Todavia, foi também no Renascimento, final do século XV, que foram abertos os primeiros estabelecimentos (primeiro na Espanha e depois na Itália) exclusivo aos loucos, onde estes recebiam tratamentos, muitas vezes inspirados na medicina árabe. Porém, essas práticas eram localizadas (Foucault, 1975). De forma geral, a loucura

(...) é no essencial experimentada em estado livre, ou seja, ela circula, faz parte do cenário e da linguagem comuns, é para cada um uma experiência cotidiana que se procura mais exaltar do que dominar. Há na França, no começo do século XVII, loucos célebres com os quais o público, e o público culto, gosta de se divertir; alguns como Bluet d'Arbêre escrevem livros que são publicados e lidos como obras de loucura. Até cerca de 1650, a cultura ocidental foi estranhamente hospitaleira a estas formas de experiência (Foucault, 1975:55).

Misturam-se as práticas em torno da loucura, misturam-se as visões em torno dela. A loucura na obra de Foucault (1978) assume significações diversas, conforme sua expressão se faça por meio da literatura, filosofia ou pintura (Frayse-Pereira,1984). A loucura simboliza a inquietude, “(...) a ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e medíocre ridículo dos homens” (Foucault, 1978:18), ao mesmo tempo que seduz e atrai a curiosidade humana, pois ela é saber.

A loucura é um saber esotérico, difícil, constituído por formas estranhas.

Este saber, tão inacessível e temível, o louco detém em sua parvoíce inocente. Enquanto o homem racional e sábio só percebe desse saber algumas figuras fragmentárias— e por isso mesmo mais inquietantes —, o Louco o carrega inteiro em uma esfera intacta: essa bola de cristal, que para todos está vazia, a seus olhos está cheia de um saber invisível. (Foucault, 1978:26)

Nessa época, a sabedoria e a loucura estavam muito próximas. De certo modo, viver a experiência da loucura dizia respeito a certa maneira de vivenciar o mundo em sua totalidade.

*Não há razão forte que não tenha de arriscar-se à loucura a fim de chegar ao término de sua obra, não existe um grande espírito sem uma ponta de loucura...
É neste sentido que os sábios e os mais bravos poetas aprovaram a experiência da loucura e o sair, às vezes, dos trilhos normais. A loucura é um momento difícil, porém essencial, na obra da razão; através dela, e mesmo em suas aparentes vitórias, a razão se manifesta e triunfa. A loucura é, para a razão, sua força viva secreta (Foucault, 1978:41).*

A loucura fascina o homem em todas as dimensões e, ao contrário do que acontecerá ao longo dos próximos séculos, “(...) a loucura desenha uma silhueta bem familiar na paisagem social. Sente-se um renovado e intenso prazer com as velhas confrarias dos idiotas, com suas festas, suas reuniões e

seus discursos” (Foucault, 1978:50), isto é, a loucura circula, se mistura, se embrenha entre os senhores da razão. Loucura e razão não são polos opostos, são faces de uma mesma moeda.

Foucault (1978), antes de entrar no período da “Grande Interação” - século XVII – resumiu em dois eixos o que seria indispensável para compreender a experiência que o classicismo teve da loucura:

Resumamos o que já de indispensável nessa evolução a fim de compreender a experiência que o classicismo teve da loucura. 1) A loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória; (...)
2) A loucura torna-se uma das próprias formas da razão. Aquela integra-se nesta, constituindo seja uma de suas forças secretas, seja na qual pode tomar consciência de si mesma (Foucault, 1972:35-39).

6.2 O silenciamento da loucura no século XVII

Nos meados do século XVII haverá uma mudança expressiva na forma da sociedade se relacionar com a loucura. Talvez não possamos falar numa “relação diferente”, pois a loucura será excluída, será apartada dos homens sãos e compreendida como algo que precisa ser evitado.

A loucura que por tanto tempo se manifestou, circulou e se misturou, que provocou medo e fascínio, desapareceu no horizonte. “[Entrou] num tempo de silêncio do qual não sairá durante um longo período; é despojada de sua linguagem; e se se pôde continuar a falar dela, ser-lhe-á impossível falar de si mesma” (Foucault, 1975:55).

Há uma reviravolta importante aí: os homens sãos passarão a dominar o discurso sobre a loucura. A loucura não mais fala de si, pois seu discurso é expressão da insensatez. A loucura e razão se separam e essa só poderá ser vivenciada entre os não-loucos.

Mais tarde, quando o saber científico se apossar da experiência da loucura e denominá-la primeiro, como alienação mental e, depois, doença mental, caberá ao saber psiquiátrico a “licença” para falar dela. Não será qualquer homem racional que dominará a verdade sobre a loucura; serão apenas aqueles submetidos a rigorosidade do saber científico.

Esse silenciamento do louco sobre si repercutirá até os dias de hoje em toda sociedade e em parte nos serviços de saúde. O discurso do louco não terá razão alguma e assim, será desqualificado diante dos homens detentores da verdade. Faremos um parêntese aqui para contar uma situação vivenciada pela autora dessa pesquisa que ilustrará esse silenciamento imposto ao louco.

Durante a procura por um Hospital Geral na cidade do Rio de Janeiro que pudesse ser o local de investigação dessa pesquisa, conversei com algumas pessoas de um determinado hospital. No decorrer de uma dessas conversas informais, a funcionária da gestão me contou uma história sobre uma jovem mulher esquizofrênica que havia chegado à emergência do hospital, peregrinando de serviço em serviço até este Hospital Geral. Ela se queixava de dor no abdômen e de que nenhum dos outros serviços fizeram algo, quando então, após algum tempo de investigação, foi diagnosticada com insuficiência renal grave. Essa funcionária não soube contar o desfecho dessa história, mas disse que esse “caso” entrou para a discussão na reunião de profissionais de saúde, como exemplo de negligência e descrédito frente a essa mulher que “não falava coisa com coisa”.

Esse é apenas um exemplo entre tantos outros que acontecem no serviço de saúde. Ao louco, destituído de sua razão, é negado crédito e o cuidado necessário. Sabemos que esse “privilegio” não cabe apenas a ele. De maneira geral, os pacientes são pouco considerados nesse processo e isso só se agrava quando se tratam de pessoas que “não falam lé com cré”.

Retomemos nossa história da loucura, pois antes dela ser capturada pela ciência e se tornar doença mental, temos um caminho a percorrer. Chegamos aos meados do século XVII, que Foucault (1978) nomeou de “A Grande Internação”. Nesse período a sabedoria se separa da loucura e o pensamento de Descartes, como nos aponta o autor, terá grande influência nessa separação.

Na filosofia de Descartes, que embasará o pensamento moderno, a loucura é abdicada de qualquer relação com a verdade. O sujeito que duvida é o ponto de partida para o conhecimento verdadeiro, pois o exercício da dúvida provoca o pensamento e este jamais será alcançado pela loucura, uma vez que não há dúvida na experiência da loucura.

Se o homem pode sempre ser louco, o pensamento, como exercício de soberania de um sujeito que se atribui o dever de perceber o verdadeiro, não pode ser insensato. Traça-se uma linha divisória que logo tornará impossível a experiência, tão familiar à Renascença, de uma Razão irrazoável, de um razoável Desatino (Foucault, 1978: 54).

Foucault (1978) complementa mais adiante:

(...) o perigo da loucura desapareceu no próprio exercício da Razão. Esta se vê entrincheirada na plena posse de si mesma, onde só pode encontrar como armadilhas o erro, e como perigos, as ilusões. A dúvida de Descartes desfaz os encantos dos sentidos, atravessa as paisagens do sonho, sempre guiada pela luz das coisas verdadeiras; mas ele bane a loucura em nome daquele que duvida, e que não pode desatinar mais do que não pode pensar ou ser (Foucault, 1978:54).

Não será apenas do nível de uma experiência filosófica que a loucura será excluída. Um imenso aparato institucional será construído e acabará por silenciar e trancafiar a loucura dentro dos estabelecimentos de internação, isto é, a herança que a lepra da Idade Média deixou aos loucos.

Todavia, não serão apenas os loucos a serem jogados nessas instituições; esses estabelecimentos serão destinados a todo um contingente de indivíduos que, de uma forma ou de outra, agridem a ordem da razão e da moral:

(...) os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que (...) dão mostras de “alteração” (Foucault, 1975:54).

Esses locais serão os hospitais gerais, antigos leprosários e a Workhouses da Inglaterra que, como vimos no capítulo sobre a história do hospital geral, nada se pareciam com os atuais hospitais. A medicina ainda está bem distante desses locais e as pessoas que lá serão admitidas não serão tratadas; o internamento será uma prática de segregação daqueles que não poderão mais viver na sociedade. Ele “(...) não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos” (Foucault, 1975:55).

As casas de internamento se propõem a receber, acolher, alojar e alimentar todos aqueles que aparecem de livre e espontânea vontade, como aqueles que por uma ordem real ou jurídica é mandado para lá. No entanto, ao mesmo tempo que oferecem assistência, exercem a repressão. “Esses hospícios destinam-se a socorrer os pobres, mas comportam quase todas as células de detenção e casernas nas quais se encerram pensionários pelos quais o rei ou a família pagam uma pensão” (Foucault, 1978:60).

O Hospital Geral não é um estabelecimento médico, é antes “(...) uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa”. (Foucault, 1978:57).

Esses estabelecimentos são frutos da ordem monárquica e burguesa que surge na Europa nessa época (Foucault, 1978). A igreja, por sua vez, também terá sua parcela de contribuição; muitas dessas casas eram mantidas por ordens religiosas. Entretanto, sob a influência da Reforma Protestante comandada pelos calvinistas, a pobreza e as ações de caridade tomarão nova configuração.

No mundo medieval a pobreza era santificada; o pobre era visto como um enviado de Deus para o qual os fiéis exerciam a caridade para obterem a salvação eterna. Com a Reforma, rico e pobre expressam a vontade de Deus, assim a pobreza passa a ser vista como um castigo divino aos ociosos.

A caridade começa então a ser vista como algo que infringe a ordem divina. “Ela exalta o que, segundo a concepção da época, precisa ser condenado” (Frayse-Pereira, 1984:61). A tarefa de todos aqueles que têm fé é contribuir para a eliminação da miséria.

O Estado e as cidades passam a exercer a função de assistência. Para tanto, aplica-se a cobrança de impostos, favorecem-se as doações e incentivam as doações póstumas (Foucault, 1978). A miséria é vista como um obstáculo ao desenvolvimento da sociedade, portanto deve ser reprimida, eliminada. Assim, o internamento, por sua vez, tem também a função de punição àqueles que não conseguem suprir suas próprias necessidades.

No mundo burguês em processo de constituição, um vício maior, o pecado por excelência no mundo do comércio, acaba de ser definido; não é mais o orgulho nem a avidez como na Idade Média; é a

ociosidade. A categoria comum que agrupa todos aqueles que residem nas casas de internamento, é a incapacidade em que se encontram de tomar parte da produção, na circulação ou no acúmulo das riquezas (seja por sua culpa ou acidentalmente). A exclusão a que são condenados está na razão direta desta incapacidade (Foucault, 1975:55).

O internamento é uma ação de cunho moral e reestruturador do espaço social. Assim, afasta todos aqueles que rompem com a ordem da sociedade e, ao mesmo tempo, aplica aos internos medidas de correção por meio do trabalho forçado. Durante muito tempo os hospitais gerais e as casas de internamento, em geral, servirão para a alocação dos desempregados e vagabundos.

Na sociedade da época, o trabalho é altamente valorizado em detrimento da ociosidade, que é vista como pecado. Assim, o exercício do trabalho nesses estabelecimentos de internação exerce dupla função: de punição e de controle moral. Pune-se aqueles que se negam a obedecer a rotina do local e corrige-se o desvio da ociosidade.

No Hospital Geral, como nas workhouses inglesas, “reina o trabalho forçado; fia-se, tece-se, fabricam-se objetos diversos que são lançados a preço baixo no mercado para que o lucro permita ao hospital funcionar” (Foucault, 1975:55). A recuperação da moral se dá pela via do trabalho.

O modo como cada interno receberá as ordens dessas instituições permitirá que sejam classificados como bons ou maus podres: aqueles que resistem, rejeitam as ordens são considerados maus; já aqueles que, ao contrário, aceita-as, são considerados bons. “Os bons pobres fazem do internamento uma pedida assistencial e uma obra onde podem encontrar descanso. Os maus pobres fazem dele uma medida de repressão” (Frayse-Pereira, 1894: 61).

O louco também será embebido nesse universo moral e o trabalho será por muito tempo entendido como ferramenta de ajustamento no “(...) momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; no momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade” (Foucault, 1978: 89).

Ainda hoje, no século XXI, é possível encontrar práticas como essas que encontram no trabalho forçado a recuperação para a loucura. Em 2011, o

Conselho Federal de Psicologia realizou uma auditoria em várias casas de internamento para dependentes químicos e delatou uma série de irregularidades e ações envolvendo o trabalho escravo (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

Com efeito, na era clássica, a preguiça é considerada um vício que deve ser combatido. O ocioso desafia a lei divina; quem resiste ao trabalho revolta-se contra Deus, logo precisa ser castigado. Assim, “a partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade de trabalho” (Foucault, 1978: 83). É com base nessa concepção, que os hospitais gerais objetivam eliminar a mendicância, ou seja, a miséria como fonte da desordem e do atraso.

Desta forma, o trabalho realizado nesses estabelecimentos de internação se caracteriza muito mais por uma forma de repressão do que de produção. É um trabalho interminável, rude, humilhante. Deve-se manter todos ocupados para se corrigirem do vício, da preguiça e do ócio (Foucault, 1978). O Hospital Geral passa a ter um estatuto ético. “É desse encargo moral que se revestem seus diretores, e é-lhes atribuído todo o aparelho jurídico e material da repressão” (Foucault, 1978: 84).

A internação, enquanto criação “institucional própria ao século XVII” (Foucault, 1978: 89) expressa

(...) o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido (Foucault, 1978:89).

Disseminou-se, nesse período, o medo de que uma vez exposta ao público, a loucura tomasse a todos.

Com isso a loucura é arrancada a essa liberdade imaginária que a fazia florescer ainda nos céus da Renascença. Não há muito tempo, ela se debatia em plena luz do dia: é o Rei Lear, era Dom Quixote. Mas em menos de meio século ela se viu reclusa e, na fortaleza do internamento, ligada à Razão, às regras da moral e a suas noites monótonas (Foucault, 1978: 89).

A loucura, no internamento, realizará novos e estranhos laços com a moralidade. Ela está intimamente ligada a uma má vontade, a um erro ético. Na repressão do pensamento e no controle do comportamento, o internamento exerce um papel particular: devolver a verdade à loucura através da coação moral.

Este espaço de exclusão que agrupava, com os loucos, os portadores de doenças venéreas, os libertinos e muitos criminosos maiores ou menores provocou uma espécie de assimilação obscura; e a loucura estabeleceu com as culpas morais e sociais um parentesco que não está talvez prestes a romper (Foucault, 1975: 56).

Foucault (1975) nos alerta:

Não nos espantemos que a loucura tenha descoberto no século XX, em seu próprio centro, um núcleo primitivo de culpa e de agressão. Tudo isto não é a descoberta progressiva daquilo que é a loucura na sua verdade de natureza; mas somente a sedimentação do que a história do Ocidente fez dela em 300 anos. A loucura é muito mais histórica do que se acredita geralmente, mas muito mais jovem também (Foucault, 1975:55).

O internamento nessas configurações manteve-se por pouco mais de um século. A partir do meio do século XVIII começou a surgir um imenso incômodo com esses locais; foram feitas várias denúncias de encarceramentos arbitrários; críticas aos gastos de manutenção desses locais que despertaram o horror e o pavor da sociedade. Mesmo aqueles que eram internados com os loucos resistiam a essa aproximação; misturar-se a eles era entendido como uma punição extra (Foucault, 1975).

Essas críticas encontraram subsídios no período pós-revolução e a conseqüente queda do absolutismo. Os reformadores quiseram suprimir o internamento como símbolo de opressão e violação da liberdade individual. De certa forma, esses estabelecimentos iam de encontro com as ideias libertárias dos revolucionários franceses. Além disso, o nascimento de uma sociedade industrial começou a questionar o internamento como uma forma de redução da mão-de-obra, tão necessária para a produção de riquezas.

Desenvolveram-se estratégias para que muitas dessas pessoas que viviam nas casas de internamento voltassem para suas famílias, para que pobre recebesse cuidados médicos em casa e se livrassem do horror dos hospitais gerais. Já o louco inspirava maiores cuidados, pois, restituído à

liberdade, eles poderiam se tornar perigosos para a sociedade (Foucault, 1975). Logo a prática de internamento foi destinada exclusivamente a eles, antes mesmo que pudessem recuperar a liberdade.

“É entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; e lá – não nos esqueçamos – que eles os deixarão; não sem antes se vangloriarem por terem-nos ‘libertado’” (Foucault, 1978:48). Essa frase de Foucault remete ao momento simbólico que Pinel, em 1793, rompe as correntes de loucos, retirando-os de seus “calabouços”, após ser nomeado diretor do Hospital Geral de Bicetrê – França -, rompendo, desta forma, o período da “Grande Internação”. No entanto, o autor esclarece que esse acontecimento não implicará na libertação da loucura, apenas mudará a roupagem da prática de internação.

Vale ressaltar, como nos aponta Amarante (2007), que Pinel foi um importante político do período revolucionário, sendo deputado da Assembleia Nacional Constituinte. Ele colaborou para a criação da primeira constituição democrática republicana. Sua proximidade com os ideais da Revolução Francesa e sua influência política nos auxilia a compreender a entrada desse médico no asilos.

A entrada de Pinel no hospital geral aconteceu quatro anos após o início da revolução quando, então, foi dado início ao processo de medicalização do Hospital Geral de Paris e conseqüentemente, quando a loucura passou ao “status” de alienação mental.

É importante recordarmos que é justamente no final do século XVIII que a medicina se apropriará dos hospitais gerais e que o saber científico, embalado pelas ideias positivistas, irá influenciar diretamente a prática médica e o saber psiquiátrico dentro dos asilos.

6.3 Os asilos pinelianos: a loucura que precisa ser tratada

Aqui iniciamos um novo período que marcará indiscutivelmente a história da nossa sociedade com seus loucos. Até hoje vemos os desdobramentos desse período nas práticas estabelecidas para com a loucura. Foucault (1978:505) ironicamente afirmará que é possível encontrar em qualquer história da psiquiatria a descrição desse período como a “(...) era feliz em que a loucura

é enfim reconhecida e tratada segundo uma verdade que não tinha sido enxergada durante tanto tempo”, isto é, o saber científico da medicina se apodera da loucura.

A partir de então, a história da psiquiatria se entrelaça com a história da loucura. A ato de Pinel de libertar os loucos de suas correntes é considerado como o precursor da primeira revolução da psiquiatria (Birman, 1978).

A prática do internamento toma uma nova significação: torna-se medida de carácter médico. Pinel na França, Tuke na Inglaterra e, Wagnitz e Riel na Alemanha; todos eles estavam ligados à transformação dos hospitais gerais em asilos para os alienados (Foucault, 1975). Eles não romperam com o encarceramento, mas o justificaram como necessário ao tratamento desses enfermos.

Ademais, a possibilidade de agrupar e observar os loucos, segundo as manifestações mais peculiares de cada um deles, permitia que um conhecimento médico sobre a loucura se criasse, ou seja, o hospital foi útil por alojar e possibilitar o agrupamento dos loucos para estudá-los. Os loucos passam a ser (e ainda são) vistos como doentes e portanto, precisavam ser submetidos aos tratamentos asilares.

(...) o que existiu foi uma metamorfose da natureza da instituição. Na medida em que o hospital deixou de ser um espaço da filantropia e da assistência social para se tornar uma instituição de tratamento médico de alienados, dasacorrentados, porém institucionalizados, os loucos permaneceram enclausurados, não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico (Amarante, 2007:35).

Pinel ao escrever o Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou Mania, criou a primeira classificação das enfermidades mentais, desenvolveu o conceito de alienação mental e consolidou a profissão do alienista (Amarante, 2007).

Para Pinel, alienação mental era entendida como um distúrbio no nível das paixões, “(...) capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade” (Amarante, 2007: 30). A psiquiatria clássica (época de Pinel e Esquirol) defendia a concepção de loucura como expressão das paixões incontrolláveis, forças intensas e descontroladas, paixões desviadas (Caponi, 2012).

Amarante (2007) nos mostra também que alienado vem de *alienare* e *alienatio* que significa tornar-se outro. Assim, na medida em que alguém possa sair de si, tornar-se outra coisa, ou ainda, possa perder o juízo e o discernimento entre o certo e o errado, o conceito de alienação mental associou-se ao de periculosidade. Essa proximidade entre alienação e periculosidade contribuirá, mais tarde, para o medo e discriminação para com as pessoas identificadas como tais.

A loucura, nesta época, passou então a ser vista como uma doença, não da natureza ou no homem, mas da sociedade: emoções, dúvidas, agitação, alimentação artificial, todas estas questões que envolve a loucura serão admitidas como causas da doença mental (Foucault, 1978).

Nesse sentido, o internamento nos asilos tinha por função restituir a razão do alienado, por meio da contenção e controle das paixões, dos instintos, que tomavam a consciência dos loucos. A instituição asilar "(...) [era] esse lugar onde a vontade perturbada, as condutas indesejadas, as paixões pervertidas se defrontavam com a retidão moral representada pela figura do alienista" (Caponi, 2012:42).

Tanto Pinel como seus discípulos utilizavam duas medidas para o tratamento dos alienados: o isolamento e o tratamento moral. O isolamento, garantido pela internação nos asilos, justificava-se pelas seguintes razões: Primeiro porque seria um meio de distanciar o louco de tudo aquilo que o perturbava e que poderia se tornar um obstáculo a sua recuperação. "Separá-lo do seu ambiente habitual, seja físico ou social, corresponderia a afastá-lo das causas de sua moléstia aí presentes" (Birman, 1978: 259). Segundo, porque o isolamento poderia propiciar o conhecimento das patologias, livre de qualquer interferência, considerando seus sinais e sintomas, seu desenvolvimento e prognóstico.

Para a atividade curativa destes loucos seria necessário o convívio permanente com eles. Era nesta relação visando a sua transformação, que se podia saber sobre as causas, sintomas, crise evolução e prognóstico da alienação (Birman, 1978: 347).

As características físicas dos asilos possibilitavam o tratamento. Era necessário ter uma grande área livre para o alienado se movimentar com o

intuito de “gastar” o excesso de força, reequilibrando, assim, sua energia. Além disso, sua configuração física deveria permitir a vigilância constante a todo e qualquer movimento dos doentes, sem que os mesmos percebessem (Birman, 1978).

O tratamento moral aplicado nos asilos aos loucos correspondia a um conjunto de ações que eram responsáveis por devolver a razão a essas pessoas por meio do controle das paixões mundanas. “Ações físicas e mecânicas que seriam retraduzidas numa linguagem moralizadora” (Birman:1978: 355).

Para tanto, os loucos eram separados dos não-loucos por meio de um “diagnóstico” e entregues a mãos-estranhas de uma equipe médica.

O tratamento moral consistia na soma de princípios de medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade. O hospital, enquanto instituição disciplinar seria ele próprio, uma instituição terapêutica (Amarante, 2007:33).

As estratégias utilizadas no tratamento moral eram várias. Fazia-se uso do que Pinel chamava de trabalho terapêutico, que seria um meio de reeducação das mentes desregradas pela via da ocupação. Os banhos frios ou quentes seriam usados no tratamento físico dos doentes já que a água atuaria na superfície corpórea do alienado. Contudo, o uso dessa estratégia também tinha efeito de punição a qualquer conduta tida como errada (Birman, 1978), ou simplesmente, era usado para que o louco admitisse que suas crenças eram delírios (Foucault, 1975).

Utilizava-se de ameaças, castigos, privações alimentares, humilhações e, ademais, o louco deveria ser vigiado, controlado, “(...) rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizados nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a conduta normal” (Foucault, 1975: 57).

O século XVIII também criou a “máquina rotatória”. Colocava-se o doente nessa máquina com o objetivo que seus pensamentos delirantes entrassem em movimento e reencontrasse seu percurso natural. No século XIX, essa ferramenta foi transformada e tornou-se essencialmente punitiva.

Assim, o doente era posto em intenso giro até desmaiar caso não se arrependesse de seus atos ou pensamento (Foucault, 1975).

Fazia-se uso também de “evacuantes”, como o tartarato antimoniato de potássio para convencer os melancólicos de que eles estavam realmente enfermos e da necessidade de receberem tratamento. Tudo isso sob o comando dos médicos. Esses deveriam guiar as crenças e os pensamentos dos alienados, impor sua figura onipotente e dominadora por meio do ferimento à autoestima do louco, da produção da culpa e infantilização do doente (Birman, 1978).

Uma vez dominadas suas paixões, por meio de ameaças e castigos, os alienados poderiam então “escutar o discurso do psiquiatra” (Birman, 1978: 359), o qual poderia devolver-lhes a sensatez. Entre o louco e o psiquiatra se estabelecia um processo de oposição, de luta, de dominação (Caponi, 2012).

Em suma, o tratamento moral visava: 1) Retirar o alienado de um mundo de irrealidade para enquadrá-lo num sistema de valores entendido como realidade. Para tal, seria necessário 2) Capturar o espírito do louco com o intuito de contrapor as crenças e pensamentos do alienista às do doente, consideradas erradas e maléficas. Assim, o tratamento moral poderia ser entendido como a luta entre o bem e o mal, um campo de batalha no qual o médico tentava impor a verdade e a razão por meio das estratégias apresentadas anteriormente (Birman, 1978).

Esse conjunto de táticas e estratégias foi denominado como o processo de normatização moral do alienado. Pinel, embora tenha feito referências ao entendimento médico da loucura, criando uma classificação das doenças mentais, encontrou as causas da alienação mental nas paixões violentas e incontroláveis. Assim, é no tratamento moral que ele encontrará a possibilidade do paciente reestabelecer a confiança em si próprio e encontrar a razão perdida (Caponi, 2012).

Não é no corpo anatomopatológico, objeto da clínica médica, que Pinel justificou as causas da loucura. Desta forma,

A psiquiatria de Pinel não pretende vasculhar o interior do corpo, não está interessada em lesões de órgãos ou tecidos. Este corpo médico que devia ser olhado em profundidade, para que finalmente fossem encontradas as verdadeiras causas orgânicas de toda patologia, está ausente do discurso de Pinel (Caponi, 2012: 46).

Embora o equilíbrio das paixões tenha sido o foco principal de Pinel para compreender a loucura, para ele, a loucura apresentava várias causas. Entre elas podemos destacar: a herança; a educação que recebem as crianças; comportamentos irregulares como o uso de álcool e drogas; as paixões como a cólera, a dor, o ódio, o medo, o ciúme e a inveja que em grande intensidade podem provocar a alienação mental (Caponi, 2012).

Pinel utilizou-se do interrogatório das famílias não com o intuito de identificar patologias herdadas, como acontecerá, mais tarde, com os psiquiatras degeneracionistas, mas sim para identificar elementos das relações familiares que pudessem desencadear a alienação mental. Ainda, a hereditariedade não terá grande peso nas explicações da loucura, quando comparado às paixões, como a dor profunda, o amor contrariado ou o fanatismo religioso (Caponi, 2012).

O tratamento moral foi o modelo criado por Pinel para o combate à alienação mental, com o objetivo de controlar as paixões e reencontrar a razão. É com base nesse modelo disciplinar dos corpos que Pinel justificou o enclausuramento da loucura.

Desta forma, podemos perceber que o tratamento moral proposto por Pinel se aproximou de uma concepção disciplinar da loucura, uma “ortopedia moral que rege nos asilos” (Caponi, 2012: 50). Apresentamos várias estratégias disciplinares utilizadas nos asilos com o objetivo de reestabelecer a normalidade dos comportamentos e das paixões.

(...); o processo de cura diretamente vinculado à restituição de condutas e valores morais, aliados a uma série de exercícios corporais, definem o marco peculiar pelo qual o poder psiquiátrico se insere diretamente na sociedade disciplinar (Caponi, 2012:52).

O exercício do poder disciplinar no asilo é uma característica das instituições totais. Essa classificação foi sugerida por Goffman (1974) quando descreveu os manicômios e outras instituições, como a prisão. Para o autor, essas instituições se caracterizam por serem estabelecimento fechados, que funcionam sob o regime de internação, onde os internos são separados da sociedade e passam a viver sob a administração das regras e rotina estabelecidas por esses lugares.

As medidas disciplinares impostas nessas instituições objetivavam o controle dos corpos por meio da vigilância constante, sempre em nome da ordem e da normalidade. Entretanto, veremos como a passagem da psiquiatria clássica para os teóricos da degeneração propiciou o exercício da biopolítica, isto é, ferramenta de poder, cujo o alcance ultrapassou os limites dos asilos.

6.4 A teoria da degeneração e a fabricação da loucura

Não temos a intenção aqui de nos aprofundarmos na teoria da degeneração e em todos os legados deixados à psiquiatria contemporânea, pois essa discussão foge ao escopo de nossa pesquisa. Todavia, é importante uma breve explanação para compreendermos como, ao longo dos tempos, o saber psiquiátrico propiciou a fabricação da loucura, e também para compreendermos a origem de algumas representações contemporâneas sobre a loucura.

Como nos aponta Birman (1978:106) “(...) a loucura como doença mental é uma construção histórica recente, que não tem nem dois séculos de existência”. Desta forma, o que queremos apresentar e discutir neste texto é como o saber psiquiátrico foi se constituindo, se tornando hegemônico, a partir de Pinel, para falar sobre a loucura e para fabricá-la.

Não se trata aqui de negar a existência da experiência da loucura. Szasz (1976:21) nos alerta para isso:

(...) afirmar que as doenças mentais e os pacientes insanos não existem não significa que não haja a conduta pessoal apresentada pelas pessoas classificadas como mentalmente doentes, ou algum tipos de perturbações sociais a eles atribuídos.

O que propomos é dar maior ênfase à condição histórica da doença mental. Isso nos permite dizer que uma série de acontecimentos deram condições para que a experiência da loucura fosse considerada uma doença, como tentamos mostrar ao longo desse capítulo. Se, em algum momento emergiu essa compreensão sobre a loucura, tornando-se dominante, quer dizer que nem sempre foi assim.

Continuemos então a embasar a concepção de doença mental como construção histórico-social. Veremos como os teóricos da degeneração contribuíram para a produção de doenças mentais e como eles ampliaram o olhar médico para além dos muros do asilo pineliano, exercendo o poder biopolítico.

Durante a segunda metade do século XIX as ideias dos teóricos da degeneração se aprofundaram. As críticas em torno do tratamento moral proposto por Pinel começaram a reverberar, devido ao aumento dos alienados nos asilos e o sentimento de fracasso frente as promessas terapêuticas de seu modelo (Caponi, 2012).

Juntamente com isso, os psiquiatras buscavam o prestígio do saber científico, um dos pilares da medicina moderna. Assim, como na medicina em geral, cada vez mais a psiquiatria tentava se aproximar e explicar as doenças mentais a partir de alterações no corpo anatomopatológico.

A teoria da degeneração de Morel e, mais tarde, de Magnan surge como uma tentativa de responder as lacunas deixada por Pinel para a explicação da doença mental, a partir de estudos da anatomopatologia do cérebro. Nas palavras de Caponi (2012:175).

O conceito de degeneração ingressa no âmbito da psiquiatria como um saber legítimo e consolidado com Magnan e seus seguidores. Todos eles conservam a ideia, esboçada por Cabanis, da necessidade da realização de estudos de anatomopatologia cerebral para se explicarem as patologias mentais.

Morel e Magnan acreditavam que a classificação das doenças mentais proposta por Pinel compreendia uma pequena parte daquilo que poderia ser objeto da psiquiatria. Aqueles que estavam nos asilos representavam o último grau de comprometimento que a doença mental poderia produzir, por isso seriam incuráveis, ao contrário do que Pinel acreditava (Caponi, 2012).

Assim sendo, os degeneracionistas dão maior ênfase à expressão de pequenos desvios de comportamento ou anomalias que indicariam o desenvolvimento de patologias mais graves. Desta forma, o poder psiquiátrico é extravasado para fora do asilo, alcançando o espaço social, com a justificativa de identificar essas patologias menores e, assim, evitar doenças mentais graves e conseqüentemente, futuros internamentos (Caponi, 2012).

Com o objetivo de encontrar pequenos sinais anunciadores de doenças mentais, a teoria da degeneração cumpre sua principal tarefa: a de prevenção. Assim:

Para cada desvio de comportamento, para cada anomalia, insignificante ou não, será criado um novo quadro patológico, será postulada uma etiologia, um modo de intervenção, ou terapêutica, e um modo de antecipação, ou prevenção (Caponi, 2012:177).

Embora a teoria da degeneração afirmasse que a hereditariedade fosse o principal modo de transmissão da degeneração cerebral entre gerações, ela também se apoiava na influência do meio externo (Caponi, 2012). Assim, a estratégia biopolítica de controle da vida ganhará espaço entre esses teóricos.

Para os degeneracionistas, a função principal dos médicos não será curar ou normalizar os desvios, mas sim antecipar a emergência do perigo. Desta forma, é ampliado o escopo de atuação da psiquiatria. Diferente de Pinel, Magnan defendia que o tratamento moral não deveria ser realizado dentro dos asilos com os doentes irrecuperáveis, mas sim no campo social. “As estratégias higiênicas e eugênicas, a educação das massas ou as regras de puericultura possibilitariam a gestão das populações e a racionalização do espaço social” (Caponi, 2012:179).

Desta forma, enquanto Pinel acreditava devolver aos doentes a razão, por meio da disciplina, “(...) os degeneracionistas inauguram uma biopolítica das populações referente à gestão de comportamentos e à antecipação de patologias mentais graves” (Caponi, 2012:179).

Além de todo esse controle sobre o comportamento social e a tentativa de definir o normal e o patológico, a teoria da degeneração tentará encontrar a localização cerebral para cada doença mental. No entanto, até hoje a psiquiatria não conseguiu satisfazer esse objetivo.

Contudo, os teóricos degeneracionistas influenciaram fortemente a psiquiatria moderna. Kraepelin e os chamados neokraepelianos resgataram o essencial dessa teoria. Caponi (2012) aponta para a influência desses últimos na produção do DSM III (Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Norte-Americana de Psiquiatria, terceira versão).

O velho interrogatório psiquiátrico utilizado pelos teóricos da degeneração reaparece transformado. Já não serão os estigmas físicos e morais, anunciadores de uma síndrome de degeneração, os que devem ser registrados, mas os sintomas, que indicam a existência de um transtorno ou patologia psiquiátrica (Caponi,2012: 183).

Hoje tudo é diagnosticado; criam-se patologias e tratamentos ‘full time’. A classificação de comportamentos do cotidiano, a captura de experiências inerentes à condição humana, como a dor e o sofrimento, pela psiquiatria, expressa uma medicina do “não patológico” (Caponi,2012) iniciada por Morel e Magnan.

A última versão do DSM - o DSM V, lançada no ano de 2013 - provocou fortes críticas, mesmo entre os psiquiatras. Márcio Amaral, vice-diretor do IPUB-UFRJ (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro), em um texto publicado no site do próprio instituto⁹, afirmou que um dos maiores problemas e preocupações dos profissionais de saúde mental em relação a essa publicação, estão associados a sua forte tendência em patologizar situações que fazem parte da vida cotidiana, em seus momentos difíceis, como a experiência do luto, que tende a ser medicalizado, patologizado.

Outro texto publicado por Fernando Freitas e Paulo Amarante no site do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde)¹⁰ corroboram as críticas acima, afirmando que

A questão de base é que o DSM-V, mais do que nas versões anteriores, fabrica doenças mentais; o que faz com que enormes contingentes populacionais passem a ser considerados doentes e, como consequência, a consumir medicamentos psiquiátricos (Freitas & Amarante, 2013).

Ao lado disso, os autores percebem como uma das principais críticas ao DSM-V o fato de sua lógica estar mais do que nunca e profundamente dominada pelos interesses da indústria dos psicofármacos. Corrêa Matta e Barbosa Moreno (2014) apontam para essa questão quando se propõem a

⁹ Site: http://www.ipub.ufrj.br/portal/ensino-e-pesquisa/ensino/residencia_medica/blog/item/277-dsm-v-estaria-a-apa-emburrecendo. Acessado em: 03-12-2014.

¹⁰ Site: <http://cebes.com.br/2013/05/o-dsm-v-e-a-fabricacao-da-loucura/>. Acessado em: 03-12-2014.

discutir a construção da chamada saúde global. A indústria farmacêutica tem ganhado espaço com as estratégias de expansão tecnológica e científica, exercendo forte influência e investindo nas transformações ocorridas no campo da saúde.

Críticas como essas não surgiram apenas agora. Fernando Freitas e Paulo Amarante (2013) chamaram atenção para o fato de que as versões anteriores do DSM, por exemplo, não vieram a público sem também provocarem controvérsias. Outro exemplo podemos encontrar na obra de Thomas Szasz intitulada “A fabricação da Loucura”. Psiquiatra em Nova York, esse autor, em 1976, já fazia uma forte crítica à psiquiatria pela patologização da vida cotidiana.

Tentamos mostrar aqui algumas das diferentes experiências que a sociedade teve com o fenômeno da loucura, desde a idade clássica. Privilegiamos as experiências que, a nosso ver, impactam as formas de conceber e lidar com loucura atualmente, com o objetivo de abrir o caminho para o questionamento, para a dúvida acerca da naturalização da loucura como um fenômeno da ordem, exclusivamente, do adoecimento.

Conhecer os aspectos históricos que deram condições para a compreensão do louco tal como é hoje, torna-se fundamental para compreender muito do nosso imaginário em torno desse sujeito. Acreditamos que a resistência dos profissionais de saúde em relação a esses pacientes pode estar sustentada fortemente nas significações imaginárias instituídas acerca do portador de transtorno mental grave, que é tido como perigoso, agressivo, perturbador da ordem, imprevisível e insensato.

No próximo tópico, veremos com Amarante (2007) algumas iniciativas no século XX de contestação do saber psiquiátrico e seus modelos de atuação. Acreditamos que tais mudanças devem reverberar sobre as concepções e representações da loucura.

6.5 Das reformas psiquiátricas à ruptura com a psiquiatria

Após o fim da segunda Guerra Mundial, a sociedade direcionou o seu olhar para os hospitais psiquiátricos, uma vez que vários combatentes de guerra precisavam de tratamento devido aos traumas de guerra. Assim, com a

visibilidade alcançada, os hospitais passaram a ser alvo de críticas; a população começou a questionar a crueldade desses estabelecimentos e perceberam que os hospitais psiquiátricos em nada se diferenciavam dos campos de concentração, tamanho o horror provocado (Amarante, 2007).

Surgiram então, as primeiras experiências de reforma desse setor. Amarante (2007) divide, para fins didáticos, em três grupos as experiências de reformas realizadas em vários países. O primeiro grupo é composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional. Acreditava-se que o fracasso estava na forma de gestão do hospital e a solução, então, seria investir em mudanças na instituição.

O segundo grupo é composto pela Psiquiatria de Setor e pela Psiquiatria Preventiva. O grupo defendia a ideia de que os hospitais eram estruturas obsoletas e precisavam ser desativados pouco a pouco, sendo substituídos por serviços assistenciais como hospitais-dia e centros de saúde mental (Amarante, 2007).

O terceiro grupo tinha um posicionamento mais radical frente a psiquiatria. Nesse grupo estavam a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática. Tanto uma quanto a outra acreditavam que a questão estaria no modelo científico psiquiátrico sustentado desde a época de Pinel. Desta forma, colocaram em xeque todo esse saber, assim como suas instituições de assistência (Amarante, 2007).

Exemplos de iniciativas envolvendo o primeiro grupo foi visto na Inglaterra. Main e Bion Reichman passaram a organizar nos hospitais “(...) reuniões em que se discutiam as dificuldades, os projetos, os planos de cada um; realizavam assembleias com os pacientes; elaboravam propostas de trabalho” (Amarante, 2007:42). Mais tarde, essas iniciativas foram fortalecidas por Maxwell Jones, o qual passou a organizar grupos de discussão e grupos operativos envolvendo os pacientes na participação ativa das atividades oferecidas (Amarante, 2007).

Merece destaque nesse grupo a experiência praticada por François Tosquelles, na Espanha, que ficou conhecida como Psicoterapia Institucional.

Dentre as propostas mais interessantes estão o primado da escuta polifônica, isto é, a busca de uma ampliação dos referenciais teóricos, de forma a não reduzir a escuta a esta ou aquela corrente conceitual, e a noção do acolhimento, ressaltando a importância da equipe e da

instituição na construção de suporte e referência para os internos no hospital (Amarante, 2007:44).

As experiências citadas por Amarante (2007) referentes ao segundo grupo – Psiquiatria de Setor e Psiquiatria preventiva – aconteceram na França, final dos anos 50 e início dos anos 60 do século XX, em virtude das iniciativas realizadas pela psicoterapia institucional. A necessidade de acompanhamento dos pacientes após a alta hospitalar, para evitar a reinternação, possibilitou o surgimento dos Centros de Saúde Mental, espalhados em várias regiões francesas, de acordo com a sua distribuição.

A prática do acompanhamento terapêutico passou a ser realizado pela mesma equipe multiprofissional, dentro ou fora do hospital. O trabalho em equipe começou a ganhar evidência. Assim, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais se tornaram novos protagonistas do cuidado em saúde mental (Amarante, 2007).

Ainda dentro das iniciativas do segundo grupo, a Psiquiatria Preventiva, foi desenvolvida nos Estados Unidos. Suas ações se aproximam dos teóricos degeneracionistas, uma vez que se propunham a detectar pessoas que poderiam desenvolver uma patologia mental para tratá-las antes da instalação da doença.

Caplan desenvolveu a noção de prevenção, transposta da medicina preventiva, classificando-a em três níveis: primária, secundária e terciária. Desta forma, para a intervenção preventiva, o conceito de crise tornou-se crucial dentro a psiquiatria Preventiva. De acordo com Amarante (2007)

Em boa parte, foi em decorrência do conceito de crise que a Psiquiatria Preventiva assumiu a característica de uma proposta de saúde mental comunitária, pois daí advieram as estratégias do trabalho de base comunitária, no qual as equipes de saúde mental passaram a exercer um papel de consultores comunitários, identificando e intervindo em crises individuais, familiares e sociais (Amarante, 2007: 50).

Outro conceito estruturante da Psiquiatria Preventiva é o de desvio, que se refere ao comportamento diferente da norma socialmente aceita, isto é, anormal ou pré-patológico. Por esse e outros conceitos teóricos, essa corrente foi considerada um novo projeto de medicalização da vida social (Amarante, 2007).

No entanto, foi no âmbito da Psiquiatria Preventiva que surgiram medidas de “desospitalização”. Vários serviços comunitários de saúde mental foram criados: lares abrigados, hospitais-dia, hospitais-noite, enfermarias e leito em hospitais gerais. Se essa corrente avançou nesse aspecto, ela, ao mesmo tempo, produziu o aumento de demanda, tanto nos hospitais, como nos serviços extra-hospitalares. Os serviços comunitários se tornaram grandes captadores de sujeitos “suspeitos”, que poderiam desenvolver, futuramente, alguma patologia mental (Amarante, 2007).

O último grupo definido por Amarante (2007) - Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática - não deve ser compreendido como “reformador”, pois ao contrário dos outros grupos, este grupo propunha o rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional.

A Antipsiquiatria teve início na Inglaterra no final da década de 1950, tendo maior expressão na década de 1960. Os psiquiatras Laing e Cooper “(...) passaram a considerar que as pessoas ditas loucas eram oprimidas e violentadas, não apenas nas instituições psiquiátricas, onde deveriam estar para receber tratamento, mas também na família e na sociedade” (Amarante, 2007:52).

A crítica mais expressiva ao saber psiquiátrico diz respeito ao seu marco teórico-conceitual, que adotava modelo semelhante ao modelo das ciências naturais, gerando um enorme equívoco metodológico. Desta forma, a Antipsiquiatria também rompe com a concepção de doença mental como um objeto natural, sustentada pela psiquiatria. O que existiria “(...) é uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social” (Amarante, 2007: 53).

Uma vez questionado o conceito de doença mental, o tratamento proposto deixa de ser uma resposta à doença. A proposta é que o sujeito viva essa experiência que por si só já é terapêutica. Ao terapeuta cabe auxiliar o sujeito a passar por esse processo, acompanhando-a e o protegendo, inclusive do próprio saber psiquiátrico (Amarante, 2007).

Junto com a Antipsiquiatria está a Psiquiatria Democrática, que teve com seu maior representante Franco Basaglia, na Itália, na década de 1960, numa cidade chamada Gorizia. Em princípio, Basaglia se propôs a reformar o hospital dessa cidade, muito influenciado pelas experiências da Comunidade

Terapêutica e da Psicoterapia Institucional, as quais conheceu de perto. Contudo, percebeu que não seria suficiente ações humanizadoras para eliminar os efeitos provocados pela instituição psiquiátrica (Amarante, 2007).

Assim, Basaglia iniciou o processo de negação do saber psiquiátrico. Ele obstinava a superação dos manicômios, não apenas enquanto estrutura física, mas como um conjunto de saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que sustentavam o lugar de isolamento, segregação e patologização da experiência da loucura (Amarante, 2007).

Em Trieste, Basaglia, junto com outros profissionais, deu continuidade à sua experiência. Junto ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, deu-se a criação de serviços substitutivos. Estes não deveriam funcionar paralelamente, simultaneamente aos hospitais, deveria ocupar o lugar dessas instituições (Amarante, 2007).

Os serviços substitutivos eram responsabilizados pelo cuidado integral dos sujeitos, isto é, eles não propunham a internação nos hospitais em situações consideradas graves, nem davam continuidade ao tratamento após a alta da internação. Dito de outra forma, esses serviços substitutivos

[atuariam] no território reconstruindo as formas como as sociedades lidam com as pessoas como sofrimento mental, passariam a restabelecer o lugar social da loucura que, tradicionalmente, desde Pinel, estava relacionada ao erro, à periculosidade, à insensatez, à incapacidade (Amarante, 2007: 57-8).

Vimos, por meio da sistematização de Amarante (2007), as várias alternativas sugeridas ao tratamento manicomial da loucura. Essas iniciativas rompem, em menor ou maior grau, com essa forma de assistência destinadas aos loucos. Antes mesmo de Pinel, a loucura já havia sido isolada do restante da sociedade e, como pudemos ver, com a chegada da medicina, a loucura continuou apartada de tudo e de todos.

Assim como os demais tópicos deste capítulo, a apresentação de algumas das iniciativas que se contrapõem ao modelo asilar de assistência, visou a ampliação do olhar frente as possibilidades de atuação com os sujeitos portadores de transtorno mental. Não podemos negar, que séculos de segregação foram o suficiente para a loucura se tornar desconhecida e, como

tudo que é desconhecido, provoca nosso imaginário, nos coloca na insuportável incerteza da vida.

Ficou evidente por toda a história aqui recontada, como o saber científico psiquiátrico influenciou o pensamento em torno da loucura. Poucos rótulos são tão redutores da subjetividade de um sujeito como o diagnóstico de transtorno mental, o que nos faz questionar: O que o sujeito é além de louco? O que ele pode? Quem é esse que tanto desconforto causa nos serviços de saúde?

Em uma daquelas conversas informais que tivemos com profissionais de saúde de um Hospital Geral para tentar definir o campo de investigação dessa pesquisa, escutamos um comentário interessante, que parece responder um pouco os questionamentos acima:

Durante uma “reunião” com um grupo de enfermeiras, iniciei apresentando um pouco o que era o objetivo inicial dessa pesquisa. Assim, pedi para que elas me contassem alguma história de internamento envolvendo um portador de transtorno mental. Diante do silêncio, eu disse que não precisava, necessariamente, ser algo desastroso; afirmei que não estava procurando, de antemão, por nenhum caso necessariamente “problemático”. Então, uma das enfermeiras me respondeu prontamente: “Ah, se não deu trabalho, não temos como saber se a pessoa tinha algum problema mental, pode ter passado despercebido”.

Esse comentário nos fez pensar que, se por um lado a invisibilidade da loucura pode proporcionar ao paciente a experiência de ser visto de uma outra forma, por outro lado, a questão que nos pareceu mais evidente nessa fala foi a possível incapacidade do hospital, pelo excesso de rotinas e padronização, pela segmentação/fragmentação e ultra-especialização do processo de trabalho, reconhecer a singularidade dos pacientes e suas necessidades de cuidado de forma integral. O não reconhecimento da condição de portador de transtorno mental pode ser reflexo da invisibilidade do sujeito como um todo, visto apenas como órgão doente ou uma doença pela qual está internado.

É interessante pensar também, por meio dessa fala, que a loucura parece ser representada como um fenômeno único, vista como uma força sempre disruptiva, causadora do caos, que afeta o cotidiano comum das

enfermarias dos hospitais gerais. Se assim não se apresenta, o sujeito se torna invisível, o doente internado sequer é visto como sujeito.

Desta forma, voltamos a perguntar: o que mais esse sujeito é para um serviço de saúde? Ele não é nada despido de sua loucura; triste sina essa que quando louco é excluído porque causa tumulto e não “fala nada com nada” e quando não-louco, nem percebido é.

À loucura resta a representação de algo imprevisível, perturbadora da ordem, insensata, descontrolada e perigosa. A loucura só se faz loucura a partir dessa compreensão. Felizes então, seriam essas demonstrações da loucura-calma se assim pudessem ser descobertas, pois talvez propiciassem uma outra compreensão desse fenômeno.

Ainda assim, não podemos perder de vista a potencialidade de experiências como aquelas vividas inicialmente na Itália e que, mais tarde, influenciaram alguns dos defensores da nossa Reforma Psiquiátrica. As iniciativas de Basaglia apontam para uma outra compreensão da loucura, rompendo radicalmente com o pensamento vigente. Percebemos aí a emergência de significações imaginárias instituintes (Castoriadis, 1982), ou seja, a possibilidade de perceber a experiência da loucura a partir de outro lugar; um lugar que não está dado, um lugar inventado. A influência do pensamento de Basaglia provocou um desvio, possibilitou a produção de outros sentidos dado a esse fenômeno.

Daremos então continuidade ao nosso percurso. No próximo tópico chegaremos ao Brasil e contaremos brevemente a nossa história da psiquiatria.

6.6 Breve História da Psiquiatria no Brasil

A chegada da Família Real ao Brasil foi um marco para a história da psiquiatria neste país. Foi a partir de então que a loucura passou a ser objeto de intervenção específica do Estado, devido à necessidade de ordenar as populações e as cidades que passavam por mudanças sociais e econômicas.

Desta forma, a medicina foi convidada a fazer parte das ações de reordenamento do espaço urbano. Os loucos estavam por toda a parte: nas

ruas, nas casas de correção, asilos para mendigos ou nos porões das Santas Casas de Misericórdia (Amarante, 1994).

Em 1830, a comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro traçou um panorama da situação dos loucos na cidade; foi a primeira vez que os loucos foram vistos como doentes mentais e então, teriam a necessidade de tratamento num espaço próprio para sua reclusão (Amarante, 1994).

Foi assim que, em 1852, inaugurou-se o primeiro hospício brasileiro, o Hospício de Dom Pedro II, na praia vermelha, Rio de Janeiro. Esse lugar estava bem próximo dos antigos internamentos do século XVII na Europa, no que diz respeito ao público atendido: miseráveis, marginais, desempregados, pobres, índios, negros, todos aqueles considerados perigosos à ordem pública (Amarante, 1994).

O Hospício Dom Pedro II sofreu inúmeras críticas no período de seu funcionamento. A comunidade médica reivindicava um projeto assistencial científico, o que estava ausente nessa instituição. Sua direção estava nas mãos da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

Na sua maioria, os chamados alienistas estavam de acordo com as ideias positivistas e exigiam uma intervenção de cunho mais técnico no campo da doença mental. Só assim, eles acreditavam que a medicina mental ganharia respeito, a qual estava em xeque devido a situação em que se encontravam os internos do Dom Pedro II. Para os alienistas, o hospício deveria ser um lugar de tratamento e produção de conhecimento (Amarante, 1994).

Com a Proclamação da República, o destino do hospício Dom Pedro II tomou um novo rumo. A situação dessa instituição não estava de acordo com os ideais libertários republicanos. Além disso, a psiquiatria deveria ampliar seus horizontes, estendendo-se para fora do hospício, chegando ao espaço social, lugar onde de fato acreditava-se que se apresentavam as doenças mentais (Amarante, 1994).

Assim, com a chegada dos republicanos, o hospício foi desvinculado da Santa Casa, ficando subordinado à administração pública. O nome mudou para Hospício Nacional de Alienados. É nessa época, no começo do século XX, que foram criadas as primeiras colônias de alienados: Colônia de São Bento e Colônia Conde de Mesquita, na ilha do Galeão.

Nos anos seguintes, sob o comando de Juliano Moreira na Assistência Médico-Legal aos Alienados, essas colônias se multiplicaram por todo o país. Elas eram construídas em área agrícola, onde os internos poderiam realizar o trabalho terapêutico, prática essa considerada imprescindível, pois "(...) estimulava a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral tendendo a fazer desaparecer 'os vestígios do delírio'" (Amarante, 2007:39). Essas colônias tinham inspiração europeia; nelas os doentes conviveriam fraternalmente.

Além de dar continuidade à criação de novos asilos, foi durante a direção de Juliano Moreira que foi promulgada a lei nº 1132, de 22 de dezembro de 1903; essa lei reorganizava a assistência aos alienados. Juliano dirigiu a Assistência Médico-Legal aos Alienados por 27 anos, quando então foi destituído pelo Governo Provisório de Getúlio Vargas (Amarante, 1994).

Esse psiquiatra baiano deixou marcas profundas para a psiquiatria brasileira. Juliano trouxe para o Brasil a escola psiquiátrica Alemã, esta, por sua vez, era adepta do biologicismo para explicar as causas da doença mental. Para essa escola, não apenas a origem das doenças mentais, como também vários fatores e aspectos étnicos, éticos, políticos e ideológicos de múltiplos eventos sociais sofriam a influência da estrutura biológica do ser-humano (Amarante, 1994).

Imbuídos das ideias da escola Alemã, Gustavo Riedel, fundou, em 1923 a Liga Brasileira de Higiene Mental, afirmando o movimento da higiene mental no Brasil. Doravante, a psiquiatria

(...) não se [limitará] a estabelecer modelos ideais de comportamento individual, mas passa a pretender a recuperação de 'raças', a pretender a constituição de coletividades sadias. Como o movimento da eugenia, o asilo passa a contar com uma nova ideologia que o fortalece: a psiquiatria deve operar a reprodução ideal do conjunto social que se aproxima de uma concepção modelar da natureza humana. Um espaço eugênico, asséptico, de normalidade (Amarante, 1994:78).

Na década de 1930, o desenvolvimento da prática do eletrochoque, como o choque insulínico, o choque cardiazólico e outras técnicas, a eletroconvulsoterapia e as lobotomias marcaram definitivamente o lugar da psiquiatria enquanto produtora da suposta cura das doenças mentais.

Com efeito, a psiquiatria ganhou espaço e a prática de asilamento se intensificou. Na década de 1940, o Hospício Nacional de Alienados foi transferido para o Engenho de Dentro, ampliando-se o número de leitos e novas instalações, como os modernos centro cirúrgicos (Amarante, 1994).

Mais tarde, na década de 1950, com a invenção dos psicotrópicos, a psiquiatria acaba por se utilizar da farmacologia como forma de tratamento para várias “doenças mentais”. Esses medicamentos muitas vezes, eram e são até hoje, receitados devido à pressão da propaganda industrial ou até mesmo por desconhecimento de seus efeitos, ou ainda, como forma de repressão ou para tornar, nos casos dos manicômios, os internos mais dóceis e suscetíveis a internação (Amarante, 1994).

Contudo, não podemos negar que os psicotrópicos, quando bem administrados, possuem efeitos importantes de alívio de sofrimento, alívio de sintomas que impedem várias formas de inserção social importantes para os usuários. Por exemplo, no livro organizado por Vasconcelos et. al. (2005), os autores apresentam várias entrevistas e narrativas de usuários dos serviços de saúde mental, os quais, em diferentes momentos, falam da importância do tratamento medicamentoso para suas vidas. O que parece ser questionado, e isso poderemos acompanhar com mais detalhes no próximo capítulo, é a não escuta do profissional para com as queixas dos pacientes em relação à medicação.

Por muitos anos a assistência aos doentes mentais continuará a ser prestada nos moldes asilares. Embora várias experiências de reforma foram ocorrendo no mundo, após a Segunda Grande Guerra, como Amarante (2007) nos mostrou, foi apenas no final da década de 1970 que as forças para uma Reforma Psiquiátrica Brasileira se intensificaram.

6.7 A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política de Saúde Mental

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início no final da década de 1970, protagonizado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Ao lado de outros movimentos sociais, como o movimento

sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, o MTSM iniciou uma série de denúncias contra a violência permanente nos manicômios, a mercantilização da loucura, o monopólio de uma rede privada de assistência, além de questionar o saber psiquiátrico, sustentado no modelo hospitalocêntrico de assistência às pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005).

O MTSM se posicionava contra a abertura de novos leitos em hospitais psiquiátricos, bem como propunha a redução daqueles que já existiam. Além disso, exigia o controle de internações na rede conveniada de hospitais privados e a ampliação da rede ambulatorial com equipes multiprofissionais (Amarante, 2007).

O movimento da Reforma Psiquiátrica trouxe para arena de discussão não somente o questionamento às práticas assistenciais e ao hospital psiquiátrico, não se restringindo às propostas de substituição de modelos clínicos e reformulação de serviços de saúde. Os conceitos e saberes que legitimavam essas práticas estavam fortemente em questão. Saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas que sustentavam a existência de um lugar de segregação, isolamento e patologização da experiência humana (Amarante, 2007).

É importante situar o momento histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) para compreender os fatos que possibilitaram as conquistas nesse período. Contaminada pela experiência italiana de desinstitucionalização da psiquiatria e sua crítica às instituições manicomiais, a RPB é contemporânea ao movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Embora cada um desses movimentos tenham percorrido seu próprio caminho, ambos lutavam

(...) em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (Brasil, 2005: 7).

Em 1987, durante o II Congresso Nacional dos trabalhadores em Saúde Mental, ocorrido em Bauru – interior do estado de São Paulo – o MTSM adotou o lema “Por uma sociedade sem Manicômios”. Neste período surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo e, dois anos mais tarde, surgiu na cidade de Santos os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Outro importante episódio ocorrido nessa cidade do litoral paulista foi a intervenção da Secretaria Municipal de Saúde a um hospital psiquiátrico - Casa de Saúde Anchieta, lugar de maus-tratos e mortes de pacientes.

Depois de vinte e um anos de ditadura militar, o país passou por um processo redemocratização, tendo como principal produto a Constituição Federal de 1988, chamada constituição cidadã. A partir de então, a saúde passou a ser considerada direito de todos, sendo o Estado o provedor desse direito. O surgimento do SUS é um dos principais resultados de toda luta em prol do estabelecimento de direitos sociais, entre eles a saúde.

Foi ainda em 1989 que o então deputado Paulo Delgado propôs a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva das instituições asilares. Porém, foi apenas no ano de 2001 que essa lei foi sancionada, com algumas diferenças do texto original. Assim, a Lei Federal 10.216 ofereceu novo contorno à assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços assistenciais de base comunitária, bem como os direitos das pessoas com transtorno mental (Brasil, 2005).

A rede de atenção substitutiva, que tem o CAPS como principal dispositivo, cresceu desordenadamente pelo país e, a partir de 2002, passou a receber linha específica de financiamento. Antes desse período, a política de financiamento aos serviços de saúde mental estava destinada, em quase sua totalidade, aos hospitais psiquiátricos (Brasil 2005).

A política de saúde mental propõe a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e, além disso, atua em várias frentes com o objetivo de proporcionar condições adequadas à desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental severo. Desta forma, várias iniciativas foram sendo desenvolvidas para garantir a reinserção dessas pessoas na sociedade. Os CAPS, as Residências Terapêuticas, o programa de Volta para Casa, o programa Inclusão Social pelo Trabalho e os Centros de Convivência e Cultura são exemplos disso (Brasil, 2005).

O CAPS é considerado um dispositivo privilegiado e estratégico para as transformações defendidas pela RPB. Consiste num serviço assistencial de base comunitária, inserido em um determinado território, sendo responsável por um número definido de pessoas. Opera com equipes de saúde interdisciplinar, com diferentes composições, dependendo do tipo de serviço – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. De acordo com a Lei nº 336/GM de 2002, o CAPS é responsável pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental (Brasil, 2005).

As Residências Terapêuticas são

(...) os Serviços Residenciais Terapêuticos, residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não (Brasil, 2005: 14).

Essas residências pretendem ser mais do que um equipamento de saúde, elas devem ser capazes de garantir o direito à moradia das pessoas que passaram longo tempo internadas e auxiliar o processo de reintegração delas à vida social. Assim, cada uma é compreendida de forma singular, respeitando a dinâmica dos moradores (Brasil, 2005).

Em cada Residência Terapêutica devem morar no máximo oito pessoas. De forma geral, é designado um cuidador para apoiar os moradores em suas tarefas e intermediar os conflitos pertinentes as experiência de morar, co-habitar e circular na cidade, com o objetivo de desenvolver a autonomia desses sujeitos. Além disso, cada residência deve estar referenciada a um CAPS (Brasil, 2005).

O Programa de Volta para Casa é também outro importante dispositivo. Regulamentado pela Lei 10.708, sancionada em 2003, o programa consiste no pagamento de um auxílio-reabilitação às pessoas com longa história de internação em hospitais psiquiátricos, no valor de R\$ 240,00 reais, sob algumas condições (Brasil, 2005).

Trata-se de um dos principais instrumentos no processo de reabilitação psicossocial, segundo a literatura mundial no campo da Reforma Psiquiátrica. Seus efeitos no cotidiano das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos são imediatos, na medida em que se realiza uma intervenção significativa no poder de contratualidade

social dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia (Brasil, 2005: 16).

Além das iniciativas mencionadas, o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho se apresenta como mais uma importante iniciativa da Política de Saúde Mental. Ele objetiva a reinserção social das pessoas com transtorno mental pelo trabalho, proporcionando a geração de renda, sustentado pela concepção de economia solidária (Brasil, 2005).

Outra importante iniciativa foi a criação dos Centros de Convivência e Cultura. Esses espaços

(...) são dispositivos públicos que compõe a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Estes Centros, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitam a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005: 36).

Compondo esse conjunto de ações, temos também o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS, que tem por objetivo promover a redução progressiva e pactuada de leitos, a partir dos macro-hospitais (acima de 600 leitos) e hospitais de grande porte (entre 140 e 600 leitos) (Brasil, 2005).

Nos últimos anos, a partir de 2006 a maior parte dos recursos para a saúde mental passou a ser destinada a esses dispositivos substitutivos – CAPS, serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa, oficinas de trabalho e Centros de convivência (Brasil, 2007).

É importante recuperarmos nessa discussão a disputa de forças que se instala no processo de Reforma Psiquiátrica. Concomitante com o movimentos oficiais e de militantes da desinstitucionalização da loucura, vemos crescer demasiadamente o fenômeno da medicalização. “A débil linha que separa sofrimentos normais de patologias (...) é que permitiu a ampliação da prescrição e de uso de psicotrópicos em níveis antes inimagináveis” (Caponi, 2012:199). Isso impõe importantes desafios às políticas de saúde mental, uma vez que percebemos o paradoxo desses dois pontos: de um lado a tentativa de

desinstitucionalização e, de outro, a forte medicalização da loucura, mantendo os sujeitos institucionizados no saber médico, mesmo que desospitalizados.

Ao lado disso, como apontado por Caponi (2012), houve, recentemente, a retomada da psiquiatria biológica (neokrapelliana), juntamente com as transformações dos manuais de classificação, que tendem a *neurologizar* a loucura. A busca pela localização cerebral das doenças mentais pela neuropsiquiatria se põem em disputa com o processo da Reforma Psiquiátrica, dada sua pretensão colonialista das experiências da vida.

É dentro deste contexto, é nesse campo onde forças contraditórias disputam novos e velhos sentidos dados à experiência da loucura, que a Política de Saúde Mental vai costurando sua rede de atenção, propondo a articulação com a Atenção Básica de Saúde, por meio da Estratégia de Saúde da Família, e com os hospitais gerais. Para tanto, o CAPS se torna um importante apoiador dessas equipes de saúde.

A articulação com os hospitais gerais visa a implantação de leitos psiquiátricos em HG. Essa iniciativa surge com a intenção de contribuir para a diminuição da estigmatização da pessoa com transtorno mental grave e para diminuição do isolamento social.

Desta forma, a Lei 10.216 de 2001 e a portaria 2048/GM de 2002 determinam que a atenção “(...) às urgências psiquiátricas é uma responsabilidade dos serviços de urgência e emergência dos Hospitais Gerais. O atendimento à crise em saúde mental passaria a ser realizado nos hospitais gerais, (...)” (Paulon, 2012: 73).

A Lei da Reforma Psiquiátrica – Lei 10.216 – estabelece que o regime de internação deve proporcionar assistência integral, isto é, serviços médicos, psicológicos, de assistência social, ocupacionais, incluindo atividades de lazer. As internações devem conter um plano de alta para cada paciente, sendo proibidas em instituições asilares (Brasil 2004). Assim, os pacientes que precisem de internação psiquiátrica devem ser encaminhados às Unidades Psiquiátricas dos Hospitais Gerais (UIPHG) ou para os Leitos de atenção Integral em saúde dos hospitais gerais (LAIHG).

O cuidado a esses pacientes internados em hospitais gerais deve ser articulado aos CAPS, já que a internação é provisória. É preciso garantir a continuidade do cuidado e o estabelecimento de uma equipe de referência no

território. A articulação dos hospitais gerais com a rede de saúde mental é um grande desafio, pois

Os hospitais gerais, por trabalharem na lógica das especialidades clínicas, apresentam muitas barreiras para realizar a interface com a comunidade e a articulação com a rede de saúde mental e os territórios. O campo de saúde mental também ficou, historicamente, muito distante das discussões da organização do cuidado nos Hospitais Gerais (Brasil, 2011: 40).

Faz pouco mais de trinta anos que o MTSM iniciou o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Até então, o “cuidado” ao paciente com transtorno mental severo era realizado exclusivamente nos manicômios, salvo algumas intercorrências que poderiam acontecer e exigir o encaminhamento ao hospital geral. Mesmo assim, o contato de outros profissionais de saúde com o louco não era frequente, pois os pacientes costumavam permanecer asilados nos manicômios, com raras oportunidades para se tratarem em equipamentos de saúde.

Assim, temos uma longa história de distanciamento dos profissionais de saúde em geral e os portadores de doenças mentais, cujos problemas de saúde ficavam, junto deles, enclausurados nos manicômios. A Reforma Psiquiátrica Brasileira impulsionou mudanças legislativas e assistenciais significativas, mas acreditamos que ainda temos um longo caminho a percorrer no que diz respeito a transformar as práticas de saúde vigentes.

Tratar da atenção aos “loucos” no âmbito do hospital geral pode contribuir para o fortalecimento da discussão acerca da inclusão da loucura no campo de vida comum das pessoas. Ainda temos vários obstáculos a percorrer para, de fato, garantir a assistência integral dessa população, bem como sua inserção na sociedade. Reafirmar a responsabilidade de toda a rede de saúde para com as necessidades de saúde dos pacientes com transtorno mental severo é fundamental para produzirmos mudança na relação dos serviços de saúde com esses sujeitos.

Não se trata de culpabilizar os profissionais e as práticas de cuidado produzidas. Pretende-se abrir a discussão para as dificuldades dessa relação (profissionais de saúde/paciente) apontada pela literatura e fazer uma leitura, a

partir de referenciais teóricos específicos, dos elementos que podem contribuir para tal dificuldade.

Por meio do exposto nesse capítulo, pudemos acompanhar as diversas compreensões em torno do fenômeno da loucura que foram se instituindo na sociedade, ao longo do tempo. A loucura celebrada e liberta do Renascimento, a loucura que amedronta, que se opõe à razão da Era Clássica, a Grande Internação iniciada no século XVII como forma de exclusão e, finalmente, a partir de Pinel, a loucura enquanto doença que precisa ser tratada.

De alguma forma todas essas concepções, todas essas maneiras da sociedade se relacionar com a loucura ressoam até os dias de hoje. O que vemos é claro, é a supremacia de uma concepção sobre as outras, a depender do momento e das condições sócio-históricas. Não existiu em cada época uma única forma de compreender esse fenômeno, pois a realidade não se constrói, unicamente, a partir de homogeneidades. Trata-se de um embate entre forças, concepções que disputam o sentido das experiências vividas. Se no Renascimento, a sociedade conseguiu dividir o mesmo espaço com o louco, foi também nessa época que surgiu os primeiros estabelecimentos de internações.

Podemos ver nos ideais da Reforma Psiquiátrica os resquícios de uma época em que a sociedade se relacionou com a loucura de modo mais livre de preconceitos e medos, quando vemos a luta para a desinstitucionalização do louco. Assim como podemos perceber as reverberações que a concepção da loucura enquanto doença que precisa ser controlada, trouxe para as práticas de saúde na atualidade.

É a partir desse jogo de forças, dessas disputas entre o instituído e o instituinte que a realidade se afirma e se transforma. Como nos disse Castoriadis (1982), a realidade é a união e a tensão da sociedade instituinte e da sociedade instituída, da história feita e da história a se fazer. Assim, apostamos no potencial de criação dos sujeitos e reconhecemos a necessidade de abrirmos caminho para ele, visando outras formas de se produzir cuidado. Essa abertura nos desloca do lugar comum, onde as verdades e as práticas parecem estar cristalizadas, para o lugar da provisoriedade, da incerteza. Lidar com efeitos disso em nós é o desafio de cada um, enquanto sujeito e enquanto profissional de saúde.

7. O terceiro personagem: o paciente

No capítulo quatro dessa pesquisa, apresentamos a concepção de cuidado que norteia nossas discussões. Entendemos que a produção do cuidado assistencial compreende o encontro entre sujeitos – profissional-paciente – portanto, não é unilateral. Trata-se de uma relação singular em que ambos personagens são protagonistas de uma história.

Nesse sentido, propomos trazer aqui o outro interessado e participante desse processo de produção do cuidado: o paciente diagnosticado com transtorno mental grave. Quem é este que tanta inquietação, angústia, medo causa nos profissionais de saúde? O que mais esse paciente é além de louco?

Quando consideramos o fenômeno loucura, parece que estamos a falar de algo possível de ser definido de uma única forma, como se tivesse uma única expressão. Por essa via de pensamento, o sujeito perde sua singularidade e passa a existir através do olhar dos “não-loucos”, como sujeitos inconstantes, perigosos, agressivos, difíceis de lidar.

Com o intuito de provocar um desvio, um deslocamento nessa forma de conceber o louco, buscando trazer a palavra, a voz, de sujeitos assim considerados, selecionamos três obras, cujo autores têm o diagnóstico de transtorno mental grave e, uma quarta obra que trata de uma coletânea de narrativas de diferentes sujeitos, também diagnosticados com algum transtorno mental grave.

A primeira obra foi escrita por Albertina Borges da Rocha e publicada em 2012. A autora descreve seu convívio com a esquizofrenia, relatando suas experiências de vida após a descoberta da doença. Períodos de internação, o tratamento, a relação familiar, a vida após a “última crise” são alguns dos momentos que a autora relata. A primeira parte do livro em que Albertina conta sua história, indo da primeira crise à última internação, ela o faz por meio de anotações feitas no período em que esteve internada no hospital psiquiátrico.

A segunda obra compreende vários textos de Antonin Artaud, sendo Cláudio Willer responsável pela tradução, prefácio e seleção dos textos. Essa coletânea foi publicada pela coleção “Rebeldes & Malditos” em 1983, no entanto, os textos foram originalmente publicados em diferentes datas. São textos variados, mas boa parte deles remete à história de Artaud com o teatro.

A forma de expressão preferida de Artaud eram as cartas, podendo algumas serem encontradas nessa coletânea, como a “Carta aos médicos-chefes dos Manicômios”.

Para essa pesquisa, usamos três textos específicos dessa coletânea, a saber: “Carta aos Médicos-chefes dos Manicômios”, cuja primeira edição data de 1925; “Van Gogh: o suicidado pela sociedade”, de 1947 e, por fim, “Para acabar com o julgamento de Deus” de 1948.

A terceira obra foi escrita por Rodrigo de Souza Leão e publicada pela primeira vez em 2008, sendo uma segunda edição lançada em 2012. Como o editor, Jorge Viveiros de castro, aponta, “este livro tem uma história longa e sofrida”. Trata-se da vida de Rodrigo, diagnosticado com esquizofrenia, em meio aos longos períodos de internação psiquiátrica. A família, os “amigos imaginários”, os outros pacientes do hospital, a equipe de saúde, aparecem nos relatos do autor, os quais não obedecem a uma estruturação convencional; eles expressam a forma singular de Rodrigo organizar e expressar suas experiências.

A última obra, de 2005, foi organizada por Eduardo Mourão Vasconcelos e colaboradores. Nesse livro, temos acesso, na íntegra, às entrevistas feitas pelos organizadores com sujeitos diagnosticados com transtorno mental grave, muitos deles militantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No entanto, o livro também dispõe de textos produzidos pelos próprios usuários de saúde mental¹¹.

Utilizaremos também algumas passagens de dois artigos publicados em 2014. O primeiro, cujos os autores são Erotildes Maria Leal, Catarina Dahl e Octavio Domont Serpa Jr., traz alguns trechos de entrevistas realizadas com sujeitos portadores de esquizofrenia, os quais relataram suas experiências de adoecimento, e o segundo artigo, de Octávia Cristina Barros e Octavio Domont de Serpa Júnior, buscou analisar as postagens de um site chamado “Intervice”, cujos membros são pessoas diagnosticadas com transtorno mental

¹¹ Devido ao fato do livro compreender tanto os relatos das entrevistas realizadas pelos organizadores, como textos dos próprios usuários de saúde mental, definimos, para fins de citação, a seguinte regra: a) quando se tratar do conteúdo das entrevistas, colocaremos o nome do entrevistado, assim como aparece no livro, seguido de Vasconcelos et al., ano e página, em caso de citação direta; b) quando o autor do texto for o próprio usuário de saúde mental, seguiremos a regra da ABNT para citações de capítulos de livro.

que apresentam alucinação auditiva verbal. Trata-se de um grupo virtual de ajuda mútua, onde os sujeitos trocam experiências a respeito desse sintoma.

Além desses textos, destacaremos algumas falas do documentário “Estamira”, lançado em 2005, sob direção de Marcos Prado¹². Este vídeo conta a história de Estamira, mulher de 63 anos que sofre de distúrbios mentais e trabalha há mais de vinte anos no aterro sanitário do Jardim Gramacho, na cidade do Rio de Janeiro.

Com exceção dos três textos de Antonin Artaud e dos dois artigos, encontraremos nessas obras a história de vida de cada um, suas pausas e continuidades guiadas pela presença da doença mental. Com focos diferentes, alguns elementos se repetem nessas obras: descoberta da doença, a primeira crise, relação consigo, com familiares e a sociedade, bem como o cuidado recebido nos serviços de saúde pelos quais passaram.

Embora estas narrativas sejam profundamente marcadas pelas experiências de internação nos serviços de saúde psiquiátricos, muitas das reflexões feitas por esses sujeitos ajudam-nos a pensar o cuidado produzido no hospital geral.

7.1 A voz do louco

A partir das obras selecionadas tivemos contatos com histórias de vida muito diferentes. Famílias bem-estruturadas, mal-estruturadas, pobres, ricos, negros, brancos, famílias grandes e pequenas, do interior ou das grandes cidades. Em nada pareciam obedecer um padrão, como muitas vezes se imagina.

Os autores eram casados, separados, tinham namorado (a), com filho, sem filho, uns trabalhavam outros não, alguns bem sucedidos na carreira profissional, outros ainda a trilhar um caminho. Em comum, tinham o fato de terem conquistado uma certa visibilidade, seja pelo engajamento no movimento da reforma psiquiátrica, seja pela expressão profissional, como no caso de Antonin Artaud, cuja obra literária ganhou importante expressão, principalmente após sua morte.

¹² Quando nos referirmos ao documentário, este será citado da seguinte forma: Prado (2005) e quando se tratar das falas da protagonista, usaremos seu nome: Estamira.

Weingartem (2005), um dos organizadores de “Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental”, levantou a seguinte questão: Quem são na verdade os chamados doentes mentais? Em seguida respondeu:

As pessoas que sofrem de transtorno mentais graves formam um grupo bastante diversificado, tão variado quanto os vários grupos sociais da sociedade em que vivem. A chamada doença mental atinge as pessoas sem limites de idade, religião, grupo étnico, ou classe social. E na verdade, ela também não é tão rara como se pensa, (...) (Weingartem, 2005: 9).

Além de todas as diferenças possíveis que encontramos, observamos que cada sujeito significa de modo próprio sua experiência com a loucura, convivendo com ela de formas diversas. A doença mental surgiu em épocas totalmente diferentes na vida de cada um: quando criança, adolescente ou adulto.

No entanto, há um intenso sofrimento em todas as narrativas, tanto no que diz respeito ao próprio lidar com a loucura, como em relação às implicações em sua vida familiar e social. Definimos alguns tópicos que estiveram presentes nessas histórias de vida e que auxiliarão nossa discussão. A escolha desses tópicos não se deu necessariamente pela repetição, mas por serem capazes de provocar nossa reflexão.

A primeira crise: onde tudo começou

A primeira crise, o primeiro surto, foi um divisor de águas na vida desses sujeitos. Esse acontecimento marcou definitivamente suas vidas, introduzindo-os no mundo dos chamados doentes mentais. Pereira (2013) em sua pesquisa com adolescentes frequentadores de um CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), observou as diversas representações da crise para esses sujeitos e seus familiares. Segundo a autora, a primeira crise foi muitas vezes associada ao sentimento de surpresa, susto, algo que não pôde ser previsto ou controlado.

Aos 34 anos, tive uma crise psicótica aguda, de uma maneira violenta, mas também muito rápida, que surpreendeu a todos que me conheciam. Fui parar no Pinel (hospital psiquiátrico), amarrada em camisa de força (Rocha, 2012: 36).

Fui levado a um outro hospital e recebi diagnóstico de esquizofrenia e fui encaminhado para internação em um hospital psiquiátrico (Freire, 2005:63).

Foi a partir da primeira crise e das crises subsequentes que os autores foram diagnosticados com algum transtorno mental e, assim, passaram a conviver com o peso de um “CID” (Classificação Internacional de Doenças). Esse acontecimento reverberou de diversas maneiras na vida de cada um, no entanto, muitos deles contam que foram internados em hospitais psiquiátricos, passaram a fazer uso de medicamentos controlados, tiveram seus relacionamentos familiares e sociais abalados.

Rocha (2012) afirma que começou a sentir o peso do diagnóstico de esquizofrenia e o sofrimento das pessoas que conviviam com ela. Leão (2010) diz que seus pais se intercalavam nos dias de visita e ele acreditava que eles sentiam remorso por terem-no internado.

Cristal (2005) não conseguia falar das crises com sua família; seus pais foram saber do seu problema anos depois e nunca conseguiram conversar sobre as mais de cinquenta internações a que fora submetida. Angélica (entrevistada por Vaconcelos et al., 2005) perdeu muitas amizades que se afastaram dela após o surgimento da doença.

Percebemos que as primeiras crises representaram um “rito de passagem” para os autores, os quais tiveram suas vidas modificadas completamente. Não pretendemos adentrar nessa temática da crise psíquica, pois isso exige um aprofundamento maior da questão, o que foge do escopo dessa pesquisa. Propusemos apenas marcar o ponto inicial na história desses sujeitos como portadores de transtorno mental - um momento cujas lembranças remetem ao sofrimento.

Eles não acreditam em mim

A incredibilidade por parte da família, dos profissionais de saúde, da sociedade para com o paciente com transtorno mental foi frequente nas biografias apresentadas. É com grande pesar e impotência que os autores narram suas dificuldades em serem ouvidos, respeitados, considerados, tanto em relação ao tratamento, como em outros aspectos de sua vida.

“Ninguém acredita numa pessoa com distúrbio delirante e delírios persecutórios. Aquela pessoa pode estar sendo perseguida realmente e ninguém acredita na história dele” afirma Leão (2010: 34). Essa não-escuta aparece de todas as formas, seja de modo explícito, como nos conta Goulart (entrevistado por Vasconcelos et al., 2005) quando em um congresso, um médico desqualificou sua fala dizendo para não acreditarem nele, pois era “maluquinho” ou, de modo implícito, quando a mãe de Leão (2010), por exemplo, ao ser questionada pelo filho sobre quando sairia do hospício, diz que ele logo receberia alta. Segundo Leão (2010) foi fácil perceber que nem mesmo ela acreditava no que dissera.

Andrade Prado (2005) só conseguiu convencer sua família de que falava a verdade sobre um episódio que passara, em que foi agredida por um homem, com a confirmação de terceiros, anos mais tarde. Cristal (2005) ficava receosa de dividir o que sentia com a família porque acreditava que os outros poderiam achar que ela estava delirando, então não pedia ajuda, não conseguia dizer o que sentia.

A leitura desses textos nos remete às brincadeiras de criança. É comum, nas brincadeiras em grupo, ter um membro chamado “café-com-leite”. Este membro é aquele que participa da brincadeira, mas não de verdade. Por exemplo, no “pique-e-esconde”, em que uma das crianças, com os olhos fechados, conta até dez, enquanto os outros se escondem, o “café-com-leite”, uma vez pego no seu esconderijo, não será o próximo a contar até dez, porque ele não participa à vera; ele está lá, mas não está. Então, nos perguntamos: como é estar no lugar do “café-com-leite a vida toda”? No lugar daquele cuja opinião não conta, nem mesmo no que tange sua própria vida? Onde ele finge que participa e as pessoas fingem aceitá-lo? Ou ainda, quando a exclusão se faz explícita, como é viver com essa não-aceitação?

Em relação à participação na condução do tratamento, torna-se mais improvável ao “louco” ser ouvido. Freire (2005) diz que tentou negociar com seu médico várias vezes, durante a internação, mas ele não lhe dava atenção. “Senti-me condenado para o resto da vida a ser prisioneiro daquele lugar, pois quando tentava falar as pessoas não me ouviam. Era como se eu fosse um objeto e não gente” (Freire, 2005: 63).

Volverine (entrevistado por Vasconcelos et al. 2005) reforça essa experiência da incredibilidade por parte dos profissionais de saúde. Ele diz que a pior coisa que existe num manicômio é a indiferença para com as pessoas, além de não acreditarem nelas. “Nós não temos voz dentro de manicômios (...) não temos voz ativa” (Volverine, entrevistado por Vasconcelos et. al., 2005:48).

Essas falas parecem cruciais para pensarmos o cuidado assistencial a partir da concepção sustentada nessa pesquisa. Se, para nós, a produção do cuidado integral não pode prescindir de uma relação entre sujeitos, de uma relação que não é de dominação, mas de “con-vivência”, o que pensar, então, das práticas de saúde como essas que foram relatadas acima? Isto é, práticas de saúde produzidas a partir de um sujeito-objeto?

O primeiro ponto é considerar que se trata de uma produção de procedimentos, que podem ou não representar cuidado e, assim, contribuir para o estado de saúde do paciente. Seria aquilo que Campos (1996) chamou de clínica oficial, isto é, uma mera repetição de ações clínicas padronizadas, com base em protocolos. O segundo ponto é a possibilidade de certas ações de saúde estarem mais próximas de produzir violência do que cuidado, como aconteceu, e ainda acontece, nos hospitais psiquiátricos e serviços de saúde mental.

Os hospitais gerais não estão longe dessa realidade, são vários os exemplos de agressão praticada por profissionais de saúde: procedimentos invasivos desnecessários, manipulação dos corpos inadequada, penalidade às mulheres que tentam o aborto, desmantelo com a higiene dos pacientes, etc.

Vimos que os processos inconscientes refletem na produção do cuidado assistencial. O bom cuidado ou o mal cuidado não pode ser visto apenas sob a ótica da consciência; há sempre uma carga subjetiva atravessando todas as relações, o que, por sinal, é condição essencial para a produção do cuidado como o compreendemos. Contudo, uma relação instrumental entre profissional

de saúde e paciente dificulta demasiadamente o protagonismo deste último, o que propicia a produção da violência.

É importante também ressaltarmos a dificuldade real de comunicação entre o profissional de saúde e o paciente ou entre esse e seus familiares e amigos. Muitas vezes há mesmo uma forma diferente de linguagem, forma essa de difícil compreensão e que impõem limites à interação com o outro. A questão é que muitas vezes essas outras maneiras de comunicação não são vistas como diferença, mas sim como erro, falha.

Podemos perceber essa diferença nas palavras de Leão (2010), o qual cria uma outra língua que, segundo ele, gera menosprezo e incompreensão no pai, no lugar de um desejo de entendimento.

Acordei de súbito, ouvindo o eco da palavra Todog. Anotei o código e coleí da cortiça. O sonho se repetia, mas sempre com uma palavra nova. Sentia-me especial por estar recebendo aquelas mensagens. Achava-me vidente universal. Alguém que ia ter respostas para o cosmo. Botei um recado no jornal, procurando outras pessoas que tivessem o mesmo poder e a mesma área de atuação. Apareceram dez pessoas. Resolvemos fazer reuniões chamadas Todog. Ficamos encarregados de criar uma nova língua, pela qual os seres se comunicariam entre si.

(...)

Para o meu pai aquilo era loucura pura.

Quer que eu te chame de Todog. Dog em inglês é cachorro.

Não é dog. É todog.

Veja que coisa ridícula. Olha como você se veste com uma bata. Não usa mais calça.

São batas Todog.

E as flores?

Flores Todog.

Tudo é Todog?

Sim, eu estou em tudo. Anhmambé arlicouse proto bumba Todog.

Não me fale essas coisas que eu não entendo.

To cantilya chamtipa cur.(...)

(Leão, 2010: 69-70).

Outro exemplo é descrito por Freire (2005) quando retorna do período de internação para sua casa e percebe que sua relação com os amigos já não era mais a mesma. Não se trata da criação de um linguagem própria, como vimos no exemplo acima, mas dos desencontros, das mudanças ocorridas na forma de se relacionar com os outros.

Quando saí dessa internação fiquei completamente apático, mortificado, não sabia mais sorrir nem falar direito. (...) Fui retomando minha vida. Quando tentei me comunicar com meus amigos, eles me receberam com muita festa, mas aos poucos iam sentindo pena porque eu havia perdido os reflexos, parte da memória, a alegria e a espontaneidade. Quando fui jogar futebol, no mesmo time da rua, a princípio a vaga estava garantida, mas bastava dez minutos para o técnico me mandar para o chuveiro. (...) Não tinha mais noção de coisa alguma. No colégio não conseguia mais aprender, fazia um esforço muito grande. Descobri que aquelas partes de mim que antes respondiam aos estímulos externos estavam mortas (Freire, 2005:65-66).

Esses trechos nos fazem lembrar que um encontro entre sujeitos exige sempre a habilidade de lidar com o inesperado, com as diferenças, que nem sempre compõem umas com as outras. Assim, uma certa parcela de inventividade, implicação e disponibilidade para com o outro que ali se encontra é indispensável para uma construção coletiva do cuidado, na perspectiva considerada aqui.

O que eu penso do cuidado que recebo

Vamos seguir nessa linha do cuidado produzido pelo profissionais de saúde e “ouvir” o que os pacientes com transtorno mental pensam a esse respeito. Suas críticas e reivindicações muito contribuem para a reflexão a respeito do cuidado assistencial de modo geral, para além da área da saúde mental.

Rocha (2012), logo no início de sua biografia nos conta sua história por meio das anotações realizadas no período em que esteve internada em um hospital psiquiátrico. Essa narrativa nos comove, pois ainda há ecos dessas histórias no cotidiano dos serviços. Uma história

(...) oprimida pelo silêncio daqueles a quem são negados direitos básicos sob os rótulos preconceituosos de incapacidade, demência e anormalidade. Termos fabricados por seres despreparados para cuidar, tratar e compreender o outro (Rocha, 2012: 13).

É assim que Rocha (2012) define seus cuidadores: seres despreparados para cuidar, tratar e compreender o outro. Mais adiante a autora continua: “Mudam-se tratamentos, novas técnicas aparecem e desaparecem, mas todas

elas - ou a maioria – impossibilitam ao doente desenvolver capacidade produtiva no seu ser diferente” (Rocha, 2012:19).

Desacorrentar os doentes mentais e aprisioná-lo ao saber médico parece não ser o destino escolhido pelos sujeitos/autores das biografias aqui citadas. O domínio absoluto do poder médico subjugava o paciente à condição de não-sujeito. Troca-se as correntes de ferro, pelas correntes da farmacologia.

Artaud (1925, 1983: 30) em uma carta endereçada aos médicos-chefes dos manicômios faz um alerta contra a prática do encarceramento como forma de observação da loucura: “(...) nos rebelamos contra o direito concedido aos homens de sacramentar com o encarceramento perpétuo suas investigações no domínio do espírito”.

Em meio ao seu discurso delirante, Leão (2010) expressa com clareza seu sentimento de estar em um hospital psiquiátrico. Ele diz que foi obrigado a estar nesse lugar e que não deseja ficar; diz que outras pessoas, assim como ele estariam melhor “lá fora” e conclui: “Digamos que eu estou passando uma temporada no inferno” (Leão, 2010:57).

Rocha (2012: 61) complementa: “Só conhece tristeza quem esteve num hospital”. Dizia ela: como podem os médicos dizerem que os loucos não são perigosos e, ainda assim, mantê-los trancafiados? Esse *apartheid* ao qual a loucura foi submetida contribuiu para o sentimento de periculosidade relacionado ao louco. Vimos na revisão bibliográfica desta pesquisa o quanto esse sentimento se repete entre os profissionais de saúde até hoje.

O uso de medicamentos psicotrópicos parece ser uma questão delicada entre pacientes e profissionais. No documentário, Estamira, referindo-se à sua consulta com uma médica psiquiatra, diz, em tom denunciativo: “Ela é copiadora...ela está dopando...Eles [os médicos] estão copiando...o tal do Diazepan então...Eles estão dopando quem quer que seja com um só remédio...Eles só copiam, uma conversinha pra cá e tó [referindo-se a entrega da receita]”. Podemos perceber que Estamira faz uma crítica à homogeneização e à repetição da conduta médica frente a seus pacientes. “Eles só copiam”, essa frase expressa o descontentamento da paciente de não ser cuidada de modo singular.

Barros e Serpa Jr. (2014) encontraram várias postagens dos membros do grupo virtual de “ouvidores de vozes” tecendo críticas ao uso indiscriminado dos medicamentos. Uma das postagens dizia:

Muitas pessoas que ficam marcadas com doença psiquiátrica não têm a oportunidade de recuperação, são encorajadas a permanecerem doentes por um sistema que, muitas vezes, impede o crescimento psicológico por uso de drogas psicotrópicas excessivas. Este excesso de uso de medicação também mata pessoas. As drogas causam uma longa lista de problemas, como: diabetes, obesidade, doenças cardíacas, etc (Ouvidor 1 apud Barros & Serpa Jr., 2014:564).

O comportamento dos enfermeiros também é citado em algumas narrativas. Rocha (2012) entendeu que para as enfermeiras, a coisa mais importante era o remédio. Diz que foi severamente punida por jogar o remédio fora, pois sentia que eles a atrapalhavam em suas atividades de terapia ocupacional. Nunca sentia falta dos remédios que deixava de tomar. Queria diminuir a dose, deixar de tomar alguns remédios, mas a escuta era improvável. A autora nos conta que era considerada um mal elemento dentro daquele lugar, pois, de certa forma, rompia com a rotina do hospital (Rocha, 2012).

Certa vez, ela diz que num dia de marasmo total, convidou algumas colegas para brincar de roda e, pouco a pouco, a roda foi crescendo. Então, a enfermeira ligou a televisão para acabar com aquilo que ela considerava ser uma bagunça. Rocha (2012) sentia como se fosse uma terapia aquela atividade, mas para a enfermeira era bagunça e “(...) assim, lá foram [elas], comportadas criaturas, ver televisão” (Rocha, 2012: 65).

As enfermarias de qualquer hospital, inclusive do hospital geral, são submetidas à muitas regras, tem hora para tudo: hora da troca de plantão, hora do banho, hora do almoço, da sobremesa, hora da visita, do jantar, hora pra dormir, hora dos procedimentos. Assim, toda e qualquer ação que impeça o correr natural do viver é vista como problema.

Nesse sentido, o louco, por ser a representação máxima de um “paciente rebelde”, já que a loucura está colada à concepção de desordem, imprevisibilidade, rompante, torna-se uma *persona non grata*. No entanto, Rocha (2012:103) em sua convivência com a esquizofrenia, afirma: “(...) não se usa a personalidade esquizoide 24 horas por dia. A parte saudável vai sempre

existir e poderá ser reintegrada”. É possível estabelecer contato, troca, afetos, isto é, construir uma relação entre sujeitos.

Encontramos nessas obras, críticas ao próprio saber psiquiátrico. Artaud (1947, 1983:133) acreditava que “(...) a psiquiatria nada mais é que um antro de gorilas obcecados e perseguidos que só dispõem de uma ridícula terminologia para aplacar os mais espantosos estados de angústia e asfixia humana”. Para o autor, a experiência da loucura não é doença mental, mas estados de intenso sofrimento que a psiquiatria interrompe seu percurso abruptamente.

Rocha (2012:43) nos auxilia nessa compreensão da loucura fazendo uma analogia com uma bola que, “(...) ao bater no chão, teria que continuar quicando até parar sozinha, ao perder sua força natural”. Nada deveria interromper esse movimento para que fosse possível conhecer seu percurso até o fim. Para a autora, a psiquiatria paralisa essa trajetória da loucura em algum ponto do caminho. “Na visão da psiquiatria clássica, não há outra saída senão interromper o quicar da bola, por ser ainda desconhecido o caminho que ela pode tomar” (Rocha, 2012:43).

Amarante (2007) traz elementos que corroboram essa visão trazida por Artaud (1983) e Rocha (2012), afirmando que no âmbito da Antipsiquiatria não existiria a doença mental enquanto objeto natural e sim uma experiência do sujeito em relação ao seu meio social. Desta forma, uma ação terapêutica seria aquela que permitisse a pessoa vivenciar essa experiência, auxiliando-a nesse processo.

Contudo, como um contraponto às experiências negativas relatadas nas biografias dos autores, ainda podemos encontrar avaliações positivas e reconhecimento de bons trabalhos de profissionais de saúde. Estas experiências positivas nos oferecem algumas pistas para pensar o cuidado assistencial.

No artigo de Barros e Serpa Jr. (2014), por exemplo, os autores observaram que, mesmo com menor expressão, foi possível encontrar algumas postagens no site “Intervoice” que evidenciavam a contribuição da medicação para minimizar o sofrimento psíquico de ouvir vozes e assim, facilitar esse relacionamento com as vozes.

Rocha (2012) relata os efeitos positivos que sentia com as oficinas de terapia ocupacional (T.O) quando pintava. Foi a única oficina de que quis continuar fazendo parte, mesmo após a internação. Ao lado disso, a autora nos fala sobre uma enfermeira que a ajudou muito. Certo dia “eu pedi para tomar menos remédio pois queria pintar na T.O. Esta enfermeira é um amor...me tirou um branco e uma cor de abóbora grande. Agora, acho que já vai melhorar para o meu lado” (Rocha:2012:75-6).

Ogino (2005) em sua trajetória de tratamento da doença mental, diferencia duas experiências que teve com psiquiatras. Ela diz:

Diferente do outro psiquiatra, parecia ter algum tipo de contato entre ela e eu. O outro psiquiatra era somente médico-paciente, nada mais. Com ela éramos duas pessoas sem diferenças essenciais, apenas que uma tinha uma dificuldade e a outra tinha uma técnica que talvez ajudasse naquela dificuldade (Ogino, 2005:123).

Percebemos nas falas acima o quanto a experiência de serem ouvidas foi sentida de maneira agradável por Rocha e Ogino. A enfermeira que atendeu a um pedido de Rocha ou a psiquiatra que fez Ogino sentir que havia uma interação entre elas apontam para inusitado da relação. Nem sempre esse encontro entre o profissional de saúde e o paciente é mediado pelo prescritivo, pelo contrário, pode se opor às vezes a prescrição, como os remédios que deixaram de ser administrados naquele momento.

Mais adiante, Ogino (2005) afirma que doente não é paciente, no sentido de receber passivamente um tratamento, ele também é agente desse processo. Quando o profissional não escuta o paciente, para a autora, não há uma relação terapêutica.

Nesse sentido, Rocha (2012) acrescenta ao falar sobre o trabalho de um psicoterapeuta. Trata-se de:

(...) uma prática de permanente compreensão do outro. Compreensão facultada por atribuições essenciais e qualidades pessoais como “calor humano e autenticidade, capacidade de ouvir e mostrar empatia e disposição para participar das experiências internas de outra pessoa (Rocha, 2012:14).

Características essas que podem ser estendidas a todos seres humanos, em relação a seus semelhantes, incluindo as relações entre profissionais de saúde e pacientes. Como afirmamos em outros capítulos, a

dimensão relacional é comum a todo e qualquer trabalho em saúde. Além disso, fica explícito, nos relatos acima, a necessidade de escuta e de interação.

Dejours (2004), fala de uma escuta arriscada quando se refere a atividade de pesquisa:

A escuta com risco representa, no que concerne aos pesquisadores, o risco que correm não apenas ouvindo, mas compreendendo o que realmente dizem os trabalhadores. Assumir este risco é aceitar por à prova, a cada nova escuta, a teoria e a experiência acumulada, o risco de colocar tudo em questão (Dejours, 2004: 238).

Podemos desdobrar o risco ao qual o pesquisador está submetido, quando se propõe a exercer a escuta dos sujeitos de pesquisa, aos profissionais de saúde que se colocam em situação similar, isto é, escutar o paciente. Aproximando-nos da compreensão de Dejours (2004) podemos dizer que escutar pressupõe correr riscos - o risco de compreender. Quando nos abrimos à experiência da escuta, devemos estar abertos à desestabilização, a abandonar, em certa medida, os referenciais que sustentam nossas práticas.

Duas passagens encontradas nas obras selecionadas, uma no livro de Rocha (2012) e outra no livro organizado por Vasconcelos et al. (2005), levam-nos a outro importante aspecto para produção do cuidado: o protagonismo desses sujeitos em sua relação com a doença mental. Uma passagem do documentário Estamira (Prado, 2005) também traz subsídios para pensarmos essa questão.

Dizia Rocha (2012): “Eu persistia na escolha de que a esquizofrenia teria que ser entendida mais por mim mesma do que por outras pessoas” (Rocha, 2012:44). Já Estamira, referindo-se a um episódio que ocorreu na sua vida, afirma: “Quando eu fui operada [ela mostra suas cicatrizes], eles me deram um remédio, eu fui lá na faculdade de Botafogo, na faculdade do exército e devolvi [o remédio] na farmácia, porque eu não estava precisando desse remédio. Quem sabe sou eu”.

Volverine (entrevistado por Vasconcelos et al.; 2005:48) parece concordar com essa última frase de Estamira: “(...) o usuário é a pessoa que mais conhece si mesmo, mais do que o profissional. Seja técnico, médico, gestor, professor de psiquiatria, professor de psicologia, professor de serviço social, não interessa”.

A participação ativa do paciente no processo de tratamento é condição fundamental para a produção do cuidado assistencial norteada pelos parâmetros defendidos nesta pesquisa. Nessa concepção, a relação profissional-paciente não é de dominação; ela pressupõe troca, implicação, escuta, “co-operação”, co-responsabilização por todo processo.

Concordamos com Artaud (1925, 1983:31) quando ele disse, dirigindo-se aos médicos psiquiatras: “(...) reconheçam, os senhores só têm a superioridade da força” em relação a seus pacientes e nada mais. Para nós, um *bom* encontro entre profissional e paciente permite a emergência de sujeitos de igual potência de transformação.

O rótulo de doente mental

O peso de um diagnóstico de transtorno mental afetou substancialmente a vida desses sujeitos que relataram sua trajetória de vida. A incredibilidade para com o doente mental foi apenas uma das formas de preconceito citada por eles. A literatura encontrada reforça as experiências dos autores; vimos que os profissionais de saúde tendem a apresentar sentimentos como: medo de agressão e insegurança (Paes, Maftum, Mantovavi, 2010); tensão, desconforto e dificuldade no manejo dos pacientes diagnosticados com transtorno mental grave (Zolnierek & Clingerman, 2012).

Rocha (2012) diz que com o tempo começou a sentir na própria pele o peso do rótulo de doente mental. Ela chamou a atenção, em seu livro, para a importância de ser tratada como qualquer outra pessoa. Assim, ao se referir à algumas pessoas que a ajudaram no processo das crises psicóticas, ela se recorda de uma empregada que a “aceitava por inteiro, sem nunca [lhe] tratar como doente mental” (Rocha, 2012:42). Descolamento esse tão difícil de se alcançar, como aponta a própria autora.

Quando Rocha (2012) entrou para um grupo de terapia, ela diz que o grupo quase se desfez com sua entrada. Não aceitavam uma psicótica entre eles. Edvaldo Nabuco (entrevistado por Vasconcelos et al., 2005) falou sobre as dificuldades das internações devido ao grande estigma construído a partir da internação numa instituição psiquiátrica. Ele cita o papel da mídia como reforçador do preconceito contra a pessoa com transtorno mental.

É, realmente a mídia faz isso, eu concordo plenamente contigo. Ela faz isso porque ela tem que vender; agora, se ela for mostrar o usuário em uma novela das oito, que o cara leva uma vida normal, se relaciona com as pessoas, ela não vai vender nada, aquilo ali não vai chocar, porque eu acho que ela reflete esse tempo de duzentos anos de história da loucura, em que esse estigma foi criado (Edvaldo Nabuco, entrevistado por Vasconcelos et al., 2005:111).

Paulo Roberto, outro entrevistado por Vasconcelos et al. (2005) diz que:

O estigma mata a pessoa. Este estigma é aquele rótulo que os médicos nos dão 'você é psicótico', 'você é esquizofrênico', o outro é isso, o outro é aquilo, então levamos isso pelo resto da vida (Paulo Roberto, entrevistado por Vasconcelos et al. 2005: 216).

Façamos um parêntese aqui para falarmos da dificuldade e, ao mesmo tempo, necessidade de reproduzirmos as falas diretas dos sujeitos que contam suas histórias. Poderíamos ter aberto esse adendo anteriormente, entretanto, foi o próprio caminhar da escrita que tornou essa necessidade evidente para nós.

A maneira como cada autor/entrevistado expressa o preconceito sentido é bastante marcante. Suas palavras estão impregnadas de sentimentos, de sofrimento. Por isso, optamos por reproduzir, muitas vezes, a fala direta; recusando, em certa medida, a preferência acadêmica pela escrita indireta. É como se as nossas palavras não pudessem provocar o impacto que essas narrativas produziram em nós.

O peso do rótulo de doente mental atravessa todas as relações desses sujeitos. No campo familiar percebemos a reprodução do imaginário social sobre a loucura - o imaginário instituído -, e conseqüentemente, a reprodução de condutas também. Rocha (2012) diz que uma das coisas que mais gostava era quando tinha algum serviço para fazer. “Pena que as famílias dos doentes reclamam tanto. Acham que o doente tem que ficar ali só tomando remédio, comendo e dormindo” (Rocha, 2012:71).

Corroborando essa crítica, Volverine afirma que muitos familiares não deixam seu doente mental sair na rua por acreditarem “(...) que o maluco tem

que ficar preso, tem que ser excluído, e não é por aí” (Volverine, entrevistado por Vasconcelos et al., 2005: 53).

O sentimento de piedade também despotencializa o sujeito. Fernando César Faria Goulart critica esse tipo de sentimento para com o doente mental. “Esse tal de coitadinho é triste! Você acaba refém da família, acaba não tendo autonomia por que a família se torna protetora demais” (César Faria Goulart, entrevistado por Vasconcelos et al., 2005:193).

Rocha (2012) fala dos pontos negativos e positivos em relação às atitudes tomadas por parte da família de seu marido. Seu cunhado controlava as visitas da família, como forma de poupá-la de qualquer aborrecimento. Segundo a autora, se por um lado essas ações a protegiam de inúmeras situações desagradáveis, ao mesmo tempo “evitaram que [sua] família tivesse noção do que se passava com [ela] durante a doença. Evidentemente, nesse assunto, o que não se compreende provoca medo” (Rocha, 2012: 80). Essa foi sua descoberta ao longo da vida: “(...) a família, por desconhecer o processo, não sabia como lidar [com ela]” (Rocha, 2012: 80).

Ao aproximar esse relato do cotidiano dos hospitais gerais, de maneira análoga, podemos pensar que o mesmo acontece com os profissionais de saúde, quando comparados à família de Rocha (2012). O que não se conhece causa medo e, faz parte do ser humano a dificuldade de lidar com o incerto.

Os profissionais de saúde, sejam médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, etc, têm pouca proximidade com o tema da saúde mental, passando rapidamente por algumas disciplinas durante a graduação. Nesse sentido, considerando esse distanciamento, a literatura aponta para necessidade de um contato mais próximo entre os profissionais de saúde e os pacientes diagnosticados com algum transtorno mental (Zolnierek & Clingerman, 2012; Chikaodiri, 2009; Zolnierek, 2009; Lethoba et al., 2006; Reed & Fitzgerald, 2005; Rüsç, Angermeyer & Corrigan, 2005; Mcdonald et al., 2003).

Com todo peso que o estigma de doente mental trouxe para suas vidas, os sujeitos, cujos depoimentos apresentamos acima, contaram com o anonimato para seguir em frente, para enfrentar o preconceito. Rocha (2012) quando se mudou para o novo apartamento falou da experiência de não ser conhecida a partir do diagnóstico de esquizofrenia.

Nesse bairro, os vizinhos não sabem nada do meu passado. Preservo a minha identidade há longo tempo. Aprendi a conviver, com meu rótulo de doente mental em recuperação, no maior segredo. É uma doença estranha, como se fosse transmissível e incurável. Foi aqui que pude observar a diferença de tratamento. Agora sou tratada como pessoa normal. Tive que aprender a conhecer as pessoas e a respeitá-las. Aprendi, também, a fazer novos amigos e a conviver com a dor de perder outros (Rocha, 2012:93).

Edvaldo Nabuco, relatou um episódio em que ele e um amigo foram conhecer duas meninas por quem se interessaram. Durante a conversa, uma das meninas perguntou onde eles trabalhavam e eles responderam que era no hospital psiquiátrico, entretanto não contaram que também eram pacientes daquele local. A primeira reação das meninas foi de espanto ao saber que eles trabalhavam com “malucos”, porém não souberam que estavam a conversar com dois deles (Edvaldo Nabuco, entrevistado por Vasconcelos et al., 2005).

Talvez esteja aí um ponto importante para os profissionais da saúde: saber que o louco não está “fora da realidade” sempre, de que suas crises não surgem “do nada”, talvez possibilite a identificação com este outro que, a princípio, pode parecer não diferente. Como nos fala Rocha (2012), não se usa a personalidade esquizoide o tempo todo, há sempre uma parte preservada.

Sá (2009), referindo-se a produção do cuidado nos serviços de saúde afirma que “(...) a identificação se coloca como processo central tanto para a possibilidade de percepção do sofrimento alheio, como para a mobilização contra o mesmo” (Sá, 2009: 659).

A experiência da loucura, entendida como um fenômeno que transgride as leis da sociedade, como algo estranho, que afasta o “sujeito de si e do mundo”, enfraquece extremamente o desenvolvimento de processos de identificação positivos por parte dos trabalhadores da saúde para com os pacientes.

No entanto, apesar de toda carga que um diagnóstico de transtorno mental pode trazer para a vida de uma pessoa e, para a produção do cuidado no âmbito dos serviços de saúde, ele também pode significar o fim de uma angústia, o fim da angústia do inominável, daquilo que não faz sentido ou então, que é sentido como falha, fracasso. Smart do Rio fala do conforto que sentiu quando pôde dar um nome às suas crises.

Uma coisa, entretanto, tornava essa crise diferente das outras. Pela primeira vez, uma profissional havia mencionado uma expressão mágica – Depressão Maior Crônica! Uma doença e não uma falha, uma culpa, uma incapacidade de administrar minha vida! Que alívio tirar dos ombros a culpa de não saber livrar-me daquele eterno ciclo de crises cada vez mais frequentes e profundas. Que reconfortante saber que todos aqueles remédios que já havia tomado não eram muletas para ajudar-me a fazer o que eu deveria saber fazer sozinho. Eram para tratar de uma doença da qual eu já havia sofrido por muitos anos, acreditando que simplesmente não sabia fazer a coisa certa. Finalmente eu tinha razão lógica para crer que podia curar-me da doença, através de ações concretas, bem definidas. Medicação, psicoterapia, muita fé em Deus (Smart do Rio, entrevistado por Vasconcelos et al., 2005:98).

Fernando César ao ser diagnosticado com esquizofrenia pensou: “pelo menos eu sei que tenho uma patologia e tenho que me cuidar”. (Fernando César, entrevistado por Vasconcelos et al., 2005:194). Muitas vezes a vida só é possível pela via da nomeação da doença. Poder dar um nome, ter uma justificativa para tanto sofrimento possibilita um contorno ao sujeito; contorno esse necessário a manutenção do ser. É como se o sujeito pudesse sair de um “limbo”, de um lugar não reconhecido para ocupar um lugar na vida, na sociedade, ainda que seja um lugar estigmatizado.

Com base na análise realizada por Carreteiro (2001), vamos aprofundar um pouco essa questão que levantamos. De acordo com a autora, os sujeitos que vivem em meios sociais menos favorecidos permanecem à margem das grandes dimensões institucionais (educação, saúde, trabalho) ou se beneficiam minimamente delas. Suas posições sociais são frágeis, podendo perder facilmente o lugar que ocupam nessas dimensões institucionais (Carreteiro, 2001).

A sociedade, ao inserindo ou na zona franja, ou nas migalhas institucionais de seus projetos, contribui para a criação de um lugar social desvalorizado, portador de sofrimento. [...]. Há então a projeção para a esfera da subjetividade da inutilidade, do não reconhecimento da potencialidade do sujeito para participar da vida coletiva e integrar-se aos valores sociais considerados positivos. A sensação de inutilidade se apresenta seja difusa, como um mal-estar, seja de modo claro, sendo objeto de representações explícitas. Mas ela é sempre geradora de sofrimento psíquico, o qual por ter uma raiz social, deve ser considerado sofrimento social (Carreteiro, 2001: 92-93).

Ainda de acordo com Carreteiro (2001), o “sofrimento social” – que pode ser fruto do não reconhecimento social, de uma representação de inutilidade social ou, pode ser resultado da insegurança de perder a condição de trabalhador, ou ainda, pode ser decorrente de trabalhos que não acarretem uma valorização social, mas um desgaste constante do corpo – não encontra um lugar institucional na esfera da proteção social. “Esta só confere um lugar à subjetividade dentro de duas perspectivas: corpo são, corpo doente, o que acarreta dizer que o sofrimento social, para obter reconhecimento institucional o faz através da doença” (Carreteiro, 2001:93).

Desta forma, o sofrimento social transformado em doença é reduzido ao nível individual, isto quer dizer, que as categorias institucionais ignoram formas de mal-estar, de sofrimento que não sejam rotuladas como doença. Ter uma doença reconhecida, possibilita ao sujeito se manter no lugar de cidadão, uma vez que o sistema de proteção social lhe garante a categoria de “licenciado”, isto é, um lugar socialmente reconhecido.

A instituição, reconhecendo a doença, reinsere os ‘corpos-subjetividade’ numa ‘rede de sentido’, na medida em que ela autoriza uma significação socialmente reconhecida (mesmo se ela tem uma conotação negativa): ‘doença’. [...] Reconhecendo a doença do sujeito, a instituição o reconhecerá, igualmente, como cidadão (Carreteiro, 1993:50 apud Sá, 2005:240).

Podemos interpretar, fazendo uma analogia com o artigo de Carreteiro (2001), que o diagnóstico de transtorno mental pode possibilitar ao sujeito algum reconhecimento social. Em certa medida, esse “rótulo” pode conferir ao sujeito – que não tinha lugar nenhum na sociedade – algum lugar, ainda que seja pela via do negativo.

Além disso, a definição de um diagnóstico também pode ser apaziguador das angústias da equipe de saúde, uma vez que possibilita a esta saber, de modo menos nebuloso, o que se deve tratar, enfrentar. Desta forma, podemos entender que os diagnósticos não necessariamente significam um aprisionamento à doença. Isso dependerá da forma como a equipe de saúde e o paciente lidam com essa nova situação.

Histórias de superação e superação de histórias (da loucura)

Pudemos perceber nas obras selecionadas, nas “entre-linhas” de cada história, uma mensagem de superação, de força, de resistência. “Lutem sempre” (Edvaldo, entrevistado por Vasconcellos et al., 2005:115), disse Edvaldo ao final de sua entrevista com os organizadores do livro.

Em todas as obras, considerando as diferenças entre elas, observamos uma disputa de sentido em relação ao saber hegemônico sobre a loucura. Encontramos nesses textos a loucura vivida, sentida, compreendida de diversas maneiras; a loucura como experiência única que se apresenta de modo singular em cada sujeito. Quando Estamira diz: “Vocês “é” comum, eu não sou comum...Só o formato que é comum”, ela afirma sua singularidade e o desejo de ser vista dessa maneira.

A resistência em se descolar da concepção de doença mental sustentada pela medicina, reproduzida na e pela sociedade, fez-se presente o tempo todo. Fernando nos disse: “(...) independente de termos ou não estas patologias, somos gente. Somos semelhantes por um conjunto de coisas” (Fernando, entrevistado por Vasconcelos et al., 2005:205). Nesse sentido, apontamos para a necessidade desses sujeitos serem vistos como tal.

Muitas vezes são as outras pessoas que taxam o sujeito como doentes. Resgatando o artigo de Leal, Dahl e Serpa Jr. (2014), pudemos perceber pelas palavras de Sônia, uma esquizofrênica, que a experiência do adoecimento foi produzida “(...) de fora para dentro, induzido pelo olhar e palavra do outro e não a partir daquilo que é experimentado” (Leal, Dahl & Serpa Jr., 2014:64).

(...) Eu não me achava diferente, mas todos na minha casa me achavam diferente. Eu tenho onze irmãos e todos eles me achavam diferente deles desde que sou criança. Só que eu não me acho diferente. (...). Porque eu vivi a minha vida toda sendo diferente, não porque eu me achava diferente, era o externo que me achava diferente (Sônia apud Leal, Dehl & Serpa Jr, 2014: 64).

Os sujeitos entrevistados por Vasconcelos et al. (2005) e os autores das obras selecionadas nos mostraram a possibilidade de ressignificação da loucura e os caminhos trilhados a partir dessa experiência. Essas histórias nos apontam para a possibilidade de produção um imaginário instituinte (Castoriadis, 1982), isto é, outras maneiras criativas de se pensar a loucura.

Um exemplo bastante ilustrativo do que poderiam ser esses outros sentidos dados à experiência da loucura, é sugerido por Barros e Serpa Jr. (2014), quando analisam os textos postados no site “Intervoice”, cujos associados dividem entre si a experiência de ouvir vozes. O fato de ouvir vozes foi sentido de diversas formas por essas pessoas, experiências menos e mais dolorosas foram relatadas, inclusive experiências sentidas como agradáveis, demonstrando a possibilidade de ressignificação dessa experiência.

Muitos dos membros desse grupam tinham algum diagnóstico psiquiátrico, no entanto, o grupo tem “(...) uma visão alternativa, onde a audição de vozes não é necessariamente vista como um indicativo de doença mental” (Barros & Serpa Jr., 2014: 560). A troca de experiências entre os “ouvintes de vozes” e a narrativas pessoais encontradas pelos autores nesse site surgiu como uma alternativa ao saber psiquiátrico acerca da alucinação auditiva verbal (Barros & Serpa Jr.).

De certa forma, as obras escolhidas, bem como o artigo de Barros e Serpa Jr. (2014) rompem com a visão instituída que temos, em que o louco é considerado incapaz, improdutivo, um não-sujeito. A vida de todos eles foi fortemente afetada pelo surgimento da doença mental, tanto no que se refere à negatividade da experiência, como à sua positividade, pois conseguiram, por meio dela, dar sentido a sua própria trajetória, firmando-se como “sujeitos de sua própria história” (Algemiro de Oliveira Filho, entrevistado por Vasconcelos et al., 2005:153).

Artaud (1948, 1983) quando afirma: “Se quiserem, podem meter-me numa camisa de força, mas não existe coisa mais inútil que um órgão” (Artaud, 1983:161), oferece-nos uma pista para pensarmos a inutilidade de se tentar impedir o processo criativo que há em nós. Fazendo uma analogia ao pensamento do autor, podemos pensar que por mais que tenhamos nossas práticas, nossas ações, capturadas e presas à repetição, nunca será possível impedir, totalmente, a produção de imaginário instituinte que possibilite outras maneiras de se relacionar com mundo.

Ainda que vários dos autores tenham passado por tratamentos autoritários e violentos, tendo sua liberdade aprisionada em camisas de força mecânicas, químicas e sociais, ainda assim, não perderam a capacidade de criação e produção do sujeito, da sociedade.

Para finalizar, voltemos à pergunta inicial que fizemos no início desse capítulo: afinal, quem é o louco que tanto mal-estar e desconforto causa? Histórias tão diferentes que acompanhamos nessas obras torna improvável uma definição precisa, enfraquece qualquer tentativa de se pensar em um “perfil”, mesmo que não seja esse o objetivo de nossa discussão.

Desta forma, reforçando a proposta de ouvir a voz ao louco, de ouvir o que ele tem a dizer de si, deixemos com a palavra Artaud (1947, 1983):

E o que é um autêntico louco?

É um homem que preferiu ficar louco, no sentido socialmente aceito, em vez de trair uma determinada ideia superior de honra humana.

Assim, a sociedade mandou estrangular nos seus manicômios todos aqueles dos quais queria desembaraçar-se ou defender-se porque se recusavam a ser seus cúmplices em algumas imensas sujeiras.

Pois o louco é o homem que a sociedade não quer ouvir e que é impedido de enunciar certas verdades intoleráveis.

Nesse caso, a reclusão não é sua única arma e a conspiração dos homens tem outros meios para triunfar sobre as vontades que deseja esmagar (Artaud, 1947, 1983: 133).

8. Os desafios para produção do cuidado integral ao paciente com transtorno mental severo

Neste capítulo discutiremos em que medida os processos inconscientes, sobretudo aqueles fundados no imaginário, afetam a produção do cuidado em um serviço de saúde. Para tanto, faremos uso da psicossociologia francesa e da psicanálise para embasar nossa discussão.

É partir da consideração da intersubjetividade e dos mecanismos inconscientes presentes em qualquer tipo de trabalho, que propomos discutir as possíveis implicações do imaginário sobre a loucura para o cuidado integral ao paciente com transtorno mental severo internado em um hospital geral. Tomamos como categoria de análise o conceito de imaginário, segundo Castoriadis (1982). Além disso, faremos uso de Enriquez (1997) para discutir o imaginário organizacional e o lugar ocupado pelo paciente com transtorno mental severo na dinâmica entre profissionais e organização hospitalar.

Outros autores, de base psicossociológica, como Sá (2008, 2009, 2013) e Azevedo (2007), também auxiliarão nossa discussão. As autoras se utilizam desse campo teórico para discutir, entre outras temáticas, a produção do cuidado em saúde dentro dos serviços de saúde.

8.1 Os processos inconscientes na produção do cuidado

Será preciso aqui recuperarmos algumas ideias que já vínhamos desenvolvendo anteriormente. Com o risco de nos tonarmos repetitivos, optamos por percorrer o caminho do nosso pensamento, muitas vezes não linear. A recuperação de algumas proposições nos auxiliam dar “link” à nossas ideias e hipóteses e assim, propiciar um melhor entendimento.

De acordo com a perspectiva psicanalítica existe uma dimensão inconsciente da conduta humana que produz efeitos na relação com o outro. A psicossociologia clínica tem forte vínculo com essa abordagem, a qual a antecede e a apoia centralmente.

Reconhecer que na relação entre sujeitos, entre profissional-paciente, existe um aspecto inconsciente, é afirmar que nem tudo que se dá nesse encontro é controlado, muito menos conhecido pelos sujeitos em questão (Sá,

2009:657), o que, contudo, não os exime de responsabilidade, pois o inconsciente é parte do sujeito e não algo estranho a ele.

Enriquez (1997), baseado na teoria psicanalítica, afirma que inconsciente não é o mesmo que desconhecido, mas sim algo que atua com força e intensidade incontrolável e que produz efeito sobre as condutas dos sujeitos, mesmo que as causas primárias tenham desaparecido.

O inconsciente seria assim

O “irredutível” ao apelo da razão e sobre o qual a razão não poderá jamais ter controle: ou seja, o desejo e ódio do outro, o desejo de criar e de destruir. Mesmo que a razão possa domesticá-los e tentar modificar suas relações de força, ela não poderá nunca fazê-los desaparecer ou torná-los inoperantes (Enriquez, 1990:19).

O amor e o ódio ao outro, o desejo de criar e de destruir, todos esses afetos são inerentes ao humano. As estratégias defensivas, as fantasias, as ilusões, as alianças inconscientes, as identificações e idealizações são processos inconscientes que o ser humano produz na sua relação com o outro.

Nessa perspectiva, esses fenômenos inconscientes também influenciarão o cuidado assistencial produzido. Essas produções podem ser favoráveis ou não ao cuidado, pois o outro nem sempre é visto como fonte de apoio e conforto; pode ser considerado uma ameaça, fonte de perigo, possibilidade de destruição (Freud 1976).

Assim, a relação com o paciente pode incitar também desejos de destruição, produzir “(...) inveja, ataque ao vínculo, a negação do outro, ou sua representação como mero objeto de gozo, destituído de subjetividade”. (Sá, 2009: 657).

Conforme discutimos mais acima, a produção de cuidado que se dá no cotidiano dos serviços, no “entre” da relação profissional-paciente é trabalho vivo em ato (Merhy, 2002:45), isto é, trabalho produzido e consumido no instante que acontece. Assim, reconhecer que parte dos processos intersubjetivos que aí se dão são da ordem do inconsciente, exige-nos uma postura mais humilde diante do desejo de mudança das práticas em saúde (Sá, 2009), pois trata-se de algo que escapa ao controle e que não pode ser totalmente apreensível pela via da razão.

Desta forma, podemos afirmar que há um grande desafio nessa jornada, pois o reconhecimento de que o cuidado assistencial também é produto do que acontece no campo do inconsciente, afasta a possibilidade de provocar mudanças nos serviços de saúde apenas por meio do estabelecimentos de diretrizes, de mecanismos gerenciais pautados no trabalho consciente e voluntário do ser humano.

Contudo, o fato de considerarmos a dimensão inconsciente para discutir as práticas de saúde não nos coloca em um lugar de impotência. A tentativa de se ignorar esses aspectos pode sim, ao nosso entender, impossibilitar mudanças mais profundas nas práticas de atenção em saúde.

Torna-se necessário, a partir do caminho escolhido, o exercício de uma dupla tarefa, como nos aponta Sá (2009), para que avancemos na proposição e nas tentativas de implementação de mudanças nas práticas de saúde:

De um lado, explorar, buscar (re)conhecer, os processos intersubjetivos/inconscientes presentes no modo como se realiza o trabalho em saúde e suas consequências sobre a qualidade do cuidado. De outro lado, buscar, propor e/ou fortalecer dispositivos e processos de gestão e organização do trabalho que favoreçam a gestores e trabalhadores de saúde o acesso a sua própria subjetividade - ao (re)conhecimento das fontes de seu sofrimento e prazer no trabalho, dos vínculos imaginários/afetivos que os ligam ao trabalho, às organizações, ao outro (profissional, usuário) e do sentido do trabalho em suas vidas (Sá, 2009: 658).

Nesta perspectiva, a autora nos oferece algumas pistas em relação a possíveis elementos de análise, como também, de abordagem/intervenção por meio da gestão em saúde: a) a dinâmica prazer-e-sofrimento no trabalho; b) o imaginário; c) os processos de identificação e d) os processos grupais.

Para a realização de nossa pesquisa, definimos o imaginário, a partir de Castoriadis (1982), como nosso conceito norteador, como aludido no capítulo três. Explorar, discutir as possíveis imagens/representações que os trabalhadores da saúde têm sobre o paciente com transtorno mental severo pode nos ajudar a refletir e compreender os tipos de vínculos existentes entre os trabalhadores de saúde e essa população, que, não raramente, pode chegar aos hospitais gerais. “Tais produções imaginárias cumprem funções específicas no psiquismo dos trabalhadores e produzem, igualmente, efeitos (positivos ou negativos) sobre a qualidade do cuidado” (Sá, 2009: 659).

8.2 O imaginário organizacional e o lugar do paciente com transtorno mental severo no hospital geral

Enriquez (1997) desenvolveu a noção de imaginário enganador e imaginário motor para discutir a relação das organizações e seus membros. De acordo o autor, as organizações se apresentam como um sistema cultural, simbólico e imaginário.

Vamos recuperar aqui o que destacamos no terceiro capítulo sobre o pensamento de Eugène Enriquez (1997). Para o autor, a partir de uma leitura psicanalítica, as organizações, às quais os sujeitos estão ligados psiquicamente, podem exercer o papel de Ideal de Ego para o sujeito. Imaginariamente, mostram-se capazes de responder à angústia de aniquilamento e destruição do Eu.

Vimos que, segundo o autor, a vinculação a uma organização produz alianças inconscientes entre os trabalhadores, de modo que a organização seja vista como fonte de apoio, funcionando como uma micro-sociedade capaz de desenvolver valores e normas que condicionam o modo como seus membros apreendem o (Enriquez 1997).

A construção de pactos inconscientes entre trabalhadores é um mecanismo de defesa criado para que possam sobreviver ao medo da desintegração psíquica e sustentar a ilusão de unicidade do Eu. Com isso, torna-se possível dentro da organização a construção de uma coletividade que se instaura a partir um projeto comum, sustentando-se sobre a produção de um imaginário que Enriquez (1997) chamou de enganador.

O imaginário enganador é aquilo se repete, que garante a dinâmica da organização, cristalizando as formas de pensar, ser e agir em nome de uma coesão, por mais desastrosa que ela possa parecer. Dizemos isso, para afirmar que nem sempre a dinâmica de trabalho produzida está comprometida com o “bom”, o “bem” ou, com a produção do cuidado, no caso das organizações de saúde. Seu comprometimento é com a manutenção de certo estado de tranquilização psíquica, que muitas vezes se faz às custas do encobrimento do sofrimento e do mal-estar que a vida organizacional inevitavelmente produz.

Entre as diversas abordagens do cuidado em saúde, podemos levantar a hipótese de que algumas sejam mais suscetíveis de contribuir, ao serem

aplicadas na gestão dos serviços de saúde, para a produção de um imaginário enganador, como talvez seja o caso das abordagens que se apoiam centralmente na racionalização das práticas médico-hospitalares e apostam na melhoria contínua da qualidade. Considerando os pressupostos e teorias nas quais se baseiam, podemos supor que a adesão de grande parte dos trabalhadores e gestores a essas propostas se sustenta na ilusão de eficiência, segurança e controle, pautada em parâmetros cientificamente comprovados que, desta forma, proporciona o enquadre tão desejado e necessário, em certa medida, ao ser humano.

É necessário considerar, entretanto, que a reprodução de um imaginário organizacional embora permita a adesão dos trabalhadores a um projeto comum, garantindo harmonia e ordem na organização e, conseqüentemente, a ilusão de controle sobre as relações e produtos, pode deixar o indivíduo aprisionado nesse imaginário, que não responde ao desejo de criação que também lhe é presente. Esse estado se aproxima do conceito de heteronomia de Castoriadis (2004), isto é, os sujeitos ficam presos na repetição.

Os processos de trabalhos nos hospitais contemporâneos estão fortemente associados a uma dinâmica mais estruturada, mais normatizada, mais segmentada e centrada no uso intensivo de tecnologias leve-duras e duras, em detrimento do uso de tecnologias leves. Ou seja, a dimensão relacional do trabalho em saúde foi perdendo o protagonismo na medida em que o hospital foi se medicalizando e a medicina se tornou hospitalocêntrica, como observou Foucault (1990).

Neste contexto, supõe-se que sejam maiores os desafios para uma escuta mais qualificada da singularidade dos pacientes e para uma atenção ao conjunto de suas necessidades e demandas. Hoje, com o crescimento das propostas de racionalização das práticas, melhoria contínua da qualidade, como as contidas nos programas de acreditação, pode-se supor que os desafios acima apontados tenham-se intensificado.

Desta forma, seria possível considerarmos que o imaginário instituído em torno do fenômeno da loucura pode, de alguma forma, interferir nessa dinâmica entre a organização e seus membros? Nossa hipótese é que a loucura apreendida segundo as características de imprevisibilidade, incerteza, periculosidade, algo incontrolável (Zolnierek & Clingeman, 2012; Atkin, Holmes,

& Martin, 2005; de Jonge et al., 2001; Lethoba; Netswera & Rankhumise, 2006), pode ser considerada uma ameaça que afeta a ilusão de coesão da organização e que coloque seus membros diante do limite e da impotência.

É possível considerar que o paciente com transtorno mental grave possa afetar o pacto inconsciente travado entre os indivíduos sobre a organização, desestabilizar as alianças e ‘revelar’ a fragilidade dessa garantia de proteção, de onipotência, causando sofrimento aos profissionais de saúde, fazendo com que eles se deparem com suas limitações enquanto sujeito e cuidador?

Pereira (2013) em sua dissertação de mestrado, em que discutiu o itinerário terapêutico de adolescentes em crise, usuários de um serviço de saúde mental, o CAPSi, afirmou: “Podemos perceber que a crise, muitas vezes, se apresentou como crise da própria instituição, o que nos fez pensar sobre a convocação de uma série de defesas necessárias para a manutenção da instituição” (Pereira, 2013:184).

Nesse sentido, a autora chama a atenção para o fato da crise dos adolescentes questionar, em alguma medida, a organização estudada, como algo que “desagrega os contratos, pactos, consensos e acordos inconscientes” (Pereira, 2013:187).

A presença da crise psíquica no serviço de saúde mental pode ser visto como um ataque à coesão organizacional, desestabilizando os serviços, levando à crise da organização. Assim, torna-se necessário a construção de armas organizacionais contra essa crise (Pereira, 2013).

A própria rigidez na organização do serviço, mostra-se, para a autora, como uma possibilidade de “(...) defesa coletiva frente às angústias do encontro com a crise e das dificuldades do trabalho em saúde mental” (Pereira, 2013:188). Esse desconforto diante do não-saber-o-que-fazer, daquilo que não se pode ‘pré-ver’, aciona, no sujeito, aquilo que ele tem de mais primitivo, ou seja, o medo da perda de identidade.

Aproximando-nos da reflexão de Pereira (2013), podemos considerar que a difusão das abordagens de gestão do cuidado citadas acima (comprometidas com racionalização das práticas médico-hospitalares), se, por um lado, são relevantes para proporcionar maior segurança ao paciente, por outro lado, pode-se pensar também que a hipervalorização dos protocolos e da

padronização das condutas pode estar a serviço da necessidade de conter as angústias ante a imprevisibilidade e o inesperado.

Nesse sentido, trava-se uma busca interminável por protocolar e produzir modelos teóricos que deem conta da realidade, que a reproduza em um mundo seguro e previamente conhecido. No entanto, como sabemos, a angústia precisa ser falada, elaborada pois, caso contrário, produz efeitos inesperados, desconcertantes, muitas vezes de grande sofrimento.

Além disso, a presença do paciente com transtorno mental severo no hospital geral talvez possa produzir afetos similares aos encontrados nos trabalhadores entrevistados por Pereira (2013), ou seja, da mesma forma que a crise dos adolescentes pôde colocar em debate a própria organização, a entrada do louco no hospital, reconhecido como portador da crise, pode produzir efeitos semelhantes.

Isso só seria possível se o paciente com transtorno mental grave fosse assim “descoberto”, pois muitas vezes, quando não apresentam comportamentos fora do “normal”, os profissionais de saúde, devido a situação de impessoalidade e fragmentação do cuidado em um hospital geral e padronizações excessivas, não chegam a ter conhecimento da comorbidade psiquiátrica, podendo assim, em certas condições, garantir um tratamento “igual” ao de outros pacientes. Desta forma, a sua presença não provocaria “uma crise” na organização. Por outro lado, ao passo que se sua singularidade fosse focalizada e sua condição de paciente com transtorno mental fosse vista, isso talvez proporcionasse um desequilíbrio na organização.

Parece que estamos diante de um paradoxo: a segmentação do cuidado, tanto questionado por nós, poderia proporcionar ao paciente com transtorno mental grave a rara experiência de ser “mais um”? Talvez a confirmação dessa hipótese nos permita reforçar a ideia de que as avaliações acerca da qualidade do cuidado não devem ser descoladas das experiências concretas vividas no cotidiano dos serviços, pois métodos generalistas podem ignorar sutilezas importantes que só são possíveis de serem aprendidas no dia-a-dia das organizações.

Cecílio (2011) fazendo uma crítica aos métodos tradicionais de avaliação da gestão do cuidado propõe um modo de avaliação que atravessasse às várias dimensões da gestão do cuidado, incluindo dimensões relacionadas ao

campo micropolítico da produção do cuidado em saúde. Além disso, para o autor, “(...) temos de enfrentar o desafio de inventar novos modos de avaliação que assumam, para valer, o protagonismo dos trabalhadores e usuários, no território nuclear da micropolítica” (Cecílio, 2011: 596) e assim, deixem de ser exclusividade da gestão dos serviços.

Voltemos às nossas reflexões a respeito da crise que os pacientes com transtorno mental podem desencadear nas organização hospitalar. Para nós, é interessante notar a negatividade a que está associada a palavra crise. Quando usamos essa palavra, normalmente nos referimos a algo ruim, desconfortante, ao “caos”, desordem, aquilo que está “fora do eixo”. No entanto, quando se há espaço para trabalhar essas questões, as crises nas organizações, podemos proporcionar outras experiências, produzir mudanças, abrindo espaço para o novo.

O paciente com transtorno mental severo pode ser um analisador¹³ das práticas de saúde voltadas à produção do cuidado assistencial no hospital geral, ou seja, esses pacientes poderiam propiciar reflexões acerca da assistência prestada, do mesmo modo que uma criança com comportamento inadequado no ambiente escolar pode problematizar o processo pedagógico da organização escolar.

Essa experiência de desestabilização dos padrões definidos para produção do cuidado nos serviços de saúde pode ser produtiva para a organização, gerando outras formas de pensar o cuidado e práticas de saúde, mais alinhadas com as propostas trazidas por Merhy (2002), Ayres (2012, 2009, 2004a, 2004b, 2006, 2001, 2000) e Figueiredo (2007, 2009) ou, pode apenas ser produtora de sofrimento. Nossa hipótese é que o espaço dado a esses acontecimentos pela equipe de saúde/pela organização em geral, com possibilidade de acolhimento das angústias e dificuldades dos profissionais de saúde, é que definirá os limites e possibilidades da qualidade e integralidade do cuidado.

Se de alguma forma a presença do paciente com transtorno mental provoca desconforto na organização, a negação de um espaço que acolha

¹³ O conceito de analisador foi desenvolvido por Guattari, no contexto da Psicoterapia Institucional. “Os analisadores seriam acontecimentos – no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe.” (Passos & Barros, 2000:73)

esses afetos pode trazer consequências ao cuidado exercido. Paes, Maftun e Mantovani (2009, 2010), conforme apontamos mais acima, em sua pesquisa com enfermeiros da emergência de um hospital geral, constataram que os cuidados de enfermagem proporcionado ao paciente com alguma comorbidade psiquiátrica eram “(...) generalistas, técnicos, sem especificidade e com ênfase aos cuidados básicos, como conforto, administração de medicações, medidas de proteção contra quedas e auxílio na deambulação” (Paes, Maftun & Mantovani, 2009: 279).

Embora o cuidado exercido dessa forma nos pareça superficial, insuficiente para atender as necessidades de saúde do paciente, não podemos tomar essa afirmação de modo descontextualizado, pois, como dissemos anteriormente, a “cegueira” dos profissionais de saúde pode talvez propiciar ao paciente com transtorno mental grave não ser visto a partir dessa condição. Se afirmamos que o cuidado deve ser produzido com vistas a atender as necessidades de saúde dos pacientes, talvez a necessidade do paciente com transtorno mental grave seja ser tratado de modo similar aos outros pacientes.

É possível que o maior desafio para a produção do cuidado ao paciente com transtorno mental grave no hospital geral seja a de realizá-la de forma similar à assistência prestada aos demais pacientes. Dissemos em outro momento desse trabalho, que poucas condições são tão estigmatizadoras como um diagnóstico para transtornos mentais.

Contudo, não podemos perder de vista que cuidado centrado em procedimentos expressa a mecanização do processo de cuidar, que no nosso entendimento, vai muito além da repetição de práticas já solidificadas no cotidiano dos serviços. O foco nas questões físico-biológicas pode inibir as possibilidades de interação, de atendimento de outras necessidades, que dizem respeito à existência do ser.

Uma vez visto/sentido como ameaça à coesão organizacional, que possibilita aos membros se sentirem seguros, o paciente com transtorno mental pode provocar resistência nos profissionais de saúde. Esses, por sua vez, não tendo espaço para lidar com esses afetos, perdem a oportunidade de produzir outros sentidos para a experiência vivida, o que não é incomum, pois, de modo geral, a mudança é dificilmente suportável dentro de uma organização, deixando seus membros presos ao imaginário enganador.

Durante a conversa informal que tivemos com um grupo de enfermeiras-chefes de um hospital geral, quando tentávamos definir o campo dessa pesquisa, uma delas, quando explicava porque não era comum ter pacientes com transtorno mental severo nas enfermarias, disse que os médicos antecipavam as altas desses pacientes, porque eles causavam problemas.

Na mesma direção, Zolnierik e Clingeman (2012) afirmaram que os profissionais de enfermagem entrevistados sentem que os pacientes com transtorno mental internados no hospital geral exigem mais atenção e, desta forma, “quebram” com a rotina de trabalho. Muitos afirmaram se sentir despreparados para tal atendimento.

Enfrentar situações dessa natureza coloca os profissionais de saúde diante de suas próprias falhas. Além disso, o sentimento de ineficácia de suas ações, ou seja, o pensamento de que suas intervenções não são capazes de provocar melhora no estado de saúde do paciente com transtorno mental grave, como apontado na pesquisa de Zolnierik e Cligeman (2012), pode afetar a mobilização subjetiva para o trabalho (Dejours, 2012).

Nossa hipótese é de que o paciente com transtorno mental pode levar a organização hospitalar à constatação das próprias imperfeições inerentes à organização do trabalho, podendo desencadear o “medo” diante dessa experiência e, assim, produzir estratégias coletivas de defesa para evitar o sofrimento.

Desta forma, os membros da organização compactuam com a manutenção, com a repetição do mesmo, capaz de lhes garantir, imaginariamente, a estabilidade de sua identidade em um lugar conhecido. Contudo, ao questionarmos as resistências a mudanças, não estamos querendo negar que algum nível de estabilidade na vida dos sujeitos é fundamental para sua sobrevivência enquanto sujeitos individualmente e no coletivo.

Podemos dizer que uma certa “alienação” é necessária para que o sujeito se sinta parte de uma organização e assim, possa contribuir para sua manutenção. A adesão dos trabalhadores a um grupo, exige o desenvolvimento de processos inconscientes, como a ilusão e a identificação que propiciem, em certo grau, a entrega do sujeito à construção e produção de um projeto comum.

Assim como Castoriadis (2004) afirmou a importância do imaginário instituído para a sobrevivência da sociedade, Enriquez (1997) também reconheceu o papel do imaginário enganador nas organizações, como forma de garantir a harmonia e a ordem.

O que estamos enfatizando é a importância da mudança para as organizações, as quais apresentam forte resistência à qualquer movimento transformador, impedindo-as de progredirem, de manterem seus membros comprometidos com o projeto organizacional.

Castoriadis (1999) referindo-se à sociedade, afirma que esta

(...) se situa, na quase totalidade de sua história, no fechamento. Fechamento de sua lógica, fechamento de suas significações imaginárias. Ela fabrica indivíduos, impondo-lhes os dois; ela fabrica, portanto, antes de mais nada, e sobretudo – e exclusivamente, na maioria esmagadora das sociedades – indivíduos fechados, que pensam como foram ensinados a pensar, e assim, avaliam, dão sentido àquilo que a sociedade lhe ensinou ter sentido, e para quem essas maneiras de pensar, avaliar, de normatizar, de significar são por construção psíquica inquestionáveis (Castoriadis, 1999: 277).

Fechamento “(...) quer dizer que o que é pensado não pode ser essencialmente colocado em questão” (Castoriadis, 1999:287). Mesmo quando isso é possível,

(...) o que caracteriza a imensa maioria das sociedades é que essas questões permanecem limitadas, não podem superar, nem sequer atingir, visar o que são para a sociedade, para a tribo, aquilo que se chamaria metaforicamente de axiomas da instituição social, suas regras de inferência e seus critérios dedutivos. (Castoriadis, 1999:287-8)

As organizações, enquanto micro-sociedade (Enriquez, 1997), tentam evitar questionamos sobre sua forma de atuação, que possam, de alguma forma, por em questão sua própria razão de existir, seus valores e práticas, nas quais estão alicerçados.

As possibilidades de questionamento às práticas de saúde, à produção do cuidado nos hospitais gerais também permanecem limitadas, não conseguem superar o modo de produção do cuidado médico-centrado, focado em procedimentos “pré-escritos”, pré-determinados. No entanto, a própria realidade dos serviços confronta o tempo todo essa tentativa de controle, de

atuação a partir das regras organizacionais, pois o trabalho em saúde apresenta um alto grau de imprevisibilidade.

Nesse sentido, a chegada do paciente com transtorno mental severo nas dependências de um hospital geral pode ser perturbadora, não apenas para ordem da organização, mas para própria organização, no que diz respeito às suas formas de produzir o cuidado.

Contudo, lembremos de Castoriadis (1982) quando disse que é exatamente na tensão entre o instituído e o instituinte, entre a história feita e a história a se fazer que a sociedade se constitui. O que parece estar em questão é o grau de abertura que uma organização consegue suportar para propiciar mudanças e transformações que lhe permitam desenvolver e crescer. Ainda que as mudanças sejam consideradas fonte de intenso sofrimento, as organizações necessitam delas, na medida em que estas produzem reflexões, abrindo espaço para a criatividade e inventividade.

Para que haja abertura à invenção, criação e produção de mudanças, a organização deve permitir a produção de outro sistema imaginário que Enriquez (1997) chamou de imaginário motor, que introduz a diferença em oposição à repetição e à homogeneidade, como vimos nos capítulo três.

Azevedo (2007) em sua pesquisa que buscou discutir a prática gerencial em hospitais públicos – hospitais gerais com emergência - pôde perceber, por meio de entrevistas realizadas com diretores, a presença de um processo de questionamento do papel do hospital no SUS, identificando capacidades e debilidades da organização em questão, assim como, o surgimento de um debate sobre o futuro do hospital.

Reflexão não é o mesmo que pensamento, segundo Castoriadis (1999). “A reflexão aparece quando pensamento se volta para ele mesmo e se interroga não somente sobre seus conteúdos particulares, mas sobre seus pressupostos e fundamentos” (Castoriadis, 1999:289). O processo reflexivo está na raiz do imaginário motor, pois como Enriquez (1997) afirmou, estamos falando de mutação, transformação.

Assim, se o paciente com transtorno mental grave fragiliza as certezas das práticas organizacionais, põe os trabalhadores em angústia por não saberem como agir, é possível, sob certas condições, que essa experiência estimule o questionamento sobre a própria maneira de produzir o cuidado.

Dizemos “sob certas condições” porque é necessário que a organização dê vazão, espaço, para que os trabalhadores falem sobre essas dificuldades. Espaços formais e informais são importantes para a troca de opiniões, dúvidas, ideias, propostas, ou seja, espaços onde o diálogo esteja presente como força propulsora para a resolução de problemas e conflitos.

Não é simples o que estamos propondo, pois para que o paciente com comorbidade psiquiátrica grave tenha potencial para estimular mudanças na forma de produzir o cuidado, é necessário outras condições, além do que foi dito acima. Primeiro, é preciso que o desconforto provocado pela sua presença não seja entendido como uma falha individual do sujeito, isto é, alguém que não se encaixa na dinâmica hospitalar.

Essa condição caminha para outra questão: a própria produção do cuidado. O cuidado pensado a partir da concepção que defendemos aqui é produto de uma “con-vivência”, que remete a uma “co-responsabilização” dos sujeitos envolvidos, ou seja, profissional e paciente. Ambos participam ativamente da condução de seu tratamento, da satisfação das diversas necessidades deste último, portanto, não é unilateral.

Como muitas vezes a produção do cuidado está reduzida ao exercício de procedimentos padronizados e apoiada apenas no que pode ser validado cientificamente, não há espaço para a reflexão das práticas, já que o profissional, como produtor das ações de cuidado apenas percebe o paciente como um receptor dessas ações.

A valorização da ciência frente às outras formas de conhecimento trouxe consequências importantes para relação médico-paciente. A primazia da técnica sobre a arte da medicina limitou o cuidado a “(...) um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento” (Ayres, 2004a:74).

No entanto, Castoriadis (2004) adverte: “Existe um parentesco profundo entre a arte de um lado, a filosofia e a ciência de outro. Não apenas se pode ver, aqui e lá, a imaginação criadora em ação, mas tanto a arte quanto a filosofia e a ciência tentam dar uma forma ao caos (...)” Castoriadis (2004:139).

Os grandes avanços científicos também procederam da criação de novos esquemas imaginários. O imaginário, o inconsciente, não são obstáculos à apreensão objetiva da realidade. Assim, a história da ciência moderna

demonstra que foram a criação de novas teorias que permitiram “validar as falsificações” das teorias existentes (Castoriadis, 1999).

Ledo engano acreditar que o conhecimento científico não é produção social e assim, não possa ser construído, desconstruído, transformado, sustentado por outras bases. A certeza que todo ser humano procura não está aí e nem em lugar algum, lidar com o incerto é inerente à vida.

Castoriadis (2004) afirmou que a potência de criação é intrínseca a natureza humana, sempre há a possibilidades de criação, de mutação. É nesse sentido que apostamos na possibilidade do contato do profissional de saúde com o paciente com transtorno mental produzir outros afetos, outros sentidos para o cotidiano dos serviços de saúde e pôr em questão as bases nas quais os serviços estão amparados.

Não se trata de uma visão romantizada, pois a ambiguidade de afetos, como nos aponta Sá (2009) faz parte das relações humanas, que podem ser marcadas fortemente por amor e ódio, conforto e ameaça. A produção do cuidado em saúde pode ser um espaço privilegiado para a solidariedade, bem como para a agressividade para com o outro.

Sabemos que em uma organização, o imaginário motor é dificilmente suportável. Ele exige, de certa maneira, a abdicação da segurança de coesão. O principal dilema das organizações é a construção de uma identidade coletiva e, simultaneamente, o exercício da singularidade e da autonomia dos sujeitos. Desta forma,

(...) o espontâneo, o imprevisto, os movimentos criadores são vividos, em sua maioria, como ‘desordens’. Do mesmo modo, a novidade, o desconhecido podem ser vividos como ‘fissura’ (Azevedo, Braga Neto & Sá, 2002: 242).

Existe uma batalha travada entre a pulsão de vida e morte na organização. Esta, com suas normas e regras rigorosas favorecem a manifestação da pulsão de morte, que se expressa na resistência a mudanças, inércia e homogeneização, características do imaginário enganador.

Além disso, as organizações tentam canalizar a pulsão de vida “no sentido do trabalho produtivo e dos objetivos organizacionais” (Azevedo, Braga Neto & Sá, 2002:242). Sua manifestação é permitida sob a condição de

responder à coesão da organização. De outro modo, é vista como ameaça, assim, paradoxalmente, a pulsão de vida é, simultaneamente, demandada e refreada.

A abertura ao imaginário motor exige a criação de espaços coletivos para que os membros das organizações possam colocar suas diferenças em embate, tendo suporte para reconhecê-las e elaborá-las. É importante que nesses espaços se reconheça os processos destrutivos e criativos que cada um carrega.

Nesse sentido, considerando essa dinâmica entre a organização e seus membros, entre a manutenção de pactos inconscientes, que respondem a necessidade de integração do Eu e, a necessidade de criação, de produção, é que propomos pensar a presença do paciente com transtorno mental no hospital geral, a partir dos afetos produzidos.

A rejeição que esses pacientes muitas vezes causam aos trabalhadores e à organização hospitalar, de modo geral, como nos aponta a literatura (Chikaodiri, 2009; Camargo, 2011; Minas et. al., 2011), possibilita-nos pensar que o paciente com transtorno mental pode visto como ameaça aos pactos inconscientes travados entre a organização e seus membros, pondo em questão a própria organização, apontando suas fragilidades.

Ademais, os pacientes com transtorno mental severo podem mobilizar outras questões nos profissionais de saúde referentes as suas limitações, medos, fantasias e angustias bastante primitivas. Assim, propomos a seguir pensar a relação do profissional de saúde com o paciente, a partir do imaginário social instituído acerca da loucura.

8.3 O imaginário social sobre a loucura e suas implicações à produção do cuidado assistencial

Tentamos discutir até o momento de que forma o paciente com comorbidade psiquiátrica grave pode ser visto como perturbador da ordem hospitalar, tanto no que diz respeito a sua rotina rígida de procedimentos, como em relação aquilo que chamamos de alianças inconscientes entre a organização e seus membros.

Agora apontaremos para uma outra dimensão: a relação entre o profissional de saúde e o paciente e o imaginário social sobre a loucura. Sá (2009) nos alerta para a existência de diferentes afetos produzidos na relação entre os sujeitos e a interferência deles na produção do cuidado.

Podemos dizer que a essência do trabalho em saúde diz respeito a sua característica relacional, intersubjetiva “(...) e de intervenção de um sujeito sobre outro” (Sá, 2009:656). Trata-se do encontro entre duas subjetividades, a do paciente e a do profissional. Este, por sua vez, traz para cena do cuidado seu saber, baseado no seu conhecimento técnico, suas experiências e valores morais.

Essa cena subjetiva que se dá entre o paciente e o profissional é, por excelência, o espaço para a

(...) possibilidade do exercício da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida, mas também, paradoxalmente, o espaço privilegiado para o exercício de comportamentos perversos, para o descuido, enfim, para a produção do mal nos serviços de saúde (Sá, 2009:656).

Nem sempre os seres humanos percebem seus semelhantes como fonte de apoio, conforto, modelos, por meio dos quais constroem suas identidades, como nos ensina a psicanálise. O outro pode significar perigo, ameaça ou possibilidade de morte. As produções inconscientes, como as estratégias defensivas, as identificações, as idealizações e o imaginário, tanto podem ser positivas com relação ao outro, como podem expressar o desejo de dominação, inveja, negação do outro. Esse outro pode ser visto como objeto de gozo, destituído de subjetividade.

Entendemos que a produção do cuidado estará submetida também a esses afetos, produzindo efeitos sobre a qualidade do cuidado em saúde. Nesse sentido, afirmamos que humanizar o cuidado significa lidar com tudo que diz respeito ao humano, tanto sua capacidade de construir vínculo, como destruição.

A passagem do mundo próprio (mônada psíquica) ao mundo social não se dá sem exigências. Ao sujeito é imposto a forma social, fazendo abdicar de seus próprios desejos. “A ligação entre psique e sociedade é uma tensão conflitual entre instituição do indivíduo social e a tendência irresistível da mônade psíquica para fechar sobre si própria, para se sonhar onipotente e centro do mundo” (Giust-Desprairies, 2005:339).

Por intermédio do processo de socialização dos sujeitos, eles

(...) absorvem a instituição da sociedade e suas significações, interiorizam-nas, aprendem a linguagem, a categorização das coisas, o que é justo e injusto, o que pode fazer e o que não se deve fazer, o que se pode adorar e o que se deve odiar (Castoriadis, 2004:132).

Contudo, o processo de socialização não garante completamente o amor entre os sujeitos, o desejo de vínculo como o desejo de agressividade são condições da psique e, o tempo todo o sujeito está às voltas com esses afetos contraditórios; o sujeito a todo tempo se mostra dividido entre os desejos individuais e os coletivos que, nem sempre estão do “mesmo lado”.

Pois bem, essa recapitulação do funcionamento do inconsciente, particularmente sobre a relação entre narcisismo e alteridade, nos auxilia compreender alguns elementos que estão em questão na relação entre o profissional de saúde e o paciente com transtorno mental severo. Para nós, o inconsciente é parte indissociável da produção do cuidado em saúde.

É nesse horizonte, com base nos processos inconscientes, que discutiremos as implicações do imaginário social instituído sobre a loucura para a qualidade da assistência prestada no hospital geral.

Por meio da breve história da loucura que apresentamos no capítulo seis, pudemos acessar a imagem da loucura que se enraizou, ao longo do tempo em nossa sociedade e, como esta imagem impacta, até os dias de hoje, a visão dos profissionais de saúde.

Já mencionamos no início do trabalho que é comum os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, afirmarem sentir medo e apresentarem comportamento evitativo em relação aos pacientes com transtorno mental (Chikaodiri, 2009; Minas et al., 2011), os quais são considerados difíceis e problemáticos (Zolnierek & Clingeman, 2012); perturbadores (Atkin, Holmes, & Martin, 2005); mais complexos (de Jonge et al., 2001) e imprevisíveis (Lethoba; Netswera & Rankhumise, 2006). Essa situação, frequentemente, se origina do preconceito provocado pelo diagnóstico de transtorno mental (Zolnierek, 2009), o que influencia negativamente a qualidade do cuidado prestado pelos profissionais de saúde.

As formas predominantes de tratamento da loucura, mesmo que transformadas pelos movimentos antimanicomiais que vimos mais acima, ainda tendem a reforçar esse estereótipo do doente mental como pessoa perigosa, agressiva e transtornada, na medida em que, parte delas ainda objetiva, quase que exclusivamente, suprimir sintomas e normatizar experiências. Desta forma, podemos perceber como o imaginário em torno da loucura afeta as relações não apenas dos trabalhadores da saúde, mas de toda sociedade com os loucos.

Por meio do exposto, trazemos dois pontos que acreditamos ser centrais para pensar as implicações do imaginário social acerca da loucura: o louco como ameaça à integração psíquica do sujeito e a loucura como categoria homogênea. Esse segundo ponto está fortemente imbricado ao primeiro, pois o entendemos como uma possibilidade de defesa ao medo primitivo de desfacelamento do Eu.

Sá, Carreiro e Fernandes (2008) em sua pesquisa realizada na porta de entrada de um hospital geral público, apontaram para dificuldade de identificação positiva entre profissional de saúde e paciente, o que parece ser produzido pela realidade adversa dos serviços públicos de saúde brasileiros, a precariedade das vidas e dos serviços, o desamparo da população, expressando a sujeira, a fome, a feiura ali instalada.

Vemos a predominância da apatia, da indiferença em relação ao outro e seu sofrimento (Sá, Carreiro & Fernandes, 2008). A realidade que os pacientes apresentam aos profissionais é difícil de suportar, desenvolvendo o

sentimento de aversão, desejo de distanciamento nesses últimos, desprazer e hostilidade.

As pontuações feitas por Sá, Carreiro e Fernandes (2008) podem nos auxiliar em nossa discussão. A loucura associada, à imagens tão negativas, poderia produzir efeitos semelhantes nos profissionais de saúde como aqueles trazidos por Sá, Carreiro e Fernandes (2008) quando se referia a população atendida no hospital, reduzindo as possibilidades de identificação positiva para com o paciente.

De certa forma, estar em contato com a loucura pode colocar o trabalhador frente a próprio medo de enlouquecer. A primeira crise descrita por tantos pacientes psiquiátricos como algo que aconteceu “de surpresa” (Pereira, 2013) não livraria os profissionais dessa possibilidade.

É como se a loucura se desse por contágio, um contágio imaginário. A loucura como algo enigmático, portanto, imprevisível, aciona as mais primitivas ansiedades: ansiedade de desintegração, de quebra de identidade, de despedaçamento do Eu. Além do mais, essa impossibilidade de “pré-visão” quando se está diante do louco, ou seja, de uma visão antecipada dos acontecimentos, coloca para o trabalhador o perigo de se haver com suas limitações, isto é, do não saber o que fazer e não ser capaz de mudar a realidade que se encontra diante de si. De certo modo, as frustrações ameaçam o desejo de onipotência do sujeito.

Diante dos diferentes afetos negativos que podem emergir do contato com a loucura, os profissionais de saúde podem desenvolver mecanismos de defesas inconscientes, como uma forma de blindagem àquilo que lhe provoca sofrimento. Nesse sentido, apontamos para o segundo aspecto que levantamos acima: a loucura como fenômeno homogêneo.

Buscamos no artigo de Sá, Carreiro e Fernandes (2008) interlocuções possíveis para nossa discussão. Propomos percorrer caminhos semelhantes aos realizados pelas autoras para alicerçar nossas reflexões. Assim como Sá (2005), utilizamos a obra de Paugam (2001), que contrapõe o conceito de “processo de desqualificação social” ao de “pobreza”, para dar seguimento à discussão.

Para o autor, o conceito de pobreza elimina a heterogeneidade da população, encobrindo a origem diferenciada das dificuldades dos indivíduos e

suas famílias e seus efeitos ao longo do tempo. O conceito de pobreza coloca todos aqueles que podem ser considerados pobres dentro de um conjunto indiferenciado, em que as diferentes trajetórias são apagadas (Paugam, 2001). Desta forma, o trajeto singular de cada vida se esvaece diante de uma definição estática e imutável de pobreza.

Ao aproximar, por analogia, a nossa discussão às ideias de Paugam (2001), assim como feito por Sá (2005), perguntamos se uma compreensão estática e imutável da loucura, como um fenômeno que se apresenta da mesma maneira, não ocultaria a heterogeneidade das vidas que vivem essa experiência.

Essa ocultação, seria, em nosso entendimento, um mecanismo inconsciente de defesa contra o sofrimento, dos profissionais, de não ter respostas eficazes diante das necessidades de um “paciente psiquiátrico”. Ao lado disso, a compreensão única da loucura, poderia apagar as diferenças entre os sujeitos, possibilitando aos profissionais não se haver com aquilo que não querem, isto é, as semelhanças entre eles e essa população, o que seria mais possível caso a heterogeneidade dos ditos loucos se apresentasse.

Ao discutir os limites do cuidado ofertado à população na porta de entrada de um hospital de emergência, Sá, Carreteiro e Fernandes (2008) observaram que a categoria “carência” na qual os profissionais enquadravam todos os pacientes era resultante de um processo de alianças inconscientes que permitia aos profissionais apagar

(...) as diferenças internas da população, [isso] possibilitaria aos trabalhadores não ver o que não querem ver: as semelhanças entre eles e a população, que mais facilmente se evidenciariam caso a heterogeneidade da população fosse nomeada. Neste caso, a categoria “carência” estaria afirmando as fronteiras que distinguiriam os profissionais da população, ‘estranha’/‘estrangeira’, cuja visão causa aos primeiros desprazer e hostilidade. A “carência” conformaria aqui a categoria do não-eu (non-moi) e também a categoria do não-nós (non-nous), representando aqueles que não nos são “familiares” – ou com quem não queremos parecer familiares (Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008:1339).

Em analogia a essas afirmações, entendemos que na tentativa de atingir objetivo semelhante, é possível que os profissionais de saúde, alicerçados por suas crenças em torno do fenômeno da loucura, homogeneizem tal fenômeno,

isto é, o definam de uma só maneira, considerando-o como algo totalmente estranho, alheio às regras que regem o mundo da razão. Essa atuação possibilitaria o distanciamento entre esses sujeitos, minando as possibilidades de familiaridade, de identificação.

Quando as possibilidades de identificação são reduzidas, a produção do cuidado se mostra comprometida, no sentido que a defendemos aqui. A construção de práticas de cuidado exigem “(...) uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar” (Ayres, 2004a:74). O cuidado é entendido:

(...) como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser. É tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social. (...) ação integral é também entendida como “entre-relações de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade acolhimento e vínculo (Pinheiro & Guizardi, 2005:21).

Quando Assis (2014) descreve o atendimento oferecido a uma paciente encaminhada de um hospital psiquiátrico para a emergência de hospital geral, percebemos o quão distante a “atenção” ofertada está da proposta que defendemos.

“Os médicos nem encostaram nela para examiná-la”, disse ao autor a profissional de saúde que acompanhou a paciente no hospital geral, conforme vimos anteriormente (Assis, 2014:50). Assis (2014), ainda descreve várias situações vividas por ele durante seu curso de residência em psiquiatria e saúde mental em um hospital psiquiátrico, referentes às resistências dos serviços de saúde em geral em aceitar o paciente com diagnóstico de transtorno mental, ignorando completamente o direito ao cuidado integral a todo e qualquer cidadão:

Ser portador de transtorno mental e ter outras doenças é um complicador na busca por cuidado em saúde no sistema que se propõe único, universal e integral. Essas pessoas não eram moradores de manicômios, eles residiam na cidade, transitavam por ela em busca de cuidado para outras coisas que não eram seus estranhos comportamentos e, na maioria das vezes, eram forçados a retornar aos lugares construídos neste sistema para aprisioná-los como eternos pacientes (Assis, 2014:14-16).

Elias (2012) realizou uma pesquisa com enfermeiros da emergência de um hospital geral para analisar o cuidado ofertado por eles aos pacientes com comorbidade psiquiátrica em situação de uma emergência clínica. A fim de apreender o imaginário desses profissionais acerca do cuidado prestado a esses pacientes, a autora, utilizando-se da técnica de grupo-pesquisador, realizou uma oficina com quinze enfermeiros.

De acordo com a autora, o imaginário dos enfermeiros acerca do cuidado prestado a essa população estava associado ao medo e angústia, inquietude e sofrimento, não saber o que dizer ou o que fazer, sentido como sufocador, do qual gostariam de se livrar (Elias, 2012).

Os achados da autora parecem se aproximar do relato de Assis (2014), quando ela observa o comportamento evitativo que os enfermeiros têm em relação aos pacientes com comorbidades psiquiátricas, beirando a negligência, como a própria autora definiu.

No entanto, em meio ao itinerário terapêutico de uma paciente descrito por Assis (2014), pudemos avistar outras maneiras de produzir o cuidado, mais alinhadas à nossa perspectiva. Assis (2014) relata o primeiro contato de Manu – paciente psiquiátrica com comorbidade clínica – com uma terapeuta ocupacional (T.O.) do serviço público de saúde:

Uma mulher que estava sentada dentro da sala viu que esperávamos. Não era a enfermeira que havia nos atendido. Com um sorriso cumprimentou-nos e perguntou se precisávamos de algo. A irmã de Manu entregou o novo “encaminhamento” e o comprovante de endereço. A mulher leu e nos olhou por um tempo. Disse bem calma: “Olha, vou terminar um atendimento que já estava agendado e vou te atender. Fiquem tranquilos que vamos conversar bastante. Quem é a paciente?”. Manu disse: “Sou eu”, lançando as mãos para frente em direção a mulher. Ela a olhou, se aproximou e segurou as mãos de Manu e falou: “Oi querida! você me espera um pouquinho que logo a gente conversa. Sou terapeuta ocupacional e vou te ajudar a melhorar essas mãos (Assis, 2014:151).

Mais adiante o autor continua, relatando o atendimento:

Da cabeça aos pés, [a TO] tocava e testava o sentido de Manu. Utilizou uma lanterna para examinar olhos, boca e nariz. Com pequenos utensílios testou o tato de Manu nas mãos e nos braços. Quando terminou disse: “Pronto! Desculpe a invasão, mas tenho que olhar tudo para ver se tem mais lesões além da mão”. Abriu os braços em direção a Manu e falou: “Agora podemos finalizar com um

abraço". Manu a abraçou e sorriu. Parecia muito à vontade e contente com o atendimento (Assis: 2014:152).

Que nome dar a esse procedimento? Percebemos que a atuação da profissional escapa ao prescrito, a autonomização das práticas de saúde. Os procedimentos descritos por protocolos clínicos para o cuidado da hanseníase foram cumpridos minuciosamente por meio do exame clínico. No entanto, eles não parecem protagonizar a cena; o que vemos são dois sujeitos protagonizando um encontro, deixando-se afetar um pelo outro.

É importante ressaltarmos que se trata de uma paciente com diagnóstico de esquizofrenia e de hanseníase, isto faz com que Manu sofra duplamente o estigma. O risco de contágio é real, mas também imaginário, o que torna mais admirável a atitude da profissional. Um encontro singular, provavelmente diferente de outros que esta profissional vivenciou, mas que pode guardar em sua essência a disponibilidade para enxergar e para dar espaço ao outro subjetivo que ali se apresenta.

Aquele abraço sugerido ao final do exame clínico e repetido quando ambas se despediram é pura criação, que se torna possível a partir da experiência de encontro entre sujeitos. Castoriadis (1982) afirmou a potência criadora do homem que, mesmo enredado pelas leis sociais, pelas significações imaginárias instituídas, nunca será completamente capturado, domesticado por essas; haverá sempre a possibilidade de transgressão.

A imaginação radical é inerente ao humano e significa "fazer-se de uma forma que não estava lá, a criação de novas formas de ser" (Castoriadis, 2004:129). É efeito do encontro, da experiência vivenciada, não pode ser apreendida *a priori*. O abraço, a forma gentil como a T.O. se dirigiu a Manu é o efeito disso que se produz no acontecimento.

Na mesma direção, Ogino (2005:123) afirmou que algo de diferente aconteceu entre ela e a nova médica psiquiatra: "(...), parecia ter algum tipo de contato entre ela e eu". Esse contato fez com que a autora sentisse que havia duas pessoas ali, ela e a psiquiatra. Aquele atendimento não parecia ser uma simples reprodução de um monólogo prescritivo que não dá voz àqueles que são tidos como loucos.

Rocha (2012:64) também nos relata os efeitos positivos que sentia nas oficinas de terapia ocupacional, “o simples ato de amassar o barro ia me melhorando”. Essas práticas, embora estejam instituídas em alguns serviços de saúde mental, reservam o poder instituinte, uma vez que permitem maior liberdade de criação. Todas as oficinas não são as mesmas e é nisso que os profissionais apostam, ou seja, na possibilidade de se produzir outros efeitos, na capacidade de transformar práticas e sujeitos.

Embora o espaço dos serviços substitutivos possa ser mais permeável a essas práticas, comparado à rigidez dos hospitais, a possibilidade de criação não é privilégio de oficinas dessa natureza; os encontros em ambientes tradicionais, como consultório, ambulatório, enfermarias, entre os profissionais de saúde e seus pacientes também podem ser capazes de produzir outro tipo de cuidado que não esse centralizado em procedimentos. Para tanto, é necessário abrir-se para o inesperado e apostar na positividade do “não-saber-o-que-fazer”. É quando a certeza falha, é quando ela nos abandona que podemos talvez, arriscar e produzir outras práticas de saúde.

O reconhecimento da centralidade da dimensão intersubjetiva do trabalho em saúde obriga os profissionais a reconhecer seus limites de intervenção e de controle sobre aquilo que se passa no encontro entre sujeitos.

O dimensão inconsciente produz efeitos nas práticas de saúde, esses podem contribuir para um melhor resultado da atenção, como, ao contrário, podem se tornar um campo fértil para o exercício da agressividade, da indiferença, do descuido para com o outro. No entanto, “(...) a face mortífera dos processos organizacionais e psíquicos” (Sá, Carreteiro & Fernandes 2008:1341) corresponde apenas a um lado, ainda que pareça dominante na maioria dos serviços de saúde. Não devemos ignorar que os espaços de encontro entre profissional e paciente correspondem “a trabalho vivo em ato”, portanto, produzido e consumido na relação que estabelece ali. Assim, eles sempre guardarão possibilidades de criação, de escaparem a reprodução do atos e estabelecerem vínculo entre os sujeitos, como pudemos acompanhar nos relatos apresentados por Assis (2014), (Ogino, 2005) e Rocha (2012).

Contudo, conforme já defendemos anteriormente, é necessário que as organizações de saúde construam espaços que acolham a dimensão subjetiva dos profissionais, isto é, suas impressões, afetos, sentimentos para com o

outro, onde possam vir à tona processos intersubjetivos e inconscientes. Espaços que vão além de reuniões burocráticas e assim, permitam a circulação da palavra, onde os profissionais possam trocar, expressar os diferentes afetos produzidos no contato com os pacientes. Seria um equívoco tentar transformar a produção do cuidado em uma fórmula prescritiva e assim, ignorar todos esses processos.

Considerações Finais

A produção do cuidado integral ao paciente com transtorno mental severo se apresenta como um grande desafio aos serviços de saúde e à toda rede de atenção. Como nos apontou Cecílio (2001) a integralidade nunca será plena em um único serviço de saúde. A construção de uma rede de atenção, ligando os diferentes serviços e níveis de atenção é condição *sine qua non* para sua produção.

No entanto, discutimos nesta pesquisa aquilo que o autor chama de integralidade focalizada, isto é, aquela que se dá no espaço singular dos serviços de saúde. Trata-se do primeiro conjunto, proposto por Mattos (2006), que se refere aos atributos das práticas dos profissionais de saúde.

Nessa direção, a definição de cuidado proposta aqui está alicerçada em autores como Ayres (2000, 2004, 2009, 2012), Figueiredo (2007, 2009), Campos (1996), Merhy (2002). Este - o cuidado - é produzido a partir do encontro entre os profissionais e as pessoas atendidas.

A importância do cuidar nas práticas de saúde está no desenvolvimento de atitudes e espaços que permitam o encontro de subjetividades, assim como a emergência de uma sabedoria prática para compor com o saber científico, saberes estes que subsidiarão as decisões terapêuticas, sempre implicadas com o projeto de vida do paciente (Ayres, 2000, 2001).

Além da suposição do encontro intersubjetivo, é importante lembrar também que o cuidado em saúde não pode prescindir da capacidade de vinculação dos sujeitos envolvidos, bem como, do uso de tecnologias duras e leve-duras (Merhy, 2002). O que está em questão para nós, não é a negação das condições estruturais dos serviços de saúde, nem tão pouco dos avanços tecnológicos e científicos da área. O que nos parece preocupante quando discutimos as bases nas quais se sustentam as atuais práticas de saúde é a dificuldade de desenvolver um pensamento crítico quanto a elas. Por exemplo, as infinitas tecnologias desenvolvidas nem sempre contribuem para a melhoria do estado de saúde da população. Ivan Illich (1975), em “A expropriação da saúde” já apontava para os efeitos deletérios que muitos procedimentos causam à saúde da população.

Um outro ponto que nos parece crucial e está intimamente ligado a este é a primazia da técnica, do saber científico na produção do cuidado. Dizemos aqui que nos parece redundante falarmos em cuidado integral, pois quando tratamos desse assunto, o entendemos como fundamentalmente produto de práticas exigentes do olhar para o sujeito, que se apresenta com sua história, desejos, sentimentos e pensamento; exige conhecimento técnico para as intervenções, realização de uma certa clínica oficial (Campos 1996), bem como a consideração do saber prático acumulado por experiência vida, apreensão ampliada das necessidades de saúde e a ampliação da clínica (Campos, 1996).

Essa disputa de sentido diz respeito às diferenças formas de gestão do cuidado em curso na atualidade abordadas nesta pesquisa: a) as abordagens de gestão do cuidado voltadas para a racionalização das práticas médico-hospitalares e b) as abordagens voltadas para uma “ampliação” da clínica e pela centralidade do sujeito nas práticas de saúde (Azevedo et al., 2010). Optamos por apostar nesta última corrente por acreditarmos na importância da dimensão subjetiva para as construções de práticas de saúde.

Se as práticas de saúde integrais não podem prescindir do encontro entre sujeitos, em nosso entendimento, torna-se inevitável considerar a dimensão intersubjetiva e inconsciente do trabalho em saúde. As estratégias defensivas, as fantasias, as ilusões, as alianças inconscientes, as identificações, idealizações e o imaginário sobre diferentes elementos que envolvem o cuidado em saúde são processos inconscientes que o ser humano produz na sua relação com o outro. Nessa perspectiva, esses fenômenos inconscientes também influenciarão, positivamente ou negativamente, o cuidado assistencial produzido (Sá, 2005, 2009).

Assim, a partir da consideração do inconsciente na produção do cuidado em saúde propomos discutir as possíveis implicações do imaginário instituído acerca do fenômeno da loucura para o cuidado produzido ao paciente com transtorno mental grave nos hospitais gerais.

Para tanto, fizemos uso do referencial teórico psicossociológico, de base psicanalítica, para adentrarmos nessa discussão. Elegemos o conceito Castoriadiano de imaginário social instituído e instituinte como categoria de análise central para nossa pesquisa. Os conceitos de imaginário enganador e

imaginário motor desenvolvidos por Enriquez (1997) também nos auxiliaram em nossa trajetória.

Para nós, o imaginário social em torno da loucura afeta as relações não apenas dos trabalhadores da saúde, mas de toda sociedade com os loucos. Esse fenômeno foi comumente apreendido segundo as características de imprevisibilidade, incerteza, periculosidade, algo incontrolável.

A segregação histórica a que os loucos foram submetidos por longo período apartou a experiência da loucura de toda sociedade, tornando-a desconhecida. Assim, o desconhecimento diante desse fenômeno causa medo, insegurança e repulsa. O contato com esses pacientes pode colocar os profissionais de saúde diante de suas limitações, anseios, angústias, pondo em xeque o fantasma de onipotência.

Pensamos que as repetições de procedimentos meramente técnicos possibilitam ao trabalhador se esquivar de todo e qualquer contato mais profundo com o louco, impedindo a emersão dessas ansiedades primitivas, como o próprio medo de enlouquecer. Nesse sentido, assim como os serviços de saúde podem corresponder a espaços privilegiados para a construção do vínculo, eles também podem se configurar como espaços para a manifestação da indiferença, do descuido, da produção do mal.

No entanto, não devemos perder de vista, até mesmo porque isso nos colocaria na mais profunda impotência e impossibilidade de produzirmos outras práticas de saúde, que o trabalho em saúde é trabalho “vivo em ato”, portanto sempre haverá a possibilidade de transformação, de criação que nos conduza a uma realidade diferente a que estamos acostumados a observar nos serviços de saúde. A potência de criação (Castoriadis, 1982) é imanente a vida humana.

É ali, onde as certezas nos faltam, onde elas deixam de existir, produzindo fissuras, rachaduras na superfície que nossa potência criadora pode se apresentar. O “louco” pode ser uma fonte de incerteza, assim, sua representação, antes paralisante, pode ser mobilizadora de processos de mudança.

Para tanto, é preciso que os serviços de saúde desenvolvam novos olhares sobre o cuidado e sobre a própria organização e sua gestão, valorizando junto com as tecnologias e saberes tradicionais, outras formas de expressão e apreensão dos processos intersubjetivos que atravessam a vida

organizacional e a produção do cuidado. É necessário que os serviços de saúde acolham os processos intersubjetivos inconscientes presentes na cena terapêutica, construindo espaços de escuta, de transitoriedade da fala, produzindo outros sentidos às experiências nos serviços de saúde.

É necessário, sobretudo, que os serviços de saúde desenvolvam capacidade de reconhecimento, acolhimento e encaminhamento do sofrimento humano, que não pode ser apreendido apenas pelos sintomas e não se reduz ao corpo anátomo-fisiológico.

Essas foram as principais ideias que tentamos desenvolver nessa pesquisa. O aprofundamento da discussão teórica a respeito do tema – os desafios para o cuidado integral ao paciente com transtorno mental grave no hospital geral – nos possibilitou desenvolver uma extensa revisão bibliográfica que nos auxiliou tanto na construção de nossas hipóteses, como também apontou para lacunas na discussão desse tema.

Muitos trabalhos se concentraram em avaliar se a presença de uma comorbidade psiquiátrica aumentaria os custos e o tempo de uma internação por motivos clínicos. Entendemos que, embora esses aspectos sejam importantes indicadores para a avaliação dos resultados em saúde, eles não são suficientes para se avaliar a qualidade do cuidado. Assim, propomos realizar uma discussão a partir de outro ângulo, trazendo os aspectos intersubjetivos e a dimensão inconsciente para problematizarmos a produção do cuidado ao paciente com comorbidade psiquiátrica no hospital geral.

A escolha do nosso referencial teórico permitiu que reconhecêssemos os saberes e práticas de saúde enquanto produção social, dependentes de condições sócio-históricas específicas, portanto, não naturais, não obedecendo a uma lógica determinista e causalista. Esse pensamento também é válido no que diz respeito as várias percepções em torno do fenômeno da loucura que surgiram ao longo da história. Uma série de contingências sociais, históricas e culturais possibilitaram a emersão de diferentes concepções e de diferentes maneiras da sociedade se relacionar com o louco.

Isso nos permite investir em mudanças e transformações das práticas produtoras do cuidado assistencial, tanto no âmbito hospitalar, como na rede de assistência em geral e, também, na produção de outras maneiras dos profissionais de saúde, bem como de toda sociedade, perceber e se relacionar

com a loucura. Se a periculosidade, a agressividade, a imprevisibilidade são hoje características atribuídas a pessoa com transtorno mental, isso não se deve à natureza da doença mental; nem mesmo a noção da loucura enquanto doença é um reflexo natural. Trata-se de uma construção histórica.

Ademais, a centralidade que a dimensão imaginária teve em nossa pesquisa nos permitiu compreender melhor o processo de construção e desconstrução dos saberes que sustentam as práticas de saúde voltadas ao paciente com comorbidade psiquiátrica no hospital geral. O reconhecimento dos processos inconscientes na produção do cuidado assistencial nos auxilia na compreensão das atitudes dos profissionais de saúde para com o paciente, ações essas que a princípio possam parecer tão contrárias ao objetivo de um serviço de saúde que é produzir cuidado com vistas a melhora do estado de saúde do sujeito que ali se encontra.

É claro que, como qualquer outro estudo, a nossa discussão não abarca a completude da realidade e da problemática do cuidado em saúde. Nosso trabalho não pretende ser suficiente, nem esgotar o assunto, dada a complexidade do tema e as diversas formas de abordá-lo. Corroborando o referencial teórico escolhido, trabalhamos com verdades sempre provisórias, que podem ser desconstruídas por novos pensamentos. O processo de criação é inerente à condição humana, portanto acontece nos diferentes espaços, incluindo na produção do conhecimento.

Ao longo do processo de construção desse trabalho, desde a definição do tema até a sua finalização momentânea, outros questionamentos surgiram, mas não puderam ser abordados aqui, seja pela limitação temporal, seja porque fugiam do objetivo dessa pesquisa. A dificuldade que nos deparamos para definirmos um campo de pesquisa, justificada pela ausência de pacientes com transtorno mental grave nos dois hospitais gerais que entramos em contato, nos fez questionar a rede de assistência à saúde para esses pacientes. Afinal, onde estes pacientes são atendidos? Seria nos próprios serviços de saúde mental? Compreender melhor a rede de assistência é importante para nós, mas sobretudo, para o paciente e seus familiares que muitas vezes ficam “pulando de serviço em serviço”, como vimos na crônica contada por Jurandir Freire Costa no começo dessa dissertação.

Outra questão que nos pareceu um pouco obscura é o fato de não encontrarmos na política de saúde mental referências diretas sobre o cuidado no hospital geral a pacientes com graves problemas psíquicos e comorbidades clínicas. A reduzida bibliografia sobre o tema nos chamou atenção e nos fez questionar se essa dimensão do cuidado não está sendo “esquecida” quando pensamos na rede de assistência a pessoas com transtorno mental grave. Explorar a visão de gestores do campo da saúde e da saúde mental é importante para sabermos que esforços estão sendo implantados para garantir o cuidado integral a essa população.

Por fim, embora nossa pesquisa tenha nos levado a muitas reflexões e interrogações ainda em aberto,

(...) há um momento em que é necessário por termo à análise. Esse momento é em parte arbitrário (o sentimento de ter conseguido desvelar um significado que merece ser comunicado) e em parte está dependente de circunstâncias exteriores (tempo e financiamento disponíveis, urgência expressa pelos destinatários da análise). De qualquer modo, a análise nunca pode ser considerada terminada(...).

(Giust-Desprairies & Lévy, 2005: 240)

Bibliografia

AMARAL, M. **DSM-V: ESTARIA A APA "EMBURRECENDO"?!.** Disponível em: <<http://www.ipub.ufrj.br/portal/ensino-e-pesquisa/ensino/residencia medica/blog/item/277-dsm-v-estaria-a-apa-emburrecendo>>. Acessado em: 03-12-2014.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. Asilos, alienados e alienistas. In: AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

_____; TORRE, E.H.G. MICHEL FOUCAULT E A “HISTÓRIA DA LOUCURA”: 50 ANOS TRANSFORMANDO A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA. **Rev. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 3, n. 6, pp. 41-64, 2011.

ANDRADE PRADO, S. A. Sem título. In: In: VASCONCELOS, E. M. et. al. **Reinventando a vida:** narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro – São Paulo:Encant Arte-Hucitec, 2005.

ARTAUD, A. (1925). Carta aos Médicos-chefes dos Manicômios. In: Willer, C (org). **Escritos de Antonin Artaud.** Porto Alegre:L&PM Editores. Tradução Cláudio Willer. Col. Rebeldes & Malditos, vol. 5, 1983.

ARTAUD, A. (1947). Van Gogh: o suicidado pela sociedade. In: Willer, C (org). **Escritos de Antonin Artaud.** Porto Alegre:L&PM Editores. Tradução Cláudio Willer. Col. Rebeldes & Malditos, vol. 5, 1983.

ARTAUD, A. (1948). Para acabar com o julgamento de Deus. In: Willer, C (org). **Escritos de Antonin Artaud.** Porto Alegre:L&PM Editores. Tradução Cláudio Willer. Col. Rebeldes & Malditos, vol. 5, 1983.

ASSIS, A. D de. **“Viver livremente”:** trajetos e passagens de uma fuga do cuidado. 2014. 201f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

ATKIN, K.; HOLMES, J.; MARTIN, C. Provision of care for older people with co-morbid mental illness in general hospitals: general nurses’ perceptions of their training needs. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 20, p. 1081–1083, 2005.

AZEVEDO, C. da S. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, n.7, v.2, p.349-361, 2002.

_____. Os processos intersubjetivos nas organizações. In: **Sob o domínio da urgência o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio**

de Janeiro. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo. Cap. 2, pp. 75-87, 2005.

_____; BRAGA NETO, F.C; SÁ, M. C. O Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18. N. 1, pp. 235-247, 2002.

_____ et. al. Caminhos da organização e gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar brasileiro. **Rev. Política, Planejamento e Gestão em Saúde**. n.1, v.1, p. 1-34. set. 2010.

AYRES, J. R. C.M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface-Comunic., Saúde, Educ.*, 6 Fv, 2000.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), p. 63-72, 2001.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 8(14), p.73-92, set. 2003-fev. 2004a.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, Dec. 2004b. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 03 Maio 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.

_____. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9, núm. 1, 2004c, pp. 15-29.

_____. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (org). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 416 pp.

_____. Organizações das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, vol. 18, supl. 2, 2009.

_____ et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à saúde. *Interface-Comunic., Saúde, Educ.*, 16(40), p. 67-81, jan/mar. 2012.

BARROS, O. C.; SERPA JÚNIOR, O. D. de. Ouvir vozes: um estudo sobre a troca de experiências em ambiente virtual. **Interface (Botucatu. Online)**, v. 18, n. 50 p. 557-69, 2014.

BARTELS, S. J. Caring for the Whole Person: Integrated Health Care for Older Adults with Severe Mental Illness and Medical Comorbidity. **Jags**. v. 52, n. 12. December, p. S249–S257, 2004.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

BONALDI et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, E. B. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

BOLTON, J. 'We've got another one for you!' Liaison psychiatry's experience of stigma towards patients with mental illness and mental health professionals. **The Psychiatrist**, v. 36, p.450-454, 2012.

BOUZA, C.; LÓPEZ-CUADRADO, T.; AMATE, J. M. Hospital admissions due to physical disease in people with schizophrenia: a national population-based study. **General Hospital Psychiatry**, v. 32, p. 156–163, 2009.

BRADSHAW, L. E. Six-month outcomes following an emergency hospital admission for older adults with co-morbid mental health problems indicate complexity of care needs. **Age and Ageing**, v. 42, p. 582–588, 2013.

BRAGA NETO, F. C. et al. **Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências**. In: GIOVANELLA, L et al (orgs). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov., 2005.

_____. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório da gestão 2003-2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. DAPES. Coordenação – Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de gestão 2007–2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011.

BRESSI, S. K.; MARCUS, S. C.; SOLOMON, P. L. The Impact of Psychiatric Comorbidity on General Hospital Length of Stay. **Psychiatr Q.** v. 77. p. 203–209, 2006.

CAI, X.; LI, Y. Are AMI Patients with Comorbid Mental Illness More Likely to be Admitted to Hospitals with Lower Quality of AMI Care? **AMI Quality of Care and Mental Illness**, v. 8, n. 4, p. 107, 2013.

CAMARGO, R. M. P de. (2011). 120f. **Transtornos mentais no hospital geral: percepções elaboradas por enfermeiros.** Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista. Botucatu, 2011.

CAMPOS, CJG; TEIXEIRA, MB, O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Rev.Esc. Enf. USP**, v. 35, n. 2, p. 141-9, jun. 2001

CAMPOS, G. W. de S. **A Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** 1996/1997. (mimeo).

CAPONI, S. **Loucos e degenerados:** uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz, 2012.

CARAPINHEIRO, G. **A caracterização sociológica dos serviços.** In: Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3 ed. Porto: Ed. Afrontamento, 1998.

CARAPINHEIRO, G. **Um primeiro olhar sobre o objeto.** In: Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3 ed. Porto: Ed. Afrontamento, 1998.

CARNEY, C. P.; JONES, L.; WOOLSON, R. F. Medical Comorbidity in Women and Men with Schizophrenia: a population-based Controlled Study. **J Gen Intern Med.**, v. 21, n. 11, p.1133-7, 2006.

CARRETEIRO, T. C. **A doença como projeto: uma contribuição à análise de formas de filiações e desfiliações sociais.** In: SAWAIA, B. (org). As artimanhas da exclusão: análise osicossocial e ética da desigualdade social. Ed. Vozes: Petrópolis, 2001.

CARVALHO, J. E. C de. Imaginário e representações sociais. **Rev. De Ciências Humanas**, Florianópolis: EDUFSC (Especial Temática), 2002, pp. 25-33.

CASHIN, C. E.; ADAMS, N.; HANDON, B. Excess Non-Psychiatric Hospitalization Among Medi-Cal Beneficiaries with Serious Mental Illness in California. **California Mental Health Policy Forum**, Garden Grove, CA, February 7, 2008.

CASTORIADIS, C. **A Instituição e o Imaginário: primeira abordagem.** In: Castoriadis, C. A Instituição Imaginária da Sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. 5ª edição.

_____. As encruzilhadas do labirinto I. Os domínios do homem. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

CASTORIADIS, C. **Poder, Política e Autonomia.** In: CASTORIADIS, C. As encruzilhadas do labirinto III: o mundo fragmentado. Trad. Rosa Maria Boaventura. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Imaginação, imaginário, reflexão.** In: CASTORIADIS, C. Feio e a ser feito: as encruzilhadas do labirinto V. Trad. Lilian do Valle. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

_____. **Imaginário e a imaginação na encruzilhada.** In: CASTORIADIS, C. Figuras do pensável. Trad. Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CLARK, C.; PARKER, E. GOULD, T. Rural generalista nurses' perceptions of the effectiveness of their therapeutic interventions for patients with mental illness. **Aust. J. Rural Health** (2005), v.13, p. 205–213, 2005.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.531-42, 2009

CECÍLIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, pp. 315-329, 1999.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2001.

_____. E MERHY, E.E.; "A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar", Campinas (SP), 2003. (mimeo).

_____. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Dec. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>.

CHIKAODIRI, A. N. Attitude of health workers to the care of psychiatric patients. **Annals of General Psychiatry**, v.8, n. 19, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Conclusão. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos:** locais de internação para usuários de drogas / Conselho Federal de Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

CORRÊA MATTA, G. C.; BARBOSA MORENO, A. Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 48, 2014, pp. 9-22.

COSTA, J.F. Desumano, puramente desumano. In: Costa, J.F. **Razões públicas, emoções privadas.** Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

CRISTAL. Sem título. In: VASCONCELOS, E. M. et. al. **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. Rio de Janeiro – São Paulo: Encant Arte-Hucitec, 2005.

DAUMIT, et al. Adverse Events During Medical and Surgical Hospitalizations for Persons With Schizophrenia. **Arch Gen Psychiatry**, v. 63, p. 267-272, 2006.

De HERT, M. et al. Physical health management in psychiatric settings. **Eur Psychiatry**, v. 25, suppl. 2, pp. 22-8, Jun. 2010.

DEJOURS, C. Análise psicodinâmica das situações de trabalho e sociologia da linguagem. In: LANCMAN, S. & SZNELWAR, L. I. Christophe Dejours: da **Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. Rio de Janeiro, Brasília: Editora Fiocruz, Paralelo 15, 2004.

DOLINAR, L.J. Obstacles to the care of patients with medical-psychiatric illness on general hospital psychiatry units. **Rev. Gen. Hosp. Psychiatry**, v. 15, n.1, pp. 14-20. 1993.

DOMBROVSKI, A.; ROSENSTOCK, J. Bridging general medicine and psychiatry: providing general medical and preventive care for the severely mentally ill. **Curr Opin Psychiatry**, v. 17, p. 523–529, 2004.

DUARTE, M. de L. C.; OLSCHOWSKY, A. Fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm**, v.64, nº 4, pp.698-703, agost, 2011.

DUSSAULT, G. “A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências”. **Revista de Administração Pública**, abril/junho, n. 26, v. 2, pp. 8-19. Rio de Janeiro, 1992.

ELIAS, A. D. **Cuidado de enfermagem ao paciente psiquiátrico em situação de emergência geral: real e imaginário**. 2012. 107f. Mestrado em Enfermagem Assistencial – Universidade Federal Fluminense, Niterói –RJ. 2012.

ENRIQUEZ, E. **A organização em análise**. Petrópolis: Vozes, 1997.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa**. Curitiba:Ed. Positivo, 2009, 4ª edição.

FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. **Psychê**, Ano X, v. 21, p. 13-30, jul-dez, 2007.

FIGUEIREDO, L.C. **A metapsicologia do cuidado**. In: FIGUEIREDO, L. C. As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea. São Paulo. Escuta, pp. 131-151. 2009.

FONSECA, M. L. G. **O trabalho em Saúde**. In: FONSECA, M. L. G. Da prescrição à criação: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem oncológica. Tese de doutoramento. Departamento de Saúde Pública. ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro. 2014.

FONSECA, M. L. G. **O trabalho da enfermagem**. In: FONSECA, M. L. G. Da prescrição à criação: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem oncológica. Tese de doutoramento. Departamento de Saúde Pública. ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro. 2014.

FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital**. In: FOUCAULT, M. Microfísica do poder. 9ª edição. Rio de Janeiro: Gaal, 1990.

_____. (1972). **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva AS, 1798.

_____. A constituição histórica da doença mental. In: FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Tradução de Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 77-88.

FRANCO, T; MERHY, E. **Trabalho em saúde**. In: PEREIRA, I.B; LIMA, J.C.F. (orgs). Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. Ver. Ampl. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

FRAYSE-PEREIRA, J. **O que é Loucura**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.

FREIRE, M. Sem título. In: VASCONCELOS, E. M. et. al. **Reinventando a vida**: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro – São Paulo: Encant Arte-Hucitec, 2005.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **O DSM-V e a fabricação da loucura**. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (site). Disponível em: <<http://cebes.com.br/2013/05/o-dsm-v-e-a-fabricacao-da-loucura/>>. Acessado em: 03-12-2014.

FREUD, S. **Psicologia de grupo e análise do ego**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Obras Completas de Sigmund Freud, 18).

GIUST-DESPRAIRIES, F. **Representação e Imaginário**. In: Barus-Michel, J.; Enriquez, E.; Lévy, A. Dicionário de Psicossociologia. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. pp. 174-189.

_____. **Castoriadis, Cornélius**. In: Barus-Michel, J.; Enriquez, E.; Lévy, A. Dicionário de Psicossociologia. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. Pp. 174-189.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Lucio Gomes Machado. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

GOMES, R. da S. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, E. B. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

GUEDES, H.H. da S.; CASTRO, M.M.de C.C. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Rev. Serv. Soc. Rev.** Londrina, v. 12, n.1, pp. 4-26, jul/dez. 2009.

HILDEBRANDT, L. M.; ALENCASTRE, M. B. A inserção da psiquiatria no hospital geral. **Rev.Gaúcha. Enferm.** Porto Alegre, v.22, n.1, p.167-186, jan. 2001.

HOCHLEHNERT, A. et al. Psychiatric comorbidity in cardiovascular inpatients: Costs, net gain, and length of hospitalization. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 70, p. 135–139, 2011.

HOOVER, D. R. et al. Mental illness and length of inpatient stay for medicaid recipients with AIDS. **Health Serv Res.** Oct, v.39, n.5, p.1319-39. 2004.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. Trad. José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S.A., 1975.

de JONGE, P.D., et al. Mental disturbances and perceived complexity of nursing care in medical inpatients: results from a European study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 36, n.3, p. 355–363, 2001.

KHAYKIN, E. et al. National estimates of adverse events during nonpsychiatric hospitalizations for persons with schizophrenia. **General Hospital Psychiatry**, v. 32, p. 419–425, 2010.

KONNOPKA, A. Effects of psychiatric comorbidity on costs in patients undergoing disc surgery: a cross-sectional study. **The Spine Journal**, v. 11, p. 601–609, 2011.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2013.

LEAL, E.; DAHL, C.; SERPA JR., O. D. de. A experiência do adoecimento em estudo de narrativas de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico: um debate sobre a necessidade da releitura da categoria a partir de achados de pesquisa. **Ciências Humanas e Sociais em Revista**, v. 36, p. 55-67, 2014.

LEÃO, Rodrigo de Souza. **Todos os cachorros são azuis**. 2ª edição. Rio de Janeiro: 7Letras, 2010.

LETHOBA, K.G; NETSWERA, F. G & RANKHUMISE, E. How professional nurses in a general hospital setting perceive mentally ill patients. *Curationis*, v. 29, n. 4, p. 4-11, 2006.

LÉVY, A. O posicionamento clínico. In: **Ciências clínicas e organizações sociais-sentido e crise de sentido**. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC,2001.

LOUZADA, A.P.F.; BONALDI, C.; BARROS, E.B.de. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, E. B. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

LYKETSOS, C.G.; DUNN G.; KAMINSKY, M.J. *et al.* Medical comorbidity in psychiatric inpatients: relation to clinical outcomes and hospital length of stay. **Psychosomatics**, v. 43, n.1, pp. 24–30, 2002.

LYKOURAS, L.; DOUZENIS, A. Do psychiatric departments in general hospitals have an impact on the physical health of mental patients? **Current Opinion in Psychiatry**, v. 21, p.398–402, 2008.

LYTH, I. M. Social Systems as a defense against anxiety: a impirical study of the nursing service of a general hospital. **Human Relations**. 13:95-121, 1960.

MACDONALD, M. T. Nurse–Patient Encounters: Constructing Harmony and Difficulty. **Advanced Emergency Nursing Journal**, v. 29, n. 1, p. 73–81, 2007.

MATOS, E; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**, v.15, n 3. P. 508-14. Florianópolis, 2006.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

_____. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro:UERJ, 2006.

_____. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2013.

MCDONALD, D. D. et al. Effect of a Psychiatric Diagnosis on Nursing Care for Nonpsychiatric Problems. **Research in Nursing & Health**, v. 26, p. 225–232, 2003.

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

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** v. 4, n. 6. Botucatu. Fev., 2000.

_____. O ato de cuidar como um dos nós críticos “chaves” dos serviços de saúde, Campinas (SP), 1999. (mimeo).

MILENOVIC et al. Preoperative assessment and management of patient with psychiatric comorbidity. **Acta Chir Iugosl.**, v.58, n. 2, p.143-9, 2011.

MINAS, H. Attitudes of Malaysian general hospital staff towards patients with mental illness and diabetes. **BMC Public Health**, v. 11, p. 1-10, 2011.

MINTZBERG H. et. al. **O processo da estratégia:** conceitos, contextos e casos selecionados. Trad. Luciana de Oliveira da Rocha – 4ª ed. – Porto Alegre: Bookman, 2006.

_____. **Criando organizações eficazes.** Trad. Cyro Bernardes. São Paulo: Atlas, 1995.

MITCHELL, A. J.; DELAFFON, V.; LORD, O. Let's get physical: improving the medical care of people with severe mental illness. **Advances in psychiatric treatment**, vol. 18, p. 216–225, 2012.

MUNRO, A.; WATSON, H. E.; MCFADYEN, A. Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about comorbidity: A randomised controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**. v. 44, p.1430–1438, 2007.

OGINO, T. A. Tamysy Araújo Ogino. In: VASCONCELOS et. al. **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental.** Rio de Janeiro - São Paulo: Ecant-Arte – Hucitec, 2005.

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 10, n.3, 2005, pp. 573-83.

ODD, MJ; SCHULING, J; GROENIER, K.H; VERHAAK, P.F; SLOOFF, C.J.; DEKKER, J.H.; MEYBOOM-de Jong B. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study. **BMC Fam Pract.**; v.11, n.92, 2010.

_____. Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. **BMC Fam Pract.**; v.10, n. 29, 2009.

PASSOS, E.; BARROS, R. de B. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Jan-Abr, v. 16, n. 1, p. 071-079, 2000.

PAES, M. R.; MAFTUM, M. A.; MANTOVANI, M. de F. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clinicopsiquiátrica. 2009. 144f. Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR. 2009.

_____. Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. **Rev. Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 9, n.2. pp. 309-316, abr.-jun. 2010.

PAUGAM, S. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais: uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da exclusão social: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 2001, 2ª ed.

PAULON, S. M. O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. **Rev. Polise Psique**, v. 2, n. temático, p. 73- 94. 2012.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**. v. 35, n.1. pp.103-9, 2001.

PEREIRA, M. de O. (2013), 198 f. **Um olhar sobre a atenção psicossocial a partir do itinerário terapêutico de adolescentes em crise**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional De Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

PINHEIRO, R; GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2013.

PINHO, L. B. et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, 9(3), p. 835-846, 2007.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e Trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação nacional dos trabalhadores em seguridade social – CUT, Annablume, 1998.

PLASTINO, C. A. O quinto rombo: a psicanálise. In: SANTOS B. de S. (Org.). **Conhecimento Prudente para uma Vida Decente: 'um discurso sobre as ciências' revisitado**. São Paulo: Cortez, 2004.

PORTELA, M.C. Diretrizes clínicas como instrumento de melhoria da qualidade da assistência suplementar: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar. In: ANS. Brasil. Ministério da Saúde (org). **Regulação & saúde: Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Rio de Janeiro, 2004; 3: 177-210.

PORTER, R. **O hospital**. In: PORTER, R. (Org). Das tripas coração: uma breve história da medicina. Rio de Janeiro: Record, 2004.

PORTER, R. **Médicos**. In: PORTER, R. (Org). Das tripas coração: uma breve história da medicina. Rio de Janeiro: Record, 2004.

PRADO, M. Estamira. [filme-vídeo]. Direção de Marcos Prado. Rio de Janeiro, 2005, 121 min.

RATHORE, S.S. et al. Mental Disorders, Quality of Care, and Outcomes Among Older Patients Hospitalized With Heart Failure: An Analysis of the National Heart Failure Project. **Arch Gen Psychiatry**, v. 65, n. 12, p.1402-1408, december, 2008.

REED, F.; FITZGERALD, L. The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 14, p. 249-257, 2005.

ROCHA, Albertina Borges da. **Meu convívio com a esquizofrenia: uma história real de descoberta e superação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2012.

ROLLO, A. A (1997). É possível construir novas práticas assistenciais no Hospital público. In: MERHY, E. **O ato de cuidar como um dos nós críticos "chaves" dos serviços de saúde**. Campinas, 1999.

RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C; CORRIGAN, P. W. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. **European Psychiatry**, v. 20, p. 529-539, 2005.

SÁ, M de C. Por uma Abordagem Clínica Psicossociológica de Pesquisa e Intervenção em Saúde Coletiva. In: AZEVEDO, C da S.; SÁ, M. de C. (org). **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

_____. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500016&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 27 jul. 2013.

_____; Carreiro, T. C.; Fernandes, Maria Inês Assumpção. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p.1334-1343, jun, 2008.

_____. A Natureza do trabalho em saúde e a perda de sua dimensão cuidadora. In: Sá, M. C. (2005). 454f. **Em busca de uma porta de saída: os desatinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência**. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

SACKETT, D.L. et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. **British Medical Journal** 1996; 312:71-2.

SAYERS, S. L. et al. Psychiatric comorbidity and greater hospitalization risk, longer length of stay, and higher hospitalization costs in older adults with heart failure. **J Am Geriatr Soc.** Oct., v.55, n.10, p.1585-91, 2007.

SCHRAIBER, L. B. Medicina: ontem e hoje. In: SCHRAIBER, L.B. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

_____. Medicina, tecnologia e interações: a crise da confiança. In: SCHRAIBER, L.B. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

_____ *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**,4(2): 221-242, 1999.

_____. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade.** São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

_____. No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. **Interface — Comunic, Saúde, Educ.** v.1, n. 1. Botucatu. Ago, 1997. pp. 123-138.

SHATTELL et al. “She Took the Time to Make Sure She Understood”: Mental Health Patients’ Experiences of Being Understood. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 20, n. 5, out., p. 234–241, 2006.

SMART do RIO. Sem título. In: VASCONCELOS, E. M. et. al. **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental.** Rio de Janeiro – São Paulo: Encant Arte-Hucitec, 2005.

SILVA JR.; A. G.; MERHY, E.E.; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIROS, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO, 2003.

SULLIVAN, G. et al. Disparities in hospitalization for diabetes among people with and without cooccurring mental disorders. **Psychiatric Services**, v.57, n.8, p. 1126–1131, 2006.

SZASZ, T. Introdução. In: **A fabricação a loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

_____. Parte II: fabricação da loucura. In: **A fabricação a loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

VASCONCELOS, E. M. et. al. **Reinventando a vida**: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro – São Paulo:Encant Arte-Hucitec, 2005.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, C. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2013.

WEINGARTEM, R. Introdução. In: VASCONCELOS et. al. **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. Rio de Janeiro - São Paulo:Ecant-Arte – Hucitec, 2005.

ZOLNIEREK, C. D. Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. **J. Adv. Nurs.**, v.65, n.8, pp. 1570-83, 2009.

ZOLNIEREK, C. D. The importance of knowing the Patient. **Mental Health Nursing**, v. 32, p. 392–393, 2011.

ZOLNIEREK, C. D.; CLINGERMAN, E. M. A Medical–Surgical Nurse’s Perceptions of Caring for a Person With Severe Mental Illness. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**. v. 18, nº 4, pp. 226-235, 2012.