

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



**ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES EM CRISE EM UM CENTRO DE
REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE**

apresentado por

Flaviana Mara da Silva

Primeiro Orientador: Prof^a. Dra. Creuza da Silva Azevedo

Segundo Orientador: Prof^o. Dr. Paulo Amarante

Rio de Janeiro
Outubro de 2009

FLAVIANA MARA DA SILVA

**ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES EM CRISE EM UM CENTRO DE
REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública ao Departamento de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ).

Primeiro Orientador: Prof^a. Dra. Creuza da Silva Azevedo

Segundo Orientador: Prof^o. Dr. Paulo Amarante

**Rio de Janeiro
Outubro de 2009**

Para as mulheres da minha vida: Rosângela, Rosane, Alfa e Rosana, por me incentivarem, do início ao fim, a realização deste trabalho e por me ensinarem, com seus exemplos, o significado das palavras acolhimento, cuidado, coragem e persistência.

e

Para todos aqueles que se dedicam ao árduo trabalho do cuidado no campo da saúde mental.

AGRADECIMENTOS:

São muitas as pessoas a quem gostaria de agradecer. Cada uma delas contribuiu, em determinado momento e à sua maneira, para a realização deste trabalho.

À minha mãe, Rosângela, pelo amor incondicional, por me acolher sempre e, com suas sábias palavras, fé e otimismo, me erguer nos momentos de crise vividos durante a trajetória do mestrado. Se não fosse minha mãe esta dissertação com certeza não seria uma realidade!

À minha querida irmã, Zane, pelo carinho, incentivo e pelo jeito alegre e leve de se fazer presente em minha vida. Obrigada por ouvir minhas dúvidas e dar opiniões tão interessantes a este trabalho.

Ao meu estimado irmão, Marcônio, pelas conversas boas e sérias que já tivemos sobre família, responsabilidades e futuro. Obrigada também por me ajudar com o ‘abstract’.

Ao João Orlando Filho, por ter sido uma pessoa muito especial em minha vida nos últimos cinco anos. Obrigada por ter sido tão generoso, solícito, interessado em me ajudar e por ter acreditado que eu conseguiria findar, com êxito, este trabalho.

À vovó Alfa, tia Rosana, tio Rosen e primo Maurício, pelos momentos de alegria que me proporcionaram. Obrigada vovó e titia, pelas orações e pelos conselhos de luz que me guiaram até o fim deste trabalho.

Às Irmãs Ana Cristina e Helena que carinhosamente me acolheram e fizeram com que o pensionato se tornasse meu segundo lar. E a Ana, claro, por deixar tudo tão arrumado!

Às amigas Cláudia Mora (Crespita), Vanessa (Banes) e Darcília, vizinhas de quarto, pelas conversas animadas na cozinha, na sala de TV e no ‘Mamma Rosa’.

Ao Dr. Gilberto Araújo, pela “escuta” e acolhimento.

Ao querido amigo Gilvan Nunes por poder contar com sua ajuda e amizade.

À Creuza Azevedo, minha orientadora neste percurso, por apresentar-me uma nova lente teórica, a psicossociologia francesa, por direcionar-me de forma tão acolhedora e tratar do meu objeto de pesquisa com brilho nos olhos. Obrigada pela compreensão e por me ajudar com os prazos!

Ao Paulo Amarante, por aceitar o pedido de co-orientação e pelos preciosos apontamentos a este trabalho desde a qualificação até o resultado final.

À Nina Isabel Soalheiro e Marilene de Castilho Sá, pela leitura atenciosa e sugestões ao projeto de qualificação.

Aos colegas de turma, hoje, novos amigos, João Maurício, Ana Luísa, Adelyne, Cláudia Márcia, Maris Stella e Daniela, por compartilharem as alegrias e as agruras deste percurso.

Aos Coordenadores Municipais de Saúde Mental de Belo Horizonte, por me abrirem as portas para a pesquisa de campo, autorizando-me o trabalho nos CERSAMs.

Ao Sr. Jota, por se disponibilizar a me ajudar com os trâmites do Comitê de Ética da SMSA de BH.

Aos gerentes e profissionais dos dois CERSAMs onde a pesquisa de campo se realizou. Obrigada por concordarem em participar da pesquisa, por exporem de forma sincera o modo como atuam, por abrirem-me as portas de seus consultórios em atendimento, por contribuírem com suas opiniões e narrativas tão ricas e emocionantes.

Aos usuários desses serviços, por aceitarem minha presença diária, minha maneira curiosa de ver, perguntar e querer saber o que se passava no espaço assistencial.

Ao CNPq, pela bolsa de estudos que me permitiu a dedicação necessária à realização deste trabalho.

"Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil".

A fábula do cuidado (de Higino, tradução livre de Leonardo Boff)

SUMÁRIO

| | |
|------------------------------|------------|
| RESUMO | ix |
| ABSTRACT | x |
| LISTA DE ABREVIATURAS | xi |
| ÍNDICE DE TABELAS | xii |
| INTRODUÇÃO | 13 |

PARTE I

Percurso Histórico e Conceitual

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Capítulo 1. A Psiquiatria, o Asilo e suas “Reformas”. | 28 |
| 1.1. Constituição e crise da Psiquiatria. | 28 |
| 1.2. As experiências de Reforma Psiquiátrica na Europa, EUA e o surgimento do conceito de crise em saúde mental. | 35 |
| Capítulo 2. O Percurso da Desinstitucionalização na Experiência Italiana: ruptura e inovação nas práticas de atenção às situações de crise. | 43 |
| 2.1. A experiência de Gorizia. | 44 |
| 2.2. A experiência de Trieste: ruptura e inovação nas práticas de atenção às situações de crise. | 49 |
| Capítulo 3. Percurso Histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil. | 61 |
| 3.1. A trajetória da desinstitucionalização e a constituição de experiências inovadoras | 63 |
| 3.2. Serviços substitutivos e a tomada de responsabilidade às situações de crise. | 72 |
| Capítulo 4. A Trajetória da Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais e a atual Política de Saúde Mental de Belo Horizonte. | 77 |

PARTE II

O CERSAM e os Caminhos da Atenção às Situações de Crise

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Capítulo 5. Metodologia: o caminho da pesquisa. | 92 |
| 5.1. Natureza da pesquisa. | 92 |
| 5.2. Psicossociologia Francesa: uma abordagem clínica para a pesquisa. | 95 |
| 5.3. O desenho da pesquisa. | 108 |
| 5.4. Aspectos éticos. | 125 |
| 5.5. Plano de análise do material empírico. | 125 |
| | |
| Capítulo 6. Ideal antimanicomial e a tomada de responsabilidade às situações de crise: princípios e valores da política de saúde mental de Belo Horizonte. | 130 |
| | |
| Capítulo 7. Assistência às pessoas em situação de crise no CERSAM ‘X’. | 141 |
| 7.1. Entrando no CERSAM ‘X’. | 141 |
| 7.2. Representações sobre o CERSAM ‘X’: o imaginário organizacional e os sentidos do projeto assistencial. | 173 |
| 7.3. Representações, concepções e visões sobre a pessoa em situação de crise: o imaginário dos profissionais sobre a crise. | 185 |
| 7.4. A atenção à crise no CERSAM ‘X’. | 196 |
| 7.4.1. Acolhimento. | 196 |
| 7.4.2. Acessando alguns sentidos atribuídos às práticas assistenciais: sobre o papel do Técnico de Referência. | 206 |
| 7.4.3. A atenção às pessoas em situação de crise no cotidiano: narrativas e cenas assistenciais. | 216 |
| 7.5. Trabalho em Equipe. | 242 |
| | |
| Capítulo 8. Considerações finais. | 249 |
| | |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 259 |
| ANEXOS | 270 |

RESUMO

SILVA, Flaviana Mara da. *Assistência às pessoas em situação de crise em um Centro de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte*. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2009.

Como é feita a assistência às pessoas em situação de crise nos novos serviços advindos do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira? Esta foi a questão que inspirou este estudo. Buscando investigar tal questão em um serviço *substitutivo*, este estudo contemplou a análise da experiência assistencial de um dos Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAM – do município de Belo Horizonte, tendo como via de acesso o cotidiano e as narrativas dos profissionais sobre suas práticas assistenciais. A contento, o rico e complexo cotidiano assistencial do CERSAM foi analisado por meio das lentes da Psicossociologia Francesa, vertente da Psicologia Social, de inspiração psicanalítica, que se dedica ao estudo dos sujeitos em situações cotidianas, em seus grupos, organizações e comunidades. De natureza qualitativa, este estudo privilegiou, em seu desenho metodológico, a articulação de duas estratégias quando realizada a pesquisa de campo: a observação participante e as entrevistas em profundidade. A análise da experiência assistencial do CERSAM pesquisado permitiu compreender o imaginário dos profissionais sobre o próprio CERSAM e sua proposta assistencial, além das representações de crise que perpassam as práticas assistenciais destes profissionais. Junto à dimensão imaginária, a configuração dos processos de trabalho, o funcionamento dos dispositivos assistenciais do serviço e o trabalho em equipe permitiram apreender os desafios cotidianos encontrados pelos profissionais que se dedicam ao árduo trabalho de oferecer uma assistência às pessoas em situação de crise conforme os princípios e valores do ideal que norteia o projeto assistencial da equipe: o ideal antimanicomial.

Palavras-chaves: 1. Assistência às pessoas em situação de crise. 2. CERSAM. 3. Psicossociologia Francesa. 4. Imaginário organizacional. 5. Imaginário de crise.

ABSTRACT

SILVA, Flaviana Mara da. *Assistance to people in crisis in a Center of Reference in Mental Health of Belo Horizonte*. Dissertation (Master's Degree in Public Health) - National School of Public Health Sergio Arouca - Oswaldo Cruz Foundation (ENSP / Fiocruz), Rio de Janeiro, 2009.

How is the assistance to people in crisis in the new services from the process of the Brazilian Psychiatric Reform? This was the question that inspired this study. Order to further investigate this issue in a *substitutive* service, this study included the analysis of the care experience of one of the Centers of Reference in Mental Health - CERSAM - the city of Belo Horizonte, with the route to daily life and the narratives of professionals about their practice assistance. The satisfaction, the rich and complex daily care of the CERSAM was examined through the lens of French Psychosociology, part of the social psychology of psychoanalytic inspiration, dedicated to the study of subjects in everyday situations in their groups, organizations and communities. Qualitative, this study focused on methodological design for a combination of two strategies when performed field research: participant observation and interviews in depth. The analysis of the care experience of the CERSAM studied enabled us to understand the imaginary of professionals about the CERSAM and their own healthcare proposal, and the representations of crisis that pervades the healthcare practices of these professionals. Along the imaginary dimension, the configuration of work processes, the operation of the service of caring and teamwork possible to grasp the daily challenges encountered by professionals who are dedicated to the hard work of providing assistance to people in crisis according to the principles and values of the ideal that guides the care project team: the ideal anti-asylum.

Key words: 1. Assistance to people in crisis. 2. CERSAM. 3. French Psychosociology. 4. Imaginary organization. 5. Imaginary of crisis.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
COREN-MG – Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais
CRIA – Centro Regional da Infância e Adolescência
CRM-MG – Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais
CSM – Centro de Saúde Mental
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
ESM-ESF – Equipe de Saúde Mental – Equipe Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GEAS – Gerência de Assistência
IMAS – Instituto Municipal de Assistência à Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PSF – Programa Saúde da Família
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEHIG – Secretaria de Higiene e Saúde de Santos
SEP – Serviço de Emergência Psiquiátrica
SUP – Serviço de Urgência Psiquiátrica
SMSA – Secretaria Municipal de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Tabela 1 – Quantidade de sujeitos entrevistados durante o trabalho de campo por grupamento, descrição profissional e CERSAM. Brasil, 2008. | 119 |
| Tabela 2 – Profissionais do CERSAM ‘X’ por grupamento, descrição profissional, quantidade e carga horária semanal. Brasil, 2008. | 155 |
| Tabela 3 – Horários dos turnos, das passagens de plantão e número de plantonistas com sua descrição profissional em cada turno no CERSAM ‘X’. Brasil, 2008. | 159 |
| Tabela 4 – Elenco de dispositivos/recursos assistenciais do CERSAM ‘X’. Brasil, 2008. | 166 |

INTRODUÇÃO

O ingresso ao curso de mestrado representou, em meu percurso, a possibilidade de empreender um esforço teórico e de produção de conhecimento em torno de algumas questões que o trabalho cotidiano no campo da assistência em saúde mental me suscitou.

Iniciei minha trajetória no campo da saúde mental e atenção psicossocial, primeiro, como estagiária de psicologia em um dos Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAM – do município de Belo Horizonte. Durante esse fecundo período de estágio pude entrar em contato, pela primeira vez, com as pessoas que apresentavam um intenso sofrimento mental. Conhecer suas histórias de vida, suas realidades, seus contextos familiares, conhecer, também, o trabalho desenvolvido pelos profissionais, a dinâmica de funcionamento desse serviço e, ainda, os valores, os discursos e os ideais que perpassavam suas práticas assistenciais, certamente, influenciou meu percurso pessoal e profissional.

Adiante, o ingresso ao curso de Residência em Saúde Mental, realizado em um dos Institutos Municipais de Assistência à Saúde (IMAS), outrora denominados hospitais psiquiátricos, no município do Rio de Janeiro, possibilitou-me o contato com uma realidade assistencial diferente da anterior. Embora o IMAS tivesse o intuito de trabalhar na direção da Reforma Psiquiátrica, a assistência às pessoas que chegavam em situação de crise em enfermarias fechadas com grades que davam saída para corredores escuros e labirínticos de seus vários prédios não deixava dúvidas, havia resquícios do manicômio e, por vezes, tais resquícios obscureciam a crítica ao modo asilar, abrindo brechas para alguns abusos e violências. A passagem pelo IMAS permitiu-me compreender ou ressignificar alguns discursos que eu ouvira ou leituras que eu fizera, até então, sobre luta antimanicomial, cuidar em liberdade, desinstitucionalização.

Finda a Residência no IMAS continuei o percurso no campo da saúde mental, desta vez, em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – localizado ao norte de Minas Gerais. Trabalhar em um serviço com poucos recursos materiais, com funcionamento apenas diurno e em dias úteis da semana, sendo referência para uma população de aproximadamente duzentos mil habitantes distribuídos em, pelo menos, onze municípios vizinhos e instituídos um imaginário social e uma cultura de que a internação psiquiátrica era a forma de

tratamento para a pessoa com intenso sofrimento mental, desafiava a possibilidade de assistir as pessoas com sofrimento mental em situação de crise sem recorrer ao hospital psiquiátrico. Ao mesmo tempo, tal cenário sinalizava quão desigual pode se apresentar o processo da Reforma Psiquiátrica entre os municípios brasileiros, quão diferentes o funcionamento, a proposta assistencial e o acolhimento às pessoas em crise entre este CAPS do interior, o IMAS carioca e o CERSAM belo-horizontino.

CERSAM foi o nome que receberam os serviços de saúde mental, substitutivos ao hospital psiquiátrico, em Belo Horizonte, mas que em outras cidades do país são conhecidos como Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – e em Santos/SP receberam o nome de Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS.

CAPS, NAPS e CERSAM são serviços advindos do processo de transformações no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil. Processo também conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciado em meados da década de 1980 num contexto de redemocratização do país (AMARANTE & TORRE, 2001).

Neste contexto, discussões em torno da assistência em saúde mental orientadas pelo lema “Por uma sociedade sem manicômios” fomentaram importantes experiências inovadoras como a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS Prof^o Luiz da Rocha Cerqueira, em 1987, em São Paulo e a criação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos, após a intervenção na Clínica de Saúde Anchieta, em 1989.

Ambas as experiências, igualmente precursoras no país, mas diferentes em seus projetos originais – grosso modo, o CAPS tinha a proposta de ser uma estrutura intermediária entre hospital e comunidade enquanto o NAPS, fundamentado pelo referencial teórico da desconstrução do manicômio, tinha como objetivo se tornar um serviço substitutivo ao modelo manicomial – subsidiaram o Ministério da Saúde na formulação da portaria n^o 189/91 que altera o financiamento das ações e serviços de saúde mental e das portarias n^o 224/92 e n^o 336/02 que instituem e regulamentam o funcionamento destes novos serviços.

Embora as portarias ministeriais tenham viabilizado a construção de muitos novos serviços, ultrapassando o número de mil e quatrocentas unidades atualmente no país, elas também produziram, de acordo com AMARANTE & TORRE (2001: 32) uma

“homogeneização das experiências originais, uma vez que as pioneiras, porém distintas, experiências do CAPS e do NAPS, são consideradas sinônimos em tais portarias”. O que fez perder a pluralidade das questões por elas introduzidas e o conceito de “serviço substitutivo” proposto pelo NAPS de Santos.

Em Minas Gerais é possível encontrar, em seus numerosos municípios, tanto serviços que se orientam pelo modelo do primeiro CAPS como serviços que se orientam pelo modelo dos NAPS de Santos. De acordo com o Relatório de Gestão 2003/2006 da Coordenação Estadual de Saúde Mental,

“encontramos duas situações: CAPS Complementar e CAPS Substitutivo ao antigo modelo hospitalocêntrico, ou seja, quando o CAPS funciona efetivamente, segurando e contornando a crise sem a necessidade da internação hospitalar ele é substitutivo. Entretanto, quando ainda utiliza o mecanismo da internação ele é complementar” (COORD. ESTADUAL SAÚDE MENTAL, 2006: 20).

Ainda de acordo com este relatório, “o modelo de CAPS Substitutivo ao Hospital Psiquiátrico é o modelo preconizado pela legislação brasileira em saúde mental e também pela Coordenação Estadual de Saúde Mental” (COORD. ESTADUAL SAÚDE MENTAL, 2006: 20).

Em Belo Horizonte, a vinda de Franco Basaglia – um dos principais atores da desconstrução do manicômio em Trieste na Itália – ao III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979, e a visita dos trabalhadores mineiros de saúde mental aos NAPS de Santos, em 1991, serviram de inspiração para a implantação dos CERSAMs.

De acordo com ANAYA (2004), os CERSAMs se responsabilizariam pela clientela mais grave que antes era referenciada aos hospitais no momento da crise. Ainda de acordo com a autora, o CERSAM nasceu com a proposta de ser substitutivo e tem como prioridade atender às urgências e acompanhar às crises de pacientes adultos, selecionando como

clientela prioritária os psicóticos, os neuróticos graves e os egressos de internações hospitalares.

Os CERSAMs foram criados tendo como inspiração os Centros de Saúde Mental nascidos do processo da reforma psiquiátrica italiana, conhecida como Psiquiatria Democrática e considerada um processo social complexo que se orienta pelo percurso da desinstitucionalização (ROTELLI et al, 2001). O caminho da desinstitucionalização é o da desconstrução do teorema racionalista problema-solução que “separa um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta dos pacientes e do corpo social” (ROTELLI et al, 2001: 27).

Assim, no percurso da desinstitucionalização, caminha-se para a desconstrução do “conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referências culturais e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: a doença, à qual se sobre[pôs] no manicômio o objeto periculosidade” (ROTELLI et al, 2001: 90).

O projeto dos serviços de saúde mental orientados pela desinstitucionalização coincide com a reconstrução da complexidade do objeto – a “existência-sofrimento dos pacientes em sua relação com o corpo social” (ROTELLI et al, 2001: 91) – que outrora o manicômio havia simplificado.

Concretamente, significa transformar os modos nos quais as pessoas são tratadas para transformar os modos pelos quais vivenciam o sofrimento, ou seja, o trabalho terapêutico não deve ser mais compreendido como a perseguição da solução – cura, mas como conjunto complexo e cotidiano de estratégias voltadas para o resgate das pessoas como sujeitos sociais (ROTELLI, 2001).

Nesta perspectiva, tratar significa “ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana” (ROTELLI, 2001: 94).

Voltando aos CERSAMs, os serviços de saúde mental de Belo Horizonte, embora se orientem pela trajetória da desinstitucionalização, se inspirem nos Centros de Saúde Mental de Trieste na Itália e nos NAPS de Santos em São Paulo, se diferenciam destes na medida em que selecionam uma clientela prioritária. Ao contrário dos serviços triestinos e dos

NAPS santistas que assumem, no território, “a demanda como totalidade indivisível” (ROTELLI et al, 2001: 47), os CERSAMs se constituíram como referência de tratamento e resposta à crise aguda que antes terminava tendo como porta de entrada o manicômio.

Ao se constituírem como “Centros de Referência” para as urgências psiquiátricas, para os pacientes em situações de crise, a noção de “referência”, segundo SOALHEIRO (1997), permite, por um lado, que os CERSAMs se organizem como referência em saúde mental para a rede de seu território e que seus profissionais sejam referência para os pacientes do serviço; por outro, traz uma dimensão de processo a ser construído, de viabilização de laços que podem ou não se estabelecer entre as pessoas envolvidas no cuidado aos pacientes que buscam o serviço.

Em seu funcionamento, os CERSAMs trabalham com a lógica do acolhimento, ou seja, qualquer pessoa que se dirija ao serviço é prontamente atendida por um dos seus profissionais que se revezam no plantão, mas só é inscrito ou inserido no serviço aquele que se enquadra na clientela priorizada.

Em trabalhos de autores (LOBOSQUE, 2001, 2003; ABOU-YD & LOBOSQUE, 1998) que apresentam o projeto de saúde mental de Belo Horizonte, os CERSAMs, atendendo a diferentes regiões e articulados a “Centros de Convivência” e Centros de Saúde, devem oferecer e sustentar tratamento às pessoas com grave sofrimento mental em situação de crise, sem o recurso ao hospital psiquiátrico. Cumpre-lhes se oferecerem essencialmente como “lugar de passagem, por mais demorada que esta passagem necessite ser em certos casos”, constituindo-se em espaços de “circulação intensa, incessante, acelerada, que se requer para o desafio de fazer frente à crise, dentro do zelo pela liberdade” (LOBOSQUE, 2003: 6).

Assim, diante destes novos serviços – os CERSAMs – que se dedicam ao acolhimento e acompanhamento desta clientela específica, meu interesse se voltou para as práticas cotidianas de seus profissionais com o seguinte questionamento: como são seus modos de lidar com as situações de crise no cotidiano? Ou seja, como são suas práticas assistenciais no encontro com aquele que se apresenta com um sofrimento mental intenso, agudo, em crise?

Esta pergunta se desdobra no interesse pelas práticas partilhadas pelos profissionais no dia-a-dia da assistência à pessoa em situação de crise; no interesse pela compreensão dos profissionais sobre o que seja uma situação de crise; nos elementos teórico-conceituais, ideológicos e imaginários que sustentam suas práticas de assistência e no interesse em conhecer os desafios e atuais limites vividos pelos profissionais no encontro com o sujeito em situação de crise.

Lembrando NICÁCIO (apud AMARANTE & TORRE, 2001) que compreende a real possibilidade do atendimento à crise como fundamental para os serviços que pretendem ser substitutivos ao manicômio, ganha, portanto, relevância problematizar como é feito esse atendimento à crise a fim de compreender os sentidos e as representações do projeto assistencial da equipe, os sentidos de suas práticas, quais os recursos internos e/ou externos ao serviço buscados pela equipe para acolher e acompanhar a crise do outro ou “sustentar sua própria crise” (ONOCKO CAMPOS, 2001).

No âmbito do planejamento, a relevância do estudo emerge da possibilidade de, a partir da análise da experiência assistencial de um CERSAM de Belo Horizonte, compreender como este serviço está organizado para o atendimento aos pacientes em situação de crise, quais os novos conceitos e práticas são produzidos nesse serviço, como ele tem feito o percurso da desinstitucionalização, quais suas dificuldades neste percurso e como sua experiência pode ser compartilhada com outros serviços de saúde mental a fim de qualificar o atendimento às pessoas em situações de crise.

Assim, a questão abordada neste estudo – como são as práticas de assistência aos sujeitos em situação de crise – também diz respeito aos limites e possibilidades desse trabalho assistencial, do cuidado possível de se produzir no encontro profissional-paciente. Refere-se aos sentidos que a equipe imprime ao seu fazer, ao seu projeto assistencial, além de interpelar aos atores envolvidos como é a sua participação neste projeto comum.

De acordo com ONOCKO CAMPOS (2001: 108) “todo projeto só será possível de ser explorado a partir da subjetividade da própria equipe em questão”, o que significa dizer que “o momento que indaga o sentido, o ‘para quê’ das práticas, o momento em que posso desejar projetar(me) com os outros para transformar o real, é o projeto”.

Concordando com a autora, ao explorar o projeto assistencial ao paciente em situação de crise em um CERSAM, foi considerado o universo subjetivo, mas também as dimensões imaginária e simbólica compartilhadas pelos membros da organização e determinantes no ‘para quê’ das práticas.

Para isto utilizei a abordagem da Psicossociologia, vertente da Psicologia Social, de inspiração psicanalítica, que se interessa “pelo estudo de sujeitos em situações cotidianas, em seus grupos, organizações e comunidades” (MACHADO & ROEDEL, 1994: 7).

A Psicossociologia, em especial a francesa, ao se interessar pelos “sujeitos em situações cotidianas” recusa as dicotomias sujeito/social, afetivo/institucional, processos inconscientes/sociais (AZEVEDO, 2005), reconhecendo o individual e o coletivo como as duas instâncias da sociedade nas quais ocorrem os processos de mudança social (ENRIQUEZ, 1997). Através da leitura psicossociológica não apenas o universo subjetivo é focado, mas também os processos intersubjetivos e grupais, o imaginário individual, organizacional e social.

A partir do referencial psicanalítico os elementos inconscientes e imaginários emergem como categorias de análise, sendo considerados fundamentais para a compreensão do mundo psíquico e social nas organizações (AZEVEDO; BRAGA NETO; SÁ, 2002).

O referencial psicanalítico permite à Psicossociologia Francesa abordar os processos organizacionais orientada por uma perspectiva clínica. Na perspectiva clínica a questão dos afetos, do sofrimento, da produção de sentidos e a dimensão inconsciente, presentes na vida organizacional, são trazidas para o centro da análise, evidenciando, por exemplo, os desencontros entre representações e práticas, os conflitos entre imaginário individual e imaginário social.

A perspectiva clínica valoriza o discurso dos sujeitos reconhecendo-o como material que desvela a realidade social com seus conflitos e, portanto, como capaz de representar a dinâmica de uma organização e construir sentidos para ela (LÉVY, 2001).

A leitura de ENRIQUEZ sobre os processos grupais se mostra particularmente importante para a questão proposta neste estudo – como são as práticas de assistência à

pessoa em situação de crise em um CERSAM – porque este autor se interessa pelo estudo do grupo enquanto portador de um projeto comum. Para ENRIQUEZ (1994), um projeto comum significa a existência de um sistema de valores compartilhado e suficientemente interiorizado pelos membros do grupo. Este sistema de valores deve estar apoiado num imaginário social comum, isto é, uma forma de representação coletiva sobre o que é o grupo, o que deseja ser, o que deseja fazer e em que tipo de sociedade ou organização deseja intervir.

Ainda conforme ENRIQUEZ (2001: 67), as práticas são “pensamentos em atos”, ou seja, as organizações “pensam de uma certa maneira, elaboram representações implícitas de seu fazer (...)”. Portanto, dizer que as organizações pensam significa reconhecer a existência de um pensamento eficiente que deve ser analisado com base nos atos praticados e nas palavras.

Assim, a partir da perspectiva de ENRIQUEZ foi possível investigar (conforme veremos no sétimo capítulo) as práticas assistenciais de certa organização, o CERSAM, considerando o sistema de valores compartilhado pelo grupo de profissionais da assistência. Tal perspectiva possibilitou identificar o imaginário organizacional dos profissionais, ou seja, as representações e sentidos que a equipe, enquanto grupalidade, confere à organização onde atua e à sua proposta assistencial.

Contudo, ENRIQUEZ (1997) nos aponta que à medida que o sistema de valores é interiorizado pelos sujeitos, servindo-lhes de esteio para as condutas, estes deixam de se interrogar sobre o sentido de seus atos e, ainda, a adesão dos sujeitos a um projeto comum pode significar um aprisionamento a um “imaginário enganoso”. Neste caso, a coesão estabelecida será defensiva, resultado de um contrato narcísico no qual cada um teria seu narcisismo poupado enquanto se integra ao narcisismo da organização.

Ao imaginário enganoso, cujos efeitos são a homogeneização, a massificação e a heteronomia dos sujeitos, se contrapõe outra possibilidade apontada por ENRIQUEZ (1997): o “imaginário motor”. O imaginário motor seria possível quando os grupos admitem a diferenciação de seus membros, a existência de uma visão não monolítica do projeto comum, a existência da pluralidade de representações e sentidos para este projeto, favorecendo a expressão da criatividade em oposição à repetição, considerando, assim, a

cooperação como fruto do tratamento de conflitos, o que permite as práticas sociais inovadoras. A construção do imaginário motor apresenta-se sempre como um desafio, pois abre espaço para o questionamento da própria organização e de suas normas.

Referindo-se especificamente às organizações de saúde, entende-se que os profissionais da assistência além de possuírem, enquanto grupo, um imaginário organizacional e um projeto assistencial comum, têm que se colocar, no cotidiano, face a face com aquele que busca a assistência e expressa um sofrimento. A assistência em saúde, portanto, não se limita ao manejo das técnicas ou ao uso das tecnologias da saúde, mas envolve um encontro, uma situação de relação entre profissional e paciente.

Paciente é um termo usado com frequência tanto na literatura quanto na linguagem compartilhada pelos profissionais da assistência no campo da saúde. Neste estudo, também predominou o emprego do termo paciente para se referir ao sujeito atendido no CERSAM, em detrimento a outros termos – usuário, portador de sofrimento mental. Contudo, com esta designação procurei atribuir ao termo paciente não o sentido de passividade, de redução a um objeto de intervenção, mas sim resgatar o sentido que o termo em sua origem, do latim: “*patior*”, apresenta: “aquele que sofre” (SÁ, 2005: 142). É com esse sujeito que sofre, que busca no CERSAM o acolhimento e alívio para seu sofrimento psíquico agudizado, que os profissionais desse serviço se encontram no cotidiano da assistência em saúde mental.

Se o profissional de saúde se apresenta, neste encontro, com seus saberes, práticas e representações frente ao sofrimento do paciente, decerto que este também traz seus valores e crenças sobre o próprio sofrer, um imaginário sobre o tratamento e expectativas em relação à atuação do profissional que lhe acolhe. Neste aspecto, a assistência em saúde e, sobretudo, em saúde mental, passa pela interação e comunicação e contém, conforme a abordagem psicossociológica, uma dimensão intersubjetiva. De acordo com o referencial psicossociológico, a dimensão intersubjetiva abarca os processos identificatórios e os elementos contra-transferenciais que emergem na situação de relação. A identificação, resgatada da formulação freudiana, “é conhecida pela psicanálise como a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa” [FREUD, 1976 (1921): 133]. Assim, os processos identificatórios são importantes na definição dos limites e possibilidades do olhar sobre o outro e do cuidado com o outro nos serviços de saúde.

Nos serviços de saúde mental, especificamente nos CERSAMs, o contato cotidiano com o intenso sofrimento psíquico dos pacientes, com a não governabilidade da loucura, pode gerar mecanismos defensivos nos profissionais para fazer face ao sofrimento que esse contato lhes provoca, “(...) estar em contato significa expor-se a afetos e, portanto, a ser afetado” (ONOCKO CAMPOS, 2005: 579). Portanto, no encontro profissional-paciente podem-se abrir brechas tanto para a apatia, as cegueiras ao sofrimento alheio e o descuido como também para a criatividade, a formulação de projetos solidários e as práticas cuidadoras nos serviços (SÁ, 2005).

Para MERHY (2004), o processo da Reforma Psiquiátrica fornece um ideário para os trabalhadores em saúde mental, mas o alcance de suas premissas lhes impõe um árduo trabalho de construção de novas práticas de cuidado num exigente cotidiano de demandas.

“(...) de um lado, a existência de um cotidiano fortemente habitado por intensas demandas de cuidado, que usuários, muito múltiplos e, facilmente, em estados de crises, têm sobre a equipe; e, do outro, pela presença marcante de um imaginário do trabalhador, de que o seu agir clínico é suficientemente ampliado e a sua rede de relações intra e inter setorial, para além da clínica, é suficientemente inclusiva, que com os seus fazeres, o louco não vai ficar nem mais enlouquecido e nem excluído. Caminhar nestas linhas tem colocado, sobre o ombro dos trabalhadores, ‘pesos’ importantes para o seu agir, e que facilmente geram fazeres árdios, que os fazem experimentar, o tempo todo, sensações tensas e polares, como as de potência e impotência, construindo no coletivo de trabalhadores situações bem paradoxais, nas quais cobram de si e do conjunto posicionamentos profissionais e estados de ânimos muito difíceis de serem mantidos, durante todo o tempo do trabalho (...)” (MERHY, 2004: 08).

ONOCKO CAMPOS (2005) aponta a necessidade de também problematizarmos sobre qual é a clínica que se faz nos serviços de saúde, chamando a atenção para o caráter

de recalcado da categoria clínica. A autora afirma que nos serviços assistenciais de saúde, quando entramos no âmbito operativo, ou seja, no âmbito das práticas assistenciais, nos deparamos sempre com uma escolha clínica (ONOCKO CAMPO, 2001).

Para a autora, um projeto assistencial em um serviço de saúde deve incluir uma proposta clínica e, ainda, a reflexão sobre qual clínica se faz nos serviços de saúde é necessária quando se pretende avançar na discussão sobre a eficácia. A autora, embasada na leitura de Gastão Wagner de Souza Campos, distingue três tipos de clínica: a clínica ‘*degradada*’, cuja atuação se centra apenas no tratamento dos sintomas, é a clínica da eficiência, produz-se muitos procedimentos (consultas) com pouco questionamento sobre a eficácia (produção de saúde); a clínica ‘*tradicional*’, cuja atuação está focada no curar, é a clínica dos especialistas, as doenças são tratadas enquanto ontologia, o sujeito é reduzido a uma doença e não se preocupa com a prevenção ou reabilitação e a “*clínica do sujeito*”, onde a doença é considerada um evento na vida da pessoa, o sujeito é visto como sendo biológico, social, subjetivo e também histórico, isto é, suas demandas mudam no tempo de acordo com os valores e desejos construídos socialmente.

No que tange aos novos serviços advindos do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, advoga-se uma preocupação concreta com os sujeitos que sofrem, não reduzindo estes sujeitos ou sua experiência de sofrimento à doença. Conforme AMARANTE (2003: 59), “a reconstrução do conceito e da prática clínica tem sido um aspecto fundamental da reforma psiquiátrica, para que a relação técnico-instituição-sujeito não seja a reprodução daquela clínica da medicina naturalista”, ou seja, daquela clínica nascida da relação com a doença enquanto fato objetivo e natural e, portanto, possível de ser suspensa, isolada, afastada da vida concreta dos sujeitos. Para AMARANTE (2003: 59-60), “é preciso reinventar a clínica como construção de possibilidades, (...) como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimento, e de, efetivamente, *responsabilizar-se* para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado (...) e na cidadania enquanto princípio ético”.

Neste sentido, supõe-se haver um diálogo entre a “clínica do sujeito” apontada por ONOCKO CAMPOS (2001) e a reinvenção da clínica proposta por AMARANTE (2003), em detrimento à “clínica degradada”, centrada apenas no tratamento de sintomas, e à

“clínica tradicional”, focada ainda no teorema racionalista problema-solução ou doença-cura.

Discorrida esta breve explanação teórica sobre a abordagem psicossociológica francesa e a leitura de alguns autores brasileiros do campo do trabalho em saúde, parti do pressuposto teórico, neste estudo, de que as práticas de assistência ao paciente em situação de crise nos CERSAMs são orientadas não só pelos saberes acadêmicos/técnicos dos profissionais, mas também são influenciadas pelos valores e crenças de cada profissional, são perpassadas pelas representações e sentidos que a equipe atribui ao seu projeto assistencial, pelo imaginário dos profissionais sobre sofrimento psíquico e urgência e, ainda, tais práticas só se realizam sob a condição de um encontro entre profissional e paciente, encontro, por sua vez, atravessado pela dimensão intersubjetiva. Partindo destes pressupostos, cheguei à construção das seguintes hipóteses:

- Os valores do ideal antimanicomial se colocam sob a forma de um projeto assistencial coletivo, assim, os profissionais, enquanto grupo, estariam sustentando um projeto antimanicomial de assistência ao paciente em situação de crise, embora possa haver sentidos e representações singulares para este projeto.
- O encontro entre profissional e paciente em situação de crise estaria perpassado por elementos simbólicos e imaginários, havendo por parte dos profissionais um imaginário de “urgência”/crise.
- O ideal antimanicomial poderá constituir um imaginário motor para a equipe, ensejando práticas assistenciais cuidadoras, inovadoras e criativas e abrindo espaço para o questionamento do papel do profissional e da organização, contudo, também poderá constituir um imaginário enganoso caso a equipe esteja identificada a este ideal de forma maciça, cristalizando e empobrecendo, assim, as práticas assistenciais e reduzindo a experiência de sofrimento psíquico do paciente a objeto de intervenção.

Além das hipóteses acima formuladas, o que se pretendeu alcançar e os passos percorridos para responder a questão proposta foram elaborados no objetivo geral e nos objetivos específicos a seguir.

Objetivo geral da pesquisa:

- Investigar as práticas cotidianas de atendimento e compreender os sentidos do projeto de assistência ao paciente em situação de crise em um CERSAM.

Objetivos específicos:

- Investigar as práticas assistenciais dos profissionais aos pacientes em situação de crise no cotidiano;
- Identificar os recursos internos e/ou externos ao serviço utilizados pela equipe na assistência;
- Compreender o imaginário dos profissionais sobre a crise;
- Compreender, através das narrativas dos profissionais, os sentidos das suas práticas assistenciais;
- Identificar nas narrativas dos profissionais, elementos teórico-conceituais, ideológicos e imaginários que embasam suas práticas de assistência aos pacientes em situação de crise;
- Identificar os limites e desafios vividos pelos profissionais na atenção aos pacientes em situação de crise.

Para finalizar a Introdução cabe informar como se estrutura o presente trabalho. Os oito capítulos que compõem a dissertação estão divididos em duas partes. A primeira parte faz um percurso histórico e conceitual, apresentando, no primeiro capítulo, a história do

surgimento da Psiquiatria e suas ‘reformas’ no cenário internacional. A experiência italiana de desinstitucionalização é contada no segundo capítulo, destacando-se as experiências de Gorizia e de Trieste. Em seguida, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira é objeto do terceiro capítulo no qual se destaca a criação dos NAPS santistas. Fechando a primeira parte, uma breve história sobre a trajetória da Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais, relatada no quarto capítulo, abre espaço para adentrarmos na história belo-horizontina da criação dos CERSAMs e a implantação da atual política municipal de saúde mental.

Passando para a segunda parte, o quinto capítulo trata do caminho metodológico da pesquisa, explicitando elementos conceituais da abordagem psicossociológica, o desenho da pesquisa de campo e o plano de análise do material empírico. O tema sobre a política de saúde mental de Belo Horizonte é retomada no sexto capítulo, porém, a tônica deste capítulo é a revelação dos princípios e valores dessa política a partir da análise da entrevista feita a um dos coordenadores municipais de saúde mental. O sétimo capítulo apresenta a experiência assistencial de um dos dois CERSAMs onde se realizou a pesquisa de campo. Este capítulo, cerne da dissertação, deslinda o objeto de investigação – como são as práticas de assistência à pessoa em situação de crise no cotidiano – e percorre os objetivos geral e específicos já apresentados acima. Fechando a segunda parte e a própria dissertação, o oitavo capítulo dedica-se às considerações finais, onde são recuperados alguns resultados da pesquisa a fim de confrontá-los com as hipóteses levantadas nesta Introdução.

PARTE I

Percorso histórico e conceitual

Capítulo 1

A Psiquiatria, o Asilo e suas “Reformas”.

1.1. Constituição e crise da Psiquiatria.

“A psiquiatria nasce de uma reforma (...)” (AMARANTE, 1996: 37). A partir desta frase, o autor situa a constituição da psiquiatria no contexto das transformações sociais, políticas, econômicas e culturais da modernidade, especificamente a partir das reformas das instituições sociais – os espaços de internamento denominados Hospitais Gerais do século XVII – em espaço de “cura”, no período da Revolução Francesa no século XVIII.

O internamento, nos Hospitais Gerais, de pobres, vagabundos, criminosos, prostitutas, doentes, inválidos, loucos, enfim, de todos aqueles que estivessem no horizonte da miséria ou fora das normas sócio-culturais, foi “uma das respostas do século XVII à desorganização social e à crise econômica então provocadas na Europa pelas mudanças nos modos de produção” (DESVIAT, 1999: 15).

No século XVIII, as mudanças produzidas pelo nascimento do período industrial e pela nova perspectiva liberal deram um valor social ao pobre “hábil”, visto neste momento como indispensável na produção de riquezas (BARROS, 1994). As críticas ao grande enclausuramento, símbolo do regime absolutista e desperdício de força de trabalho, culminaram na abolição, em 1790, das *lettres de cachet* – cartas com ordens do rei autorizando a internação arbitrária de qualquer pessoa considerada indesejável – e na libertação de todos os tipos de presos com exceção dos loucos. Estes só foram desacorrentados quando o médico e filósofo Philippe Pinel assumiu, em 1793, a direção de uma das unidades do Hospital Geral de Paris, Bicêtre, com a intenção de reformá-lo.

Com Pinel, os loucos foram libertados das correntes, mas não saíram do Hospital Geral. Instaurada nova ordem social com a Revolução Francesa, o louco tornou-se mais visível por apresentar uma série de problemas à ordem burguesa:

“insensato, ele não é sujeito de direito, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de ‘servir’, não entra no circuito regulado pelas trocas, essa ‘livre’circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve ser reprimido, porém, segundo um outro sistema de punições do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgrediam as leis” (CASTEL, 1978: 19).

A solução a estas contradições foi manter a reclusão dos loucos no hospital. Contudo, o hospital não podia mais ser o espaço de enclausuramento, o que feria as novas normas sociais contrárias à privação da liberdade do homem. Este estabelecimento teria que ser reformado em espaço terapêutico com o objetivo de cura. É essa possibilidade de reunir todos os loucos em um mesmo espaço, com o objetivo de conhecer e tratar suas loucuras, que permite o nascimento da Medicina Mental, posteriormente chamada de psiquiatria. “A primeira grande operação para a qual a ciência psiquiátrica prepara-se é a transformação de uma multidão confusa, inútil ou perigosa em multiplicidade ordenada” (BASAGLIA apud BARROS, 1994: 35).

A ordenação dessa “multiplicidade” dentro do hospital foi feita por Pinel e seus discípulos seguindo a tradição filosófica que embasava o projeto tecnocientífico da modernidade. Pinel fazia parte de um grupo de filósofos conhecido como ‘Os Ideólogos’, de grande importância para o pensamento da França revolucionária. Este grupo buscava a “base verdadeiramente científica para o conhecimento dos fenômenos da realidade, tomando como referência principal o modelo da História Natural” (AMARANTE, 1996: 39). Logo, ‘Os Ideólogos’ encontraram na observação empírica dos fenômenos que constituíam a realidade, a base do processo de conhecimento científico (BERCHERIE apud AMARANTE, 1996). Esse método filosófico e analítico – a observação empírica – pertencia à tradição de Locke e Condillac. Segundo a teoria do conhecimento de Locke, as idéias eram formadas a partir da experiência empírica, o conhecimento humano se constituía a partir da ‘sensação’, com base na qual as idéias eram formadas (AMARANTE,

1996). Esta tradição filosófica referendou o conhecimento da loucura através da experiência empírica da observação, o que significou conhecê-la através do ato perceptivo do médico sobre os fenômenos da loucura e, assim, observou-se, descreveu-se, comparou-se, agrupou-se e classificou-se tudo o que era chamado às vistas do médico como sendo estranho ao padrão moral. O hospital tornou-se o espaço rigorosamente médico para os loucos e a loucura foi apropriada conceitualmente pelo discurso médico tornando-se alienação mental.

A primeira nosografia surgiu, assim, fundada nos princípios da ciência moderna, do modelo racionalista, no qual entende-se que o observador – “sujeito epistêmico” – é portador de uma subjetividade governada pela razão e, por isso, pode conhecer a realidade observada – “objeto epistêmico” – colocando-se num lugar neutro e imparcial, definindo a objetividade científica (AMARANTE, 1996). O médico ‘alienista’, “colocado em um lugar da ciência que, acredita-se, não é contaminado pelas influências da cultura, da economia e da sociedade, (...) valendo-se de sua percepção social, determina o que é normal e o que é patológico” (AMARANTE, 1996: 41).

Com o conceito de alienação mental, definiu-se a loucura como patologia que podia ser curada, porquanto Pinel acreditava que a alienação mental era produzida por um distúrbio no âmbito das paixões. Esse entendimento supunha que o alienado, antes de ser acometido pelo desvario, era detentor de razão. O objetivo do internamento no hospital era recuperar-lhe a razão através de um tratamento de caráter moral. A razão, recuperada através do isolamento do mundo exterior e do tratamento moral, restituiria a liberdade suprimida pela alienação. Contudo, a liberdade da qual se referia Pinel não significava o direito a sair do hospital, mas o direito de receber o tratamento na instituição autorizada para tal. É o paradoxo da “liberdade intramuros” ou da “ilusão de liberdade” (AMARANTE, 1996: 50).

Conforme Mello Morais (apud AMARANTE, 1996: 47), as paixões, para Pinel, se apresentavam sob duas formas: existiam as “paixões debilitantes ou opressivas, assim como o desgosto, o ódio, o temor, as saudades, os remorsos, o ciúme, a inveja (...)” e as paixões “alegres” como “a própria alegria, o orgulho, o amor, o enlevo estático, ou a admiração aplicada aos objetos de culto”. As duas classes de paixões eram normais desde que em intensidade considerada adequada, suas exacerbações é que produziriam a alienação.

O tratamento moral para as paixões desvirtuadas consistia na ‘polícia interior’, ou seja, no próprio regime disciplinar instaurado no interior do hospital e também no regime de trabalho ‘terapêutico’, considerado poderoso instrumento contra o delírio, chamando a consciência à realidade. Assim, o hospital tornou-se não só o lugar para o tratamento moral, mas exatamente por se considerar o isolamento do meio social a primeira condição para a terapêutica, o hospital tornou-se, por si próprio, o remédio para a alienação.

Com Pinel, o espaço hospitalar foi sendo dividido conforme se diversificava a nosografia das doenças mentais. Esse momento inaugural da medicina mental se caracterizou por uma preocupação classificatória, “a ela, não interessa localizar a sede da doença no organismo, mas simplesmente atentar para sinais e sintomas, a fim de agrupá-los segundo sua ordem natural, a partir das manifestações aparentes da doença” (AMARANTE, 1995: 26).

A elaboração das nosografias deu origem à obra “Tratado Médico Filosófico sobre a Alienação Mental” de Pinel, publicada em 1801. Pinel também estendeu sua ‘tecnologia’ terapêutica até a outra unidade do Hospital Geral de Paris, Salpêtrière. Posteriormente, Esquirol, seu discípulo, o sucedeu na direção da Salpêtrière onde deu continuidade aos princípios pinelianos, adotando o termo ‘asilo’ em substituição ao termo Hospital Geral, já dotado de sentido pejorativo no senso comum como instituição de marginalidade.

De acordo com CASTEL (1978), no período entre 1790, data do fim das *lettres de cachet*, e 1838, data da primeira lei que definiu o regime de internamento dos alienados, constituiu-se a medicina mental e um novo tipo de relação social: a relação de tutela, ficando o alienista como o tutor, o responsável pelo controle legal da alienação perante a sociedade liberal.

Nesse primeiro momento, o alienismo de Pinel e Esquirol manteve-se hegemônico. Contudo, em meados do século XIX dois fatos marcaram o seu declínio. Um deles foi a massificação dos asilos, “os alienistas franceses começaram a se perguntar como era possível o tratamento moral, um tratamento que se pretendia (...) individualizado, quando a cada médico cabiam 400 a 500 pacientes” (DESVIAT, 1999: 19). O outro foi que no confronto com o somatismo, obteve vitória a tese organicista de Bayle, em 1822, com a “descrição das lesões cerebrais da paralisia geral progressiva” (AMARANTE, 1996: 52).

Assim, na passagem para a segunda metade do século XIX a psiquiatria buscou firmar-se incorporando o modelo de causalidade da medicina biológica, “levando os psiquiatras a intermináveis debates sobre organogênese *versus* psicogênese, enfermidade de origem endógena *versus* exogeneidade, inato *versus* adquirido” (GALENDE apud AMARANTE, 1995: 27).

Com Morel e sua ‘doutrina das degenerações’, o debate entre somatistas e psicologistas não se resolveu, mas incorporou outro elemento na busca da etiologia da doença mental: a hereditariedade. Conforme SILVA FILHO (1987: 92), na teoria de Morel, as degenerações

“se transmitiriam hereditariamente constituindo desvios patológicos com respeito ao padrão normal da humanidade, ou então seriam precocemente adquiridas, por causas diversas, como intoxicações, alcoolismo, malária, males congênitos etc. Uma vez instalada, a patologia seguiria seu curso e se transmitiria aos descendentes até que a linhagem fosse extinta”.

Postulava-se que os indivíduos degenerados se inclinavam mais facilmente ao ‘mal moral’. Assim, o ‘mal moral’ era, ao mesmo tempo, causa e efeito da degeneração, estabelecendo-se uma relação de interdependência entre fatores hereditários e morais. Com base nestes princípios, Morel procurou realizar uma “(...) aplicação mais fecunda e mais universal do tratamento moral”, ou seja, a “moralização das massas” (MOREL apud CASTEL, 1978: 262). O tratamento moral não deveria ser aplicado de forma individualizada, mas deveria tornar-se uma ‘profilaxia preservadora’. Para AMARANTE (1996: 56), Morel trouxe para a sociedade da época a “premência de que [fossem] interrompidas as linhagens degeneradas, donde a origem da eugenia em psiquiatria”. O ideal moderno de higienização social ganhou terreno na psiquiatria, consolidando a noção de prevenção. Assim, o asilo tornava-se um lugar não apenas de isolamento terapêutico, no sentido pineliano, mas também de prevenção do mal que os alienados-degenerados podiam causar contaminando geneticamente a sociedade.

No final do século XIX as idéias de Morel foram refinadas na escola alemã. Um de seus representantes, Kraepelin, propôs, em 1892, uma nova sistemática nosológica em substituição à nosografia fundada pelos alienistas. Para Nobre de Melo (apud AMARANTE, 1996: 57), o princípio nosológico-clínico de Kraepelin, composto pela noção de unidades nosológicas, é considerado “o eixo em torno do qual se acha edificada a totalidade da atual sistemática psiquiátrica”. Kraepelin propôs a distinção entre as doenças mentais endógenas e exógenas adotando uma “compreensão longitudinal”, agrupando-as de acordo com a etiologia, a sintomatologia e a anatomopatologia. Em seu método clínico, deu importância ao curso da enfermidade para agrupar as doenças mentais, ao invés de buscar apenas as semelhanças dos sintomas, como fizeram os primeiros alienistas.

Kraepelin também introduziu o conceito de demência precoce (posteriormente denominado por Bleuler como esquizofrenia) e, com a consolidação do conceito de personalidades psicopáticas, inseriu a noção de anormalidade. Para Nobre de Melo (apud AMARANTE, 1996: 59),

“na nosografia de Kraepelin as classes nosológicas caracterizam a especificidade etiológica tanto dos diversos tipos de doença mental, quanto das várias formas de anormalidade, manifesta sobretudo pelas personalidades psicopáticas, criminosos, instáveis, mentirosos, querelantes, constituindo um importante campo de pesquisa e de argumentação para o saber psiquiátrico. Neste sentido podemos afirmar uma mudança ao nível do saber, marcada pela passagem da concepção de doença mental – que fundamenta a psiquiatria do século XIX – para a concepção de anormalidade como forma de psicopatologia que constitui a novidade do discurso psiquiátrico do século XX”.

O conceito de anormalidade permitiu a apropriação pelo saber psiquiátrico de tudo o que era percebido como “não-normal”. Novamente valeu-se do princípio de que a possibilidade do saber científico estaria na autonomia e neutralidade do sujeito epistêmico –

o observador, no caso, o psiquiatra – em relação ao que se considera como objeto epistêmico – a doença mental. Seguindo os pressupostos da autonomia e neutralidade, o modelo de Kraepelin estabeleceu entidades nosográficas “nas quais misturam-se conceitos de ordem moral com os relativos às afecções orgânicas, que se explicitam e se entrelaçam na etiologia e sintomatologia da doença” (AMARANTE, 1996: 59).

Sobressaiu na escola alemã os estudos mais organicistas, por outro lado, na primeira metade do século XX, a obra de Freud contribuiu para acirrar o velho debate entre as explicações organicistas e psicológicas da doença mental. Surgiram escolas de psiquiatria em vários países com diferentes matizes de orientações teóricas, revelando a não unicidade do saber psiquiátrico no entendimento do seu objeto.

A psiquiatria, desde seu início, esforçou-se em definir a natureza do seu objeto de acordo com o modelo de racionalidade que preside a ciência moderna. Neste sentido, tomou o objeto ‘doença mental’ à maneira das ciências naturais. Pretendeu produzir um saber a-histórico e a-temporal, desconsiderando o fato de ser uma ciência datada historicamente e de ser a doença mental, enquanto conceito, uma construção teórica produzida no seio de uma nova ordem burguesa. Fundou-se na crença da ciência moderna de que o conhecimento é objetivo e válido independentemente do contexto e dos valores que o tornaram possível. Utilizando o método científico moderno, operou a redução da complexidade ou simplificação do seu objeto para conhecê-lo (AMARANTE, 1996). A medicina geral, por sua vez, não viu com agrado o nascimento desta especialidade que, mesmo carente de bases concretas e positivas, pretendeu tomar parte do mesmo campo científico.

Na análise de BIRMAN & COSTA (1994: 44), desde o início do século XX revela-se uma crise na psiquiatria “com a crise da Psiquiatria Fenomenológica na Europa e o surgimento da Psiquiatria Behaviorista americana, que encontrará em A. Meyer o primeiro formulador de enfermidade mental como desadaptação social (...)”. Esta crise se agrava a partir da segunda metade do século XX quando a psiquiatria, ao se deparar com sua “impotência terapêutica” e com a cronicidade das doenças mentais produzida no interior dos asilos, formula uma mudança radical no seu objeto, que deixa de ser doença mental e passa a ser a promoção da saúde mental. Da crise teórica e prática ocorrem reformas da

psiquiatria, que procuram questionar o papel e a natureza ora do saber psiquiátrico, ora da instituição asilar. As reformas da psiquiatria surgem especificamente num contexto onde novas questões são colocadas no cenário histórico mundial.

1.2. As experiências de Reforma Psiquiátrica na Europa, EUA e o surgimento do conceito de crise em saúde mental.

O entendimento do termo reforma psiquiátrica não é unívoco, uma vez que se baseia nas passagens históricas e culturais nas quais se fundam os projetos institucionais, os valores, as questões éticas, a relação entre Estado e cidadãos, as políticas públicas e as diferentes formas de compreender e interpretar os saberes e as práticas da psiquiatria (NICÁCIO, 2003).

Os movimentos que problematizaram a assistência psiquiátrica, inicialmente desenvolvidos em alguns países europeus e nos Estados Unidos, produziram significativas mudanças nos saberes, nas práticas e nas políticas desse campo. As experiências de reforma que se sobressaíram foram: a Comunidade Terapêutica na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional e Psiquiatria de Setor na França, a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária nos Estados Unidos e, posteriormente, as experiências da Antipsiquiatria inglesa e da Desinstitucionalização italiana. Como processos sociais, essas reformas – empreendidas no contexto sócio-político pós Segunda Guerra – não percorreram trajetórias lineares e suas intenções iniciais tiveram diversos desdobramentos. Seus projetos se embasaram em referenciais teóricos heterogêneos e se constituíram, posteriormente, em referência para projetos de reforma psiquiátrica desenvolvidos em outros países.

A partir da II Guerra Mundial, os problemas de ordem social e econômico resultantes deflagraram o questionamento e crítica ao papel do Estado, pressionando a ampliação dos direitos sociais, o que culminou na configuração do “Estado de Bem-Estar” (*welfare state*). Com isso, o Estado tornou-se o principal planejador e gestor dos processos sociais, responsabilizando-se pelo direito à saúde como um direito social. O modelo estritamente curativo da medicina tornou-se alvo de críticas, entendendo-se que a medicina

deveria se antecipar às causas da doença e promover a saúde. No campo da assistência psiquiátrica, o modelo asilar também foi criticado, sendo considerado agente produtor de iatrogenias. “(...) Se fundem numa unidade as preocupações dos psiquiatras quanto à sua impotência terapêutica, e as preocupações governamentais geradas pelos altos índices de cronicidade das doenças mentais, com sua conseqüente incapacidade social” (BIRMAN & COSTA, 1994: 44). Neste contexto de crise emergiu a “Psiquiatria Social” como a grande novidade, ensejando os primeiros projetos para a reforma asilar.

De acordo com BIRMAN & COSTA (1994), a Psiquiatria Social foi reconhecida sob diferentes designações conforme assumia diferentes proposições no campo teórico e prático da psiquiatria, podendo-se destacar dois grupos até a década de 1960:

A) O primeiro grupo, composto pela Comunidade Terapêutica (Inglaterra) e pela Psicoterapia Institucional (França), refere-se a experiências de crítica à estrutura asilar, já que “não era mais possível assistir-se passivamente ao deteriorante espetáculo asilar: não era mais possível aceitar uma situação em que um conjunto de homens, passíveis de atividades, pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios” (BIRMAN & COSTA, 1994: 46). Essas duas experiências surgiram do impacto causado pelas novas condições de vida, da necessidade de mão-de-obra ativa no trabalho de soerguimento das nações no período pós-guerra. Assim, a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional tinham em comum a proposta de transformação do asilo, produtor de agravamento das doenças, em instituição efetivamente terapêutica. No entendimento dessas experiências, para se transformar o asilo em espaço terapêutico era necessário transformá-lo em uma réplica da vida social extra-asilar. Significava transformá-lo num lugar de aprendizado da vida social, um espaço de pedagogia social, no qual os critérios de cura e alta estavam relacionados à perspectiva de se adequar à nova configuração asilar. Foi adotada a estratégia do grupo, instaurando-se grupos de discussão, de atividades, de recreação e grupos terapêuticos que cumpriam duplo propósito: constituir-se como espaços terapêuticos para o grande contingente de pacientes, frente à escassez de médicos para atendê-los individualmente e, na medida em que o grupo representa o “núcleo da vida social”, reeducar os pacientes para a vida social (BIRMAN & COSTA, 1994: 51).

A dinâmica coletiva e participativa que os grupos imprimiam também contribuiu para um processo de horizontalidade das relações. Segundo Maxwell Jones, expoente da experiência da Comunidade Terapêutica inglesa, “a ênfase na comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes e nas atitudes permissivas que encorajam a expressão de sentimentos implica numa organização social democrática, igualitária e não numa organização social do tipo hierárquico tradicional” (apud AMARANTE, 2007: 43). Já na experiência similar, a Psicoterapia Institucional francesa, representada principalmente por François Tosquelles, o espaço coletivo propunha alcançar uma “transversalidade” que, no entender de AMARANTE (2007: 45), representava “o encontro e ao mesmo tempo o confronto dos papéis profissionais e institucionais com o intuito de problematizar as hierarquias e hegemonias”. A crítica que se faz a ambas experiências se refere ao caráter exclusivamente intra-hospitalar das transformações operadas, deixando intocados os problemas da exclusão e segregação que fundamentam a continuidade do asilo.

B) O segundo grupo, formado pela Psiquiatria de Setor (França) e Psiquiatria Preventiva (EUA), refere-se a experiências que, acreditando ser o asilo uma instituição obsoleta, utilizaram a comunidade como estratégia para intervenção terapêutica. No caso da Psiquiatria de Setor, diante das limitações observadas na experiência da Psicoterapia Institucional, priorizou-se o tratamento do paciente dentro e com o seu próprio meio social, tornando-se a internação psiquiátrica apenas uma etapa coadjuvante e transitória. Neste sentido, dividiu-se o hospital em setores correspondentes às áreas geográficas da cidade, reunindo-se em cada setor os pacientes vindos da mesma região. Como a internação tinha caráter transitório, o foco de intervenção tornou-se as regiões geográficas para as quais os pacientes, após a alta, deveriam voltar. Apesar da inovação introduzida – a regionalização, esta experiência não logrou, seja pela oposição de intelectuais que a interpretavam como extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria, seja pela ausência de uma transformação cultural que superasse as resistências da comunidade no convívio com os egressos, seja, ainda, pelo caráter oneroso dos serviços extra-hospitalares de prevenção e pós-alta hospitalar.

A Psiquiatria Preventiva, também conhecida como Psiquiatria Comunitária, representou a experiência que exerceu maior influência aos projetos assistenciais dos países do então denominado Terceiro Mundo, visto que seu projeto preventivista foi adotado pelas organizações sanitárias internacionais: Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS e Organização Mundial de Saúde – OMS. O projeto preventivista foi formulado após as repercussões de um censo realizado nos Estados Unidos, em 1955, que tornou público as péssimas condições da assistência psiquiátrica no país, apontando a necessidade de providências saneadoras imediatas. Assim, o presidente Kennedy formulou, em 1963, uma nova política que redirecionava os objetivos da assistência psiquiátrica: prevenir as doenças mentais e promover a saúde mental nas comunidades (AMARANTE, 1995).

A Psiquiatria Preventiva encontrou suas bases teóricas e propostas de intervenção na obra “Princípios de Psiquiatria Preventiva” de Gerald Caplan, considerado o fundador desta experiência. Em seu postulado, inspirado no modelo da “História Natural da Enfermidade” de Leavell e Clark, a doença mental também apresentava uma História Natural e, desde que fosse detectada precocemente, poderia ser prevenida. Para isso, foram estabelecidos três níveis de prevenção, de acordo com o momento evolutivo da doença mental:

“1) Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e (ou) do meio; 2) Prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental; 3) Prevenção Terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhora” (BIRMAN & COSTA, 1994: 54).

A Prevenção Secundária e Terciária, cujas ações se baseavam em diagnosticar, tratar, readaptar, ou seja, ações do âmbito curativo, não representavam inovação. A novidade foi a Prevenção Primária, à qual a política americana deu toda ênfase, concentrando recursos técnicos e financeiros para sua implementação. Ao priorizar as intervenções sobre as “condições possíveis” que conduziriam à doença mental, tornou-se

necessário buscar um indicador dessas condições. Assim, surgiu o conceito de crise que passou a ser “o grande indicador do desequilíbrio ou de sua possibilidade” (BIRMAN & COSTA, 1994: 56).

A crise, conceito estabelecido a partir das noções de ‘adaptação e desadaptação social’ do campo da sociologia, “transforma-se em signo de intervenção, (...) já que foi empiricamente observado que nas pessoas que adoeceram mentalmente, os primeiros indícios de suas modificações ocorreram em momentos de crise”, portanto, a crise não é sinônima de doença mental, mas “caminha-se para uma enfermidade mental bem caracterizada pelo acúmulo sucessivo de Crises, que deterioraram o sistema de segurança individual pelo seu desgaste repetitivo” (BIRMAN & COSTA, 1994: 57). Foram classificadas em dois tipos:

“1) Crises Evolutivas geradas pelos processos ‘normais’ de desenvolvimento físico, emocional ou social. Na passagem de uma fase a outra do processo evolutivo (...) conflitos podem ser gerados, levando à desadaptação, que não sendo elaborados pela pessoa podem conduzir à doença mental; 2) Crises Acidentais, imprevistas, precipitadas por uma grande ameaça de perda ou por uma perda, que por sua capacidade de perturbação emocional teria a capacidade de poder levar futuramente à doença” (BIRMAN & COSTA, 1994: 57).

A crise torna-se objeto privilegiado de intervenção, uma vez que representa o evento que conduz à doença, mas podendo também ser considerada a possibilidade de crescimento para o indivíduo. “Se ajudado por técnicos ou por líderes comunitários, psiquiatricamente orientados, a Crise pode tornar-se quase sempre um meio de crescimento” (BIRMAN & COSTA, 1994: 58). Neste aspecto, houve, na experiência da Psiquiatria Preventiva, uma ampliação da abrangência da ação psiquiátrica através do treinamento dos líderes comunitários que passaram à qualidade de supervisores de saúde mental da comunidade. Incorporou-se a totalidade dos recursos comunitários – instituições médicas, educativas, religiosas, culturais, de lazer, as lideranças e a família – no esforço de prevenir a doença

mental, tornando todos os espaços sociais passíveis de adoecimento e de psiquiatrização. A concepção de que prevenir é promover a saúde, levou a ação sobre a comunidade ao seu extremo, promovendo a “busca de suspeitos” – expressão usada por Caplan – em todos os espaços sociais. A “busca de suspeitos” de doença mental ou de crise se deu especialmente através do preenchimento de questionários distribuídos à população – *screening* – para detectar possíveis candidatos ao tratamento psiquiátrico (AMARANTE, 1995).

O projeto preventivista americano tentou tornar o hospital psiquiátrico uma instituição obsoleta, na medida em que procurou instituir-se enquanto ‘alternativa’ ao modelo psiquiátrico tradicional, apresentando em oposição a este “um novo objeto – a saúde mental; um novo objetivo – a prevenção da doença mental; um novo sujeito de tratamento – a coletividade; um novo agente profissional – as equipes comunitárias; um novo espaço de tratamento – a comunidade; uma nova concepção de personalidade – a unidade biopsicossocial” (COSTA apud AMARANTE, 1995: 41).

De acordo com AMARANTE (1995: 43), o preventivismo preparou o terreno para a implementação da política de desinstitucionalização, entendendo que esta nova expressão designou, nos Estados Unidos, “o conjunto de medidas de desospitalização”. Estas medidas pretenderam reduzir o tempo médio de internação hospitalar, as taxas de internação e reinternação e aumentar o número de altas hospitalares. Para acompanhar as medidas de desospitalização foi ampliada a oferta de serviços extra-hospitalares que intercederiam no aparecimento ou desenvolvimento das doenças. Foram implantados centros de saúde mental, enfermarias psiquiátricas em hospital geral, hospitais-dia, hospitais-noite, lares abrigados e oficinas protegidas. Estes serviços extra-hospitalares, pulverizados na comunidade, eram estruturas de carácter intermediário, podendo-se atribuir dois sentidos para intermediário, conforme AMARANTE (1996: 16):

“o primeiro, é no sentido de ‘passagem’ entre o hospital e a comunidade ou vice-versa (isto é, quando o paciente transita pelo serviço em processo de saída hospitalar, em processo de readaptação social, ou quando por tentativa de evitar a internação integral e imediata); o segundo, é no sentido de ‘provisório’, isto é, como

modalidade assistencial que deveria existir até o momento em que o hospital tornar-se-ia obsoleto, dada a implantação da rede de serviços preventivos e comunitários”.

Convivendo paralelamente ao hospital psiquiátrico ou à espera de sua obsolescência em função da ação dos serviços intermediários, produziu-se um efeito rebote, ou seja, os próprios serviços comunitários e a aplicação do *screening* à população transformaram-se em formas de captação de novos contingentes de clientes, ampliando a demanda para o circuito extra-hospitalar e retroalimentando os hospitais psiquiátricos.

Na análise de BIRMAN & COSTA (1994), a proposta que efetivou as experiências de “Psiquiatria Institucional” (Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional) foi a mesma que possibilitou as experiências de “Psiquiatria Comunitária” (Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva), ou seja, a proposta de promoção da saúde mental, deduzindo-se saúde mental como adaptação social. Para ROTELLI et al (2001: 23), os dois grupos de experiências referem-se a “psiquiatrias reformadas”, pois embora tenham operado críticas ao asilo, transformações em seu interior e avançado em direção à comunidade, não colocaram em questão o modelo científico psiquiátrico e a função social de exclusão e segregação do asilo, os serviços comunitários criados não buscaram eliminar o recurso à internação psiquiátrica, ao contrário, trabalhavam em relação de complementaridade, num “jogo de alimentação recíproca”.

Ainda na década de 1960 e, depois, na década de 1970, um terceiro grupo de experiências se destacou, mas com caráter diferente dos dois primeiros, pois não se configuraram como “psiquiatrias reformadas”, visto que buscaram exatamente romper com o paradigma psiquiátrico tradicional. Este grupo, formado pela Antipsiquiatria (Inglaterra, década de 1960) e pela Desinstitucionalização (Itália, década de 1970), refere-se às experiências nas quais “a questão mesma estaria no modelo científico psiquiátrico, que é todo ele colocado em xeque, assim como suas instituições assistenciais” (AMARANTE, 2007: 41). A Antipsiquiatria, especialmente representada por Ronald Laing e David Cooper, foi bastante identificada, ainda que erroneamente, como movimento de contestação e rebeldia. Seus autores provocaram uma ruptura radical com o saber psiquiátrico

tradicional, elaborando outra referência teórica para a esquizofrenia, inspirada na teoria da lógica das comunicações, sobretudo da escola de Palo Alto, atribuindo à causa da esquizofrenia os problemas de comunicação entre as pessoas (AMARANTE, 1995).

A experiência da Desinstitucionalização italiana foi a que operou a negação/superação da psiquiatria enquanto ideologia e de suas instituições, além de promover a invenção de serviços territoriais totalmente substitutivos ao manicômio. Como veremos, no capítulo seguinte, a experiência italiana representa “um confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a idéia de territorialidade” (BARROS, 1994: 53).

Capítulo 2

O Percurso da Desinstitucionalização na Experiência Italiana: ruptura e inovação nas práticas de atenção às situações de crise.

O termo desinstitucionalização tem sido usado de duas formas principais: para designar os processos de superação das instituições asilares e para referir ao campo de proposições que formam determinado marco teórico conceitual (NICÁCIO, 2003).

Na Itália, o movimento crítico-prático à psiquiatria tradicional e suas instituições, conhecido como Psiquiatria Democrática, teve início na década de 1960, em meio à marcha pela ampliação e afirmação da democracia e da liberdade. A Psiquiatria Democrática Italiana foi posterior às reformas psiquiátricas realizadas na Inglaterra, França e nos EUA e a reflexão crítica sobre os alcances e os fracassos dessas reformas serviu como referência importante no seu processo.

O termo desinstitucionalização surgiu nos Estados Unidos, a partir da Psiquiatria Preventiva, para designar o conjunto de medidas que compunham um projeto de desospitalização. Na experiência italiana, longe de ter sido um projeto de desospitalização, a desinstitucionalização foi assumida como um projeto de desconstrução/invenção dos saberes, práticas e discursos psiquiátricos que objetivavam a experiência da loucura reduzindo-a a doença. A desinstitucionalização, operada pelos italianos, designa um percurso complexo de desconstrução a partir do interior da instituição psiquiátrica que, sendo um processo ao mesmo tempo teórico e prático, insere transformações no campo do saber e das instituições (AMARANTE: 1996).

O processo da desinstitucionalização como desconstrução teve como principal referência o psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980). Militante político e membro do Partido Comunista Italiano de resistência durante a II Guerra Mundial, Basaglia chegou a ser preso durante a ditadura de Benito Mussolini. Com influência da fenomenologia, do existencialismo, sobretudo da filosofia sartreana, de autores como Michel Foucault, Erving Goffman e Gramsci em sua formação humanística e filosófica, Basaglia promoveu um rico

debate entre as principais práticas e teorias inovadoras de sua época. O percurso teórico-prático da desinstitucionalização trilhado por Basaglia pode ser dividido em duas trajetórias: a primeira se refere à experiência de Gorizia e a segunda remete à experiência de Trieste.

Em Gorizia, a transformação no interior do hospital psiquiátrico, nos moldes da Comunidade Terapêutica, possibilitou iniciar a crítica ao manicômio, visando a construção de um projeto de transformação para além da simples reforma institucional e técnica. Contudo, foi em Trieste que o projeto de desinstitucionalização foi efetivado a partir do processo de desconstrução do manicômio e da constituição dos serviços territoriais substitutivos, tornando-se referência para todo o mundo.

2.1. A experiência de Gorizia.

Denise Dias Barros (1994), em sua obra “Jardins de Abel”, é quem traz com acuidade a trajetória de transformação no interior do hospital de Gorizia e o processo de desinstitucionalização em Trieste.

A experiência de Gorizia, pequena cidade localizada no extremo norte da Itália, teve início com Basaglia assumindo a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico, em 1961. Assim que entrou no hospital, Basaglia sentiu um forte impacto. Ao ver os internos trancados nos pavilhões e nas celas fortes recordou-se de quando esteve preso durante a Resistência e considerou que deveria usar todo seu poder como diretor para mudar aquela realidade (AMARANTE, 1996).

O encontro com as pessoas institucionalizadas e submetidas à violência do manicômio, que em muito diferia das enfermarias psiquiátricas universitárias ou dos cursos de psiquiatria onde lecionara, gerou a necessidade de conhecer as experiências de reformas psiquiátricas em curso em outros países, com o objetivo de aplicá-las em Gorizia. Assim, o percurso inicial foi marcado pelo projeto de transformação dentro do hospital, tendo como referências a Psicoterapia Institucional e a Comunidade Terapêutica, além da influência das obras *História da Loucura* de Foucault e *Asylums* de Goffman.

O confronto com a realidade produzida pela psiquiatria, ou seja, a perda da liberdade, a institucionalização da pessoa e a anulação de sua subjetividade, deflagraram a crítica à psiquiatria, aos seus conceitos, sobretudo o conceito de doença mental, aos seus instrumentos e à sua finalidade como ciência. Da crítica ao projeto institucional da psiquiatria Basaglia formularia, posteriormente, a estratégia da “negação da psiquiatria enquanto ideologia” (AMARANTE, 1996: 69).

No trabalho de transformação do manicômio de Gorizia, Basaglia questionava o saber e a prática da psiquiatria dimensionando a reflexão sobre as relações humanas. Para Basaglia, todas as organizações violam, em certa medida, os projetos individuais, mas preservam uma margem à individualidade de cada pessoa, o que não acontece no manicômio. O trabalho em Gorizia revelou o manicômio como lugar de total anulação da individualidade e objetivação do doente.

O isolamento com o mundo exterior e o processo de institucionalização aos quais a pessoa internada se sucumbia em nome do tratamento, provocavam-lhe o rompimento com qualquer projeto, a impossibilidade de investir na própria existência, “impedindo-a de continuar a se colocar em situação, de projetar-se no futuro, inibindo a ‘conquista’ da própria subjetividade” (BASAGLIA apud NICÁCIO, 2003: 108). Entendendo institucionalização como “o complexo de ‘danos’ derivados de uma longa permanência coagida como aquela no hospital psiquiátrico, quando a instituição baseia-se em princípios de autoritarismo e coerção” (BASAGLIA apud NICÁCIO, 2003: 108), o trabalho desenvolvido pela equipe de Gorizia buscou promover o resgate à liberdade. Entendia-se que somente através do resgate à própria liberdade, a pessoa poderia reconquistar sua própria individualidade.

Contudo, não se tratava de uma liberdade doada pela figura do “bom profissional”, ao qual a pessoa internada mantém-se em posição de servo, o que resultaria em outra forma de institucionalização. Tratava de transformar as relações de poder existentes entre pessoas internadas-profissionais e pessoas internadas-instituição, provocar a ruptura dos papéis cristalizados. Para isso, a equipe goriziana buscou organizar o cotidiano do hospital como uma comunidade terapêutica de forma que doentes, médicos e enfermeiros “entrassem em uma dinâmica de tensão e contra-tensão, na qual todos estão envolvidos e são responsáveis.

Significava entrar no ‘risco’, [...] colocar doentes e *staff* no mesmo plano, unidos na mesma causa e com um objetivo comum” (BASAGLIA apud NICÁCIO, 2003: 112).

Nas assembleias diárias entre a equipe e os internados, buscava-se dar voz a estes e ampliar as possibilidades de entrar em relação. Desfazendo os papéis instituídos e as soluções *a priori*, procurava-se construir conjuntamente novas respostas para transformar a realidade. Abria-se espaço para problematizar o cotidiano da instituição, o desejo de voltar para casa, a aproximação com a família, o significado de “instituição aberta”, permitindo a expressão das insatisfações, das necessidades pessoais e ampliando o poder de contratualidade do internado. Tal processo colocava em crise a estrutura hierárquica das relações, as bases do saber psiquiátrico, a função social exercida pelos técnicos e pelo manicômio. Os técnicos se depararam com a distância entre a “ideologia - o hospital é uma instituição de tratamento” e a “prática - o hospital é um lugar de segregação e de violência” e com a “função de controle da instituição na organização social, considerando o pertencimento de classe das pessoas internadas”, o que lhes permitiu indagar sobre a finalidade terapêutica do manicômio, considerando seu resultado concreto: “qual a função social do manicômio, uma vez que não responde às necessidades das pessoas internadas?” (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O. apud NICÁCIO, 2003: 135).

Neste processo de crise do estatuto científico da psiquiatria e de seu aparato manicomial, a equipe goriziana colocava em questão o método racionalista “problema-solução” que objetivava a loucura e a reduzia em doença. Basaglia, cuja formação trazia a referência à fenomenologia, considerava a necessidade de fazer uma suspensão de juízos ou *epochè* para “poder ver o doente e o seu modo de mover-se”, recusando, assim, a “objetivação do homem em síndromes operada pela psiquiatria positivista” (BASAGLIA apud NICÁCIO, 2003: 119). Essa perspectiva fez Basaglia operar uma importante inversão: “colocar ‘entre parênteses’ a doença e o modo no qual foi classificada para poder considerar o doente” (BASAGLIA, F. e BASAGLIA F.O. apud NICÁCIO, 2003: 119). De acordo com AMARANTE (2003: 56),

“essa atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido de não reconhecimento de

uma determinada experiência de sofrimento ou diversidade. (...) Significa, isto sim, a recusa à explicação oferecida pela psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar, conhecer a subjetividade”.

Nesta perspectiva, se o objetivo não é mais se ocupar da doença mental como conceito psiquiátrico, surge a necessidade de se ocupar das questões que envolvem o sujeito que sofre. “A ênfase não é mais colocada no processo de ‘cura’ mas no projeto de invenção de saúde (...)” (ROTELLI et al, 2001: 30). Essa nova maneira de pensar implicava ainda ultrapassar o conceito de saúde como um abstrato bem estar físico-psíquico-social, delineando um novo objetivo: a “produção de vida, de sentido, de sociabilidade” (ROTELLI et al, 2001: 30).

O trabalho desenvolvido pela equipe goriziana não poderia, com todos os questionamentos e crises produzidas no decorrer da experiência da comunidade terapêutica, encerrar-se no interior do hospital. Junto às ações contra a “institucionalização interna” era necessário enfrentar a “institucionalização externa”, as formas de exclusão da loucura, impostas pela cultura, que despotencializavam o trabalho para fora da instituição (BASAGLIA, F. apud NICÁCIO, 2003). O trabalho da comunidade terapêutica não poderia, assim, ser assumido como o objetivo último a ser alcançado, como uma nova ideologia, mas como momento transitório, intermediário do processo de transformação.

Nas palavras de BASAGLIA (1985: 131), em sua obra mais conhecida sobre a experiência de Gorizia, “A Instituição Negada”,

“recusamo-nos a propor a comunidade terapêutica como sendo um *modelo institucional* que seria vivenciado como a proposta de uma nova técnica para resolver conflitos. Nossa ação só pode seguir no

sentido de uma *dimensão negativa* que é, em si, destruição, e ao mesmo tempo superação. Destruição e superação que vão além do sistema coercitivo-carcerário das instituições psiquiátricas e do sistema ideológico da psiquiatria enquanto ciência para entrar no terreno da violência e da exclusão do sistema sócio-político, negando-se a se deixar instrumentalizar por aquilo exatamente que quer *negar*".

Neste sentido, colocava-se em crise a experiência da comunidade terapêutica, fazendo emergir a necessidade de construir um novo projeto de trabalho. Era fundamental transformar o modo como a sociedade se relacionava com a loucura, problematizando a função social do manicômio e da psiquiatria.

Em 1968, a equipe de Gorizia, "afirmando que não havia mais razão ou necessidade do hospital psiquiátrico e que sua existência não se justificava do ponto de vista médico", solicitou à administração local o fechamento do manicômio e a concomitante abertura de centros de saúde mental na cidade (BARROS, 1994: 62). Frente à recusa do projeto e ciente de que a continuidade da experiência da comunidade terapêutica justificaria a existência do manicômio, confirmando a legitimidade do isolamento e da exclusão das pessoas internadas, "a equipe demitiu-se em bloco após fazer uma declaração de cura de todos os pacientes" (BARROS, 1994: 62). Uma nova direção assumiu o hospital e, apesar do retrocesso inicial, alguns anos depois, em 1972, a experiência de transformação foi concluída. Em 1969, Basaglia partia para os Estados Unidos onde entraria em contato com a experiência da psiquiatria comunitária.

A experiência de Gorizia teve repercussão em várias cidades italianas onde se desenvolveram transformações institucionais. Seu projeto prático-teórico de transformação da realidade a partir do interior do manicômio buscou uma mudança mais ampla, indo de encontro à forma como a sociedade lidava com a *loucura* e mantinha seu sistema sócio-político de exclusão. Essa experiência-piloto permitiu que Basaglia e sua equipe iniciassem, três anos depois, em Trieste, uma nova experiência, permitindo o fechamento completo do manicômio e a constituição de uma rede de atenção territorial, efetivando o processo que

seria conhecido depois como desinstitucionalização e servindo de referência para diversos países, inclusive para o Brasil.

2.2. A experiência de Trieste: ruptura e inovação nas práticas de atenção às situações de crise.

Pode-se compreender a experiência de Trieste em dois momentos: primeiro, a desmontagem do manicômio e aproximação com a comunidade, abrindo suas portas, revelando o estado de pobreza, de solidão e de marginalização das pessoas internadas e segundo, a constituição de serviços territoriais substitutivos que não existiam anteriormente e que devolveriam aos ex-internos a assistência e os instrumentos para exercer sua cidadania e subjetividade.

Em 1970, Basaglia retornava à Itália para assumir a direção do Hospital Psiquiátrico de Parma, que deixaria logo depois para assumir, em 1971, a direção do Hospital Psiquiátrico San Giovanni em Trieste. Basaglia e sua equipe (Franca Ongaro Basaglia, Franco Rotelli, Giuseppe Dell'Acqua, Ernesto Venturini, entre outros) iniciaram o processo de transformação da psiquiatria em Trieste, tendo como objetivo inicial a desmontagem do manicômio. Não se tratava mais de criar uma comunidade terapêutica, como na experiência de Gorizia, mas de construir uma vida na comunidade real. “O ponto de partida estava na eliminação da separação entre o ‘dentro e o fora’, e qualquer passo institucional deveria estar vinculado a este princípio” (BARROS, 1994: 63).

Cidade portuária, localizada no limite entre a Itália e a Eslovênia, Trieste possuía, em 1971, uma população de 300.000 habitantes, sendo a maioria composta por idosos. A assistência psiquiátrica era composta pelo Hospital Psiquiátrico San Giovanni e por um Centro de Higiene Mental, que desenvolvia atividades de prevenção apenas no período da manhã. O Hospital San Giovanni possuía 19 pavilhões, onze masculinos e oito femininos, com 1.101 pessoas internadas, separadas conforme a classificação ‘tranqüilas’ e ‘agitadas’ (BARROS, 1994).

O programa proposto por Basaglia no hospital reestruturava toda a assistência psiquiátrica que, tendo como objetivo a desmontagem do manicômio e a vida na comunidade, englobava os momentos de prevenção, de tratamento e inserção social dos pacientes. Para isso, o hospital foi estrategicamente dividido em cinco setores mistos, ampliados depois para sete. Cada setor reunia duzentos pacientes segundo o bairro de origem, rompendo, assim, com “a lógica manicomial, que dividia ‘agudos de crônicos’, ‘tranqüilos de agitados’” (BARROS, 1994: 75). Além disso, para cada setor foi designada uma equipe fixa responsável pela assistência global, desde a admissão dos casos novos à reinserção das pessoas na região respectiva. O trabalho da equipe junto ao setor propiciava a continuidade terapêutica na relação com o paciente, assumindo globalmente as suas necessidades assistenciais, sem fragmentar seu acompanhamento ou encaminhá-lo para diferentes instituições.

Buscando criar novas respostas a partir das necessidades assistenciais das pessoas ali internadas, foram criados os primeiros “grupos-apartamentos” ou “casas-famílias”. Embora funcionassem nas dependências do hospital, os “grupos-apartamentos” representavam um primeiro espaço para a vida autônoma, um espaço próprio onde era possível, com o auxílio dos enfermeiros, organizar seu cotidiano, cozinhar, fazer compras, guardar seus pertences, viver não mais como pessoa internada, mas como *hóspede*.

O hóspede era uma nova figura institucional, designava a condição da pessoa que permanecia no hospital não por razão médica, mas por necessidade de proteção e alojamento até que fosse reinserida na comunidade. O hóspede não era um internado, podia entrar e sair voluntariamente, sua presença denunciava a ausência de alternativas, a fragilidade dos serviços sociais, a miséria com a qual se encontrava a pessoa ao sair do hospital psiquiátrico.

Frente à realidade do hóspede, das necessidades concretas das pessoas de possuir vestuário, dinheiro e exercer atividade remunerada, buscava-se obter pensões sociais, aposentadorias ou recorria-se a subsídios através da instituição, que transferia os gastos destinados à sua reprodução para utilizar diretamente com o ex-paciente, o que se tornou um importante instrumento para a desinstitucionalização, pois “(...) além de contribuir para

melhoria da qualidade de vida, estimulava a autonomia pessoal e criava condições para que fosse possível reentrar no universo das trocas sociais” (BARROS, 1994: 78).

Em 1972, o pavilhão “P” foi fechado, simbolizando a saída do manicômio e concretizando seu processo de desmonte. No mesmo ano, instituiu-se a primeira cooperativa, a “Cooperativa Trabalhadores Unidos”, formada por hóspedes, trabalhadores da cidade e enfermeiros, desenvolvendo atividades de limpeza. Em 1974, foram fechados os pavilhões “C” e “B”, dando continuidade à progressiva desativação das enfermarias. No período de 1976 a 1978 foram constituídas dezenove residências na comunidade para os ex-internos, permitindo a convivência com a cidade e a aceleração do processo de reinserção social (BARROS, 1994).

Neste percurso de saída do manicômio e entrada na comunidade, o trabalho se tornava mais complexo, pois implicava o enfrentamento das resistências do ‘fora’, da organização social na qual se buscava a reinserção. O novo programa proposto pela direção, a abertura das portas do manicômio, a figura do hóspede, os cooperados, a presença na comunidade de egressos em momentos de rompimento com a ordem pública, motivavam freqüentes discussões na cidade, envolvendo diferentes forças políticas e institucionais e, inclusive, a instauração de vários processos jurídicos (NICÁCIO, 2003).

Por outro lado, o enfrentamento das resistências externas e a união com associações políticas e culturais da cidade permitiram o encontro entre a comunidade e o hospital. Foram organizados concertos, teatro e festas dentro do “San Giovanni”, passeatas, mostras e debates através da imprensa. Os cidadãos da cidade entravam no manicômio e era necessário às pessoas internadas entrarem como cidadãos na cidade.

A necessidade de viabilizar a saída das pessoas internadas exigia a ativação de recursos. Tornava-se evidente que o processo de desmontagem do manicômio, o abrir suas portas, exigia, por um lado, o trabalho de constituir um “*welfare* artesanal”, “devolver ou dar ao paciente uma condição material mínima que lhe permitisse exercer a cidadania (...)” (BARROS, 1994: 80), por outro, o trabalho contínuo na comunidade, a superação das resistências culturais, dos processos de exclusão social e negação dos direitos e a invenção de novas instituições.

No período de 1975 a 1981, simultaneamente à progressiva desativação do “San Giovanni” até ser oficialmente abolido em 1980 como hospital psiquiátrico, foram criados sete centros de saúde mental – CSM – na comunidade, substitutivos ao manicômio, caracterizando o segundo momento na experiência de Trieste.

Definidos como serviços “fortes” por ROTELLI et al (2001) ou serviços “territoriais” por DELL’ÁCQUA E MEZZINA (2005), cada um dos sete centros passou a se responsabilizar por uma base territorial com, em média, 40 mil habitantes, funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana. Foram instalados em casarões nos quais a disposição dos espaços e do mobiliário guardava “todo o aspecto de uma casa” (ROTELLI et al, 2001: 38). Cada um dos centros passou a ser referência também para uma rede de “apartamentos” situada na cidade, inicialmente para ex-internos do “San Giovanni” e, posteriormente, como uma das possibilidades e recursos da prática terapêutica territorial (NICÁCIO, 2003).

Abertos 24 horas durante toda a semana, cada centro dispunha de sete a oito leitos para hospedar durante a noite – e não hospitalizar – as pessoas em momentos de maior necessidade de acompanhamento, uma média de trinta profissionais denominados “operadores sócio-sanitários”, dois carros para realizar as atividades que, em sua maioria, eram externas, uma cozinha e sala de almoço, onde operadores, pacientes e pessoas do bairro faziam, todos juntos, as refeições (ROTELLI et al, 2001).

A organização dos centros é caracterizada pela flexibilidade, pela não separação entre prevenção, tratamento e reinserção que requer o objetivo de focar as ações nas necessidades das pessoas. Assim, os CSM passam a assumir um caráter assistencial, social e terapêutico, tornando-se, portanto, estruturas complexas, operando com um modelo de “gestão flexível dos problemas ligados à saúde da população da qual é referência, sendo globalmente responsável pela pessoa que solicita ajuda” (BARROS, 1994: 106). Neste sentido,

“a complexidade de situações ou da assistência sociopsiquiátrica desenvolvida faz dos CSM triestinos estruturas que, segundo o momento e a necessidade de cada pessoa, adquirem um caráter de

serviço médico-ambulatorial, enfermaria de breve permanência, centro de permanência diurna (hospital-dia), ou noturna (hospital-noite), serviço socioassistencial (alimentação, subsídios, administração e facilitação econômica), ponto de partida para visitas ou intervenções domiciliares, reinserção no trabalho e lugar para organização de atividades socio sanitárias, culturais e esportivas do bairro. É ainda o lugar no qual se trabalha a crise” (BARROS, 1994: 106).

O caráter flexível e a complexidade das ações desenvolvidas tornaram os centros de saúde mental “o eixo de todo o sistema de saúde mental” (ROTELLI et al, 2001: 38). O novo sistema de saúde mental de Trieste, entretanto, não se limitou à criação dos centros, mas estendeu-se a um conjunto diversificado de serviços e estratégias de desinstitucionalização composto, até 1987, pelo plantão psiquiátrico no hospital geral, cinco cooperativas de trabalho, sete oficinas de atividades artesanais, artísticas e de socialização, vinte e um grupos-apartamentos para moradia, o centro para tóxico-dependentes, o serviço psiquiátrico dentro do cárcere, o serviço de apoio educacional para os usuários dos serviços de saúde mental, o alojamento para voluntários italianos e estrangeiros que trabalhavam nas diversas estruturas (BARROS, 1994; ROTELLI et al, 2001).

O plantão psiquiátrico no hospital geral começou a funcionar em 1977, após solicitação de familiares, sendo transformado, em 1980, em Serviço de Emergência Psiquiátrica – SEP – em Trieste. Este serviço, denominado no texto da Lei 180 como Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Cura, funciona vinculado aos sete CSM de forma que sua função é responder às situações de emergência psiquiátrica que chegam no hospital geral, sobretudo durante a noite, mas com uma comunicação imediata aos centros. Dispondo de oito leitos dentro do hospital geral, dois médicos fixos e dezessete enfermeiros dos CSM em rodízio, sua proposta não é de funcionar como enfermaria psiquiátrica, mas fornecer os primeiros cuidados à pessoa em situação de mal-estar agudo, chamando imediatamente o Centro de Saúde Mental de sua referência ou, se isso não for possível, hospedando a pessoa por uma noite e encaminhando-a pela manhã ao Centro de Saúde

Mental de sua região ou para sua casa após orientação (BARROS, 1994; ROTELLI et al 2001; DELL'ÁCQUA & MEZZINA, 2005).

De acordo com BARROS (1994: 111), o CSM “é fundamentalmente um lugar de defesa e proteção para a pessoa em crise que se constrói através de seu reconhecimento subjetivo, do suporte e apoio cotidiano oferecidos (...)”. Para isso, impõe-se a necessidade de conhecer o paciente e sua forma de ser no social em profundidade, compreendendo o contexto social como radicalmente conectado ao estado de sofrimento.

A compreensão aprofundada do paciente e sua realidade social demandam um funcionamento cotidiano dos centros pautado em algumas “regras-pressupostos” que se inter-relacionam e norteiam as ações dos operadores e dos usuários: a) a noção de saúde deve ser apreendida não num sentido médico estrito, mas num sentido amplo, conexo à qualidade de vida, valorizando as trocas grupais como espaço para produção de vida social da pessoa; b) a preocupação deve ser constante com a afirmação da contratualidade social da pessoa que adoece e recorre ao serviço; c) portanto, as pessoas que procuram os centros não devem ser classificadas em categorias diagnósticas ou tipologias já que o objetivo não está referido, de maneira reducionista, ao tratamento da doença, mas à necessidade de projetar a pessoa para a emancipação; d) assim, a valorização da queixa ou do motivo que trouxe a pessoa ao centro deve, antes de tudo, procurar responder ao pedido de intervenção como este lhe é proposto; e) essa diretriz dilui a separação entre intervenções de prevenção, tratamento e reinserção, uma vez que é o centro que deve desenvolver a capacidade plástica de operar as intervenções segundo a necessidade de quem lhe procura; f) o que também dilui qualquer critério técnico de seleção ou priorização da clientela, mantendo a “porta-aberta” do centro para todas as pessoas. É o princípio definido como *presa in carico*, significando que o centro deve se encarregar da demanda da região de forma global, um princípio de responsabilidade territorial, cujo papel é ativo não apenas nas situações de crise, mas naquelas de pobreza, distúrbio e conflito. Tal princípio representa uma ética de trabalho que controla a autonomia e o poder dos operadores de hierarquizar as necessidades conforme seu saber-poder em detrimento das necessidades trazidas pelas pessoas; g) por fim, a não hierarquização de demandas e intervenções requer, no cotidiano dos centros, a democratização das decisões e a valorização dos diferentes saberes na dinâmica das relações institucionais. Assim, as decisões são, em princípio, tomadas de forma coletiva, no

espaço das reuniões diárias que se realizam na passagem do turno da manhã ao da tarde. Nessa dinâmica, todos os operadores tomam conhecimento dos fatos ocorridos no turno anterior, das pessoas que chegaram ao serviço, como deverão ser encaminhadas situações emergenciais, as tarefas do dia, as providências cabíveis, aprofundando o conhecimento do paciente, sua história, seu contexto e singularizando as ações socioassistenciais (BARROS, 1984).

Estas “regras-pressupostos” configuram os Centros de Saúde Mental como “serviços fortes”, não no sentido de rigidez, mas ao contrário, no sentido de serem serviços que, sem possibilidade de selecionar a demanda cada vez múltipla e complexa, flexibilizam suas respostas em conformidade com as situações, o que os tornam serviços substitutivos, capazes de intervir nas situações de crise, numa prática unitária de prevenção, assistência e reinserção.

Dell’acqua e Mezzina, a partir de suas experiências, relatam o trabalho que se realiza em um CSM triestino ao exporem como os operadores atendem as situações de crise no cotidiano. Em suas palavras,

“no nosso caso, o abandono do hospital psiquiátrico, a escolha do território e a constituição dos centros de saúde mental, como etapa ulterior ao trabalho de desinstitucionalização, colocaram o problema prático e cotidiano, além de teórico, de compreender a complexidade coexistente ao aparecimento da demanda psiquiátrica e, dentro dessa demanda, a complexidade da crise” (DELL’ÁCQUA & MEZZINA, 2005: 165).

Conforme os autores, a demanda de intervenção psiquiátrica possui vários elementos – quem fez o encaminhamento, o percurso de chegada ao centro, as instituições acionadas neste percurso – os quais os operadores devem conhecer, pois “o ponto central e mais problemático é a busca de uma precisão organizativa do serviço, que permita respostas adequadas e conseqüentes à complexidade das situações à medida que essas, gradualmente, emergem” (DELL’ÁCQUA & MEZZINA, 2005: 167).

Neste sentido, o serviço deve ser capaz de operar nos diferentes momentos do sofrimento, entendendo como sinais de sofrimento, “as passagens que, de uma crise muda, sem possibilidade de escuta, conduzem ao comportamento transgressivo ou alarmante, até a ativação dos sistemas sociais de emergência” (DELL’ÁCQUA & MEZZINA, 2005: 167). Assim, o serviço deve se organizar para intervir desde os momentos de latência da crise, tornando mais precoce a intervenção, até às situações consideradas de alarme, articulando a resposta à crise aos momentos de prevenção, tratamento e reinserção. O serviço, dessa forma, “estende suas potencialidades de relação no inteiro arco de expressão da existência sofrida do indivíduo e sobre a totalidade das demandas da comunidade” (DELL’ÁCQUA & MEZZINA, 2005: 167).

Se não é o paciente que vai ao encontro do CSM, os operadores devem desempenhar um papel ativo no estabelecimento do primeiro contato, preferindo, para isso, os lugares de vida do paciente como sua casa, o local de trabalho, de lazer e as pessoas que lhe são mais significativas. O primeiro contato com o paciente em seu ambiente permite conhecer onde vive, em quais situações vive e com quem vive. Ao conhecê-lo em sua realidade de vida pode-se conhecer suas necessidades e elaborar uma oferta terapêutica. Ao chegar pela primeira vez ao CSM, procura-se estabelecer uma relação de gradual conhecimento recíproco, “ao novo paciente é dado um tempo para que se oriente no espaço do Centro, para que perceba e compreenda a atenção a ele dirigida; um tempo para que comece a se mover e agir naquele espaço” (DELL’ÁCQUA & MEZZINA, 2005: 179).

Mesmo quando o paciente percebe o CSM e seus operadores como ameaçadores, os sucessivos momentos de oferta da escuta, de auxílio das necessidades materiais, quando existem, constituem abertura para a relação operador-paciente e para a tomada de responsabilidade. No entender dos autores, assumir a responsabilidade quer dizer “assumir a demanda com todo o alcance social conectado ao estado de sofrimento” (DELL’ÁCQUA & MEZZINA, 2005: 175).

Neste aspecto, o serviço acompanha o paciente em diferentes esferas institucionais, dependendo da necessidade – serviço social, escola, agências de emprego, aposentadoria – ao invés de encaminhá-lo burocraticamente a estas instâncias, ensejando ao paciente conectar-se com recursos humanos e materiais, garantindo a manutenção dos vínculos com

seu ambiente, a reconstrução das relações com as pessoas significativas, os nexos entre a crise e a sua história. “A crise torna-se, então, um ‘evento histórico’ (...). A crise enquanto evento ‘no curso do tempo’ pode ser adequadamente superada se o serviço conseguir abrir ou deixar aberto ao sujeito um espaço social de manobra (...)” (DELL’ÁCQUA & MEZZINA, 2005: 191). Conforme relatam os autores,

“na nossa experiência, a reconstrução da história através dos múltiplos momentos de contato e de conhecimento entre o serviço e a pessoa, nos seus locais de vida, com a rede das suas relações, com os seus problemas materiais e concretos, tende a colocar a crise no interior de uma série de nexos que são capazes de torná-la compreensível (não de explicá-la!), de dar um senso à crise e, enfim, de recuperar a relação entre as valências de saúde, os valores de vida e a própria crise” (DELL’ÁCQUA & MEZZINA, 2005: 164).

A oferta da escuta e os momentos de conversa entre o operador e o paciente, longe de se configurar em psicoterapia segundo moldes pré-estabelecidos, se inserem no rol de possibilidades de contato e conhecimento que propiciam a verbalização das necessidades subjacentes à demanda e incentivam o paciente a analisar o que aconteceu com o surgimento da crise, inscrevendo-a na continuidade histórica de sua vida.

Quando a intervenção na crise requer o recurso da hospitalidade 24 horas no CSM, ainda assim, o paciente mantém seus vínculos sociais, seus familiares podem vê-lo a qualquer momento e é comum que o paciente volte à sua casa, mesmo pouco depois de momentos de alarme, para buscar alguns de seus pertences para pernoitar no Centro. A hospitalidade não impede o paciente de sozinho ou acompanhado do operador ou familiar, poder sair do Centro, mantendo sua liberdade e autonomia. “A finalidade de tudo isso é garantir e comunicar que a chegada ao Centro não determinará uma ruptura na sua continuidade existencial e histórica” (DELL’ÁCQUA & MEZZINA, 2005: 176).

Contudo, em situações nas quais o serviço reconhece a necessidade de proteção da pessoa seja porque apresenta comportamento que lhe expõe a risco de sanção (cárcere), seja

porque tal comportamento possa romper suas relações, comprometendo posteriormente sua contratualidade, o Centro assume a responsabilidade de usar formas de tutela e de controle, contudo, tais recursos não se aplicam *a priori*, mas como limite crítico. Assim, a hospitalidade no CSM ou as formas de tutela representam um dos recursos inscritos numa série de ações, não se constituindo em resposta à crise “em si” e nem em modalidade de internação.

Na internação o paciente vive o tempo e o ritmo da instituição. “O tempo, coordenada fundamental da existência mesmo na crise, torna-se primeiro valor subtraído ao paciente” (DELL’ÁCQUA & MEZZINA, 2005: 181). Ao contrário da modalidade de internação, nos Centros triestinos busca-se valorizar a expressão do tempo vivido pelo paciente em crise. Assim, o “programa terapêutico” elaborado para o paciente não deve interromper o seu cotidiano, mas estar articulado à sua vivência do tempo. “O respeito ao tempo próprio do paciente é assim, um ulterior fator de reforço/conservação das suas potencialidades de ‘sujeito’ e não de ‘objeto’, dominado e institucionalizado” (DELL’ÁCQUA & MEZZINA, 2005: 182).

A combinação de diferentes recursos com a intenção de responder às necessidades e situações à medida que estas emergem configura a “oferta terapêutica” num processo que pressupõe o ‘caminhar com’, o ‘estar com o paciente’, na medida em que a ativação dos recursos se faz para e junto ao paciente. Neste aspecto,

“o trabalho que se desenvolve em torno à crise como ‘resposta à necessidade’ continuamente oferece aos operadores (enfermeiros, servidores, assistentes sociais, médicos) um nível real de relação possível; permite a tradução imediata do linguajar técnico em termos de problemas concretos; bloqueia a tendência da psiquiatria de expelir da intervenção, como escórias, tudo aquilo que se relaciona à materialidade da vida (...)” (DELL’ÁCQUA & MEZZINA, 2005: 186).

Contudo, todo o trabalho com o sujeito só se torna possível se, simultaneamente, se realiza um trabalho sobre o serviço. A resposta à crise do paciente requer do serviço a capacidade de se colocar, continuamente, em crise. O programa terapêutico singularizado, a resposta à crise como “resposta à necessidade” se materializa no trabalho sobre o conflito permanente entre a organização do serviço – espaço institucional e como tal reprodutor de certa institucionalização – e o caráter dinâmico e concreto das necessidades do paciente.

A capacidade de buscar respostas adequadas à complexidade das situações à medida que estas emergem, ou seja, a capacidade de flexibilidade se torna possível mediante a tentativa contínua de “trabalhar segundo um estilo coletivo, no qual cada um possa dar a sua contribuição” (DELL’ÁCQUA & MEZZINA, 2005: 188). A discussão coletiva dos problemas e suas possíveis respostas nas reuniões diárias da equipe, as trocas entre os operadores durante o trabalho, a autonomia na gestão dos turnos e as intervenções flexíveis aos programas terapêuticos, propiciam um modo não institucionalizado, a expressão da criatividade e dos recursos de cada um. Conforme a experiência italiana,

“existe sempre a possibilidade de se verificar a reprodução da distância entre operador e paciente, a não-escuta, a objetivação, a prevaricação, a indução passiva da cronicidade. A capacidade do serviço de se repropor constantemente tais entraves, de vivê-los como crise, permite a este (...) se reproduzir e afrontar o risco da própria ‘institucionalização’” (DELL’ÁCQUA & MEZZINA, 2005: 190).

Assim, a possibilidade de respostas novas e singulares à crise é consequência de um trabalho cotidiano de modificação dos processos neo-institucionais de funcionamento do serviço. Portanto, a experiência italiana, sobretudo a experiência em Trieste, de negação/superação do manicômio e invenção de nova realidade com os CSM, demonstra que a trajetória da desinstitucionalização não se realiza como percurso linear. Trata-se de um “processo social complexo” que “suscita conflitos, crise e transformações dentro da rede mais ampla das estruturas institucionais (e suas normas, poderes e competências) nas quais o sistema psiquiátrico está inserido” (ROTELLI et al, 2001: 53). Trata-se de um

processo que busca transformar as relações de poder entre as pessoas e as instituições, agenciando diversas pessoas como atores do processo e recursos que permitam a produção de projetos de saúde mental totalmente substitutivos ao modelo asilar, projetos de vida, a invenção da saúde e do social.

No Brasil, a trajetória da desinstitucionalização italiana tem sido uma das referências da atual reforma psiquiátrica. Esse referencial embasou, sob vários aspectos, o processo da reforma, particularmente a partir do final da década de 1980, o lema do movimento social “Por uma sociedade sem manicômios” e, também, algumas experiências inovadoras desenvolvidas as quais veremos no capítulo seguinte.

Capítulo 3

Percurso Histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

No Brasil, considera-se reforma psiquiátrica o processo histórico de cunho crítico e prático, fundado no questionamento do paradigma psiquiátrico e suas instituições, com o objetivo de construir propostas de transformação do modelo assistencial clássico. Esse processo surge no contexto da redemocratização do país, em fins da década de 1970.

Certamente, é possível identificar momentos anteriores de crítica da prática e do saber psiquiátricos desde a criação do primeiro hospício no Brasil, o Hospício D. Pedro II, em 1852. A história da psiquiatria no Brasil revela mudanças ao longo de pouco mais de um século e meio, envolvendo diferentes atores sociais, projetos assistenciais, resistências, conflitos e rupturas. Assim, para efeitos metodológicos, convém visualizar esta história em trajetórias, o que permite, conforme AMARANTE (1995: 92), “a visualização de percursos, de caminhos que, muitas vezes, se entrecruzam, se sobrepõem. A trajetória refere-se mais à existência e ao desenvolvimento de uma tradição, de uma linha prático-discursiva, do que de determinada conjuntura”.

Neste sentido, AMARANTE (1995) visualiza esta história em três grandes trajetórias:

- Trajetória higienista (meados do século XIX até a II Guerra mundial);
- Trajetória da saúde mental (pós-guerra até meados da década de 1970);
- Trajetória atual da reforma psiquiátrica (final da década de 1970 até o momento, é subdividida em trajetória alternativa, trajetória sanitarista e trajetória da desinstitucionalização).

Contudo, pretende-se neste capítulo focalizar o processo histórico e os desdobramentos da “trajetória atual da reforma psiquiátrica”, percorrendo brevemente seus dois primeiros momentos, ensejando, assim, a “trajetória da desinstitucionalização”.

Para começar, lembremos que na década de 1970, a assistência psiquiátrica no Brasil baseava-se quase exclusivamente em estruturas manicomiais. A maioria dos leitos psiquiátricos pertencia aos hospitais psiquiátricos privados, contratados pelo Estado, em decorrência da política de privatização da época. A assistência era caracterizada pela inexistência de recursos técnicos e materiais nestas estruturas manicomiais, públicas ou privadas, onde era comum o uso do que se denominava “leito-chão”, dando a conhecer não só a ausência de leitos para o número de pessoas internadas, mas revelando os maus tratos e violência que lhes era infligido (NICÁCIO et al, 2005).

Neste contexto, iniciou-se um movimento de denúncias nos hospitais psiquiátricos, especificamente nos hospitais que compunham a Divisão Nacional de Saúde Mental – Dinsam. Técnicos de várias categorias profissionais, sobretudo médicos recém-formados e também estudantes, denunciavam a falta de recursos das unidades e as condições precárias de trabalho refletidas na assistência prestada à população, configurando-se, assim, o movimento de trabalhadores em saúde mental – MTSM (AMARANTE, 1995).

No início, o Movimento tinha caráter mais trabalhista, com reivindicações por aumento salarial, redução do número excessivo de consultas, mas também fazendo crítica à cronificação dos pacientes no hospital, crítica ao uso de eletrochoques e denúncias à violação dos direitos humanos, o que o fez oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa (AMARANTE, 2007).

Por estas características o MTSM constituiu-se em espaço de luta não institucional, em arena de debate e encaminhamento de propostas de mudança da assistência psiquiátrica através da organização de encontros e conferências, reunindo trabalhadores em saúde, associações de classe, entidades e outros setores da sociedade. A mobilização por projetos “alternativos” ao modelo manicomial, baseados em reformulações preventivas, extra-hospitalares e multidisciplinares, marcam esse primeiro momento da reforma psiquiátrica chamado “trajetória alternativa”.

O segundo momento, o da “trajetória sanitarista”, iniciou-se nos primeiros anos da década de 1980, quando o MTSM se encontrava fortemente instalado no aparelho de Estado ocupando parte significativa dos postos de chefia de programas estaduais e municipais de saúde mental, direção de unidades hospitalares públicas, em substituição às

antigas lideranças que ocupavam os cargos de direção e coordenação das políticas do setor. Um dos motivos dessa ocupação, segundo AMARANTE (1995: 78), foi o próprio trabalho das lideranças do MTSM que, ao longo da década, se encarregaram de “elaborar novas propostas, produzir e reproduzir novas idéias, formar novos militantes (...) que operaram a substituição de uma prática psiquiátrica conservadora ou voltada para interesses privados para uma ação política de transformação da psiquiatria enquanto prática social”.

Nesse período, o movimento sanitário no Brasil se encontrava vigoroso, confundindo-se com o próprio Estado e foi neste contexto que ocorreu, em março de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Como desdobramento da “oitava”, aconteceu, em junho de 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental – I CNSM, fechando a “trajetória sanitarista” da reforma psiquiátrica e iniciando a “trajetória da desinstitucionalização”.

Embora os dois primeiros momentos da atual reforma tenham introduzido uma série de críticas, denúncias e propostas de mudanças, o fracasso das experiências “alternativas” ao modelo da psiquiatria clássica em todo o mundo, trazia o testemunho de que não era possível continuar fazendo reformas “sem atingir o âmago da questão, sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidados, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades” (AMARANTE, 1995: 99). É esta perspectiva que norteia a “trajetória da desinstitucionalização”, em curso até os dias atuais.

3.1. A trajetória da desinstitucionalização e a constituição de experiências inovadoras.

Após a I CNSM, em 1987, foi realizado, em dezembro do mesmo ano, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru. Nesta ocasião foi construído o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, significando um novo rumo para o MTSM na discussão da questão da loucura para além do limite assistencial. Colocavam-se em pauta as questões teóricas e políticas suscitadas pela loucura.

No campo teórico se apresentavam as influências de Franco Basaglia, que estivera no Brasil durante o I Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições, em

1978, e durante o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979. A presença de Basaglia havia indicado um caminho que não era o da modernização da psiquiatria, mas o da necessidade da superação do manicômio. Conforme NICÁCIO et al (2005: 201), Basaglia afirmava que

“o processo de transformação do hospital psiquiátrico não poderia ser compreendido como um novo modelo técnico e não se encerrava no interior da instituição: [era] necessário colocar em discussão a finalidade da existência do manicômio, a modalidade dessa existência em sua relação com a estrutura social, desconstruindo a instituição para recompor e restituir os direitos e a complexidade das necessidades e possibilidades das pessoas”.

Em consonância com essa perspectiva, surgiram, estrategicamente, experiências inovadoras como o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, em São Paulo e os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, em Santos que vieram a subsidiar, posteriormente, a formulação de novos instrumentos legais como as portarias ministeriais 189/91, 224/92 e 336/02.

O paradigma da desinstitucionalização como desconstrução passava a orientar a Reforma Psiquiátrica no Brasil para uma ética de inclusão social, solidariedade e o resgate da cidadania do *louco*. Contudo, a expressão ‘Reforma Psiquiátrica’ denota algumas contradições em relação ao significado do seu paradigma – a desinstitucionalização, gerando equívocos associados à idéia da reforma como uma mera reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico, reorganização de serviços ou modernização das técnicas terapêuticas, reduzindo a apreensão da riqueza e da complexidade desse processo. Segundo AMARANTE (1995: 92), o termo reforma “prevaleceu e ainda permanece, em parte pela necessidade estratégica de não criar maiores resistências às transformações, de neutralizar oposições, de construir consenso e apoio político”.

Assim, a expressão ‘Reforma Psiquiátrica’ se mostrou a mais estratégica, possibilitando a viabilidade política e social do projeto do movimento, sem diluir, com isso, seu caráter de processo social complexo. Compreendendo que

“um *processo* indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. Aponta para a constante inovação de atores, conceitos e princípios que marcam a evolução da história. Um *processo social* nos assinala que existem atores sociais envolvidos e, enquanto tal, que existem interesses e formulações em conflitos, em negociações. E, enfim, um *processo social complexo* se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade” (AMARANTE, 2003: 49).

A partir desta compreensão de Reforma Psiquiátrica como “processo social complexo”, expressão inicialmente cunhada por ROTELLI et al (2001), o autor expõe as quatro dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas neste processo:

1) Dimensão teórica-conceitual: referente ao campo da produção dos saberes, à problematização e revisão dos conceitos produzidos pela ciência, desde o mito da neutralidade científica, da ciência como produtora de verdade até os conceitos produzidos pela psiquiatria, tais como doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica, cura e outros;

2) Dimensão técnica-assistencial: refere-se ao modelo assistencial que emerge a partir dos conceitos construídos. Compreende-se, por exemplo, que à teoria que concebia a loucura uma incapacidade da razão e do juízo emergiu o modelo assistencial asilar, baseado na custódia, na tutela, na vigilância e no tratamento moral. Ao questionar as bases

conceituais desse modelo, torna-se possível desconstruí-lo e substituí-lo por estratégias e dispositivos inovadores;

3) Dimensão jurídica-política: referente aos conceitos e noções construídos no plano do saber psiquiátrico e legitimados no plano das leis e da política. Assim, a privação do direito à cidadania e a noção de inimputável foram a tradução, no campo jurídico, das noções de irracionalidade e incapacidade construídas no campo epistêmico da psiquiatria. Neste sentido, ao questionar os conceitos que subsidiam o aparato legal, torna-se possível reconhecer o *louco* de outro lugar, do lugar de cidadão, do lugar de sujeito de direitos;

4) Dimensão sociocultural: refere-se à formação do imaginário social a partir das posições ideológicas científicas tornadas senso-comum. Essa dimensão é considerada estratégica no processo da Reforma Psiquiátrica, pois visa a transformar a concepção da loucura no imaginário social. Concepção que não a associe a periculosidade, incapacidade e impossibilidade de trocas sociais e simbólicas, permitindo a construção de práticas sociais e culturais de solidariedade, inclusão e cidadania.

Essas dimensões que se intercomunicam, revelam a complexidade do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil e abrem espaço para a produção de experiências inovadoras no campo das práticas assistenciais, sociais e culturais em oposição e substituição às práticas de exclusão e segregação do modo asilar.

Ao conjunto das práticas desenvolvidas no processo da Reforma Psiquiátrica, substitutivas ao modo asilar, COSTA-ROSA et al (2001) denomina Modo Psicossocial. O autor conceitua o Modo Psicossocial de acordo com quatro parâmetros que, sucintamente, referem-se: 1) à superação da relação sujeito-objeto característico do modelo médico, preconizando a horizontalização das relações interprofissionais como condição para a horizontalização das relações com os usuários; 2) à superação das formas verticalizadas de organização das relações intrainstitucionais, preconizando a horizontalização como requisito ao exercício da subjetivação; 3) à atuação da instituição no território, preconizando seu posicionamento como espaço de interlocução e porosidade e 4) à superação da ética da adaptação, da lógica que adequa o indivíduo ao meio e o ego à realidade, propondo práticas que considerem a relação sujeito-desejo.

Assim, o processo da Reforma Psiquiátrica ao adotar na dimensão teórica-conceitual o paradigma da desinstitucionalização como desconstrução, fez emergir na dimensão técnica-assistencial experiências inovadoras no país, calcadas no Modo Psicossocial. As experiências pioneiras foram o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira – CAPS, em São Paulo, em 1987 e o Núcleo de Atenção Psicossocial da Zona Noroeste – NAPS, em Santos, em 1989.

O primeiro, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, surgiu no contexto da redemocratização e transição de uma política nacional privatizante para uma estatizante, que tinha como orientação a implantação de serviços extra-hospitalares. O projeto original do CAPS, de autoria da Coordenadoria de Saúde Mental, o definia como “estrutura intermediária” entre hospital e comunidade, com o objetivo de oferecer às pessoas “(...) um espaço institucional que buscasse entendê-las e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil” (COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL, 1987: 01). O CAPS atenderia, de acordo com o projeto, a clientela considerada “socialmente invalidada”, com “formas diferentes e especiais de ser”, com “patologias de maior complexidade”, pessoas que “tenham enveredado por um circuito de cronificação”, pessoas com “graves dificuldades de relacionamento e inserção social” e “pessoas com graus variáveis de limitações sociais”. (COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL, 1987: 01-02).

O CAPS seria “mais um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária” e suas práticas assistenciais seriam exercidas através de “programas de atividades psicoterápicas, socioterápicas de arte e de terapia ocupacional” (COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL, 1987: 02) consoante seu caráter intermediário. Por intermediário entende-se:

“uma unidade de tratamento em saúde mental que se introduz num sistema hierarquizado de cuidados, indo da internação hospitalar ao tratamento ambulatorial e ao suporte da comunidade (...). É considerado (...) como uma estrutura de passagem, na qual os pacientes permanecem durante um determinado tempo até adquirirem

condição clínica estável, de modo a poderem continuar o tratamento em definitivo em equipamentos com características ambulatoriais” (GOLDBERG apud YASUI, 1999: 147).

O serviço teria um funcionamento de 8 horas/dia, cinco dias por semana, tomando como eixo organizador a assistência, a reflexão sobre suas práticas e a transmissão de suas experiências a outros profissionais. Silvio Yasui, um dos trabalhadores a compor a equipe do CAPS Luiz Cerqueira em seus anos inaugurais, relata que o serviço, mesmo sendo uma estrutura intermediária, procurava:

“ser e funcionar como uma unidade que desenvolvia um trabalho qualitativamente distinto das práticas e modelos de atendimento em saúde mental na rede pública. Em primeiro lugar, por elegermos uma parcela de usuários que (...) [tinha] na hospitalização oferta exclusiva e compulsória de tratamento, em função de suas crises, muitas vezes recorrentes, de uma cultura que afirmava que ‘lugar de louco é no hospício’ (...). Optamos por atender o usuário em crise, ou fora dela, através de um tratamento intensivo e, na medida do possível (...) prescindindo dos muros sejam eles reais ou imaginários” (YASUI, 1989: 53).

Assim, o CAPS Luiz Cerqueira se constituiu em uma experiência transformadora no campo técnico assistencial, ampliando e diversificando as possibilidades de intervenção e invenção terapêuticas onde “o usuário [era] o centro da atenção” (YASUI, 1989: 54).

Contudo, a trajetória do CAPS Luiz Cerqueira também foi atravessada por dificuldades, retrocessos, falta de apoio político e isolamento da rede. Em duas gestões estaduais, contrárias à Reforma Psiquiátrica, chegou a sofrer um processo de desmonte e, atualmente, “foi transformado em Programa de Integração Docente Assistencial da Universidade de São Paulo (USP-SP)” (ANAYA, 2004: 75). Apesar dos atravessamentos sofridos, a criação do CAPS Luiz Cerqueira constituiu um marco no processo da Reforma

Psiquiátrica, servindo de referência para a criação de outras experiências no campo assistencial e contribuindo para mudanças nas políticas públicas de saúde mental no Brasil.

Outra experiência inovadora nascida do processo da Reforma Psiquiátrica e seguindo, portanto, os princípios da desinstitucionalização de referência italiana, foi a experiência dos Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos. O primeiro NAPS surgiu em 1989, simultaneamente ao processo de intervenção do município na Casa de Saúde Anchieta, “hospital psiquiátrico (...) construído na década de 50 para funcionar como moderno centro de assistência psiquiátrica”, mas conhecido depois como “Casa dos Horrores” (NICÁCIO, 1994: 48).

Este manicômio foi denunciado por uma série de violações aos direitos humanos e óbitos de internos, passando por processo de vistoria, exposição da situação à imprensa e intervenção do município. Durante o processo de intervenção no “Anchieta”, foram tomadas medidas imediatas como a proibição de qualquer atitude de violência, de agressão verbal e física aos internos, foram desativadas celas fortes e grades, estabelecida liberdade para circular em toda a instituição, liberdade para receber visitas, proibição de eletroconvulsoterapia, abolição da laborterapia, estabelecimento de padrões adequados de higiene e alimentação.

Junto às medidas imediatas, um processo de questionamento global sobre a existência e a função social do manicômio acompanhou as transformações que se seguiram à intervenção. O manicômio não era uma instituição arcaica que necessitava passar por uma modernização, mas “um *locus* privilegiado que deve colocar em crise a própria instituição psiquiátrica em sua globalidade” (NICÁCIO, 1994: 54). Logo, a equipe de intervenção tinha claro que o processo de transformação não se limitaria ao trabalho dentro do manicômio, embora esse fosse primordial, mas implicaria um processo de transformação no espaço cultural onde a lógica da exclusão se configurava como natural e imutável.

Algumas diretrizes colocadas nos primeiros dias da intervenção permaneceram como eixos norteadores do projeto de desmontagem do “Anchieta”: “resgate da singularidade, reconstrução da história, produção da subjetividade, construção de cidadania” (NICÁCIO, 1994: 59). Ao mesmo tempo em que se desenvolvia este trabalho, o manicômio era apresentado à cidade e vice-versa através de exposições, vídeos – como o

vídeo “A Batalha da Cidadania” sobre a intervenção – painéis, festas – como a “festa dos 100 dias” da intervenção – passeios, músicas, diversificando os instrumentos de ação dentro e fora do manicômio (NICÁCIO, 1994).

Nova configuração foi se definindo no processo de intervenção, as enfermarias do “Anchieta” foram divididas em setores ou regiões correspondentes às da cidade e dos outros municípios, o que possibilitou às equipes conhecer o lugar de vida dos pacientes, dando os primeiros passos em direção ao território não apenas como espaço geográfico, mas como espaço onde as relações se estabelecem.

Do contato com o território emergia a necessidade de criar novas instituições, não reprodutoras da lógica manicomial, que produzissem e sustentassem uma nova cultura, novos sistema e política de saúde mental. Era o momento de sair do manicômio e a equipe de intervenção elaborou um projeto, identificado à proposta da desinstitucionalização italiana, para a implantação da primeira unidade externa, “uma unidade totalmente substitutiva ao manicômio” (NICÁCIO, 1994: 77). A construção de uma “unidade totalmente substitutiva” colocava em questão as reformas que, embora fizessem críticas ao manicômio, não prescindiam da internação psiquiátrica para os pacientes em situações agudas, de crise, de maior complexidade.

De acordo com o projeto, a nova unidade partiria do desmonte de uma das enfermarias do “Anchieta”, a correspondente à região da Zona Noroeste, por apresentar maior demanda de internação e de investimento de políticas públicas. Assim, em setembro de 1989 foi inaugurado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial, na Zona Noroeste (NAPS-ZN), em Santos.

Dando prosseguimento ao desmonte do “Anchieta”, no período entre 1989 a 1994, foram construídos outros quatro NAPS nas regiões Centro, Orla, Vila Belmiro e Marapé, funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana, dispondo de seis leitos para situações de necessidade; um Pronto-Socorro Psiquiátrico municipal funcionando no Pronto-Socorro Central da cidade, oferecendo retaguarda noturna para o atendimento de crise e urgência/emergência, mas não se configurando como enfermaria psiquiátrica; uma Unidade de Reabilitação Psicossocial com o objetivo de promover e desenvolver os empreendimentos de trabalho como cooperativas sociais; o Centro de Convivência TAM-

TAM configurando-se como espaço para projetos artísticos e culturais e o Lar Abrigado “República Manoel da Silva Neto” para usuários gravemente institucionalizados.

Em 1994, o “Anchieta” foi definitivamente desativado como hospital psiquiátrico e o espaço institucional ocupado por outros serviços e atividades da SEHIG (Secretaria de Higiene e Saúde de Santos) e da Prefeitura Municipal.

Assim, foi implantada em Santos uma rede assistencial totalmente substitutiva, cujos cinco NAPS, inspirados nos “serviços fortes” de Trieste, na Itália, constituíam a base e a referência da rede de atenção em saúde mental. Para NICÁCIO (1989: 92), uma das fundadoras do NAPS da Zona Noroeste, não se trata de colocar os serviços italianos no lugar de “modelo pronto a ser transplantado”, mas trata-se de revelar a possibilidade de uma prática que “pode negar [o manicômio], transcender e construir uma nova realidade”. A experiência inovadora de Santos revelou, desde o início da intervenção no “Anchieta” até a construção do primeiro NAPS, essa possibilidade de “trabalhar com o manicômio real, com o manicômio imaginário, o sentido paradigmático desta instituição e no interior desta ação produzir novas instituições” (NICÁCIO, 1989: 92).

O processo de transformação em Santos se assemelha à trajetória da desinstitucionalização italiana na medida em que, como em Trieste, se baseou

“na utilização dos recursos e dos problemas internos da estrutura em decomposição, para construir pedaço por pedaço as novas estruturas externas. Estas nascem para ‘acompanhar’ de perto os pacientes fora do manicômio e construir as ‘alternativas’ (e a cultura necessária): os serviços territoriais, os plantões psiquiátricos noturnos no hospital geral, as cooperativas, as casas para os pacientes, os bares e os refeitórios de bairro, os jogos, os laboratórios de teatro etc...” (ROTELLI et al, 2001: 35).

De acordo com os autores italianos, o processo de desinstitucionalização é caracterizado por três aspectos que vão tomando corpo à medida que o manicômio vai sendo desmontado:

“a) A construção de uma nova política de saúde mental a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos os atores interessados; b) A centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos ‘doentes’, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição (...); c) A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nascem do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados” (ROTELLI et al, 2001: 36).

Estes três aspectos da desinstitucionalização representam as condições para se prescindir da internação, transformando “as necessidades dos doentes, dos operadores e da comunidade, às quais a internação correspondia” e construindo respostas e serviços inteiramente substitutivos (ROTELLI et al, 2001: 36).

3.2. Serviços substitutivos e a tomada de responsabilidade às situações de crise.

Continuando a trajetória da desinstitucionalização e a constituição dos serviços substitutivos em Santos, algumas estratégias de estrutura e ação do NAPS são consideradas fundamentais para alcançar seus objetivos, de acordo com seu projeto: a regionalização, a transformação da equipe e o projeto terapêutico.

A estratégia da regionalização, entendida menos como divisão administrativa ou geográfica da cidade e mais como base para a transformação cultural, se identifica ao

trabalho no território. Este trabalho implica em “(...) conhecer as necessidades, a demanda, o percurso da demanda psiquiátrica, conhecer e intervir nas organizações institucionais que tecem esta região, no sentido do NAPS ser um ponto de referência, de possibilitar o real acesso ao serviço e do serviço às pessoas (...)” (NICÁCIO apud AMARANTE & TORRE, 2001: 30). Isso consiste no encontro com os cidadãos, no diálogo com a comunidade através da conversa com a vizinhança, das visitas domiciliares, abordando as diferentes formas de compreender a loucura, a questão da exclusão social, da cidadania.

A estratégia de transformação da equipe consiste no trabalho de refletir o próprio conceito de equipe, “a equipe é aqui compreendida como o trabalhar junto, como o espaço coletivo de ação e reflexão das práticas profissionais, (...) do pensar e repensar o próprio serviço” (NICÁCIO apud AMARANTE & TORRE, 2001: 31). A transformação da equipe passa pela desinstitucionalização dos técnicos, “do se perceber sem as conhecidas grades, chaves e muros na relação com a loucura” e sua transformação em atores sociais, num processo onde os profissionais “aprendem a aprender” e onde “as relações de poder e de saber possam ser colocadas em discussão (...)” (NICÁCIO apud AMARANTE & TORRE, 2001: 31).

A estratégia do projeto terapêutico envolve “o cuidar de uma pessoa”, “fazer-se responsável”, “evitar o abandono”, “atender à crise” e “responsabilizar-se pela demanda” (NICÁCIO apud AMARANTE & TORRE, 2001: 30). O projeto terapêutico envolve o que os italianos chamam de *presa in carico*. Traduzido como *tomada de responsabilidade*, significa “fazer-se responsável pela saúde mental de uma população de um território determinado, assumir um papel ativo na sua promoção e a responsabilidade pelo cuidado global de uma pessoa, recusando as diferentes formas de abandono da demanda” (NICÁCIO, 2003: 117).

Neste sentido, o projeto terapêutico implica dois aspectos: primeiro, a não seleção de clientela, garantindo a atenção a todas as pessoas que chegam ao serviço de *porta aberta* e, com isso, a não separação entre prevenção/tratamento/reabilitação; segundo, o atendimento à crise, “que não se limita ao atendimento das emergências que chegam ao Pronto-Socorro, mas também no NAPS e nas casas” (NICÁCIO apud AMARANTE & TORRE, 2001: 31).

NICÁCIO (2003: 180) relata que na experiência cotidiana do NAPS “produzia-se, processualmente, uma profunda transformação da abordagem pautada na codificação da doença”. O ponto de partida eram as necessidades dos usuários em seu contexto social e relacional, buscando aproximar-se de seu sofrimento, compreender sua história, criar vínculo, mediar relações, produzir possibilidades de trocas e recursos diligentes.

Trabalhava-se com a noção de projeto terapêutico como processo, construído e reconstruído na relação com os usuários, com os familiares e em equipe. Desse modo, o projeto terapêutico traduzia-se em “um conjunto complexo de estratégias, algumas simples, elementares, outras complexas, de longo percurso que buscavam cuidar do sofrimento, possibilitar a participação na vida social, potencializar o poder contratual, construir/reconstruir as redes sociais e de suporte, promover o acesso e o exercício de direitos” (NICÁCIO, 2003: 181). Com essa perspectiva, as diferentes formas de atenção às situações de crise no NAPS e nos contextos reais de vida, se tornam ações singularizadas no processo, diferente de ter um elenco de procedimentos e técnicas *a priori*.

No relato de NICÁCIO (2003), a maioria das situações de urgência/emergência psiquiátrica ocorrida na Zona Noroeste era inicialmente referenciada para o Pronto-Socorro da região, situado ao lado do NAPS. As situações de urgência eram reconhecidas pela chamada de emergência código 13, referente à doença mental/periculosidade. O atendimento era realizado pela equipe do Pronto Socorro e, não raro, com auxílio de policiais. A desinstitucionalização dessa prática demandou, necessariamente, a transformação das possibilidades de resposta. Para isso, a equipe do NAPS propôs atender, em conjunto com a equipe do Pronto Socorro, as chamadas de código 13 sendo que para os usuários em atendimento no NAPS, as chamadas poderiam ser diretas para a equipe, inclusive no período noturno e nos fins de semana. Aos poucos todas as chamadas para o Pronto Socorro, referentes a situações de crise, foram remetidas diretamente para a equipe do NAPS.

Contudo, não é simples traçar uma definição para o que se chama de crise ou emergência/urgência psiquiátrica. DELL’ÁCQUA & MEZZINA (2005: 161) consideram que “é seguramente difícil uma definição única da crise em psiquiatria. Qualquer esquema para defini-la deve, em todo caso, considerar a organização psiquiátrica existente naquela

área e naquele momento histórico particular”. O ingresso da pessoa em crise no circuito psiquiátrico sempre esteve atrelado a um certo “valor-limite”, construído socialmente, que delimita quando problemas emocionais, psicológicos, sociais e contingentes assumem o grau de crise e passam a ser alvo da atenção psiquiátrica (DELL’ÁCQUA & MEZZINA, 2005).

O “valor-limite” é dado de acordo com “os sistemas de reconhecimento como limite do sofrimento, do distúrbio, da periculosidade social, da miséria individual, do peso das relações familiares ou de trabalho, da diversidade de comportamentos, da intolerância e da violência daquele particular tecido social” (DELL’ÁCQUA & MEZZINA, 2005: 162). Estes diferentes sistemas de percepção e interpretação do sofrimento e das necessidades, junto aos contextos diversos e adversos de recursos institucionais, sociais e pessoais, revelam a complexidade presente na atenção à crise e, portanto, quão complexos devem ser as formas e os recursos para abordá-la.

Voltando ao NAPS, nas estratégias de atenção às situações de crise no cotidiano, NICÁCIO (2003: 186) relata que

“a equipe buscava, através de diversas estratégias de contato, aproximar-se da pessoa e, sobretudo, comunicar a possibilidade de um diálogo construído em relações de contratualidade e de reciprocidade. Escutar, buscar compreender a pessoa e a situação, perceber brechas para entrar em relação, reconhecer as formas singulares de expressão do sofrimento, dos desejos, dos conflitos, das necessidades e das demandas de cuidado. Com esse conteúdo, atender as situações de crise requereu indagar e transformar os modos de pensar e agir pautados na invalidação e, sobretudo, na impossibilidade de produzir relações de troca com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico em momentos de crise”.

De acordo com a autora, o cuidado às pessoas em situações de crise expressava “a singularidade de um trabalho artesanal”, onde a equipe “buscava possibilitar a entrada em

cena das pessoas e construir uma leitura conjunta e complexa da situação e o delineamento de um contrato que, desde o início, propõe a efetiva participação do usuário e das pessoas de seu contexto relacional” (NICÁCIO, 2003: 187).

Assim, a experiência inovadora do primeiro NAPS de Santos, fundada nas estratégias do trabalho junto ao território, da transformação da equipe através da reflexão contínua de seus saberes e das suas práticas, do projeto terapêutico, fazendo-se responsável pelo cuidado global de uma pessoa e atendendo às situações de crise, contribuiu para a transformação e construção de uma nova realidade no campo assistencial, no plano das políticas públicas de saúde mental, no universo cultural e na dinâmica das relações sociais com a loucura.

Compreendido como serviço substitutivo, o NAPS ocupa lugar estratégico na invenção de novas respostas frente à “existência-sofrimento” dos sujeitos, frente às diversificadas expressões de crise, se inscrevendo no complexo processo de desinstitucionalização e servindo de inspiração para outras experiências, especialmente no cenário mineiro, o qual veremos no próximo capítulo.

Capítulo 4

A Trajetória da Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais e a atual Política de Saúde Mental de Belo Horizonte.

No Brasil, até o século XVIII, as Santas Casas de Misericórdia, as cadeias e o cárcere privado eram os locais para onde se destinavam os *loucos*. Somente no início do século XIX a psiquiatria se constituiu no Brasil, criando o primeiro hospício para alienados no Rio de Janeiro, o Hospício de D. Pedro II, inaugurado em 1852. Nele ficaram reclusos alienados vindos de todo o país (MAGRO FILHO, 1992).

Em Minas Gerais, as ações sanitárias da época se baseavam na concepção de “polícia médica”, assim, o controle das endemias era incumbido ao serviço de higiene da província e a questão da loucura à polícia, que recolhia os alienados às cadeias. De acordo com MAGRO FILHO (1992), as alternativas oferecidas pelo Estado ao louco sempre foram medidas de exclusão e violência. Minas Gerais oferecia as seguintes alternativas a seus loucos:

“permanecer em casa, mantidos longe dos familiares, trancados em um cômodo qualquer, se a família possuísse recursos para tal; não receber nenhum tratamento, este era o caso dos pobres, os sem recursos, que ficavam jogados nas ruas, entregues à própria sorte; ser encaminhados aos anexos para loucos existentes nas santas casas de misericórdia” (MAGRO FILHO, 1992:16).

Havia, em Minas Gerais, Santas Casas em Diamantina e São João Del-Rei que recebiam portadores de várias doenças e alienados em anexos próprios, mas após a lei de assistência aos alienados, de agosto de 1900, foi criado o Hospital Psiquiátrico de Barbacena, em 1903, destinado a ser o estabelecimento para os alienados de todo o Estado.

Em 1911, foi inaugurada a Colônia de Barbacena cujo princípio terapêutico era o labor, princípio logo abandonado devido à superlotação hospitalar e substituído pela segregação, violência e autoridade do médico. A solução encontrada para a superlotação da Colônia de Barbacena foi a criação, em 1922, do Instituto Neuropsiquiátrico, posteriormente nomeado Instituto Raul Soares, em Belo Horizonte que, segundo BARRETO (1999: 205), “chegou a desfrutar do status de hospital modelo para depois cair na rotina de superlotação e cárcere”.

Ainda foram criados, em 1924, hospitais públicos psiquiátricos em Oliveira, o manicômio judiciário de Barbacena em 1929, o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil em 1947 e o Hospital Galba Veloso em 1962, ambos em Belo Horizonte, além das inúmeras clínicas particulares que cresciam com fins exclusivamente lucrativos, compondo um parque manicomial em Minas Gerais.

Contudo, esse cenário manicomial começou a mudar a partir de 1979 com a vinda de Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel ao III Congresso Mineiro de Psiquiatria, realizado pelos residentes do Instituto Raul Soares, em Belo Horizonte. Durante o congresso mineiro, Basaglia visitou alguns manicômios do Estado e, impressionado com as condições aviltantes e a violência infligidas aos internados, referiu-se ao Hospital Galba Veloso como “Casa de Torturas” e ao Centro Hospitalar de Barbacena como “Campo de Concentração” (BARRETO, 1999: 193).

As declarações de Basaglia à imprensa provocaram significativa repercussão. O Secretário de Estado da Saúde, na época, Eduardo Levindo Coelho, decidiu expor à imprensa todos os hospitais psiquiátricos do Estado, o que resultou numa série de reportagens de Hiram Firmino, no jornal Estado de Minas, intituladas “Nos Porões da Loucura” e no curta-metragem “Em Nome da Razão” do cineasta Helvécio Rattón, fortalecendo, assim, o movimento dos trabalhadores de saúde mental que se instaurava e para o qual a assistência psiquiátrica passava a ser considerada uma questão social e política.

Minas Gerais foi um dos Estados a constituir um movimento forte de trabalhadores, ao lado do Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia. O movimento dos trabalhadores em saúde mental é considerado por AMARANTE (1995) o protagonista no projeto da Reforma

Psiquiátrica Brasileira, assumindo postura crítica em relação ao saber psiquiátrico e propondo reformulações à assistência nos hospitais psiquiátricos públicos.

Um ano após as repercussões da situação hospitalar do Estado, em 1980, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) aprovou um projeto de reestruturação da assistência psiquiátrica, conforme as discussões produzidas no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, com a participação dos trabalhadores da saúde mental e da opinião pública, mas o projeto não se concretizou.

No cenário nacional, acontecia a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, desdobrando eventos importantes como a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, que contou com a presença de usuários, delegados estaduais e segmentos representativos da sociedade para tratar de três temas básicos: 1) Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; 2) Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental e 3) Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (BRASIL, 1988). E o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado no mesmo ano, em Bauru, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, onde se constituiu oficialmente o movimento antimanicomial e se discutiu a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos com sua substituição por um novo modelo assistencial em saúde mental.

Ainda no cenário mais amplo, em 1987 foi criado o primeiro CAPS no município de São Paulo, em 1988 constituiu-se o SUS e em 1989 foi criado o primeiro NAPS em Santos, colocando a década de 1980 como período de eventos e práticas que mudaram as políticas de saúde mental dos anos seguintes, dando início à trajetória da desinstitucionalização na atual da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

Voltando ao cenário mineiro, para LOBOSQUE (1997), a década de 90 representou a consolidação do movimento dos trabalhadores de saúde mental em Minas Gerais. Em 1991, foi organizado o I Encontro de Trabalhadores Mineiros de Saúde Mental em João Monlevade, fortalecendo ainda mais o movimento antimanicomial. Ocorreram também movimentos antimanicomiais expressivos em Brumadinho e Itaúna.

Ainda em 1991 ocorreu o “Encontro de Santos”, momento importante na trajetória dos trabalhadores de saúde mental de Belo Horizonte que puderam conhecer de perto a

experiência dos NAPS daquela cidade. César Rodrigues Campos, psiquiatra e coordenador de saúde mental da FHEMIG na época, organizou uma visita à cidade de Santos com os trabalhadores de saúde mental do Instituto Raul Soares e Hospital Galba Veloso. Santos apresentava um conjunto de serviços e ações em saúde mental, inseridos na rede pública, cuja proposta assistencial atrelava-se à conquista da cidadania do louco. A visita possibilitou aos trabalhadores da FHEMIG conhecerem os NAPS, territorializados e capacitados para o acolhimento de pacientes em crise, as oficinas, as cooperativas e os Centros de Convivência, envolvidos na proposta de inserção social do portador de sofrimento mental. Assim, retornaram dessa visita inspirados, imaginando um novo modelo de assistência em saúde mental a ser implantado em Belo Horizonte.

Gestão 1993 a 1996: “Frente BH Popular”

No final de 1992, Belo Horizonte viveu uma mudança de governo, assumindo no ano seguinte a gestão “Frente BH Popular”, a primeira gestão do Partido dos Trabalhadores. Os trabalhadores de saúde mental elaboraram o projeto “Uma Proposta de Programa para a Saúde Mental/SMSA/BH” (BELO HORIZONTE, 1992) encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde e ao prefeito, na época, Patrus Ananias. No projeto, os trabalhadores propunham uma nova organização da rede de saúde mental com serviços substitutivos públicos, abertos, regionalizados, denominados Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAMs, articulados a outros dispositivos que possibilitassem o atendimento de seus usuários em diferentes momentos, rompendo, assim, com a lógica manicomial.

Considerado um projeto antimanicomial, o projeto de saúde mental do município representava o discurso que viria orientar as práticas de todos os profissionais de saúde mental da rede de Belo Horizonte, inclusive as práticas assistenciais nos CERSAMs, tornando-se um norteador para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no município.

De acordo com ABOU-YD & LOBOSQUE (1998), no início da gestão “Frente BH Popular” a assistência em saúde mental no município se dividia basicamente em dois

segmentos desarticulados um do outro: de um lado, um número expressivo de profissionais da saúde mental distribuídos de forma aleatória em centros de saúde, dentro do ideário de prevenção e controle, sem nenhuma proposta clínica ou diretriz institucional que orientasse suas ações; de outro lado, o conjunto dos hospitais, espaço tradicional de exclusão, como recurso único para o atendimento de casos de maior gravidade.

Quando o projeto de saúde mental foi implantado, havia em Belo Horizonte seis hospitais vinculados ao SUS, sendo três públicos (Instituto Raul Soares, Hospital Galba Veloso e Centro Psicopedagógico) e três privados (Clínica Pinel, Clínica Nossa Senhora de Lourdes e Instituto Psicominas). Posteriormente, a clínica particular Serra Verde, conveniada ao SUS e localizada no município de Vespasiano, teve seu gerenciamento assumido por Belo Horizonte. Esses hospitais se classificavam em hospitais de agudos e de crônicos. De agudos: Clínica Pinel, Psicominas, Instituto Raul Soares, Hospital Galba Veloso e Centro Psicopedagógico. E de crônicos: Clínica Nossa Senhora de Lourdes e Clínica Serra Verde (ANAYA, 2004).

Diante dessa conjuntura a estratégia foi reorganizar a rede em saúde mental. Assim, os centros de saúde ocupariam o lugar de retaguarda na assistência em saúde mental, transformando a lógica de seu trabalho e os CERSAMs atenderiam a clientela mais grave, na intenção de fazer frente aos hospitais psiquiátricos que eram a referência para os pacientes no momento das situações de crise.

Assim, em 1993, foi inaugurado o primeiro CERSAM de Belo Horizonte, no distrito sanitário Barreiro, região que apresentava elevado número de internação hospitalar. Também neste ano ocorreu o “I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial” em Salvador, reforçando o papel de movimento social da luta antimanicomial e propondo atividades junto à sociedade civil e o plano cultural.

Ainda neste ano uma supervisão aos manicômios foi iniciada, colocando em cada hospital psiquiátrico público ou privado, conveniado ao SUS, um supervisor hospitalar. Esses supervisores eram psiquiatras que, participando diariamente da rotina do hospital, avaliavam e exigiam qualidade de serviços e um atendimento mais “digno” aos internos. O resultado do trabalho dos supervisores foi apresentado na Escola de Saúde de Minas Gerais (ESMIG) no final de 1996. O trabalho dos supervisores resultou em um estudo dos óbitos

ocorridos na Clínica Serra Verde em 1995, onde se verificou o aumento de 100% do número de óbitos em relação a 1994. Denúncias foram encaminhadas ao Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM/MG), ao Ministério Público e à Auditoria do Estado, exigindo a mudança da assistência oferecida pela clínica, com repercussões nos outros hospitais. Em 1996 foi a vez das clínicas Pinel e Nossa Sra. De Lourdes sofrerem processo administrativo pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, após advertências feitas em virtude do tratamento oferecido a seus pacientes (ANAYA, 2004).

Em 1995, foi aprovada pela Assembléia Legislativa Mineira a lei 11.802/95, conhecida como “Lei Carlão”, estabelecendo as diretrizes legais da reforma da assistência psiquiátrica no Estado. A lei “determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária”. Assim, o sancionamento dessa lei oficializou o processo de reforma psiquiátrica em Minas Gerais, legitimando as ações que já vinham sendo realizadas e permitindo agenciar outras ações como a reorientação dos investimentos financeiros, antes destinados ao manicômio, para a implantação de serviços substitutivos, a humanização da assistência e o reconhecimento da cidadania do louco.

Neste ano também foi inaugurado o segundo CERSAM, no distrito sanitário mais populoso do município, o distrito Noroeste, além de serem inaugurados um Centro de Convivência e o Centro Regional da Infância e Adolescência (CRIA). No ano seguinte, em 1996, foram inaugurados mais dois CERSAMs, o CERSAM Leste, responsável pela demanda da região Leste que, antes, era encaminhada para o Instituto Raul Soares e o CERSAM Pampulha, abraçando mais duas regionais além da sua: Venda Nova e Norte.

Em 1997, iniciou-se nova gestão no município, caracterizada por uma latência do projeto de saúde mental de Belo Horizonte.

Gestão 1997 a 2000

Com o novo prefeito eleito, Célio de Castro, do PSB, novos atores assumiram os cargos executivos no setor saúde, incluindo a Coordenação Municipal de Saúde Mental.

Assim, em 1998, a equipe inaugural da Coordenação Municipal de Saúde Mental, responsável pela elaboração do projeto de saúde mental e pela implantação de quatro CERSAMs, se afastou, assumindo nova equipe.

Nessa gestão, embora nenhum novo CERSAM tenha sido inaugurado, iniciou-se, em 2000, o projeto chamado “Programa de Desospitalização Psiquiátrica” (PDP), instituído pela portaria SMSA – BH/SUS nº 004/2000.

O programa objetivava acolher pacientes psicóticos internados há mais de um ano nos hospitais psiquiátricos da rede pública e particular do município e cuja alta hospitalar era impedida devido a problemas sociais como falta de moradia e abandono familiar. Assim, o programa previa a construção de Serviços Residenciais Terapêuticos para acolher os pacientes, além de conceder-lhes uma “bolsa-desospitalização” no valor correspondente ao custo da AIH.

Uma equipe foi formada para fazer o levantamento dos casos a serem beneficiados pelo programa. Ao todo, foram indicados 683 pacientes ‘crônicos’ que estavam internados nos hospitais públicos e particulares do município. Dois Serviços Residenciais Terapêuticos foram inaugurados na época: Casa Concórdia e Casa Floramar, acolhendo 10 moradores cada casa.

A gestão seguinte foi marcada por avanços e retrocessos no projeto de saúde mental de Belo Horizonte.

Gestão 2001 a 2004: “Programa BH Vida”

Em 2002, o Ministério da Saúde realizou, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde, as Gerências Regionais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, o primeiro PNASH (Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar) versão psiquiátrica. Após esta avaliação alguns hospitais psiquiátricos do Estado entraram em processo de descredenciamento junto ao SUS, entre eles: as Clínicas Pinel e Psicominas em Belo Horizonte (COORD. ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, 2003-2006).

Neste mesmo ano foram inaugurados outros três CERSAMs nos distritos sanitários Nordeste, Venda Nova e Oeste, totalizando sete CERSAMs no município. Além disso, os CERSAMs Leste e Pampulha passaram a funcionar 24 horas por dia, todos os dias, oferecendo hospitalidade noturna aos pacientes que necessitassem de acompanhamento no período da noite.

Nessa primeira experiência da hospitalidade noturna, os dois serviços que funcionavam 24hs eram responsáveis por oferecer, no período noturno, pernoite para os seus pacientes indicados, pernoite para os pacientes indicados dos outros cinco CERSAMs e acolhimento de novos casos de urgência do município. Cada CERSAM 24hs dispunha de uma equipe, no período noturno, formada por um médico e três auxiliares de enfermagem.

Esse primeiro momento da hospitalidade noturna, embora tenha representado algum avanço, trazendo a possibilidade de oferecer um cuidado integral ao paciente em crise, foi alvo de críticas e questionamentos por parte dos profissionais dos demais CERSAMs – que não funcionavam 24hs – que tinham dificuldades para conseguir pernoite para seus pacientes.

Em pesquisa de campo realizada por ANAYA (2004: 111) a dois CERSAMs, em 2003, a hospitalidade noturna funcionando em apenas dois serviços era “alvo freqüente de desgaste entre os trabalhadores que se ocupa[vam] de conseguir vagas em outros CERSAMs, fazendo parcerias inclusive com hospitais psiquiátricos, e dos próprios usuários, que se queixa[vam] e que [tinham] a condução de seu tratamento prejudicada”.

A nova equipe de coordenadores municipais de saúde mental, responsável pela implantação desse primeiro modelo de hospitalidade noturna, se manteve na Coordenação até meados dessa gestão, sendo esta o segundo mandato do prefeito Célio de Castro. Contudo, devido a problemas de saúde que o levaram ao afastamento do cargo, assumiu, em 2002, o vice-prefeito Fernando Pimentel, do PT, convidando a antiga equipe de coordenadores a retomar a Coordenação Municipal de Saúde Mental.

Reassumindo a Coordenação de Saúde Mental do município, a equipe inaugural tinha a intenção de ampliar o funcionamento 24 horas para os outros cinco CERSAMs que funcionavam de 7hs às 19hs, todos os dias.

Nessa gestão, cujo programa geral foi intitulado “Programa BH Vida”, o projeto de saúde mental passou por uma reavaliação. As relações entre o “Programa BH Vida” e o projeto de saúde mental foram marcadas por um desentendimento inicial, no primeiro semestre de 2002, devido um imperativo de que o projeto de saúde mental deveria aderir ao “Programa BH Vida”, literalmente, conforme um texto da época, "correr atrás do prejuízo", no pressuposto de um atraso de adesão. O movimento que se produziu a seguir, no segundo semestre de 2002, foi uma amenização desse imperativo de adesão, passando pela formação de colegiados/fóruns/oficinas de discussão, do nível central aos trabalhadores, a fim de se redefinir tanto o projeto de saúde mental quanto o “Programa BH-Vida” e orientar a rede quanto a princípios e diretrizes da interface Equipe de Saúde Mental-Equipe de Saúde da Família (GRUPO DE TRABALHO GEAS/INTEGRAÇÃO ESM-ESF, 2003).

Algumas diretrizes orientadoras desta interface foram: a) As Equipes de Saúde Mental (ESM) nos Centros de Saúde, orientadas pelos princípios da política de saúde mental do município, atuariam em conjunto com os demais dispositivos da rede de saúde mental, priorizando o atendimento aos portadores de sofrimento mental grave e persistente; b) O acolhimento dos portadores de sofrimento mental seria responsabilidade do Centro de Saúde, devendo os mesmos serem acolhidos pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) que contariam com o apoio matricial das ESM de referência; c) A proporcionalidade ESM/ESF obedeceria a critérios epidemiológicos, demográficos, de acesso etc, e não pelo número de ESF; d) Os CERSAMs também participariam do trabalho de encaminhamento às ESF a partir do estabelecimento de micro-regiões ou micro-áreas. Assim, as equipes dos CERSAMs, divididas em mini-equipes, seriam responsáveis pelo encaminhamento das micro-áreas dos distritos sanitários; e) O deslocamento das ESM até as ESF referenciadas seria priorizado para efetivar a atuação conjunta (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, 2006).

Esse momento de reconfiguração dos dois projetos foi profícuo para revigorar os princípios e diretrizes da política de saúde mental. Assim, a política de saúde mental redefiniu como principal objetivo “construir uma rede integrada de serviços, programas e ações inseridos na comunidade, capazes de desenvolver uma estratégia para responder às necessidades de saúde mental dos diversos territórios, a partir de uma perspectiva e prática de desinstitucionalização”, sendo que “nos serviços substitutivos as crises devem ser objeto

de pronto acesso e acolhimento, na medida em que é pela via da crise que se alimenta o sistema manicomial/ hospitalocêntrico” (GRUPO DE TRABALHO GEAS/INTEGRAÇÃO ESM-ESF, 2003: 2).

Nesta perspectiva, a Coordenação de Saúde Mental do município escreveu, no periódico da saúde mental “SIRIMIM”, em 2004, o artigo “Hospitalidade Noturna: um ousado sonho”, explicitando sua importância:

“(…) a proposta da hospitalidade noturna assegura-nos uma possibilidade muito clara: permite-nos manter conosco os pacientes que necessitem de cuidados contínuos, sem precisar recorrer aos hospitais psiquiátricos, (...) estaremos, muito simplesmente, ampliando para o dia inteiro uma atenção que oferecemos apenas em parte dele, de forma a não mais internar nos hospitais” (COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, 2004: 03).

Além do artigo, a Coordenação elaborou, em outubro de 2005, o projeto “O atendimento às crises e a Hospitalidade Noturna”, expondo os principais pontos críticos do funcionamento noturno nos dois CERSAMs 24hs – CERSAMs Leste e Pampulha – e requerendo o funcionamento integral a todos os sete CERSAMs do município.

O projeto foi fruto das reflexões geradas a partir de duas oficinas de trabalho, realizadas em meados de 2003, nas quais foram discutidos o projeto de saúde mental e sua gestão, tendo como foco, desta vez, os CERSAMs. As duas oficinas apontaram como ponto crítico do projeto o funcionamento noturno nos dois CERSAMs, o que levou à realização de uma terceira oficina de trabalho, na qual foi convidada a Coordenação de Saúde Mental de Campinas para apresentar o funcionamento da hospitalidade noturna daquela cidade.

Conforme as reflexões e análises geradas a partir das oficinas de trabalho, concluiu-se que o funcionamento noturno em apenas dois CERSAMs não apresentou nenhum impacto no número de internações de usuários do município nos hospitais psiquiátricos, “de fevereiro a abril/2002, internaram-se em hospitais 522 pessoas de BH; no mesmo período

do ano seguinte, após a abertura dos serviços [24hs], internaram-se 531” (COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL-SMSA/BH, 2005: 02). Além disso, os dois CERSAMs 24hs apresentavam uma tendência a ocuparem a maior parte dos seus doze leitos (seis leitos em cada um) noturnos com a sua própria clientela, acolhendo um número pouco expressivo de casos novos de urgência durante à noite.

O cotidiano dos dois serviços 24hs também apresentava alguns problemas, conforme evidenciado nas oficinas de trabalho: 1) Os usuários se queixavam de pernoitar em CERSAM diferente do qual se tratavam durante o dia ou pernoitar, inclusive, em hospital psiquiátrico quando faltavam vagas nos CERSAMs 24hs; 2) Medicalização excessiva, ou seja, nos dois CERSAMs 24hs os usuários que vinham de outros CERSAMs para pernoitar eram os mais medicados, evidenciando uma hegemonia do modelo médico e do modelo tradicional de plantão; 3) Desgaste na relação entre os profissionais dos sete CERSAMs nas negociações para obtenção de leitos noturnos (COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL-SMSA, 2005: 03).

Diante das reflexões e análises apresentadas nas oficinas, o projeto “O atendimento às crises e a Hospitalidade Noturna” enfocava duas grandes ações: a ampliação da hospitalidade noturna em todos os sete CERSAMs e a abertura de um Serviço de Urgência Psiquiátrica noturno em hospital geral. A hospitalidade noturna nos CERSAMs contaria com dois a três auxiliares de enfermagem e o Serviço de Urgência Psiquiátrica contaria com um psiquiatra, um enfermeiro e três auxiliares de enfermagem num plantão das 19hs às 7hs, todos os dias. Este novo serviço ainda teria como característica inovadora o trabalho articulado com o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) que já atendia a demandas psiquiátricas desde sua implantação, em 2003.

Essa “nova proposta” de Hospitalidade Noturna nos CERSAMs, funcionando somente com auxiliares de enfermagem no período noturno, teve como inspiração a visita realizada pela Coordenação Municipal de Saúde Mental a um CAPS III (versão nacional dos CERSAMs) em Campinas, por ocasião do I Encontro Nacional de CAPS III, realizado em novembro de 2003. Conforme informado no periódico da saúde mental “SIRIMIM” sobre o Encontro:

“um ponto alto foi a nossa visita ao CAPS Novo Tempo – um Caps III cuja hospitalidade noturna é sustentada por auxiliares e técnicos de enfermagem. Além de aspectos singulares do modo como organizam o serviço, ressaltou-se, principalmente, no discurso dos auxiliares e técnicos, que o nó da Reforma é a lógica que orienta o ato coletivo. Lógica que, se apropriada pelos singulares, não contradita os núcleos de competência profissional, mas os enriquecem, fortalecendo o trabalho em equipe. Importante iniciativa de Campinas que muito nos ajuda, neste momento em que estamos discutindo a ampliação e a melhoria da hospitalidade noturna e das urgências psiquiátricas aos portadores de sofrimento mental de Belo Horizonte” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, 2003: 02).

Gestão 2005 a 2008

Nos dois anos seguintes, em 2005 e 2006, já no segundo mandato do prefeito Fernando Pimentel, o Projeto da Hospitalidade Noturna ampliada sofreu oposição do Parecer da Câmara Técnica de Psiquiatria do CRM-MG que alegou que o projeto valia-se da premissa de que a presença física do médico, nos plantões noturnos dos CERSAMs, não era essencial, o que infringia artigos do código de ética médica (LIMA, 2005). Também passou por Parecer Técnico do COREN-MG (Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais) que, embora apoiasse o projeto, se posicionava contrário à hospitalidade noturna sem a presença de enfermeiro, justificando não existir amparo legal para a atuação de auxiliares de enfermagem sem a supervisão presencial do mesmo (MENDES, 2006).

Em resposta às oposições, a Coordenação de Saúde Mental reafirmou, em publicação no SIRIMIM, seu posicionamento:

“(…) a transformação de todos os CERSAMs em CAPS III (com oferta de hospitalidade noturna), torna-se um dispositivo

imprescindível e uma prioridade inadiável. A Secretaria Municipal de Saúde enfrenta as resistências e os obstáculos interpostos por certos segmentos, os mesmos que, ou se opuseram publicamente ou foram omissos em relação à implantação da Reforma Psiquiátrica e fazem, agora, (...) oposição à proposta de ampliação do número de CAPS III na cidade” (COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, 2006: 01).

Apesar das oposições, o projeto da Hospitalidade Noturna ampliada e do Serviço de Urgência Psiquiátrica foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 20 de julho de 2006 e em 04 de setembro do mesmo ano todos os CERSAMs passaram a funcionar 24 horas, cada um oferecendo de quatro a seis leitos para a hospitalidade noturna de usuários que necessitassem de acompanhamento neste horário. Também foi inaugurado o Serviço de Urgência Psiquiátrica nas dependências da Santa Casa de Misericórdia, oferecendo seis leitos de retaguarda.

De acordo com esse projeto, que representa o modelo atual da hospitalidade noturna, o pernoite oferecido nos CERSAMs seria apenas para os pacientes já atendidos nestes serviços, enquanto o Serviço de Urgência Psiquiátrica ficaria responsável pelo acolhimento e atendimento dos casos novos de urgência psiquiátrica no turno da noite, encaminhando-os, no dia seguinte, ao CERSAM mais próximo de suas residências (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH, 2006).

Além de atender os casos novos, o Serviço de Urgência Psiquiátrica também serviria de apoio técnico para os sete CERSAMs no período noturno, ou seja, os auxiliares de enfermagem destes serviços poderiam, em caso de necessidade, contar com a assessoria da equipe do Serviço de Urgência Psiquiátrica. Uma ambulância do SAMU ficaria lotada no Serviço de Urgência Psiquiátrica para garantir o deslocamento de especialistas e pacientes.

Contudo, as oposições ao projeto continuaram e em 24 de outubro de 2006 foi publicada, pelo Secretário Municipal de Saúde, a Portaria SMSA/SUS-BH nº033/2006 que constitui “Comissão de Acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo ‘Serviço de Urgência Psiquiátrico’ e pela Hospitalidade Noturna oferecida nos CERSAMs”.

A hospitalidade noturna, novidade recentemente introduzida nos CERSAMs, ampliará e qualificará, de acordo com a Política de Saúde Mental do município (PNH, 2006: 11), a assistência oferecida pela rede, “na medida em que cria as condições para o atendimento em tempo integral aos usuários em tratamento nos CERSAM’s”. De acordo com essa política:

“os CERSAMs introduzem na rede a novidade clínica do cuidado em liberdade. De portas abertas todos os dias da semana, num período de 24 horas, estes serviços acolhem e atendem os casos mais graves no seu momento mais delicado – a urgência e a crise, e constroem estratégias que permitem aos usuários se manterem na vida enquanto atravessam este momento de sofrimento agudo e fragilização dos laços sociais e afetivos” (PNH, 2006: 10).

Nesta perspectiva, torna-se necessário voltarmos a atenção, neste cenário atual, para essas “estratégias” construídas no cotidiano, para as práticas assistenciais desenvolvidas no encontro entre os profissionais do CERSAM e os “usuários” que “atravessam este momento de sofrimento agudo”. Assim, é pertinente perguntar como os trabalhadores da saúde mental operam, na rotina assistencial, o atendimento a esse sofrimento agudo e como entendem este sofrimento. Neste sentido, retomamos o objeto de investigação proposto nesta pesquisa: como são construídas, no cotidiano, as práticas de assistência aos pacientes com grave sofrimento mental em “seu momento mais delicado”: as situações de crise.

PARTE II

O CERSAM e os caminhos da atenção às situações de crise

Capítulo 5

Metodologia: o caminho da pesquisa.

5.1. Natureza da pesquisa.

O processo de ‘Reforma Psiquiátrica’ ou o processo de desconstrução do modelo manicomial, como vimos, implica a construção e a invenção de novos referenciais teórico-conceituais, ou seja, novos saberes e discursos; novos referenciais técnico-assistenciais, isto é, novos serviços e práticas assistenciais, novos valores e sentidos atribuídos ao tratamento; novos referenciais jurídico-políticos e socioculturais, quer dizer, novos horizontes, visões, representações e imaginário social sobre a loucura, sobre o sofrimento mental.

Nesse sentido, para investigar as práticas de assistência ao paciente com sofrimento mental em situação de crise em um novo serviço (CERSAM), objeto deste estudo e alcançar os objetivos propostos – compreender a concepção e o imaginário dos profissionais sobre crise, os sentidos atribuídos ao projeto assistencial e às próprias práticas, identificar os elementos teórico-conceituais, ideológicos e imaginários que embasam suas ações assistenciais, conhecer os recursos assistenciais utilizados e os limites e desafios vividos pelos profissionais no cotidiano assistencial – recorri à pesquisa de natureza qualitativa.

O termo ‘qualitativa’ vem, a seu turno, designar as pesquisas cujo interesse são os sentidos e as significações que um indivíduo em particular ou determinado tecido social atribuem aos fenômenos da realidade que lhes dizem respeito. Assim, os sentidos e as significações dos fenômenos são o cerne para os pesquisadores qualitativistas que procuram acessá-los ouvindo e observando os sujeitos da pesquisa em seu *setting* natural e nunca em um ambiente reprodutor de situações como laboratórios ou gabinetes (TURATO, 2003).

Se o *lócus* da pesquisa qualitativa é o ambiente natural do sujeito, por conseguinte, nesta pesquisa foi realizado o trabalho de campo em dois CERSAMs a fim de ouvir e

observar os sujeitos em sua vida concreta e cotidiana, no âmbito dos objetivos já mencionados.

Outra característica das investigações qualitativas é que ouvir e observar os sujeitos em situação cotidiana requer, por parte do pesquisador, um trabalho simultâneo de interpretação ou compreensão, ou seja, para o pesquisador qualitativista não se trata de revelar, como desfecho da pesquisa, a essência ou a verdade sobre o objeto investigado, trata-se de produzir, ao longo do caminho da pesquisa, uma leitura, sobretudo modesta, do objeto conforme o enfoque teórico-metodológico adotado e a sua própria subjetividade em questão.

De outra forma, poder-se-ia dizer que a atenção do pesquisador qualitativista se volta para o *processo*, entendido sobretudo como a dinâmica ou a maneira de acontecer do objeto posto em estudo, em detrimento à primazia ao *produto*, concebido como o resultado final da investigação. Decorre daí que o próprio pesquisador torna-se o instrumento principal da investigação em campo, uma vez que “suas percepções é que apreendem os fenômenos e sua consciência os representa e os elabora, enquanto os roteiros, tais como da entrevista (...), servem apenas de instrumentos auxiliares” (TURATO, 2003: 257).

Tal característica atribui aos estudos qualitativos uma força maior na sua *validade*, isto é, “o que é apreendido pela consciência do pesquisador (...) é, por definição, o fenômeno propriamente sob exame (...)” (TURATO, 2003: 264), o que contrasta com os estudos quantitativos para os quais a força maior estaria no elemento *confiabilidade*, ou seja, na reprodutibilidade, na capacidade de seus dados produzirem a mesma resposta sempre que repetidos.

Nesse aspecto, os investigadores qualitativistas encontram dificuldade em generalizar ou repetir seus resultados, contudo, tal dificuldade não lhes deve representar a preocupação quando da divulgação de suas pesquisas. BECKER (1997) pontua que não devemos, pesquisadores ou leitores, guardar expectativa de encontrar resultados idênticos para as investigações realizadas por dois pesquisadores numa mesma população, ou para os estudos com objetivos iguais em duas populações similares. O que devemos aguardar é que ambas as pesquisas sejam compatíveis ou não se contradigam. Do mesmo entendimento compartilham as autoras LÜDKE & ANDRÉ (1986: 52):

“o que se espera nos estudos qualitativos não é que os observadores totalmente isentos cheguem às mesmas representações dos mesmos eventos, mas sim que haja alguma concordância, pelo menos temporária, de que essa forma de representação da realidade é aceitável, embora possam existir outras igualmente aceitáveis, sendo que o importante é manter uma atitude flexível e aberta, admitindo que outras interpretações podem ser sugeridas, discutidas e igualmente aceitas.”

A atitude flexível e aberta a outras possíveis interpretações contribui para o enriquecimento e/ou aprofundamento dos pressupostos finais (pressupostos iniciais confirmados ou revistos) levantados como resultados ou conclusões do estudo realizado.

Nesse sentido, à pesquisa qualitativa cabe a possibilidade de fazer generalizações, mas de categorias conceituais, sejam *êmicas* (emergentes dos discursos dos sujeitos do campo investigado) ou *éticas* (levadas a campo pelo pesquisador em função da sua abordagem teórica adotada) e de pressupostos revistos. TURATO (2003: 266) ainda enfatiza que “cabe ao leitor, consumidor da pesquisa realizada, empregar tais pressupostos revistos (conclusivos) para novos casos: situações em que fenômenos semelhantes se apresentem a ele, no sentido de ver se seriam úteis na sua compreensão (...)”.

Nesta pesquisa, para viabilizar a compreensão do objeto e objetivos propostos, além de adotar a perspectiva qualitativa em pesquisa, adotei uma abordagem de investigação considerada clínica, capaz de subsidiar-me no momento da entrada e imersão no campo pesquisado bem como fornecer suporte teórico-metodológico para a análise e compreensão dos dados empíricos advindos do campo. A abordagem clínica a qual me refiro é a Psicossociologia Francesa.

5.2. Psicossociologia Francesa: uma abordagem clínica para a pesquisa.

Conforme enunciado na Introdução, a Psicossociologia é uma vertente da Psicologia Social e possui como campo de investigações os grupos, as comunidades e as organizações, considerados, segundo MACHADO & ROEDEL (1994), conjuntos concretos que permeiam a vida pessoal dos indivíduos e são por eles criados, conduzidos e modificados. A Psicossociologia se interessa “pelo estudo de sujeitos em situações cotidianas, em seus grupos, organizações e comunidades” (MACHADO & ROEDEL, 1994: 7). A ênfase nas situações cotidianas e concretas foi o marco divisor entre seus estudos e os da Psicologia Social que buscavam conhecer os sujeitos, mas apartados de seu papel social concreto, visto que amiúde utilizavam uma abordagem experimental.

Em seu trabalho intitulado “Três Cenários da Prática Psicossociológica”, MACHADO (2001) analisa a prática psicossociológica, seu desenvolvimento e transformação, identificando três momentos ou, como a autora nomeia, três “cenários” para essa prática. Tais cenários retratam o contexto e as propostas que sobressaíram à prática psicossociológica ao longo de seu desenvolvimento, ressaltando suas principais contribuições e vicissitudes.

O primeiro, denominado “cenário experimental”, aconteceu no contexto da Organização Científica do Trabalho, fundamentando-se nos estudos de Elton Mayo, principalmente nas conclusões da experiência conduzida por ele em uma fábrica da *Western Electric Company*, situada em Chicago, no bairro de Hawthorne, na década de 1930. A Experiência de Hawthorne revelou a existência de uma estrutura informal de organização dos operários, baseada nas relações de amizade e interações informais, e demonstrou o poder dessa estrutura informal sobre a produtividade. Os estudos realizados em Hawthorne ensejaram o surgimento de uma nova teoria das organizações, a Teoria das Relações Humanas.

No entanto, foi a partir dos estudos do psicólogo Kurt Lewin que a intervenção psicossociológica em grupos ganhou um caráter experimental. Fundador do Centro de Pesquisas em Dinâmica de Grupo, em Massachusetts, em 1945, Lewin centrou seus experimentos em pequenos grupos, analisando os elementos motivacionais, a coesão, a

participação, o processo decisório, a produtividade, as tensões, a satisfação, a frustração e os efeitos da liderança autocrática e democrática. Seus experimentos inspiraram várias propostas de intervenção em grupos nos Estados Unidos e na Europa como, por exemplo, o ‘T grupo’ (T-group ou training group), o ‘grupo de base’, o ‘grupo de diagnóstico’, o ‘grupo de formação’ e, na América Latina, com Pichón-Rivière, o ‘grupo operativo’. Esses grupos eram formados artificialmente e tinham um viés pedagógico, “(...) tinham como objetivo conhecer e ensinar a respeito do processo grupal com base em sua vivência” (MACHADO, 2001: 189).

Assim, a prática psicossociológica, neste primeiro cenário, propôs “adaptar e ajustar indivíduos e grupos à sociedade harmoniosa” (MACHADO, 2001: 200). Prevaleceu, neste cenário, uma concepção de sociedade harmoniosa, onde os conflitos seriam evitáveis desde que o homem fosse motivado e recompensado adequadamente, o que o levaria a produzir respostas sociais adequadas.

O segundo, denominado “cenário institucional”, ocorreu no contexto pós-guerra da Europa. A realidade pós-guerra convocou um repensar sobre as instituições e tornou-se campo fértil para o “Movimento Institucionalista”, nas décadas de 60/70. Liderado por sociólogos, pedagogos, psiquiatras e psicólogos, o Movimento Institucionalista, anti-institucional por excelência, procurou construir uma crítica à naturalização das instituições e seus modos de instrumentalização, denunciou a crise das instituições, reconhecendo a existência inevitável dos conflitos entre indivíduos, grupos e organizações. A sociedade, como sociedade de classes, apresentar-se-ia permanentemente em conflito. Neste cenário, as intervenções psicossociológicas saem do espaço artificial dos laboratórios em direção aos grupos em situações concretas a fim de realizar uma mudança social radical. MACHADO (2001) elege, dentre a gama de métodos da prática psicossociológica, a Análise Institucional ou Socioanálise como a proposta de intervenção representante deste segundo cenário.

A Análise Institucional, criada por René Lourau e George Lapassade a partir de 1960, tencionava investigar e analisar a história, a missão, a estrutura e o funcionamento das organizações. De inspiração freudiana e marxista, partia-se do pressuposto de que os sujeitos seriam vítimas de um desconhecimento das leis que regulam a organização e

estariam, portanto, imersos no não-saber institucional, alheios às determinações ocultas da organização. No processo de intervenção da Socioanálise, os fatos e as situações vivenciadas e relatadas pelo grupo seriam transformados em analisadores da instituição, revelando os seus não-ditos e colocando os sujeitos envolvidos num processo de auto-análise e autogestão.

Nesse sentido, a prática psicossociológica, no “cenário institucional”, pretendeu desalienar os sujeitos em prol da mudança social, entendida como a construção de uma sociedade sem classes, igualitária, onde os sujeitos seriam capazes de ceder seus interesses em favor da coletividade. Na análise de MACHADO (2001: 195), “(...) a Análise Institucional foi um sonho revolucionário. As mudanças radicais que chegava a realizar em grupos e organizações eram grandes e rápidas, mas efêmeras, facilmente recuperadas pelos grupos dominantes”.

Conforme a autora, as mudanças pouco duradouras produzidas pela Socioanálise ensejaram novo olhar face os conflitos humanos, marcando a passagem para o terceiro cenário, nomeado como “cenário clínico”. Com um olhar mais modesto acerca do alcance das mudanças, o objetivo da prática psicossociológica, neste cenário, não era atingir macro-processos sociais/organizacionais com vistas a uma mudança social radical, mas sim, compreender e abordar os micro-processos presentes no cotidiano dos sujeitos em seus grupos, organizações e comunidades.

Nesse sentido, abandonou-se a atitude “pedagógica”, a “pretensão de ensinar caminhos revolucionários, como o da autogestão” (MACHADO, 2001: 198), para adotar uma postura de escuta através de uma perspectiva clínica, ou seja, trouxe-se o discurso dos sujeitos, impregnado de afetos e sentidos, para o centro da análise, transformando-se, assim, a prática psicossociológica em análise clínica do discurso. A análise das determinações sociais continuou a ser feita, mas elegendo-se o discurso dos sujeitos como via de acesso para tal.

Embora MACHADO (2001) utilize a expressão “prática psicossociológica” para designar o conjunto de práticas de intervenção da Psicologia Social nos três cenários descritos, a expressão “intervenção psicossociológica” foi criada pelos primeiros psicossociólogos, franceses, nos anos 50, para referir à prática específica da

Psicossociologia, diferindo-a, portanto, das diversas práticas de intervenção do amplo leque de abordagens pertencente ao campo da Psicologia Social da época.

Os psicossociólogos franceses Jean DUBOST, Eugène ENRIQUEZ, André LÉVY, André NICOLAÏ, Max PAGÈS, Guy PALMADE e Jean Claude ROUCHY formavam o grupo inaugural da Psicossociologia e vinham de diferentes disciplinas: psicologia social (J. DUBOST, A. LÉVY e M. PAGÈS), sociologia e direito (E. ENRIQUEZ), economia (A. NICOLAÏ), pedagogia (G. PALMADE) e psicanálise (J. C. ROUCHY). Assim, a Psicossociologia apresenta, desde seu início, um caráter transdisciplinar para conseguir abordar seus múltiplos referenciais teóricos (MACHADO & ROEDEL, 1994).

Para LÉVY (1994a: 111), “uma primeira observação, de ordem geral, impõe-se: (...) é impossível, hoje, falar de orientações da Psicossociologia e de psicossociólogos, sem evocar seus vínculos com outras disciplinas e outros atores sociais”. Para o autor, a pluralidade teórica que enriquece e renova a Psicossociologia também evidencia as dificuldades em fazer o diálogo entre diferentes disciplinas, articular as diferenças epistemológicas e de representações específicas de objeto.

Conforme ARAÚJO (2004: 14), um dos representantes da Psicossociologia no Brasil, trata-se de uma disciplina que

“(...) nasceu e se afirma num lugar de encruzilhada teórica e metodológica. É uma disciplina de articulações entre campos distintos do saber e se apóia na premissa de que todo objeto, mesmo em sua especificidade e singularidade, comporta uma problematização múltipla, o que demanda do pesquisador um exercício permanente de reflexão interdisciplinar”.

Para o psicossociólogo francês GAULEJAC (2001), a Psicossociologia encontra-se na posição de “disciplina bastarda”:

“(...) não creio que a psicossociologia possa se impor hoje totalmente como uma disciplina das ciências humanas, justamente porque ela é fundamentalmente bastarda e porque ela permanecerá assim. Ela só pode existir num entre-dois, num inter-dito, numa relação conflituosa entre duas lógicas causais irreduzíveis uma à outra. Há algo de irreconciliável entre o ‘psíquico’ e o ‘social’. Isso conduz não a escolher o seu terreno, como alguns preconizam, mas a se situar num campo e ‘conversar’ com todos aqueles que sofrem do dogmatismo monodisciplinar” (GAULEJAC, 2001: 46).

Do seu período inaugural até o momento atual, a Psicossociologia Francesa passou, segundo DUBOST (1994), por uma transição teórica na forma de conceber o sujeito, o grupo, o vínculo grupal e a questão da mudança nas organizações. Após a criação da *Associação pela Pesquisa e Intervenção Psicossociológica* (A.R.I.P.), em 1959, na França, a intervenção psicossociológica, até então inspirada por perspectivas lewinianas, rogerianas e morenianas, foi ganhando um caráter cada vez mais clínico, principalmente devido à influência da psicanálise.

Na análise de BARUS-MICHEL (2004), principal representante da abordagem denominada “Psicologia Social Clínica”, a herança essencial da psicanálise é a clínica. A clínica construída a partir das lições da prática psicanalítica – a lição da transferência, por exemplo – considera o sujeito como dotado de palavra, portador de discursos e legítimo ao expressar seu desejo.

“A psicanálise não somente aprendeu a reconhecer um sujeito naquilo que teria podido permanecer um objeto, um caso, mas também fez ouvir sua polissemia, ou seja, os vários níveis de sentidos contraditórios que sua divisão admite, alguns dos quais não acedem à palavra. Isso significava que a clínica não podia contentar-se em ser uma simples coleta de sintomas, mas devia ser capaz de recolher todas

as mensagens que a situação fazia eclodir” (BARUS-MICHEL, 2004: 42).

Essa perspectiva clínica, herdada da prática psicanalítica, encontra-se presente na leitura de LÉVY (2001), para quem o discurso é o material que desvela a realidade social com seus conflitos. É no nível do discurso também que procedem as mudanças, podendo ser percebidas pelo surgimento de novas “modalidades discursivas” que, por sua vez, interferem na realidade modificando-a. Assim, o discurso emitido por um sujeito, membro de uma organização, é uma produção ao mesmo tempo individual e coletiva. Nesse sentido, o discurso é valorizado na sua capacidade de representar a dinâmica de uma organização e de construir sentidos para ela.

Conforme LÉVY (2001), nas organizações, os sujeitos realizam um trabalho de pensamento que visa fornecer explicações ou sentidos para a experiência vivida, seja pela via da razão ou da imaginação. Assim, para o autor, “orientada para a descrição de processos e de sua análise, a abordagem clínica da organização se constrói, pois, em volta de uma interrogação maior, concernente às relações dinâmicas entre organização e produção de sentido” (LÉVY, 2001: 15).

A leitura de LÉVY sobre a produção de sentidos dentro das organizações se mostra importante para este estudo, pois ajuda a compreender, através dos discursos dos sujeitos pesquisados, os sentidos atribuídos às suas próprias práticas assistenciais e os sentidos do projeto de assistência ao paciente em situação de crise.

Conforme CASTRO & ARAÚJO (1994) lembram, uma questão mencionada mais de uma vez tanto por LÉVY quanto por ENRIQUEZ é que:

“em todo projeto grupal, seja num grupo intolerante, seja num grupo democrático, cada sujeito está perseguindo, isolada ou coletivamente, a eterna questão do sentido. Em outras palavras, a ação grupal deve encobrir um vazio, ela deve ser *doadora de sentido*, livrando o indivíduo e o grupo de um “desespero” impossível de suportar.

Digamos isso de outra maneira: se o inconsciente “desconhece” o tempo e a morte, ele desconhece também, por analogia, o vazio de sentido de qualquer projeto e de qualquer ação” (CASTRO & ARAÚJO, 1994: 20)

Contudo, a questão dos sentidos do projeto grupal, na análise de LÉVY, não significa o fechamento do grupo a um discurso único e homogêneo. LÉVY (1994b), em sua experiência com pesquisa e intervenção psicossociológicas, compreende o discurso de cada sujeito como a expressão real de um vivido e analisa cada discurso como revelador do lugar ocupado por quem o enunciou. Daí a existência de discursos diferentes e até concorrentes dentro dos grupos e organizações. Assim, o autor contraria a expectativa das pesquisas que, independente da maneira como são conduzidas, visam a encontrar uma homogeneidade nos discursos, uma explicação unívoca ou um sentido único para o projeto de um grupo, organização ou sociedade (LÉVY, 1994b).

A abordagem psicossociológica de LÉVY implica uma reviravolta de perspectiva, ou seja, ao invés de coletar os discursos dos sujeitos para somá-los, ordená-los, decodificá-los e, depois, reduzi-los a uma representação geral do projeto grupal, LÉVY empreende um esforço para preservar íntegros os discursos, reconhecendo não só o que os aproxima, mas também o que os distancia: suas diferenças, clivagens, oposições e contradições. Sob essa ótica, os discursos podem revelar múltiplas representações e sentidos singulares ao projeto grupal ou organizacional conforme a experiência vivida ou o lugar ocupado por cada sujeito.

Essa perspectiva contribuiu, neste estudo, para dar visibilidade, durante o processo de análise das entrevistas, aos elementos discursivos que, em uma outra abordagem teórico-metodológica, teriam sido desprezados por serem considerados discrepantes, excessivos, subjetivos demais ou apenas uma exceção.

Quanto à leitura psicossociológica do processo organizacional destacam-se as contribuições de LÉVY e ENRIQUEZ. LÉVY (1994b) destaca a ancoragem espaço temporal do processo organizacional:

“(…) o desenvolvimento de um processo organizacional consiste na instauração de uma perspectiva temporal nas atividades e relações, instalando-as nas coordenadas de tempo e espaço. De alguma forma, uma organização *funda* um campo temporal – um antes e um depois – e divide o espaço material geográfico: (...) por exemplo, fixar horas e lugares de reuniões (...). O termo requer então as noções de lugar e de tempo, tem subjacentes uma afirmação e uma *negação*: aqui e não lá (LÉVY, 1994b: 196).

Assim, a organização nasce com a instauração de regras e proibições – *negação* – mas só consegue sobreviver se houver o desenvolvimento e a circulação de representações. As regras dividem e separam, enquanto as representações visam a dar sentido (LÉVY, 1994b). É nesse hiato, entre, de um lado, a existência de regras, proibições e divisões e, de outro, a necessidade de dar sentido à experiência vivida e ao projeto da organização, que se mobilizam os sujeitos, cada qual com seu discurso, num processo organizacional dinâmico, construtor da história da própria organização.

Mas a vida dentro da organização não se restringe à busca de sentido, embora este seja fundamental. Como observa ENRIQUEZ (2000: 18-9), a organização pode ser considerada como uma “microssociedade por excelência”, ou seja, nela encontramos os problemas essenciais postos pela formação do vínculo social: “o desejo de morte, o ataque aos laços (W. R. Bion), a função de evitar ou negar o outro (chamada por A. Green de a função *désobjectalisante*), a apatia destrutiva, as tentativas de amor mútuo, de investimento positivo”. Tal qual ocorre na sociedade, nas organizações os sujeitos lutam contra várias angústias: o medo do caos, dos imprevistos, do descontrole, do desconhecido, o medo dos outros, do pensamento exigente.

Conforme ENRIQUEZ (1994), nas organizações os sujeitos vivem um conflito estrutural: o conflito entre o desejo e a identificação ou, em outros termos, entre o *reconhecimento do desejo* e o *desejo de reconhecimento*. Quando o sujeito procurar expressar seus desejos, almejando que os outros os considerem, quando desejar ser amado pelo que é ou aceito em sua diferença irredutível, desejar conquistar prestígio ou certa

posição social, estará situado no plano do *reconhecimento do desejo*. Nesse plano, “cada sujeito tentará então amearhar os outros nas redes de seus próprios desejos, manifestar no real suas fantasias de onipotência e denegar a castração que é vivida, nesse caso, como ameaça real e não como elemento da ordem simbólica” (ENRIQUEZ, 1994: 62).

Contudo, o sujeito não procura apenas exprimir seu próprio desejo ou enfatizar sua singularidade, busca também ser reconhecido como um dos membros da organização, ou seja, para que os membros se reconheçam mutuamente e possam se amar não devem ser muito diferentes entre si, “eles devem se identificar uns aos outros, colocando um mesmo objeto de amor (a causa) no lugar de seu ideal de eu” (ENRIQUEZ, 1994: 62). Na busca pela semelhança com o outro, o sujeito situa-se no plano do *desejo de reconhecimento* ou a identificação.

Assim, para compreender a organização é preciso admitir que ela é palco tanto de projetos conscientes, advindos da cena voluntária, quanto de fantasias e desejos, advindos de outra cena: a do inconsciente e do imaginário (AZEVEDO, 2005).

Nesse sentido, ENRIQUEZ (1997) propõe compreender a organização como um sistema cultural, simbólico e imaginário. Como sistema cultural, a organização ofereceria um sistema de normas e valores a ser adotado por seus membros. Ela teria a função de guiar as condutas e ditar um modo de apreender o mundo, gerando hábitos de pensamento e de ação. A organização desenvolveria, assim, um processo de formação, no qual cada membro se definiria em relação ao ideal proposto, e um processo de socialização dos diferentes atores, visando selecionar os ‘bons’ comportamentos e desempenhando, portanto, um papel no recrutamento ou na exclusão de seus membros. Essas características seriam fundamentais para a preservação da organização e para a definição de sua identidade. A falta de identidade definida impediria tanto os seus membros como sua clientela de percebê-la com clareza e aceitar seus ditames.

A organização como sistema simbólico refere-se aos seus mitos fundadores e unificadores, aos ritos de iniciação, de passagem e de execução que ela produz e aos heróis que ela ergue. A partir desses elementos a organização produziria uma narrativa, contaria uma saga: a sua história, fornecendo um manancial de sentidos e significados para seus membros. Esses elementos – mitos, ritos, heróis – viveriam na memória coletiva, atuando

como referência e permitindo aos seus membros dar uma significação preestabelecida e uma legitimação de certas práticas.

Por último, para entender a organização como sistema imaginário é preciso resgatar a noção de imaginário social do autor. O imaginário social é entendido por ENRIQUEZ (1994: 57) como “(...) uma certa maneira de nos representar aquilo que somos, aquilo que queremos vir a ser, aquilo que queremos fazer e em que tipo de sociedade ou organização desejamos intervir”. Nesse sentido, a organização como sistema imaginário refere-se às representações compartilhadas por seus membros sobre ela própria e comporta também, na leitura do autor, a questão dos ideais – numa leitura freudiana sobre a formação do *Ideal do Ego* [FREUD, 1976 (1921)] – os afetos e os desejos, sendo estes últimos compreendidos como desejos inconscientes, conforme a orientação freudiana e, em seu fundamento, não estariam ligados a objetos reais, mas sim a fantasias (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

GIUST-DESPRAIRES (apud AZEVEDO, 2005), também autora da abordagem psicossociológica, insere o conceito de imaginário no debate relativo às representações sociais. Ela esclarece que parte dos autores voltados para uma perspectiva clínica ou que procuram destacar a relação entre construção psíquica e social, tem preferido o conceito de imaginário para pensar o sujeito nas representações sociais.

O conceito de imaginário tem destaque na análise de ENRIQUEZ (1997) sobre a vida nas organizações. Para compreender a questão imaginária nas organizações o autor resgata tanto a análise de CASTORIADIS sobre a dinâmica imaginária na sociedade e a dialética criação/alienação como também resgata a psicanálise (AZEVEDO, 2005).

Cornelius CASTORIADIS (1922-1997) estudou direito, economia e filosofia em Atenas e foi um dos fundadores, em 1946, na França, da revista “Socialismo ou Barbárie”. Engajou-se principalmente em duas práticas: psicanálise e política, que lhe permitiram refletir sobre o conceito de autonomia. A partir de 1963, seus escritos foram sobretudo filosóficos, tratando do *imaginário radical instituinte*, das *significações imaginárias sociais* (SIS) e do *imaginário social instituído* nas sociedades (MACHADO, 2002).

Sinteticamente, o *imaginário radical instituinte* seria o processo de auto-criação, isto é, a capacidade que cada coletividade humana teria para criar linguagem, costumes, idéias, formas de família etc. Nas coletividades humanas existiria uma potência de criação,

pois cada indivíduo seria portador de uma imaginação criadora ou imaginação radical. O que diferenciaria o homem dos demais viventes seria essa imaginação radical: fonte inesgotável de significações, fluxo espontâneo e incontrolável de representações, de afetos e de desejos (MACHADO, 2002). As *significações imaginárias sociais* (SIS) ou, simplesmente, imaginário social, seriam as imagens, as significações, as formas institucionais e representações fruto da imaginação criadora, do *imaginário radical instituinte* que cada sociedade possui. Depois de criadas, as *significações imaginárias sociais* apareceriam como dadas, instituídas, haja vista o processo de socialização que, em toda sociedade, tende a reprimir a imaginação radical, instalando a conformidade e a repetição. Assim, teríamos o *imaginário social instituído*, expressando as representações sociais que se tornaram rígidas, sagradas, instituídas. O *imaginário social instituído*, conforme CASTORIADIS (2004: 130),

“assegura a continuidade da sociedade, a reprodução e repetição das mesmas formas que a partir daí regulam a vida dos homens e que permanecem o tempo necessário para que uma mudança histórica lenta ou uma nova criação maciça venha transformá-las ou substituí-las radicalmente por outras”.

Além da contribuição teórica de CASTORIADIS para o conceito de imaginário trabalhado por ENRIQUEZ (1997), da psicanálise o autor resgata a leitura freudiana, particularmente da obra *Psicologia de Grupos e Análise de Ego* – FREUD [1976 (1921)], reconhecendo os mecanismos de identificação e de idealização como fundamentais para o desenvolvimento do vínculo grupal, do projeto comum e para a circulação de um imaginário social dentro da organização.

A identificação, como processo psíquico, permitiria a um sujeito assimilar características do outro, tido como ideal. Esse processo propiciaria o estabelecimento de um laço (investimento) afetivo de um indivíduo com outro, representando a possibilidade do vínculo social.

A idealização, por sua vez, possibilitaria aos sujeitos fazerem um investimento afetivo num mesmo objeto (causa, projeto, organização etc) tornando-o admirável ou perfeito. A idealização é um processo no qual ocorre uma tendência de falsificação do julgamento sobre a realidade. Pode ser descrita como uma “fascinação” ou “servidão” pelo objeto cujas qualidades ou valor seriam elevados à categoria de perfeição [Freud, 1976 (1921)]. Esse processo permitiria aos sujeitos partilharem a mesma ilusão, a mesma ideologia, o mesmo imaginário social. Também propiciaria a constituição de pactos sociais já que a possibilidade de constituição de qualquer pacto social pressupõe algum nível de idealização sobre o coletivo.

Para ENRIQUEZ (1994), a idealização é o processo que permite a toda sociedade erigir-se e manter-se e a todos os indivíduos viverem como seus membros. Quando há o enfraquecimento da idealização, surge a fragmentação do vínculo social. “Os homens se voltam para sua esfera privada, (...) tomam a si mesmos como ideal, apresentando um total individualismo que implica a predominância de pulsões e de interesses egoístas sobre qualquer outro tipo de investimento” (ENRIQUEZ, 2001: 64).

No âmbito das organizações, a identificação é o que permite aos sujeitos o sentimento de inclusão e pertencimento, fazendo-os se reconhecerem como membros da organização. E a idealização é o que permite ao grupo propor e sustentar um projeto comum, “ela é o elemento que dá consistência, vigor e ‘aura’ excepcional” tanto ao projeto quanto ao grupo que o elaborou (ENRIQUEZ, 1994: 57).

Contudo, se os processos de identificação e idealização se mostram essenciais na vida das organizações, podem também se tornar engenhosos engodos para os sujeitos. Nesse sentido, o processo de identificação levado ao seu extremo pode fazer um grupo caminhar na direção de se tornar uma *massa* (ENRIQUEZ, 1994), enquanto o processo de idealização pode se tornar *doença de idealização* (ENRIQUEZ, 2000).

No primeiro caso, quando ocorre a mais estrita identificação, o grupo torna-se intolerante a toda diversidade de condutas e pensamentos. Essa situação comporta cinco séries de conseqüências: 1) A falta de diferenças provoca, gradualmente, a degradação da reflexão, a perda da criatividade, a falta de inovação, o uso de uma linguagem de clichês e de uma *ideologia de granito*; 2) O grupo, progressivamente, se *autonomiza* e suplanta seus

membros tal qual a criação se desliga de seu criador, “tomando as características de um corpo todo-poderoso” ao qual se deve subserviência; 3) Despertam-se as fantasias mais arcaicas – medos de fragmentação, angústias de destruição – e ocorrem os comportamentos mais regressivos, de tipo defensivo: suspeita mútua, delação, sentimento persecutório, tentativas de destruição do outro, presença de emoções lábeis e caráter afetivo nas tomadas de decisão; 4) Caso não ocorram comportamentos defensivos, o grupo pode experimentar um sentimento de orgulho por ser o mais forte e o mais belo. Assim, torna-se alvo de todos os investimentos, fazendo coincidir narcisismo individual e narcisismo de grupo; 5) Acaso alguns membros do grupo não suportem essa vivência de massa, serão excluídos do grupo, “como frouxos ou traidores” (ENRIQUEZ, 1994: 63-4).

O segundo caso, a *doença da idealização*, ocorre quando os sujeitos não só se identificam com a organização e a idealizam como também lhe dão o seu amor e sua devoção incondicionais (ENRIQUEZ, 2000).

Ambas, identificação maciça e *doença da idealização*, estão presentes na construção de um “imaginário do logro” ou “imaginário enganoso” pela organização. Conforme o autor, a organização se funda, funciona e se estabiliza no interior de um campo pulsional e passional. Assim, para que ela consiga combater as angústias, os processos autodestrutivos, ser idealizada por seus membros, mantê-los ligados a ela e favorecer o aparecimento de condutas performáticas, seus dirigentes devem construir um imaginário social enganador (do logro) e uma *doença da idealização*.

Nesse sentido, tem-se o imaginário enganoso “na medida em que a organização tenta prender os sujeitos na armadilha de seus próprios desejos de afirmação narcísea, em que faz de tudo para atendê-los, e também na medida em que a organização assegura a eles que é capaz de os proteger da quebra de sua identidade” (ENRIQUEZ, 2000: 19).

O imaginário enganoso tem, então, um caráter encobridor da falta, da possibilidade de perda ou de desmembramento. Ele ofusca aos sujeitos outras visões de mundo, outras referências, contribui para o empobrecimento dos questionamentos e o silêncio das dúvidas. Entretanto, o imaginário enganoso é apenas uma face do imaginário compartilhado pelos membros da organização. A sua face oposta, como vimos na introdução deste trabalho, é o “imaginário motor”.

Este é possível quando os grupos admitem a diferenciação de seus membros e a existência de uma visão não monolítica da organização e do projeto comum. Assim, como observa CARRETEIRO (2007), é possível pensar que em toda organização coexistem dois imaginários – o motor e o enganador – ainda que um deles prevaleça. É como pensar que onde há muita luz também existem sombras e onde há muitas sombras também existe alguma luz.

No âmbito deste estudo, a leitura de ENRIQUEZ sobre o vínculo grupal, o projeto comum, o imaginário social e os processos de identificação e idealização que os permeiam também contribuiu como importante lente teórica para o alcance dos objetivos propostos. Possibilitou pensar a organização – neste estudo, o CERSAM analisado – como uma *microsociedade* por excelência, onde seus profissionais investem na realização de um projeto comum – o projeto assistencial – atribuindo-lhe sentidos, atuam com seus saberes e valores, mas também são mobilizados pelos elementos que estão na base de todo grupo: as crenças, as ilusões e idealizações. Buscam serem reconhecidos em suas diferenças e semelhanças, expressam fantasias, medos e desejos.

5.3. O desenho da pesquisa.

Passemos agora para a descrição do desenho da pesquisa, explicitando os passos executados desde os primeiros contatos para a entrada em campo até o plano de análise do material empírico advindo do campo.

O município de Belo Horizonte é dividido em nove regionais ou distritos sanitários, cada um apresentando características bem diversas, e possui sete¹ CERSAMs nomeados conforme a regional de origem (Barreiro, Noroeste, Leste, Pampulha, Nordeste, Venda Nova e Oeste). Apenas as regionais Norte e Centro-Sul não possuem CERSAM. Desde setembro de 2006 todos os CERSAMs passaram a funcionar 24 horas por dia, todos os dias da semana, com hospitalidade noturna, o que os torna serviços com perfil mais semelhante

¹ Durante o período em que realizei o trabalho de campo dois novos CERSAMs foram inaugurados: um CERSAM AD (para atendimento de clientela usuária de álcool e outras drogas) e um CERSAM infantil.

aos Centros de Saúde Mental triestinos e aos NAPS santistas que inspiraram o projeto de saúde mental de Belo Horizonte.

Conforme o objeto deste estudo – as práticas de assistência às pessoas em situação de crise – foram selecionados dois, dentre os sete CERSAMs, para a realização do trabalho de campo, embora no corpo desta dissertação esteja contemplada a apresentação e a análise da experiência assistencial de apenas um dos dois CERSAMs pesquisados.

Campo da Pesquisa

Antes de informar como se deu a escolha dos dois CERSAMs, considero relevante revelar que em sua origem – o projeto de qualificação – este estudo tencionava realizar a pesquisa de campo em um CERSAM apenas. Contudo, a partir do primeiro contato com o campo, o contato com a Coordenação Municipal de Saúde Mental com o propósito de obter autorização para a realização da pesquisa de campo (anexo 1), foi-me solicitado realizar a pesquisa em dois CERSAMs.

Interpretei o pedido como sendo uma demanda, ou seja, meu projeto não fora apenas autorizado pela Coordenação, mas suscitou interesse ou expectativas quanto ao alcance de seus objetivos. Assim, aceitei o desafio de realizar o trabalho de campo em duas unidades, após receber o aval do primeiro orientador deste estudo. Digo desafio porque meu aceite ao pedido da Coordenação implicou em adaptar alguns aspectos metodológicos do meu projeto de qualificação, projeto que já havia sido aprovado por banca examinadora desta escola.

Foi necessário, assim, readequar alguns passos previstos para o trabalho de campo e pós-campo: 1) estender o prazo previsto para minha permanência em campo, passando de dois meses para quase quatro meses; 2) incluir um número maior de sujeitos na pesquisa; 3) prever que terminado o trabalho em campo haveria: um número maior de entrevistas a transcrever e um prazo menor para a escrita da dissertação.

Nesse sentido, embora o trabalho de campo tenha se estendido a dois CERSAMs, a análise e a redação, no âmbito desta dissertação, se restringiu a apenas um CERSAM, dada

a necessidade de adequar a confecção deste trabalho aos prazos acadêmicos vigentes. A apresentação da experiência assistencial do segundo CERSAM pesquisado será, desta feita, contemplada a partir da confecção de futuro trabalho científico como, por exemplo, a escrita de um artigo.

Voltando à escolha dos dois CERSAMs para realizar o trabalho de campo, esta foi definida a partir do critério que denominei maturação institucional, ou seja, procurei escolher dois serviços com momentos diferentes de implantação. Nesse sentido, orientei minha escolha para um CERSAM mais antigo, mais experiente inclusive em relação ao funcionamento 24hs, e outro mais recente, um dos últimos CERSAMs a ser inaugurado no município.

A hipótese que me conduziu à escolha desse critério e não de outro(s) foi a de que um CERSAM mais antigo expressaria práticas assistenciais mais estabelecidas e um projeto assistencial mais definido, enquanto um CERSAM mais jovem expressaria, talvez, práticas assistenciais menos instituídas e um projeto assistencial em construção. Ou seja, a hipótese era a de que o fator tempo exerceria influência sobre os sentidos atribuídos ao projeto assistencial e sobre os modos de produzir cuidado.

Servindo deste critério seria possível observar as práticas de assistência aos pacientes em crise em dois serviços com níveis de maturação diferentes. O trabalho de campo realizado em dois CERSAMs, um antigo e outro jovem, permitiu apreendê-los em sua complexidade, como universos distintos, expressando particularidades ou singularidades na maneira como se representam e assistem as pessoas em situação de crise.

Mas é forçoso lembrar que ao final do trabalho de transcrição de todas as entrevistas e leitura preliminar do extenso material empírico, escolhi o CERSAM mais jovem para debruçar sobre o trabalho de análise e escrita visto que tal serviço apresentou um cotidiano assistencial que mais me impactou ou mais me sensibilizou, justamente por ter apresentado situações mais adversas e que contrastavam com as representações de seus profissionais. Assim, decidi apresentar, nesta dissertação, um serviço que vive um momento de desafios importantes e questionamentos feitos pelos próprios profissionais quanto à maneira como oferecem, atualmente, a assistência às pessoas em situação de crise.

Optei por chamar o CERSAM analisado de CERSAM ‘X’ (o outro CERSAM, quando for mencionado neste capítulo, será chamado de CERSAM ‘Y’), pretendendo, assim, preservar ao máximo a identidade dos sujeitos entrevistados.

O trabalho de campo se pautou no emprego de duas estratégias de investigação: a observação participante e as entrevistas em profundidade.

Observação Participante

Após anuência da Coordenação Municipal de Saúde Mental para a realização da pesquisa de campo nos dois CERSAMs escolhidos por mim, a própria Coordenação se incumbiu de contatar os gerentes dos serviços para informá-los sucintamente sobre a pesquisa e sobre o contato que eu faria por telefone. O contato telefônico com os gerentes ocorreu no final de junho de 2008, após meu projeto receber parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Os dois gerentes preferiram agendar um encontro, cada qual em seu serviço, a fim de conhecer melhor o projeto de pesquisa, seus objetivos, estratégias de investigação e minha forma de inserção em campo.

O encontro com o primeiro gerente ocorreu em 27 de junho de 2008. Na ocasião, além de apresentar-lhe o projeto de pesquisa e receber seu consentimento para realizar o trabalho de campo (anexo 2) na unidade, foi combinado que eu apresentaria o projeto de pesquisa para os profissionais em reunião de equipe, em 03 de julho do mesmo ano.

O encontro com o segundo gerente ocorreu em 11 de agosto de 2008, período em que eu já finalizava o trabalho de campo no primeiro CERSAM. Neste encontro apresentei o projeto de pesquisa ao gerente e após receber seu consentimento para realizar o trabalho de campo (anexo 2) na unidade, foi agendada a mesma apresentação, para os profissionais, em reunião de equipe no dia seguinte.

Assim, o projeto de pesquisa foi apresentado para os profissionais dos dois CERSAMs em suas respectivas reuniões de equipe. Ambas as equipes consentiram o trabalho de campo, registrando a anuência em ata de reunião de equipe. Este momento

permitiu-me estabelecer um primeiro vínculo com os profissionais e expor-lhes não só o objeto e os objetivos da pesquisa, mas também alguns detalhes relevantes do trabalho de campo: como seria realizada a observação participante, como seria a dinâmica das entrevistas e os aspectos éticos a serem respeitados. Ao final, firmei com as equipes o compromisso ético de devolutiva dos resultados.

Numa leitura psicossociológica, esse primeiro contato com os profissionais permitiu anunciar alguns elementos de minha implicação com o campo, isto é, definir o próprio lugar a ser ocupado por mim, as atribuições e os limites desse lugar. Nas palavras de DUBOST (1994: 173), a implicação situa-se, primeiramente, “na análise do sistema de lugares, na referência ao próprio lugar ocupado, ou que se tenta ocupar, e, sobretudo, ao que lhe é atribuído (...)”, diz respeito ao “lugar daquele que solicita algo no campo onde ele próprio se encontra e sobre as relações que ele mantém com os outros agentes do sistema (...)”. Nesse sentido, falar e fazer falar nunca é um fato neutro, o pesquisador sempre fala de algum lugar, está necessariamente “preso” pelo seu objeto e corre o risco, sem o perceber, de ter sua atividade mais ou menos afetada por sua posição ou lugar ocupado (LÉVY, 1994a).

Para BARUS-MICHEL (2004), o pesquisador cuja pesquisa envolve sujeitos deve manejar, desde o primeiro contato, sua implicação. A autora concebe a implicação em termos de transferência e contra-transferência, ou seja, o pesquisador deve reconhecer que “seu ‘objeto’ só se mostra a ele sob os tipos de reação que ele mesmo suscita”, podendo chegar a dizer que “o que se obtém nunca é senão o fruto da relação” (BARUS-MICHEL, 2004: 41). Assim, a relação estabelecida com os profissionais – bem como seus acasos e imprevistos – presidiu todo o trabalho de campo nos CERSAMs. Tão importante quanto observá-los no cotidiano da assistência foi manejar constantemente minha própria presença neste contexto relacional, tentando não causar constrangimentos, desconfortos ou um sentimento persecutório nos profissionais, avaliando o quanto minha presença estaria propiciando ou dificultando o trabalho de campo.

O manejo da minha implicação demandou, inclusive, reconhecer os efeitos, em termos de afetos, em mim produzidos não só no contato inicial com os profissionais, mas pela relação estabelecida durante todo o trabalho de campo. Assim, receber um “*bom dia*”

acompanhado de um sorriso ou de um gesto amistoso ou, ao contrário, perceber um cumprimento seco, acompanhado de pouca receptividade ou uma atitude pouco cortês não significou estar imune a reações contra-transferenciais, ainda que não fossem exteriorizadas. Entretanto, ao invés de constituírem obstáculos para o trabalho de campo, os afetos contra-transferenciais serviram como um termômetro das relações estabelecidas, ajudando-me no manejo da implicação que poderia ser feito.

Neste estudo, o tempo despendido para o trabalho de campo foi de três meses e meio, indo de 03 de julho a 28 de agosto de 2008 no primeiro CERSAM e de 01 de setembro a 14 de outubro do mesmo ano no segundo CERSAM. Para apreender melhor o cotidiano da assistência em cada serviço, optei por um regime de imersão, ou seja, realizei visitas diárias aos serviços, incluindo uma visita em fim-de-semana e período noturno em cada um deles. A maior parte das visitas aos serviços possibilitou acompanhar a rotina dos profissionais ao longo de um dia inteiro, sendo que em alguns dias minha presença se limitou a um dos turnos de trabalho (manhã, tarde ou noite).

Para atender aos objetivos do estudo, procurei seguir um roteiro para a observação participante envolvendo dois momentos.

No primeiro momento, que se estendeu ao longo das duas primeiras semanas, realizei uma observação mais livre, permitindo-me observar a arquitetura, os espaços, o funcionamento geral dos serviços, como seus profissionais circulavam pelos ambientes e se moviam. Procurei, nesse momento, permanecer nos espaços de maior circulação como pátios, corredores, varandas, recepções, enfim, espaços onde pude tornar minha presença mais diluída e fazer uma observação mais geral da rotina assistencial. Assim, observava a chegada e a saída dos pacientes, o contato dos profissionais, sobretudo da enfermagem, com os pacientes inseridos em permanência-dia, o uso do transporte do serviço, além de observar a dinâmica de alguns dispositivos institucionais de comunicação e reflexão das práticas: as passagens de plantão, as reuniões de equipe, reuniões de micro-área e supervisões clínicas.

Esse primeiro momento da observação foi especialmente importante para diminuir as estranhezas – tanto de profissionais quanto de pacientes inseridos no serviço – com a minha presença. Assim, uma aproximação gradativa com os profissionais foi ocorrendo à

medida que minha presença se tornava familiar, o que dava abertura para proceder ao segundo momento da observação participante.

No segundo momento, que se estendeu até a minha saída do campo, a observação foi mais dirigida, acompanhando de perto, quando possível, os profissionais nas oficinas terapêuticas, nos acolhimentos de urgência do plantão, em alguns atendimentos ambulatoriais, além de acompanhar algumas intervenções pontuais dos profissionais junto aos pacientes em permanência-dia e durante o pernoite ou hospitalidade noturna. Nesse segundo momento pude direcionar a observação para as cenas assistenciais mais intimistas, aquelas realizadas entre as quatro paredes de um consultório ou da própria casa dos pacientes quando em visitas domiciliares.

Tendo a abordagem psicossociológica como referencial teórico e o objeto e objetivos da pesquisa como norteadores da observação participante, o segundo momento significou, para além de seguir um roteiro, proceder um “olhar” sobre a dinâmica assistencial, um olhar sobre as formas de estabelecer e manter os vínculos sociais com os pacientes e entre os profissionais no cotidiano, entendendo que o cuidado ao paciente em crise também se expressa pela qualidade do vínculo construído. Significou proceder uma “escuta” do campo, uma escuta da linguagem compartilhada pelos profissionais, das metáforas usadas e seus sentidos, das formas de falar sobre o sofrimento do outro ou sobre o próprio sofrimento, ou seja, uma escuta das formas de subjetivar as vivências no campo da assistência à crise.

Toda a observação participante foi acompanhada das anotações em diário de campo. Alguns registros foram feitos durante a ocorrência mesma dos eventos (reuniões de equipe, supervisões clínicas, passagens de plantão) enquanto outros foram feitos a posteriori (atendimentos a pacientes, visitas domiciliares, conversas informais com os profissionais, as reações frente ao convite para entrevista, situações emergentes durante algumas entrevistas). A utilização deste instrumento, diariamente, permitiu-me o registro de informações mais objetivas (rotinas, escala de plantonistas, número de profissionais, de leitos de pernoite) e de informações mais subjetivas, advindas não só das minhas impressões e percepções sobre os sujeitos em situação no que se referia ao objeto da pesquisa: as práticas cotidianas de atenção aos pacientes em situação de crise, mas advindas

também das minhas impressões sobre o encontro com os sujeitos da pesquisa, numa perspectiva “contra-transferencial”, e as situações vividas em campo. Assim, o registro em diário de campo demandou certo rigor, exigiu seu uso sistemático desde o primeiro dia de visita ao campo até o último.

Entrevistas em Profundidade

A entrevista ‘em profundidade’ foi o tipo de entrevista utilizado neste estudo. Embora utilize um roteiro como guia, a entrevista em profundidade visa a produção de uma narrativa pelo entrevistado.

A narrativa, na perspectiva psicossociológica, representa uma cena do sujeito, como um teatro interior no qual o sujeito narra o passado, mas com um olhar atual, buscando dar-lhe sentido (GIUST-DESPRAIRIES apud AZEVEDO, 2005).

No ato narrativo o sujeito se encontra frente a sua história podendo ‘trabalhá-la’, podendo contá-la como deseja, realizando um trabalho argumentativo e imaginário sobre os fatos do passado, conectando-os ao presente, idealizando o futuro, sempre em busca de sentido.

Neste estudo, os profissionais entrevistados reconstruíram, através do ato narrativo, suas histórias profissionais, os caminhos percorridos na profissão e, sobretudo, expressaram suas vivências no campo da saúde mental, suas experiências com o acolhimento e a assistência às pessoas em situação de crise, revelando, num abrir-se à memória, os êxitos alcançados, as dificuldades superadas, as surpresas, os medos, as angústias, as expectativas e as decepções que lhes marcaram o percurso.

Nesse sentido, a narrativa representa mais que a construção de uma história e de seu sentido, “trata-se de fazer emergir o sentido que lhe é atribuído no espaço intersubjetivo, como possibilidades de reconstrução” (AZEVEDO, 2005: 118).

Assim, a situação de entrevista constitui, conforme a abordagem psicossociológica, um espaço intersubjetivo, lançando ambos, pesquisador e entrevistado, à busca de sentidos

ao remeter este aos sentidos de sua prática assistencial e remeter aquele à construção de conhecimento sobre seu objeto de investigação.

Para GIUST-DESPRAIRIES (apud AZEVEDO, 2005), o ato narrativo é, simultaneamente, a construção de uma história e seu endereçamento ao outro. O sentido origina-se, portanto, em um contexto *entre – dois*. Nesse aspecto, durante a situação de entrevista procurei ocupar um lugar de facilitador para a realização de um trabalho de reflexão dos entrevistados sobre suas histórias e práticas profissionais.

Assim, a situação de entrevista abriu espaço para a revelação de valores e crenças, a expressão de sentimentos e ressentimentos, os desejos de reconhecimento e as angústias do entrevistado em sua individualidade.

Contudo, em se tratando de organizações, a entrevista também coloca o entrevistado na condição de porta-voz da instância grupal, permitindo, assim, a apreensão de elementos compartilhados pelo grupo. O porta-voz de um grupo é “o membro que em um momento denuncia o acontecer grupal, as fantasias que o movem, as ansiedades e necessidades da totalidade do grupo” (PICHON-RIVIERE apud AZEVEDO, 2005: 121), é aquele que não fala só por si, mas fala em nome do outro, em nome do coletivo.

Defini, à guisa de orientação, três roteiros de entrevistas que, além de contemplarem a temática da pesquisa e seus objetivos, permitiram abranger questões mais próximas às vivências e lugares ocupados pelos entrevistados. Defini um roteiro para a entrevista com um dos três coordenadores municipais de saúde mental (anexo 3), outro roteiro para os gerentes dos dois CERSAMs escolhidos (anexo 4) e um terceiro roteiro para os profissionais da assistência (anexo 5).

Considerarei os roteiros como um apoio, bastante flexível, cujo sentido se deu somente em ato, ou seja, durante a situação de entrevista. Tendo os roteiros na memória, tencionei dar à entrevista um tom de conversa, apoiando-me na perspectiva psicossociológica e na visão de SCHRAIBER (1997: 47), para quem o roteiro “deve-se percorrê-lo subordinadamente à dinâmica que o próprio entrevistado dá à narrativa e respeitando a seqüência das questões que o entrevistado produz”.

Antes de iniciar cada entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido era entregue ao entrevistado que, após lê-lo e concordar com o exposto, assinava-o. Tal qual os roteiros de entrevista, também elaborei três termos de consentimento, adequados aos sujeitos da pesquisa: um termo de consentimento para o coordenador municipal de saúde mental (anexo 6), outro para os gerentes dos dois CERSAMs (anexo 7) e um terceiro termo de consentimento para os profissionais da assistência (anexo 8).

Antes de expor os critérios que utilizei para convidar os profissionais dos CERSAMs para as entrevistas, cabe explicitar o por quê das entrevistas a um coordenador municipal de saúde mental e aos gerentes dos dois serviços escolhidos.

Embora não atue diretamente no acolhimento e no cuidado às pessoas em situação de crise dentro dos CERSAMs, a entrevista feita a um dos três coordenadores municipais de saúde mental teve como objetivo obter informações e percepções sobre a política de saúde mental ao qual se vinculam os CERSAMs e outros serviços da rede de saúde mental do município. Além de obter informação sobre os serviços que atualmente compõem a rede, denominada ‘substitutiva’, em saúde mental, a entrevista a um dos coordenadores revelou também os valores e princípios que sustentam a política municipal de saúde mental, os avanços e desafios que essa política apresenta, conforme a visão da coordenação.

Entendendo, conforme a perspectiva psicossociológica, que os profissionais dos CERSAMs, enquanto grupo, estariam sustentando um projeto assistencial, este pode ser influenciado pelo ideário e princípios da política de saúde mental de Belo Horizonte.

Assim, o material advindo da entrevista com um dos coordenadores municipais permitiu explicitar o contexto político no qual se manifestam os discursos e as práticas dos profissionais entrevistados.

As entrevistas com os gerentes, por sua vez, tencionaram compreender a singularidade de cada serviço, obter informações sobre a história dos mesmos, entendendo que a história de uma organização expõe elementos simbólicos e expressa sua instância mítica (ENRIQUEZ, 1997), ou seja, seus mitos fundadores, seus feitos heróicos, suas lideranças, apontando, assim, para um imaginário organizacional ou possíveis representações sobre o serviço. Nesse sentido, o material advindo das entrevistas com os gerentes permitiu conhecer o contexto social-histórico de cada serviço.

Considerarei o coordenador municipal e os dois gerentes entrevistados como informantes-chave por deterem informações pormenorizadas sobre o projeto político de saúde mental do município, sobre as características dos serviços escolhidos e sobre a história dos mesmos.

Passemos agora aos critérios que orientaram meu convite aos profissionais para as entrevistas. Foram dois os critérios: 1) ser profissional vinculado ao serviço e estar envolvido diretamente na assistência ao paciente em situação de crise, o que incluiu profissionais com formação em nível superior e nível médio (auxiliares de enfermagem), preterindo-se, assim, os profissionais em formação (estudantes em estágio ou residência) e aqueles ligados às atividades administrativas, de limpeza, de copa (alimentação), de transporte ou da portaria (recepção); 2) exercer práticas assistenciais nos CERSAMs escolhidos para pesquisa há pelo menos um ano, tempo que, suponho, permite maior possibilidade de reflexão e narrativa sobre suas práticas cotidianas no serviço.

A partir dos critérios acima pude fazer um importante recorte no universo de profissionais dos serviços a fim de contemplar o objeto e objetivos deste estudo. Contudo, se fui rija quanto ao emprego do primeiro critério, fui flexível quanto ao emprego do segundo critério. Assim, abri espaço para entrevistar três profissionais que, apesar de estarem há menos de um ano nos CERSAMs, expressavam desenvoltura em suas práticas assistenciais e interesse em consentir a entrevista. Para estes profissionais entrevistados foilhes entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que não fizesse menção ao tempo de inserção no serviço.

Considerando os dois critérios de inclusão para a entrevista, o único critério de exclusão referiu-se à recusa do profissional ao convite para ser entrevistado. Neste estudo, apenas um profissional se recusou a consentir entrevista após ser convidado.

Os profissionais foram convidados individualmente para as entrevistas e estas ocorreram no local, data e horário definidos pelos mesmos. Foi realizada apenas uma entrevista com cada sujeito da pesquisa.

Foram realizadas doze entrevistas no primeiro CERSAM, sendo o gerente, dois auxiliares de enfermagem e nove técnicos de nível superior entrevistados e foram realizadas dezenove entrevistas no segundo CERSAM, sendo o gerente, três auxiliares de enfermagem

e quinze técnicos de nível superior entrevistados. Junto à entrevista feita a um dos coordenadores municipais, ao todo foram feitas trinta e duas entrevistas.

Entretanto, duas das trinta e duas entrevistas foram consideradas como perdas. Uma, devido o fato de a gravação ter ficado comprometida por ruídos que tornaram a fala do entrevistado inaudível em muitos trechos, prejudicando a compreensão de sua narrativa. Outra, devido o fato de o entrevistado, dias após a entrevista, ter solicitado fazer algumas censuras em seu relato julgando-o muito catártico. A transcrição de sua entrevista lhe foi enviada por e-mail, conforme solicitado pelo entrevistado, mas este não retornou a transcrição com as censuras que referiu fazer. Assim, optei por excluir esta entrevista para evitar expor possíveis trechos que teriam sido censurados pelo entrevistado.

A tabela abaixo descreve a distribuição dos entrevistados por grupamento, profissão e CERSAM.

Tabela 1 – Quantidade de sujeitos entrevistados durante o trabalho de campo por grupamento, descrição profissional e CERSAM. Brasil, 2008.

| Grupamento | Descrição profissional | Quantidade | |
|-------------------------------|---------------------------------------|------------|------------|
| | | CERSAM 'X' | CERSAM 'Y' |
| Equipe Técnica | Assistente Social | 1 | 2 |
| | Auxiliar de Enfermagem | 2 | 3 |
| | Enfermeiro | 2 | 2 |
| | Farmacêutico | 0 | 1 |
| | Psicólogo | 4 | 4 |
| | Psiquiatra | 2 | 3 |
| | Terapeuta Ocupacional | 0 | 3 |
| | Total equipe técnica | 11 | 18 |
| Informantes-chave | Gerente de CERSAM | 1 | 1 |
| | Coordenação Municipal de Saúde Mental | 1 | |
| | Total informantes-chaves | 3 | |
| Total de entrevistados | | 32 | |

A priori, para limitar o número de entrevistas a serem feitas durante o trabalho de campo, pautei-me pelo critério de “saturação”, isto é, o convite para as entrevistas seria

cessado quando “as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começa[ssem] a ter uma regularidade de apresentação” (DESLANDES et al, 2007: 48).

Contudo, abandonei o critério de saturação ao notar que, mesmo já verificando uma reconstituição do objeto no conjunto do material, cada entrevista figurava como um dado novo, apresentando uma novidade ou um elemento distinto das demais. Assim, realizei quantas entrevistas foram possíveis enquanto estive em campo – seguindo apenas os critérios de inclusão já citados – concordando com SCHRAIBER (1995) sobre a não obrigatoriedade do critério de saturação e apoiando-me na perspectiva de LÉVY (1994b). O autor, em sua experiência com intervenção psicossociológica, abandonou a busca de uma reconstituição do objeto na qual *palavras-fetiche* ou *termos-fetiche* representariam de maneira fictícia sua unidade. Nesse sentido, a escuta das questões particulares ou ‘desviantes’, aparentemente menores e pouco passíveis à saturação, permite reconhecer percepções, explicações e sentidos múltiplos que apontam para a complexidade do objeto de investigação ou de intervenção.

A duração das entrevistas subordinou-se à disponibilidade dos entrevistados, considerando que o tempo disponível era sempre limitado por outras demandas em suas agendas e também pela disposição para o trabalho narrativo. As entrevistas duraram, em média, quarenta minutos com os entrevistados do primeiro CERSAM (CERSAM ‘X’) e aproximadamente uma hora com os entrevistados do segundo CERSAM (CERSAM ‘Y’).

A maioria delas sofreu interrupções, seja para o entrevistado atender ao telefone, seja para atender a um paciente ou atender a um colega que necessitasse discutir um caso do plantão, mas nada que impedisse seu posterior prosseguimento. A entrevista que mais sofreu interrupções foi realizada com um dos gerentes que optou por conversarmos no pátio e assim, sujeita a ruídos e demandas dos vários pacientes que estavam ao nosso redor, a entrevista sofreu seis interrupções.

A escolha por um local ruidoso, desfavorável à comunicação e à gravação da entrevista ou por um local sujeito a interrupções, desfavorável a uma linha de raciocínio, à construção de nexos e ao aprofundamento das questões abordadas ou, ao contrário, a escolha por um local onde a entrevista pudesse ocorrer com mais privacidade, olho a olho,

favorecendo a produção de uma narrativa e de seu sentido, permite fazer algumas interpretações da relação pesquisador-entrevistado.

Uma, sendo aluna de mestrado de uma reconhecida instituição e realizando uma pesquisa cujos resultados seriam divulgados, seja em forma de uma dissertação (no caso do CERSAM ‘X’), seja em forma de um artigo (no caso do CERSAM ‘Y’), eu poderia imaginariamente ocupar um lugar de suposto-avaliador das práticas e, por isso, despertar ações defensivas nos entrevistados.

Outra, entendendo a situação de entrevista como espaço intersubjetivo, em que emergem os processos identificatórios e contra-transferenciais, a entrevista exposta a condições desfavoráveis apontaria para uma resistência ao vínculo e à implicação com o outro. E ainda, a entrevista realizada em condições favoráveis a um *entre - dois*, ao contrário, apontaria para a possibilidade de se criar e sustentar vínculos com o outro e do reconhecimento do espaço da entrevista como oportunidade de reflexão e de escuta.

Com pelo menos quatro profissionais a situação de entrevista não só cumpriu o objetivo de produzir uma narrativa, mas cumpriu um papel de escuta ao sofrimento e de espaço para desabafos dos entrevistados. Duas entrevistas me deixaram particularmente sensibilizada quando os entrevistados revelaram, bastante emocionados, que iriam embora do CERSAM. Um deles decidira sair do CERSAM por sentir-se cansado e desiludido com os rumos do projeto assistencial, explicando que a falta de reconhecimento do trabalho e a falta de visibilidade das especificidades profissionais pela atual gestão acabavam por afetar a quem mais precisava do cuidado, o paciente. O outro iria embora, em breve, em virtude do término de seu contrato e estava antecipando o luto de sua saída. Pesaroso, dizia sentir que ainda teria muito a contribuir com o serviço e que investira bastante em sua formação para trabalhar no campo da saúde mental.

Nessas duas situações, particularmente, mas também em outras entrevistas, de modo menos expressivo, chama atenção o fato de os entrevistados continuarem seus relatos fora da gravação. Pode-se dizer que uma outra entrevista acontecia após desligar o gravador. As falas nesses momentos eram mais descontraídas e o profissional se mostrava à vontade para revelar alguns episódios de sua vida pessoal, comentar suas impressões sobre minha presença no serviço, perguntar quantos profissionais já havia entrevistado e assim por

diante. Conforme LÉVY (1994b), trata-se dos efeitos *secundários* das entrevistas, ou seja, os efeitos produzidos sobre os sujeitos entrevistados devido à própria situação de tomada da palavra.

Se de um lado, o espaço das entrevistas pôde oferecer oportunidade de reflexão, por outro, a realização das entrevistas, como visto antes, foi cercada de algumas dificuldades. Em alguns casos, as sucessivas remarcações ou esquecimentos da data agendada foram me gerando certo mal-estar. Embora uma das minhas intenções nesta pesquisa tenha sido dar a palavra aos profissionais, dar visibilidade ao trabalho realizado por eles, paradoxalmente, algumas dificuldades se apresentaram para que fizessem uso desse espaço e tomassem a palavra.

Um dos profissionais convidados para entrevista aceitou prontamente o convite, preferindo agendar a data assim que retornasse de suas férias. Retornando das férias, o profissional pareceu ter se esquecido de agendar a data. Passados quatro dias de seu retorno, resolvi retomar o convite ao profissional que expressou uma reação pouco amistosa, perguntando: “*mas hoje?*” Ao responder-lhe que poderia ser na data em que lhe fosse conveniente o profissional preferiu não agendar, completando: “*depois eu vejo o dia melhor*”. Contudo, o profissional não mais tocou no assunto durante o tempo em que estive no serviço. Assim, decidi não insistir mais no convite, entendendo a dificuldade em agendar uma data como uma evitação à entrevista.

Outro profissional preferiu agendar a entrevista para o dia em que estaria no plantão, explicando que poderíamos conversar enquanto não chegasse nenhum paciente para acolhimento. Entretanto, era difícil iniciar a entrevista antes que chegassem as demandas ao plantão, de modo que a entrevista foi desmarcada três vezes até ser realizada.

Na leitura de AZEVEDO (2005), agendar uma entrevista significa estabelecer um compromisso ou um contrato com o pesquisador e sua pesquisa e, portanto, suas sucessivas desmarcações ou adiamentos podem ser compreendidos como resultado, em alguns casos, de um processo de ataque ao vínculo.

Todas as entrevistas foram gravadas, conforme previsto nos termos de consentimento assinados pelos entrevistados, para posterior transcrição. O uso do gravador permitiu uma análise mais minuciosa das narrativas, visto que junto à viva voz ficaram

registradas também as pausas, as expressões de entusiasmo, crítica ou ceticismo por meio de suspiros ou entonações de voz do entrevistado.

Por outro lado, a presença do gravador como um ‘terceiro’ participante introduz “a consciência de que o fiel retrato da narrativa e na forma exata de sua enunciação está se tornando público” (SCHRAIBER, 1995: 72). Durante o trabalho de campo, ao convidar um dos profissionais para a entrevista o mesmo perguntou quem teria acesso à gravação, comentando: “*é porque a gente fala algumas coisas, né?*” Após lhe informar que as gravações seriam transcritas por mim e que o anonimato dos entrevistados seria garantido, o profissional aceitou o convite, marcando uma data em sua agenda. Certa inibição ou preocupação em se expor também caracterizaram os primeiros minutos de algumas entrevistas, mas à medida que estas prosseguiram num tom de conversa e tendo o termo de consentimento assinado como um compromisso ético entre os envolvidos, a tensão se diluía e a presença do gravador não se constituiu obstáculo.

Todo o material gravado e transcrito ficará, conforme previsto pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos, sendo destruído após esse prazo.

O processo de transcrição foi uma etapa laboriosa e longa. Todas as entrevistas foram transcritas por mim num processo que consumiu dois meses ininterruptos. Ao todo, as entrevistas perfizeram 26hs e 05 minutos de gravação, sendo 7hs e 23 minutos de gravação referentes às doze entrevistas realizadas no CERSAM ‘X’, 18hs de gravação referentes às dezenove entrevistas realizadas no CERSAM ‘Y’ e 42 minutos de gravação referentes à entrevista realizada a um dos coordenadores municipais de saúde mental.

Na exposição dos fragmentos das narrativas, curtos ou mesmo longos, fiz um esforço para manter sua “extraordinária intensidade expressiva” (BOURDIEU, 2001: 705) a fim de permitir ao leitor “impregnar-se de cada relato” (SCHRAIBER, 1997: 55). Contudo, nos fragmentos incorporados ao texto da dissertação aliviei as redundâncias verbais e os vícios de linguagem, próprios do discurso oral, apoiando-me em BOURDIEU (2001: 710), para quem a passagem do oral para o escrito “impõe com a mudança de base, infidelidades que são sem dúvida a condição de uma verdadeira fidelidade”.

Os fragmentos de narrativa dos profissionais são acompanhados de um pseudônimo, opção que escolhi para preservar o anonimato dos mesmos e permitir que o leitor acompanhe o posicionamento de cada profissional nas temáticas abordadas. O uso de pseudônimos facilitou, inclusive, a descrição das cenas assistenciais, registradas em diário de campo, que envolviam os profissionais entrevistados.

O trabalho em campo exigiu-me um esforço para acompanhar as práticas assistenciais dos profissionais no cotidiano e mesmo observando-os diariamente não era possível, em alguns momentos da dinâmica assistencial, acompanhar o desfecho de um caso, presenciar algumas intervenções pontuais, observar a chegada tumultuada de um paciente em crise, além de haver momentos nos quais não era possível ou oportuno interromper o profissional para lhe perguntar o que se passava e haver situações em que a intervenção era muito rápida, envolvendo vários profissionais e cujo acesso ao espaço da intervenção era restrito, impedindo, assim, a minha presença.

Em todos esses casos, o acesso a determinados registros escritos em documentos dos dois CERSAMs foi fundamental. Documentos tais como: os prontuários, nos quais os profissionais registram suas impressões sobre o paciente, suas condutas terapêuticas e a evolução dos casos e o “livro de comunicação interna”, onde os profissionais, especialmente quando em plantão, registram as ocorrências importantes de cada turno, a chegada de pessoas em situação de crise, a indicação de alguns casos para pernoite no serviço e o registro de como passaram o pernoite, permitiam-me preencher algumas lacunas, auxiliando-me a reconstituir uma cena assistencial, a ficar a par de um encaminhamento dado a um paciente, a tomar ciência de uma conduta acordada em equipe numa reunião “relâmpago” ou me inteirar de uma tomada de decisão do plantão sobre a condução de um caso.

Enfim, o acesso aos registros escritos me permitiu ter uma visão mais global da dinâmica assistencial e do acompanhamento de alguns pacientes em crise pelos profissionais. Assim, recorria várias vezes ao “livro de comunicação interna” para me informar, por exemplo, sobre como fora o pernoite de algum paciente que eu observara chegar no dia anterior ou o que fora decidido sobre seu projeto terapêutico, quem ficara sendo seu técnico de referência, entre outras questões.

Quando os registros no “livro de comunicação interna” eram muito sucintos, recorria aos prontuários a fim de complementar o entendimento sobre determinado projeto terapêutico ou mesmo para conhecer a história de tratamento de um paciente naquele CERSAM.

Antes de manusear, ler e até transpor para meu diário de campo quaisquer fragmentos dos registros escritos, foi solicitada autorização aos gerentes dos dois CERSAMs para acessar esses documentos institucionais (anexo 9).

5.4. Aspectos éticos.

Toda a pragmática desta pesquisa – as estratégias da observação participante e das entrevistas em profundidade, o acesso aos documentos institucionais – foi acompanhada da dimensão ética que a envolve.

Neste sentido, cabe lembrar que minha entrada em campo foi posterior à apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelos dois comitês de ética envolvidos: o comitê de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca que emitiu parecer aprovado em maio de 2008 e o comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que emitiu parecer aprovado em junho do mesmo ano.

Além de obter as autorizações necessárias, como já mencionado, à realização da pesquisa nos termos propostos, o trabalho de campo decorreu sob a observância e o respeito às premissas e exigências éticas, tais como: o livre consentimento para participar da pesquisa, a ponderação dos riscos e benefícios dessa participação, a garantia do anonimato e a não invasão da privacidade, a relevância social da pesquisa para os participantes e a evitação de qualquer desconforto ou constrangimento aos mesmos (BRASIL, 1996).

5.5. Plano de análise do material empírico.

O trabalho de campo implica em o pesquisador estar presente por inteiro, isto é, com a sua experiência anterior com relação ao objeto da pesquisa, com seus posicionamentos e com os conhecimentos já adquiridos. Significa assumir, portanto, que também na análise do material empírico o pesquisador estará presente com sua temporalidade, com sua experiência (ou pouca experiência) e com sua história anterior.

Neste estudo, para facilitar a análise do material empírico do CERSAM 'X', defini duas unidades de análise e algumas categorias analíticas que chamarei de categorias de “escuta”. As duas unidades de análise foram as cenas assistenciais, obtidas através da observação participante, e as narrativas dos profissionais, obtidas através das entrevistas.

A cena assistencial é unidade de análise complexa, pois sua análise incorpora os discursos e os atos em dinâmica situacional, com seus efeitos de superfície, sem deixar de considerar os seus “desconhecimentos” (ENRIQUEZ, 2001; BARUS-MICHEL, 2004), ou seja, os elementos implícitos, não declarados ou nem sempre declaráveis, os não-ditos – as crenças, os valores, as idealizações, as pressões, as imposições, as pulsões, as fantasias, os medos – que também são produtores de sentidos ou, talvez, de não-sentidos e de contradições na assistência.

A análise das cenas assistenciais só foi possível através da minha implicação com o objeto desta pesquisa. A implicação aqui deve ser compreendida como “a capacidade de se dispor ao sentido, de acolhê-lo e, em primeiro lugar, admiti-lo ali onde ele nos atravessa, o que é a melhor oportunidade para atingi-lo” (BARUS-MICHEL, 2004: 126).

Nesse sentido, a leitura e a releitura dos meus diários de campo permitiram não só uma revivescência das cenas assistenciais observadas e dos seus sentidos, mas também me permitiram ressignificar o por quê de algumas cenas terem me deixado sensibilizada ou mobilizada. Trata-se de reconhecer que o pesquisador esteja ligado ao seu objeto pelo que este lhe afeta ou não afeta ou, nas palavras de BARUS-MICHEL (2004: 123), é “uma característica das ciências humanas o fato de o pesquisador estar implicado em seu objeto pela diferença e pela semelhança que o ligam a este”.

A análise das narrativas se processou a partir das leituras sucessivas de cada uma delas, visando dominar o todo de cada narrativa. Esse trabalho foi fundamental para

permitir “impregnar-se de cada todo” e para realizar, posteriormente, uma abordagem do conjunto de narrativas (SCHRAIBER, 1995: 72).

Assim, para a análise das cenas assistenciais e das narrativas, empreendi um esforço de “escuta” do material empírico, procurando perceber seus principais emergentes – relativos ao objeto e objetivos da pesquisa – e produzir um diálogo, mesmo sabendo-o inacabado e interminável, entre a empiria e a teoria que pudesse trazer sentidos para ambas.

A “escuta” do material empírico foi orientada por algumas categorias de “escuta” ou “argumentos de escuta”, como sugere SÁ (2005: 141), previamente definidas, tais como: as representações dos profissionais sobre crise e o imaginário – visões, representações, concepções e significações (SÁ, 2005) – sobre o CERSAM e sua proposta assistencial.

Contudo, ao longo da análise do material empírico novos “argumentos de escuta” emergiram, transcendendo os próprios objetivos da pesquisa, mas sem perder o foco do objeto, tais como: o papel do técnico de referência no cuidado ao paciente em situação de crise, a psicanálise como ferramenta teórica privilegiada para orientar as práticas assistenciais, a questão do reconhecimento do trabalho e suas repercussões na assistência, a importância do trabalho em equipe e de uma “formação” para o profissional que atua no CERSAM.

Em resumo, a análise do material empírico foi orientada: 1) Pelo objeto e objetivos da pesquisa; 2) Pelo cruzamento das informações obtidas através das estratégias de investigação da pesquisa; 3) Pelos referenciais teóricos e conceituais da pesquisa, sobretudo na leitura que eles permitiam fazer sobre as categorias de “escuta”.

Em relação a este último item – os referenciais teóricos e conceituais da pesquisa – a leitura de ENRIQUEZ (1997) e de BARUS-MICHEL (2004) auxiliou-me inclusive para a estruturação dos dois capítulos seguintes, porquanto ambos os autores propõem caminhos para a análise das organizações.

ENRIQUEZ (1997), ao conceber a organização como sistema cultural, simbólico e imaginário, propõe sete níveis ou “instâncias” – 1) instância mítica, 2) social-histórica, 3) institucional, 4) organizacional (ou estrutural), 5) grupal, 6) individual e 7) pulsional – para realizar a análise da organização e compreender as ações de seus membros.

Em linhas gerais, as sete instâncias conduzem, respectivamente: 1) à análise da história da organização; 2) da sua ideologia, representada pelas crenças e ideais partilhados por seus membros; 3) à análise do seu sistema de normas, regras e proibições; 4) do seu modo de funcionamento; 5) do projeto comum de seus membros, de seu sistema de valores e de seu imaginário organizacional; 6) à análise do impacto das condutas individuais, sua parcela de originalidade e autonomia; 7) à análise dos mecanismos de defesa – como a negação da realidade – das expressões da pulsão de morte – como a compulsão à repetição, o ataque ao vínculo e a agressividade interna e à análise dos afetos e investimentos.

Conforme o autor, os sete níveis não seriam camadas, estágios ou patamares em profundidade da organização,

“esses níveis representam bem as instâncias (no sentido freudiano do termo) que definem as partes diferentes de uma mesma estrutura global e que são pensáveis unicamente em interação umas com as outras (...) ainda que, à primeira vista, somente algumas delas apareçam e mesmo se algumas dentre elas não são exploráveis (pelo fato dos mecanismos de defesa das pessoas ou da impossibilidade técnica de recolher informações para sua enunciação)” (ENRIQUEZ, 1997:143).

Já BARUS-MICHEL (2004: 134), em sua experiência com pesquisa e intervenção em *grupos de prática* – termo que adota para se referir às equipes, especialmente as de saúde – propõe uma “grade de leitura da instituição” com o propósito de auxiliar a descrição da organização e a análise das práticas de seus “atores”.

A “grade” à qual a autora recorre comporta duas colunas ou “séries verticais” e três linhas ou “níveis horizontais” formando seis quadros. Cada quadro aborda um conjunto de elementos institucionais permitindo uma leitura da organização que vai do nível macro ou “nível superior” – por exemplo, o quadro “*exterioridade/anterioridade*” explora a descrição do contexto político e ideológico que precede e preside o lugar da organização no sistema social e explora a história de implantação da organização – passando pelo nível “médio” –

o quadro que aborda o “*formal/interno*”, ou seja, o funcionamento da organização e seus processos de trabalho – até chegar ao nível micro ou “nível inferior” da grade – por exemplo, o quadro que trata do “*manifesto informal*”, ou seja, os “ditos” e os “agidos” e o quadro que explora as “*pessoas e investimentos*”, isto é, os mecanismos de defesa, os afetos, as pulsões e necessidades (BARUS-MICHEL, 2004:134).

Entre os elementos da “grade” há, conforme a autora, uma interdependência. Assim, para a análise das práticas deve-se confrontar esses diferentes elementos a fim de revelar complementaridades, contradições, determinações e interações entre os níveis. Nesse sentido, a “grade” possui uma estrutura, mas remete a uma dinâmica.

As “sete instâncias” propostas por ENRIQUEZ (1997) e a “grade de leitura da instituição” proposta por BARUS-MICHEL (2004) guardam semelhanças entre si, de modo que uma proposta de análise não contradiz a outra, ao contrário, fazem um diálogo e ajudaram-me a conformar um caminho para a análise do material empírico.

Capítulo 6

Ideal antimanicomial e a tomada de responsabilidade às situações de crise: princípios e valores da política de saúde mental de Belo Horizonte.

Neste estudo, para analisar o cotidiano assistencial de um CERSAM e compreender a produção de sentidos ali presente, também mostrou-se mister considerar a política de saúde mental e sua relação com as práticas assistenciais e os discursos dos profissionais. No caso do CERSAM, as representações sobre o serviço e os sentidos que os profissionais atribuem à sua proposta assistencial também são influenciados pelos princípios e valores da política de saúde mental do município. Considerar tais princípios, valores e diretrizes dessa política significa, portanto, reconhecer alguns elementos teórico-conceituais e ideológicos que contornam o projeto assistencial nos CERSAMs e compreender algumas tensões situadas no encontro entre o ideal da política e o real da assistência ou, como diria SOALHEIRO (1997), entre o eixo político e o eixo clínico.

Enquanto no capítulo quatro procurei refazer, especialmente através da pesquisa documental, uma linha cronológica, evidenciando os principais eventos que marcaram o processo de reforma psiquiátrica em Belo Horizonte durante suas gestões municipais, neste breve capítulo procuro revelar não só informações sobre quais são, quantos são e como se articulam os serviços que atualmente compõem a rede em saúde mental do município, mas tento principalmente evidenciar percepções sobre a política de saúde mental, seus princípios e diretrizes, no relato de um de seus idealizadores e defensores, ou seja, a partir da entrevista realizada com um dos três coordenadores municipais de saúde mental.

O projeto de saúde mental de Belo Horizonte, como vimos no capítulo quatro, foi elaborado, em 1992 – “Uma Proposta de Programa para a Saúde Mental/SMSA/BH” – por um grupo de trabalhadores em saúde mental envolvidos com o movimento social conhecido como *Luta Antimanicomial* e tencionava, para além de um novo modelo assistencial,

“desmontar o complexo ‘instituto da loucura’, ou seja, o manicômio, aqui entendido de forma ampliada, como conjunto de dispositivos no plano da política, da cultura, do mundo do trabalho, da contratualidade e sociabilidade em geral, que silenciam, excluem e segregam a loucura” (COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL-SMSA/BH, 2005: 01).

Dentre os trabalhadores que elaboraram o projeto de saúde mental estavam aqueles que visitaram, em 1991, os NAPS de Santos e que vislumbraram, a partir daí, um novo modelo de assistência em saúde mental a ser implantado em Belo Horizonte.

Conforme a leitura psicossociológica, especialmente a leitura de ENRIQUEZ (1994), estes trabalhadores de saúde mental formavam, no início do processo de reforma psiquiátrica em Belo Horizonte, um “grupo minoritário”, ou seja, um grupo com uma *causa* a defender. Para o autor,

“se o grupo tem uma causa a defender e a promover, isso significa que ele se pensa, se representa e quer se definir como um *minoría atuante*. A maioria não tem jamais uma causa a defender; a causa que ela representa já triunfou anteriormente, faz parte do bem comum ou se tornou mesmo um lugar comum (...). A maioria tem por objetivo o de bem gerir o patrimônio coletivo e manter uma ideologia favorável à ordem social que ela instituiu. (...) Só um grupo minoritário (...), isto é, um grupo que tem a comunicar uma *mensagem* nova, a proclamar uma visão nova do mundo (ou, mais modestamente, de uma profissão ou de uma disciplina), a manifestar uma conduta *desviante* em relação às normas da instituição ou da sociedade, pode ser capaz de se arriscar para fazer triunfar o que presidiu sua fundação” (ENRIQUEZ, 1994: 59).

Em entrevista com um dos coordenadores municipais de saúde mental revela-se sua posição de militante, ou seja, posição de “causa a defender e a promover” no cenário da reforma psiquiátrica do município. Militância que se inicia ainda na graduação, com o desenvolvimento de uma posição política e ideológica no debate pela reforma, até sua entrada para a Coordenação Municipal de Saúde Mental:

“Eu avalio que a minha trajetória na saúde mental começou, na verdade, desde a graduação. (...) Já no meu período de formação na graduação eu fiz essa escolha, acho que com muita clareza, de onde eu queria me inserir profissionalmente. Eu me formei em 92, naquele momento não existia, em Belo Horizonte, nenhum serviço substitutivo, então, a referência que eu tinha a respeito desse campo era uma referência teórica, política e ideológica, especialmente marcada pela discussão provocada pelo projeto de lei federal, projeto de lei Paulo Delgado. Então, meu primeiro encontro com essa perspectiva, com a perspectiva da Luta Antimanicomial, se deu através do debate da discussão da lei quando eu estava ainda estudando (...). Foi um momento extremamente fecundo porque a lei, o projeto era polêmico, um projeto que causou muita polêmica. A proposta da Luta Antimanicomial é sem dúvida nenhuma uma proposta revolucionária, ela questiona pontos muito arraigados na cultura, pontos que referenciam as percepções, que referenciam a relação da sociedade com o louco, com os chamados loucos. (...) Nesse momento ainda da graduação eu me aproximei do movimento da Luta Antimanicomial, ainda estudante tomei conhecimento desse movimento social, dessa discussão e comecei a acompanhar algumas discussões aqui, reuniões do movimento aqui (...). Eu terminei o curso em 92 (...). Nesse momento, Belo Horizonte estava num momento de total efervescência, foi o ano em que, pela primeira vez, a cidade elegeu um governo democrático popular, então, começa em 93 a construção dessa política na cidade e aí eu pude acompanhar isso muito... tive a felicidade de poder acompanhar isso muito de perto. (...) Foi a gestão do Patrus, [gestão] “BH Popular”, o ano em que o PT ganhou. Já tinha essa experiência em Santos, a experiência em Santos era super-reconhecida, eu tinha ido a Santos, tinha conhecido Santos, fui visitar os serviços (...) e desde então estou nele, estou até hoje no movimento, eu sou militante do movimento da Luta antimanicomial, sou militante do Fórum Mineiro de Saúde Mental. (...) Em 96 eu vim trabalhar na Coordenação de

Saúde Mental do município (...).Cheguei aqui em 96 e fiquei aqui até final de 98, final do governo Patrus e início da primeira gestão do Célio de Castro, depois saí, nós saímos, o grupo da secretaria, da direção da secretaria, a gente sai neste período daqui, da gestão, e (...) em 2003, quando a prefeitura resolve recompor a equipe de gestão da saúde, nós fomos convidados pra reassumir a gestão da saúde mental do município” (Coordenador de saúde mental).

Sustentado pela *minoría atuante* (ENRIQUEZ, 1994), por seus militantes, o projeto de saúde mental de Belo Horizonte começou a ser implantado, em 1993, com a criação dos serviços ‘substitutivos’ ao hospital psiquiátrico. Entendido como um projeto *antimanicomial*, portanto, o projeto de saúde mental do município expressava um ideal – “por uma sociedade sem manicômios”² – apresentava uma perspectiva – a desinstitucionalização – e uma diretriz – articular recursos e ações numa rede ‘substitutiva’ – com vistas a nortear as práticas assistenciais de todos os profissionais de saúde mental inseridos na rede ‘substitutiva’ de Belo Horizonte.

A implantação dos primeiros serviços ‘substitutivos’ – os CERSAMs – veio inaugurar não só um novo modelo de assistência em saúde mental, idealizado por um “grupo minoritário” (ENRIQUEZ, 1994), mas também firmar uma política de saúde mental considerada radical, ou seja, para a qual esses novos serviços não seriam intermediários ou complementares, mas substitutivos ao hospital psiquiátrico, conforme a visão do entrevistado:

“(...) não basta apenas criar os chamados serviços substitutivos, é preciso, primeiro, que o serviço seja de fato substitutivo, que essa política se oriente pra isso, que ela tenha clareza de que ela existe pra substituir o manicômio, pra substituir o hospital psiquiátrico. Então, não dá pra pensar que uma convivência e uma co-existência seja algo possível, pacífico e harmonioso entre essas duas instituições. É uma política que é tensa mesmo, é polêmica mesmo, ela é questionadora, ela é radical, ela não é de modo

² Ideal este, como vimos no capítulo três, constituído anteriormente ao projeto de saúde mental de Belo Horizonte, constituído pelo movimento social antimanicomial no cenário mais amplo, o cenário nacional, na ocasião do II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1987, em Bauru.

algum palatável, que aparece bem pra sociedade em princípio, né? Quando é que a sociedade passa a ver isso de uma outra forma? Quando ela pode conferir os efeitos dessa política” (Coordenador de saúde mental).

Essa política “*tensa*”, “*polêmica*” e “*radical*” que “*existe para substituir o manicômio*”, seria um dos instrumentos para se levar adiante aquilo que, segundo ENRIQUEZ (1994), toda *minoría atuante* idealiza, ou seja, operar não uma contestação, mas uma transgressão. Na análise de ENRIQUEZ (1994: 60),

“a contestação, com efeito, tem por objetivo questionar o sistema vigente, desmistificando-o e desmitificando-o, explicitando o implícito dos comportamentos, tornando claro o “*não-dito*” e o “*não-pensado*” da ordem social. Ela não visa a propor outra coisa, novas maneiras de ser ou de se conduzir. A transgressão, ao contrário, não somente interroga de maneira virulenta as instituições e as condutas estabelecidas, mas propõe novas idéias, maneiras inovadoras de ser”. (...) Assim fazendo, a transgressão diz não apenas que o saber antigo é obsoleto, mas que um novo saber apareceu, que as práticas sociais e as representações coletivas não apenas não têm mais eficácia, mas também que práticas sociais novas são possíveis e que representações coletivas renovadas devem guiar a ação”.

Sustentar uma política de saúde mental “*questionadora*”, “*polêmica*” e intransigente quanto à não convivência ou co-existência com o hospital psiquiátrico significa considerar a existência de opositores e, conseqüentemente, de conflitos de poder, porquanto essa política se torna um instrumento que pretende operar uma mudança radical, uma transgressão que, conforme ENRIQUEZ (1994: 60), “*só pode ocorrer pela expressão de uma certa violência. Não se ataca a antiga ordem com um debate cortês, mas pela luta (...), é preciso se definir pela intransigência*”.

Para o alcance desse empreendimento radical, o projeto *antimanicomial*, a política de saúde mental combina duas ações concomitantes: a criação dos serviços substitutivos e o fechamento de hospitais psiquiátricos do município:

“Belo Horizonte começa em 93, [quando] tem um primeiro momento importante com a implantação desses serviços, de sustentação muito clara da lógica, do norte mesmo, para onde que se queria chegar, desse projeto. Uma coisa que é importante desse processo, desses quinze anos, até pra ter a dimensão dos riscos, dos desafios e do tipo de obstáculos que a gente enfrentou, eu acho que também tem um outro dado, um outro indicador do efeito dessa política que é preciso registrar que é o fato dela trabalhar articulando duas estratégias muito claras: de um lado, a criação dos serviços substitutivos e de outro, a desativação, a extinção gradual, progressiva da instituição psiquiátrica. Em quinze anos, Belo Horizonte conseguiu um outro resultado, além da construção de toda essa rede, dessa dimensão que tem hoje, outro resultado foi o fechamento de cerca de 1600 leitos psiquiátricos e o fechamento de dois hospitais psiquiátricos que existiam quando a política começou a ser implantada: a Pinel e o Instituto Psicominas. A Pinel continua a existir, mas ela não é mais credenciada ao Sistema Único de Saúde e o Instituto Psicominas foi fechado. Hoje nós estamos trabalhando no processo de desinstitucionalização de usuários que estão ainda na Clínica Nossa Senhora de Lourdes, pra poder também fechar mais um hospital. Então, a gente já fechou 100 leitos desse hospital (...) e já criamos dez casas. Teremos que criar muitas mais pra receber esses usuários que têm, em média, 20 anos de internação” (Coordenador de saúde mental).

Conforme o entrevistado, embora a política de saúde mental se apresente como intransigente ou, nas suas palavras, como *“tensa”*, *“radical”* e nem um pouco *“palatável”* para a sociedade a princípio, sua legitimidade social seria construída pelos efeitos que produz na assistência singularizada, no cuidado a cada caso e sua sustentação encontraria apoio e reconhecimento num movimento social organizado:

“(...) não é uma política que tenha só oposição da sociedade, muito pelo contrário, ela tem uma legitimação social importante hoje e a sua legitimação se constrói pelo efeito em cada caso, isso eu acho que é algo imprescindível porque a política pública de saúde mental é uma política pública universal, ela é pra qualquer cidadão e ela é, ao mesmo tempo, uma política que cuida da singularidade, ela cuida de cada caso, ela é pra atender a todos, mas um de cada vez, um de cada jeito, um de cada modo, um em cada necessidade que apresenta. Então, não é uma política de massa, não é uma política massificada. Massificação e homogeneidade é com o hospício. Do nosso lado, é preciso pensar que nós vamos trabalhar sempre um-a-um, um com cada história, um com cada sofrimento e é assim que se constrói, eu entendo, a legitimação que a gente tem hoje. Somos questionados? Sem dúvida nenhuma. Tem gente contra? Óbvio, mas curiosamente, não são os que têm tido mais força, porque senão a gente não estaria conseguindo avançar, nós já teríamos parado, a coisa já teria retrocedido e não é isso que acontece aqui, inclusive, porque e essencialmente porque a gente tem duas figuras políticas muito importantes na cidade, no cenário da construção dessa política que é o movimento social. Nós temos uma Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental e um movimento social que é o Fórum Mineiro de Saúde Mental que são os dois importantes interlocutores do poder público nessa questão, não só interlocutores, mas parceiros que ajudam a dar sustentação a esta política. (...) Nós tivemos problemas, não é uma política... porque, às vezes, fica parecendo que a história de Belo Horizonte é linear, é tudo certo, não, não é assim. Aqui também houve descontinuidades. Agora, felizmente, e é, sem dúvida alguma, pela presença de um movimento social, aqui não houve um retrocesso a ponto de se perder tudo. (...). Então, foi possível recolocar a política na direção que inspirou a sua implantação, é o esforço que a gente tem empreendido desde 2003 até agora e que está orientando a criação dos novos serviços, a ampliação da própria rede” (Coordenador de saúde mental).

Sob a égide de uma política de saúde mental radical, a articulação entre CERSAMs, Centros de Saúde, Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos e outros dispositivos torna-se imprescindível para se garantir ao usuário uma assistência afinada às suas necessidades em diferentes momentos:

“(...) nós temos uma rede que é bem complexa e bastante numerosa em termos de serviços, hoje a gente tem 09 CAPS, 09 Centros de Convivência, 20 Serviços Residenciais Terapêuticos, 57 equipes de saúde mental na rede básica, uma política de inclusão produtiva e a política de atenção à criança e ao adolescente, então, é uma rede grande, é uma rede bastante portentosa, muito significativa e uma rede também complexa porque é uma rede que parte do pressuposto, diferente de muitas experiências ainda no resto do Brasil, de que de fato a gente precisa conjugar diferentes recursos na atenção. (...). Então, é uma rede e aí é preciso ter também uma dinâmica e uma clareza de como sustentar isso pra que toda essa rede trabalhe orientada pelos mesmos princípios. (...). O usuário tem diferentes portas de entrada na rede e a sua vinculação e o seu tratamento vão se definir pela necessidade de cuidado que o usuário requer naquele momento. Então tem um momento que esse usuário tem condição de ser acompanhado num centro de saúde, numa unidade básica, num outro momento, o momento da crise, da urgência, é preciso que ele esteja num lugar que reúna condições, reúna recursos que dêem conta de assisti-lo de forma intensiva, em tempo integral como a gente faz hoje” (Coordenador de saúde mental).

Nesse sentido, o êxito da rede ‘substitutiva’ depende da possibilidade de todos os serviços se orientarem pelos mesmos princípios. Um dos princípios a nortear toda a rede de saúde mental seria o princípio da desinstitucionalização:

“toda a rede é substitutiva e toda a rede tem que trabalhar na perspectiva da desinstitucionalização. O que diferencia um ponto de outro da rede é a capacidade de resposta a determinadas questões (...)”(Coordenador de saúde mental)

Os CERSAMs seriam, dentro da rede ‘substitutiva’, o ponto de referência para o momento da crise, trabalhando em parceria com mais dois dispositivos na atenção à urgência, o Serviço de Urgência Psiquiátrica e o SAMU:

“(...) hoje a gente também tem no campo da urgência, da atenção à urgência, o Serviço de Urgência Psiquiátrica noturno que é o SUP, que já tem dois anos de funcionamento, que funciona na Santa Casa e que tem sido uma estrutura importante, um dispositivo importante pra consolidação dessa rede, pra atenção aos casos graves no momento da urgência porque a gente assegura uma porta de entrada para os casos prioritários, para os casos mais graves que nos chegam prioritariamente através do SAMU. Alguns poucos casos chegam ainda hoje pela polícia militar, mas o grosso, 99%, chega via SAMU, chegam neste serviço [SUP] à noite. São aqueles casos que não estão em tratamento, então, a gente consegue fazer uma situação de tal modo que você cria uma rede que dá condições pra que o usuário escape do caminho até o hospital psiquiátrico.” (Coordenador de saúde mental).

Em Belo Horizonte, a política de saúde mental encontra ancoragem na posição militante da própria Coordenação Municipal de Saúde Mental. Assim, através de uma política de saúde mental radicalmente antimanicomial, uma “portentosa” rede de serviços com recursos e ações específicas para atender às necessidades dos usuários em diferentes momentos se constituiu, ao longo de quinze anos, com o objetivo de desmontar e substituir o manicômio.

O caminho para desmontar e substituir o manicômio começou, em Belo Horizonte, com o engajamento de trabalhadores no movimento social da Luta Antimanicomial, passando pela tomada de responsabilidade às situações de crise nos serviços ‘substitutivos’. “Pela via da crise, afinal, começa o circuito da exclusão, que tem na internação psiquiátrica uma de suas formas lapidares” (COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL-SMSA/BH, 2005: 01).

Contudo, se o caminho para a desmontagem do manicômio implica a tomada de responsabilidade às situações de crise, esse caminho remete, necessariamente, ao modo de se produzir o cuidado às situações de crise sem repetir a antiga lógica, o que aparece como uma preocupação para o entrevistado:

“A gente vai ter sempre que cuidar pra não retomar velhos ritos, velhas concepções que são concepções que estão postas na sociedade. Nós não podemos achar que quinze

anos de reforma psiquiátrica tenham conseguido superar uma tradição de trezentos anos. Três séculos de história de institucionalização não são superados com um período de quinze, apenas quinze anos. Esses quinze anos apontam com clareza e de forma incisiva o que é possível fazer diferente e isso eu avalio que a sociedade, a cidade de Belo Horizonte já reconheça (...) (Coordenador de saúde mental).

Segundo ENRIQUEZ (1994: 66), se o “grupo minoritário” é bem sucedido, isto é, “se consegue impor os seus ideais ou transformar, em maior ou menor grau, o campo social”, se consegue “inscrever seu sonho na realidade”, torna-se um grupo “majoritário”. Em Belo Horizonte, a entrada de trabalhadores em saúde mental militantes – como foi o caso do entrevistado – para a Coordenação Municipal de Saúde Mental implicou uma mudança do lugar por eles ocupado: a passagem de “grupo minoritário” para atores políticos oficialmente constituídos. Tal mudança lhes permitiu, por um lado, a privilegiada condição de formuladores e porta-vozes oficiais da atual política municipal de saúde mental, mas por outro, o pesado lugar do instituído, da “ordem paterna” (ENRIQUEZ, 1994), cujo desafio será fazer perdurar a *causa* defendida e manter os membros do grupo, agora “majoritário”, ainda investidos entre si e identificados ao ideal que lhes presidiu todo o percurso.

Conforme analisa ENRIQUEZ (1994: 66), podem ocorrer no interior do grupo “majoritário” conflitos e jogos de poder entre os seus membros, porquanto “o problema não é mais saber o que devemos fazer juntos, mas quem são os amados e os rejeitados, os discípulos eleitos e os indivíduos excluídos, as pessoas conformistas e os traidores potenciais”.

Nesse aspecto, o êxito da rede ‘substitutiva’ depende não apenas da possibilidade de todos os serviços trabalharem orientados pelo princípio da desinstitucionalização, mas da possibilidade desse princípio ser tomado como um valor para seus profissionais. O êxito da rede depende, principalmente, dos profissionais dos diferentes dispositivos dialogarem e trabalharem identificados ao ideal *antimanicomial* e, portanto, da possibilidade desse ideal se fazer encantador e envolvente o suficiente para impregnar os discursos, continuar sendo objeto de idealização e investimento, dar sentido às práticas assistenciais, dar sentido à

própria articulação da rede e suportar as tensões dessa articulação. Nos termos de ENRIQUEZ (1997) e conforme veremos nos capítulos seguintes, significa a possibilidade de o ideal *antimanicomial* produzir um imaginário motor com um tríplice sentido: 1) produzir novas imagens que visam modelar a realidade; 2) se apresentar como a raiz das práticas sociais inovadoras; 3) criar rupturas na linguagem, nos atos e no tempo, permitindo estabelecer uma nova dinâmica de trabalho e de relações sociais.

Recupero, assim, uma das hipóteses que apresentei na introdução deste estudo. A hipótese quanto aos efeitos possíveis do ideal *antimanicomial* no interior dos CERSAMs – produzir um imaginário motor para as equipes, ensejando práticas assistenciais inovadoras e criativas e abrindo espaço para o questionamento do papel do profissional e da organização ou constituir um imaginário enganoso, cristalizando e empobrecendo, assim, as práticas assistenciais – hipótese que discutirei no último capítulo.

Capítulo 7

Assistência às pessoas em situação de crise no CERSAM ‘X’.

Este capítulo dedica-se à exposição e análise da experiência assistencial de um CERSAM de Belo Horizonte. Conforme exposto no capítulo metodológico, embora a pesquisa de campo tenha se estendido a dois CERSAMs de Belo Horizonte, para esta dissertação contemplei a exposição e a análise de apenas um deles, dada a necessidade de adequar o tempo de elaboração deste trabalho aos prazos acadêmicos acordados.

Dividido em cinco partes/itens, o capítulo se inicia apresentando o desenho arquitetônico do CERSAM ‘X’, seu funcionamento, sua organização do trabalho e seus conceitos operacionais (primeiro item), avançando para as representações dos profissionais sobre o CERSAM e sua proposta assistencial (segundo item), o imaginário dos profissionais sobre crise (terceiro item), passando para a exposição e análise de narrativas e de cenas de assistência às pessoas em situação de crise (quarto item) e finalizando com uma breve discussão sobre o trabalho feito em equipe (quinto item).

Cabe acrescentar que o primeiro item do capítulo é uma exposição mais descritiva do CERSAM ‘X’, ainda que já introduza algumas interpretações. Assim, optei por fazer uma descrição do serviço à maneira de um relato etnográfico, apoiando-me, para isso, nos registros do diário de campo. Nesse sentido, mantive a cronologia dos eventos a fim de expor a arquitetura, o funcionamento do serviço e a organização do trabalho assistencial atrelados à minha entrada em campo e ao contato inicial com os sujeitos da pesquisa.

7.1. Entrando no CERSAM ‘X’.

Conforme BARUS-MICHEL (2004: 138), “a instituição é também certa organização do espaço”, a arquitetura permite revelar a distribuição e a atribuição de lugares e funções, certa hierarquia de poder e de valores, “pode-se atentar para a circulação

nesses espaços: quem pode ir aonde?” Revelam-se os lugares cujo acesso é restrito, os lugares de encontro, de passagem, os esconderijos: lugares de fuga e proteção.

Neste sentido, torna-se mais apropriado apresentar não uma mera descrição dos espaços físicos, com a disposição de objetos e recursos materiais, mas apresentar uma arquitetura viva do CERSAM ‘X’, ou seja, os espaços com as pessoas desempenhando suas funções, a fim de atentar para a circulação das pessoas e a utilização dos espaços para suas práticas.

Ao entrar pela primeira vez no CERSAM ‘X’, na ocasião em que fui apresentar ao gerente o que ele próprio denominou de “*dinâmica da pesquisa*”, pude ter uma primeira impressão da arquitetura do serviço. Essa primeira visita fora agendada pelo gerente para as 14hs, pois nossa conversa seria “*após a passagem de plantão*”.

O CERSAM ‘X’ se localiza em rua tranqüila, silenciosa e ao mesmo tempo não dista da avenida principal do bairro onde há grande concentração comercial e tráfego de automóveis. O acesso ao serviço é fácil devido a inúmeras linhas de ônibus que servem a avenida principal, próxima ao serviço.

Aproximando-me do endereço avistei um muro com uma placa cor laranja afixada identificando o serviço. Havia também uma Kombi branca estacionada em frente. Quando me aproximei do portão, este acabava de ser fechado e ouvi o som de chave trancando-o. Bati no portão e fui atendida por um homem uniformizado. Identifiquei-me e disse que procurava pelo gerente do serviço. O homem, que me pareceu desempenhar a função de porteiro, logo me apontou o caminho informando, “*é só subir a escada e virar a primeira entrada à direita*”.

Entrei e, à primeira vista, o serviço pareceu-me grande. Tive uma boa impressão do local que me pareceu agradável em vista da área verde e ampla em volta de uma casa com aspecto de chalé. Após o portão por onde entrei, subi uma leve rampa que levava ao que seria uma garagem. À esquerda da rampa havia um jardim e no espaço que parecia uma garagem havia alguns assentos nos quais algumas pessoas se sentavam e um aparelho de som ligado.

Logo adiante, passei em frente à porta aberta de um pequeno cômodo à direita onde um grupo de pessoas, com avental e touca, em volta de uma mesa, participavam de uma atividade que me pareceu ser uma oficina de culinária. Segui mais um pouco e subi a escada indicada pelo porteiro que conduzia à porta principal de acesso ao interior da casa. Havia uma movimentação de pessoas subindo e descendo essa escada.

Em frente à porta principal da casa havia uma área cimentada, mas com algumas árvores e um espaço no qual foi instalada uma tenda colorida, parecida com uma tenda de circo e sob a qual havia uma mesa de totó (pebolim) e dois sofás. Algumas pessoas ali estavam.

Atravessei a porta principal, larga e aberta, adentrando em uma sala retangular. No lado esquerdo dessa sala havia uma porta que dava acesso à cozinha. Ainda no lado esquerdo da sala, havia um corredor com quatro portas, correspondentes às salas de atendimento. No lado fronteiro à porta de entrada da sala havia, à esquerda, uma pequena recepção feita de divisórias onde um rapaz sentava-se em frente a um computador e, à direita, uma porta com divisão ao meio cuja metade inferior resguardava um cômodo com leitos. No lado direito da sala retangular havia dois bancos compridos, onde algumas pessoas sentadas pareciam aguardar atendimento, e uma escada que levava ao segundo piso da casa. Essa sala retangular apresentava grande fluxo de pessoas, pois servia, ao mesmo tempo, como hall de entrada, recepção, sala de espera, passagem para os consultórios, passagem para o cômodo com leitos, passagem para a cozinha e para o exterior da casa.

Neste momento, vi um dos profissionais subindo a escada que levava ao segundo piso, uma das pessoas que entrara na sala chamara-lhe de “*doutor*”. O profissional olhou para a pessoa, também me viu, mas continuou a subir a escada até entrar em um cômodo. A mesma pessoa que chamou o “*doutor*” e que me parecia ser um paciente, foi a primeira pessoa a me abordar dentro da casa. Logo me perguntou se eu iria “*ficar no lugar*” de uma profissional que estava de licença. Respondi-lhe que não e expliquei que viera conversar com o gerente. No mesmo instante o paciente começou a gritar o nome do gerente e saiu a procurá-lo pela casa aos gritos.

Enquanto isso, me aproximei do rapaz que estava na saleta de divisórias e após me apresentar, o rapaz pediu-me para aguardar o gerente. Observei que havia dentro da casa

moderada movimentação de pessoas, sobretudo descendo e subindo as escadas para o segundo piso. Logo o gerente do serviço apareceu acompanhado do paciente que fora lhe procurar. O gerente pediu para o paciente não gritar mais e convidou-me a acompanhá-lo ao segundo piso da casa.

No segundo piso havia uma sala onde funcionava a “sala do plantão”. Este piso fazia cobertura para a garagem, não sendo, portanto, teto para a sala retangular de entrada. No segundo piso uma pequena escada levava a uma sala, em forma de “L”, no terceiro piso. Este sim, cobria o primeiro piso da casa, contornando a sala retangular de entrada.

O telefone tocou na sala do terceiro piso e o gerente foi atendê-lo, solicitando-me que o esperasse no segundo piso. Enquanto o aguardava, num pequeno hall em frente à sala do plantão, três profissionais subiram à sala onde estava o gerente e puseram-se a conversar. Alguns pacientes desciam e subiam ao segundo piso, entrando e saindo da sala de plantão.

Após aguardar dez minutos, uma profissional que saíra da sala de plantão passou por mim, perguntando: “*você já sabe com quem vai falar?*” Respondi-lhe que sim, mas antes que pudesse me apresentar, a profissional desceu para o primeiro piso. Depois, outra profissional que descera do terceiro piso também passou por mim, disse que eu poderia me sentar em uma das cadeiras da sala de plantão e, em seguida, desceu para o primeiro piso. Achei melhor continuar aguardando o gerente no pequeno hall em frente à sala de plantão conforme ele mesmo havia me solicitado. O pequeno hall onde eu estava era um lugar de passagem para quem usava as escadas ou entrava à sala de plantão e dele era possível ver toda a movimentação de pessoas na sala de entrada, no primeiro piso.

Deste pequeno hall também observei que havia, no terceiro piso, um espaço contíguo à sala do gerente destinado à farmácia. Neste espaço havia uma ampla janela pela qual uma funcionária fazia descer e subir, pendurada por uma corda, uma cestinha até o primeiro piso. Assim, uma pessoa que necessitasse pegar algum medicamento após um atendimento médico ambulatorial, depositava na cestinha a receita médica. A funcionária da farmácia subia a cestinha, colhia a receita e depois descia a cestinha com o medicamento prescrito.

Após aguardar mais algum tempo, o gerente desceu a escada segurando um caderno e avisou para o outro profissional que ficara em sua sala que estaria conversando comigo “*ali fora*”. Atravessamos a sala de plantão e fomos para uma varanda que ficava separada da sala de plantão por duas portas de correr de vidro.

Os espaços da casa até agora descritos, com exceção da cozinha e da saleta de recepção, eram livremente ocupados por pessoas em tratamento, dando ao serviço um ‘clima’ de liberdade para ir e vir. Ao mesmo tempo, o livre acesso de pacientes a alguns espaços parecia contribuir para diminuir a visibilidade da função destes espaços e a privacidade dos profissionais. Por exemplo, na sala de plantão alguns pacientes que entravam atendiam ao telefone, se prontificando em falar com quem estivesse do outro lado da linha, outros se sentavam à mesa para escrever ou desenhar em folhas avulsas que encontravam sobre a mesa e alguns faziam da sala de plantão um lugar ‘seguro’ para guardar seus pertences. A sala de plantão parecia ser, assim, um espaço de convivência ou uma sala ‘multiuso’.

Chegando à varanda com o gerente, notei que dali via-se o portão de entrada do serviço e boa parte da área externa onde estavam vários pacientes, alguns deitados em colchonetes no jardim, outros sentados em sofás, além de alguns auxiliares de enfermagem que conversavam entre si e com alguns pacientes.

Na varanda havia uma mesa redonda de plástico e duas cadeiras onde o gerente e eu nos sentamos e nos pusemos a conversar sobre meu projeto de pesquisa, os objetivos, as estratégias da observação participante e das entrevistas em profundidade com os profissionais. Durante nossa conversa fomos interrompidos três vezes.

Primeiro, um jovem paciente abordou o gerente dizendo que o liquidificador não estava mais funcionando – provavelmente o que estaria sendo usado na atividade de culinária – e que era preciso comprar um novo “*carvão*” para o eletrodoméstico. Após alguns minutos o mesmo paciente retornou com o liquidificador, sem o copo, para mostrar onde estaria o defeito e dizendo que iria consertá-lo. O gerente mostrou-se atencioso nas duas vezes com o paciente, explicou-lhe que seria melhor não abrir o aparelho, pois perder-se-ia a garantia e concluiu informando-lhe que mandaria consertá-lo em loja própria. O paciente mostrou-se satisfeito, mas em seguida solicitou ao gerente que aferisse sua pressão

arterial. O gerente orientou-o a ir à sala de enfermagem, mas o paciente se queixou de que na sala de enfermagem não quiseram lhe atender. “*Minha pressão está baixa*”, queixou-se.

Depois fomos interrompidos por uma paciente que demandava receber seu “*benefício*” e após algumas explicações do gerente sobre o assunto, a paciente se retirou. Percebi que essas diferentes demandas dos pacientes não foram endereçadas ao plantão, mas ao gerente do serviço.

Ao final de nossa conversa, o gerente agendou o dia em que eu apresentaria o projeto de pesquisa à equipe. Seria na semana seguinte, dia 03 de julho, durante a próxima reunião de equipe pela manhã. A reunião de equipe começava às 08:30h e eu poderia apresentar o projeto a partir das 10h. Contudo, o gerente sugeriu que eu chegasse antes, pois haveria, no início desta reunião, a apresentação final das duas estagiárias de terapia ocupacional, marcando o encerramento do estágio e o recesso das atividades de terapia ocupacional durante os meses de julho e agosto no serviço.

O gerente também informou sobre o funcionamento, dentro do CERSAM, do Programa Comunitário EJA (Educação para Jovens e Adultos) e sugeriu que eu voltasse ao CERSAM para conhecer as atividades do Programa EJA antes do dia da reunião de equipe, data em que o Programa também seria encerrado, entrando em recesso nos meses de julho e agosto. Apesar de preferir observar as atividades do serviço após minha apresentação formal à equipe e o seu consentimento em reunião de equipe, concordei em voltar, apenas uma vez, antes da reunião de equipe para conhecer o grupo do Programa EJA.

Retornei ao CERSAM ‘X’ dois dias depois para conhecer o grupo do Programa EJA. Novamente, um porteiro abriu-me o portão. Perguntei-lhe se a professora que coordenava o Programa EJA já estava no serviço, pois iria conhecer o grupo. O porteiro informou-me que a professora ainda não havia chegado, mas que eu podia entrar e aguardá-la. Subi as escadas e dirigi-me à área em frente à porta principal da casa. Conversavam naquela área três profissionais do serviço que me pareceram ser uma auxiliar de enfermagem, um funcionário da limpeza e um rapaz que, ao ver-me, caminhou em minha direção.

Apresentei-me a ele e o mesmo se identificou como sendo funcionário da recepção. Ao falar-lhe brevemente sobre minha pesquisa, o rapaz, que chamarei pelo nome fictício de Anselmo, me convidou para entrar e, na recepção, pôs-se a explicar um pouco sobre suas funções. Anselmo mostrou-me uma pasta com o nome de um dos psiquiatras do serviço e explicou que todos os profissionais de nível superior possuem uma pasta como aquela onde são colocados os prontuários dos pacientes agendados para atendimento ambulatorial. Os pacientes que chegam pela primeira vez para serem acolhidos pelo plantão recebem uma “*ficha aberta*” que é colocada dentro de uma caixa branca identificada com o nome “*plantão*”. Anselmo avisa ao plantonista a chegada de um paciente e o plantonista desce as escadas (a sala do plantão, como vimos, fica no segundo piso da casa) para atendê-lo em uma das salas de atendimento.

Todas as salas de atendimento são equipadas com um computador e uma impressora, visto que desde 2007 o serviço trabalha com o Prontuário Eletrônico. Anselmo explicou que o Prontuário Eletrônico é um prontuário virtual cujas informações são compartilhadas pelos profissionais da rede de serviços de saúde do município através do Sistema Gestão Saúde em Rede.

O ‘Sistema Gestão’ é, nas palavras de Anselmo, o “*sistema de prontuários on-line*”. Cada profissional possui uma senha para acessá-lo e o ‘Sistema Gestão’ mostra o percurso do paciente na rede de serviços de saúde. Assim, um profissional do CERSAM, por exemplo, pode obter informação, digitando o nome de um paciente no ‘Sistema’, sobre atendimentos pregressos do paciente, ou seja, se ele já foi atendido em algum outro CERSAM, se fez ou faz acompanhamento em algum Centro de Saúde do município, quais medicamentos já lhe foram prescritos e a dosagem, quais profissionais já lhe atenderam, onde e quando, qual diagnóstico já recebeu e as próximas consultas já agendadas para este paciente.

O ‘Sistema Gestão’ é acessado e compartilhado apenas pelos profissionais dos CERSAMs, dos PSF’s (Programa Saúde da Família) e das UPAS (Unidades de Pronto Atendimento) do município.

Anselmo ainda explicou que o serviço funciona das 07h às 19h com atendimentos de plantão, ambulatorio e permanência-dia e das 19h às 07h permanecem no serviço

somente os pacientes que foram indicados para pernoitar, dois auxiliares de enfermagem e um porteiro. O CERSAM 'X' possui quatro leitos para o pernoite ou hospitalidade noturna.

Neste momento, a professora que coordena o grupo do Programa EJA chegou à recepção e apresentei-me a ela, explicando que viera conhecer o grupo. A professora, que chamarei pelo nome fictício de Emiliana, foi muito receptiva e logo me convidou para acompanhá-la até à cozinha. Na cozinha do serviço estavam três profissionais: um funcionário da limpeza, uma técnica de enfermagem e uma psicóloga que se sentou conosco à mesa redonda para tomarmos café. Na cozinha havia, além da mesa e cadeiras, geladeira, forno de micro-ondas, bebedouro com copos descartáveis, fogão e pareceu-me ser um lugar de encontro dos profissionais. Emiliana me apresentou aos presentes e se prontificou a explicar-me o que era o Programa EJA e como funcionava.

O EJA ou “Educação para Jovens e Adultos” é um programa vinculado à Secretaria Municipal de Educação, Secretaria à qual Emiliana também se vincula. Há vários grupos deste programa distribuídos pelo município. O grupo coordenado por Emiliana dentro do CERSAM 'X' conta com a presença de algumas pessoas da comunidade, que não se tratam no serviço e também com a presença de usuários do serviço que se tratam tanto em regime ambulatorial como em regime de permanência-dia.

O grupo EJA teve início no CERSAM 'X' em 2007 e o tema que atravessou os encontros foi “*quem somos nós?*”, o que possibilitou aos usuários do serviço conhecerem a proposta do Programa EJA e à Emiliana conhecer as pessoas inseridas no grupo. Emiliana nomeou o grupo no CERSAM 'X' de “*Oficina de Intervenção Pedagógica*” e explicou que sua atuação é bem flexível, de acordo com as possibilidades e necessidades de aprendizagem “*da turma*”. A “*Oficina de Intervenção Pedagógica*” iria encerrar suas atividades do semestre no dia 03 de julho, dia da reunião de equipe, com uma “*festinha de despedida*”. Antes, no dia 01 de julho, o grupo faria um passeio ao Parque das Mangabeiras e no dia 02 de julho se reuniria para discutir sobre como foi o passeio. Hoje, o grupo faria uma avaliação da “*oficina*” como encerramento das atividades pedagógicas do semestre. A “*oficina*” deve retomar as atividades na primeira semana de agosto.

Após essa explicação saímos da cozinha e fomos para a área externa da casa, pois a “*oficina*” seria realizada na parte mais aos fundos da casa. O local é uma antiga área de

churrasqueira, o espaço é aberto, coberto com telhado, sem paredes, exceto a parede do muro onde há uma churrasqueira com chaminé e um quadro negro afixado. No espaço há também uma mesa ampla e cadeiras ao redor. Deste local é possível ver todo o enorme quintal da casa que contém um espaço que parece ter sido um galinheiro, um outro pequeno espaço no final do quintal abrigando um fogão à lenha, outro espaço parecendo ter sido um canil, uma quadra de esportes, além de muitas árvores frondosas.

O quintal não é gramado, é de terra bem varrida dando um aspecto de limpeza. Também observei que atrás da casa há uma área com mesas e cadeiras onde funciona o refeitório para os pacientes.

A vasta área do quintal, arborizada e limpa, imprimia tranqüilidade ao ambiente. Contudo, também parecia ser pouco aproveitada, pouco usufruída tanto por profissionais quanto por pessoas em tratamento. Apenas um paciente se encontrava ao final do quintal deitado sobre um colchonete. Pareceu-me isolado de todo o resto do serviço, visto que além de estar afastado, ninguém se aproximou dele.

O espaço arquitetônico, conforme BARUS-MICHEL (2004: 138-9),

“revela também ‘o espírito da casa’: as aberturas, os acessos, (...) a exigüidade ou a imensidão, a nobreza ou a feiúra, a adequação às práticas. Há hospitais-prisões e escolas-caixote que desenvolvem certamente uma ‘mentalidade’ e a propósito dos quais pode-se interrogar sobre as intenções profundas, senão as fantasias de seus responsáveis (...)”.

Com relação ao espaço arquitetônico do CERSAM ‘X’, poder-se-ia dizer que sua vasta área externa contribuiria para desenvolver, senão uma ‘mentalidade’, uma sensação, a princípio, de liberdade. Mas uma observação mais demorada do quintal, por exemplo, também permitia percebê-lo como local pouco integrado ao restante da casa, recebendo pouca atenção a pessoa que neste espaço permanecesse.

Voltando à área da churrasqueira, Emiliana começou a colocar o material pedagógico sobre a mesa: vários cadernos contendo os nomes dos alunos nas capas, sendo que alguns cadernos traziam a inscrição “*uso coletivo*”. Além dos cadernos dos alunos vi também duas apostilas onde Emiliana anotava os nomes dos alunos, tipo de inserção e, quando se tratava de paciente do serviço, quem era o técnico de referência.

Emiliana ligou um aparelho de som, explicando que sempre utiliza música durante a “oficina”. Escolheu um CD de música caribenha, bem animada. Eram 09:00h e estavam presentes uma senhora da comunidade e dois pacientes-dia do serviço. Após alguns minutos um dos pacientes-dia aproximou-se de mim dizendo que sabia quais eram os dez países mais ricos do mundo e começou a citá-los para mim. Observei que sua fala e movimentos estavam um pouco lentificados. Aproximou-se de nós um segundo paciente. Iniciou-se uma discordância entre os dois pacientes sobre os dez países mais ricos do mundo, ambos se exaltaram e um deles ameaçou agredir o outro.

Emiliana imediatamente se aproximou de ambos e interveio firme, mas educadamente, dizendo que ali não era espaço para brigas e que poderiam conversar. Os dois pacientes cessaram a discussão.

A “oficina” iniciou-se com Emiliana lendo um texto informativo para os alunos sobre o Parque das Mangabeiras, sua inauguração, seu fundador e as espécies animais e vegetais que o parque abriga. Por várias vezes sua leitura foi interrompida pelos pacientes-dia que se dispersavam com assuntos diversos. Ao final da leitura Emiliana propôs “*à turma*” que fizessem, por escrito, uma “*avaliação da oficina de intervenção pedagógica*” para encerrarem o semestre. Emiliana escreveu no quadro negro os itens a serem avaliados pelos alunos: “*temas trabalhados; jeito de ensinar; participação dos estudantes; horário; proposta de novos temas para o segundo semestre*”.

Às 10:20h a oficina contava com 11 alunos. Novamente dois pacientes-dia começaram a discutir, ameaçando agredirem-se. Emiliana, mais uma vez, interveio dizendo de forma firme e séria, mas sem rispidez: “*nunca ninguém brigou aqui*”. Os pacientes cessaram a discussão e retomaram a atividade.

Após a leitura das avaliações pelos alunos, Emiliana iniciou a conversa para combinar como seria a “*festinha de encerramento*” na quinta-feira, dia 03 de julho. Cada

aluno se encarregou de trazer algum tipo de comida ou bebida. A “oficina” encerrou-se às 11h e alguns alunos ajudaram a levar o material pedagógico até um pequeno cômodo na área externa da casa onde seria guardado. No caminho, Emiliana pareceu-me cansada, comentou que a “oficina” lhe exige grande energia e que, às vezes, termina a atividade “*sentindo dor de cabeça*”. Relatou nunca ter limitado a entrada de qualquer pessoa na “oficina”, a menos que houvesse uma situação que necessitasse.

Observei que Emiliana esteve sozinha durante todo o período em que realizou a “oficina”, dividindo sua atenção entre coordenar a atividade pedagógica e intervir junto a alguns pacientes-dia.

Após esse dia, meu retorno ao serviço foi no dia da reunião de equipe pela manhã. A reunião de equipe acontece semanalmente, no turno da manhã, na sala de plantão e conta com a presença de todos os profissionais de nível superior e alguns auxiliares de enfermagem.

De volta ao serviço, no dia da reunião, me dirigi à sala de plantão onde já estavam o gerente, alguns profissionais que conversavam entre si e as duas estagiárias de terapia ocupacional que, ao me verem, se aproximaram e se apresentaram. Na sala de plantão havia dois armários com escaninhos para uso dos profissionais, um sofá de dois lugares, cadeiras, uma mesa ao centro sobre a qual estavam um telefone, o livro de “comunicação interna” e uma pasta denominada “movimento-dia”, uma estante onde se distribuíam vários blocos de receituários, encaminhamentos, livros de atas e pastas.

Havia também dois quadros: um quadro usado para afixar avisos, informes, escala de plantonistas, escala de férias, lista dos centros de saúde que compõem cada micro-área do distrito sanitário com as respectivas mini-equipes do CERSAM ‘X’ responsáveis por essas micro-áreas e um outro quadro no qual o gerente escrevia os temas para a pauta da reunião. Dois computadores e uma impressora, cada qual em pequenas mesas, também compunham os objetos da sala de plantão.

A pauta da reunião, exposta no quadro, elencava os seguintes temas: “*avaliação da terapia ocupacional, pesquisa com recursos assistenciais* (forma como o gerente

denominou meu projeto de pesquisa), *capacitação dos auxiliares de enfermagem, supervisão clínica, horário dos psiquiatras, casos para discussão na reunião de micro-área*”.

A sala de plantão já se encontrava com 15 profissionais quando um dos psiquiatras começou, espontaneamente, a relatar para o gerente o caso de um paciente que avaliava ser necessário discuti-lo na próxima reunião de micro-área. Enquanto o psiquiatra falava, os demais profissionais ainda conversavam entre si.

A atenção dos profissionais foi tomada pelo gerente apenas quando este se sentou e começou a seguir a pauta exposta no quadro. Assim, anunciou a apresentação final das estagiárias de terapia ocupacional. Estas fizeram a leitura do trabalho de conclusão de estágio e, em seguida, os profissionais teceram elogios e comentários.

Um dos profissionais solicitou às estagiárias que expusessem os *“problemas da instituição que atravessaram as atividades de terapia ocupacional”*. Uma das estagiárias identificou o *“atraso do almoço, a saída antes do horário da Kombi para levar embora os pacientes, o horário da medicação às 14h que faziam os pacientes saírem das oficinas ou serem chamados pelos auxiliares de enfermagem”*. A orientadora das estagiárias, que chegara para assistir a apresentação, observou sobre a *“indelicadeza dessa chamada, pois a prática da terapia ocupacional é um atendimento”*. Um dos psiquiatras concordou, acrescentando que *“o grupo de T.O. ainda está no imaginário da equipe como algo de menos valia, de segundo plano e é complicado desconstruir isso, eu como médico não acho que se deve interromper a oficina para dar o medicamento”*. Uma das estagiárias apontou que o *“auxiliar de enfermagem deve ser um colaborador e não mais um elemento a ser manejado”*.

Essa discussão me remeteu à observação que eu fizera, há alguns dias, do grupo do Programa EJA, quando notei que Emiliana, a professora, esteve sozinha durante todo o período em que realizou a “oficina”, sem a participação de nenhum dos profissionais da equipe.

A discussão sobre o lugar da oficina no CERSAM ‘X’ avançava. Um dos psicólogos expôs que *“tudo depende da visão que se tem dessa atividade para valorizá-la”* e concluiu: *“as normas vão acontecendo na prática e, primeiro, tem que haver a formação*

do profissional”. O gerente concordou e lembrou: “*o mesmo problema aconteceu com o grupo EJA*”.

Assim que o gerente se referiu ao grupo EJA, ouvi o som de música vindo da área externa, certamente estava acontecendo naquele momento a “*festinha de despedida*” do grupo EJA que, novamente, não contaria com a participação ou, conforme já mencionado na reunião, com a valorização dos profissionais.

A discussão sobre o lugar da oficina terapêutica no CERSAM ‘X’ também poderia estar indicando uma possível dificuldade em oferecer, no cotidiano assistencial, uma atenção ao paciente em crise que não fosse tipicamente tradicional, isto é, baseada sobretudo nos atendimentos individuais em consultório e no uso de medicamentos.

Em seguida, o gerente olhou para o quadro e, ao invés de apresentar-me à equipe, conforme havia combinado em nosso primeiro encontro e conforme a ordem dos temas já elencados no quadro, iniciou a discussão sobre os horários dos psiquiatras no serviço.

O serviço possui três psiquiatras que cumprem uma jornada de vinte horas semanais. Cada psiquiatra, assim como os demais técnicos de nível superior (T.N.S.) que cumprem a mesma jornada, divide sua carga horária em quatro turnos: um turno dedicado à reunião de equipe, um turno dedicado ao ambulatório e dois turnos dedicados ao plantão. Assim, o serviço dispõe de psiquiatra em seis dos dez turnos de plantão durante a semana (manhã e tarde de segunda-feira a sexta-feira), ficando quatro turnos de plantão sem psiquiatra. Tal situação é vivida como um problema pelos profissionais não médicos (chamados de “técnicos de nível superior” ou “T.N.S.”) que fazem o plantão sem retaguarda psiquiátrica e que precisam, quando necessário, recorrer por telefone à retaguarda psiquiátrica de outros CERSAMs.

A discussão sobre os horários dos psiquiatras tomou grande parte do tempo da reunião e não foi satisfatoriamente resolvida. O gerente tentou redefinir os horários de cada psiquiatra a fim de minimizar o número de turnos sem nenhuma retaguarda psiquiátrica, mas ainda ficaram alguns turnos “*descobertos*” ao que comentou: “*no CERSAM ‘Z’ e aqui há a mesma realidade, leitos e psiquiatras insuficientes, ao contrário do CERSAM ‘Y’*”.

O CERSAM 'X' dispõe de uma equipe assistencial formada por 15 profissionais de nível superior, 22 auxiliares de enfermagem e no período em que realizei a pesquisa de campo (julho a agosto) havia uma estagiária de psicologia. Há também 14 profissionais que compõem a equipe de apoio, sendo um administrador, dois agentes administrativos, duas coqueiras, três faxineiros, dois motoristas e quatro porteiros. Os motoristas trabalham 12h seguidas em dias alternados. Dentre os porteiros, dois trabalham 12h seguidas durante o dia em dias alternados e dois trabalham 12h seguidas durante a noite em noites alternadas.

Dentre os 15 profissionais de nível superior, três cumprem uma carga horária de 40h semanais enquanto os demais cumprem carga horária de 20h semanais. Dentre os auxiliares de enfermagem há os que trabalham em regime de plantão de 12h a cada dois dias e os que trabalham como diaristas, ou seja, cumprindo 20h semanais. Tanto os profissionais de nível superior, quanto os auxiliares de enfermagem são efetivos de concurso público municipal. A estagiária de psicologia realizava o trabalho específico de acompanhante terapêutico de uma paciente-dia e, por isso, cumpria uma carga horária variável dentro do serviço. O estágio acontecia via convênio da Instituição de Ensino Superior com a Secretaria Municipal de Saúde.

A tabela abaixo mostra a composição da equipe assistencial e de apoio do CERSAM 'X'.

Tabela 2 – Profissionais do CERSAM ‘X’ por grupamento, descrição profissional, quantidade e carga horária semanal. Brasil, 2008.

| Grupamento | Descrição profissional | Quantidade | Carga horária semanal |
|---------------------|----------------------------------|------------|--------------------------------|
| Equipe Assistencial | Assistente Social | 1 | 20h |
| | Enfermeiro | 3 | 20h |
| | Psicólogo | 6 | 4 fazendo 20h 2 fazendo 40h |
| | Psiquiatra | 3 | 20h |
| | Terapeuta Ocupacional | 2 | 1 fazendo 20h 1 fazendo 40h |
| | Auxiliar de Enfermagem | 22 | 20h ou 36h |
| | Total Equipe Assistencial | 37 | - |
| Equipe de Apoio | Administrador | 1 | 20h |
| | Agente Administrativo | 2 | 20h |
| | Copeiro | 2 | 20h |
| | Faxineiro | 3 | 20h |
| | Motorista | 2 | 48h |
| | Porteiro | 4 | 48h |
| | Total Equipe de Apoio | 14 | - |
| Estagiário | Estagiária de psicologia | 1 | Variável |
| Total | - | 52 | - |

Após a discussão sobre os horários dos psiquiatras, o gerente retomou a pauta passando a discutir sobre o curso de capacitação em saúde mental ministrado para os auxiliares de enfermagem aprovados no último concurso público municipal e empossados nos CERSAMs em outubro de 2007.

Um dos auxiliares de enfermagem que participara do curso de capacitação ressaltou a importância do curso para quem não conhece a “*clínica em saúde mental*” e as diretrizes da política municipal de saúde mental. Essa discussão se desdobrou em questionamentos sobre o funcionamento do CERSAM ‘X’. O gerente propôs à equipe “*fazer um estudo para saber por que há coisas que falamos na rotina que não são diretrizes por escrito*” e interrogou: “*o que é o plantão, por exemplo? É o plantonista dentro da sala de plantão?*” Um dos profissionais completou dizendo que “*os problemas de todos os CERSAMs são*

parecidos, são problemas quanto ao projeto terapêutico, quanto aos processos de trabalho, como os profissionais estão trabalhando”.

Embora os questionamentos fossem provocadores, interrogando o que é ser plantonista no CERSAM ‘X’, remetendo aos sentidos das práticas, a discussão não avançou no sentido de construir elaborações. Um dos profissionais aproveitou para dizer que *“certos problemas não precisam se resolver com o plantonista”.*

Já passava das 11h e a equipe se apresentava dispersa. Os profissionais se levantavam, saíam da sala e voltavam quando o gerente anunciou: *“tem o projeto de pesquisa para apresentar ainda, mas se não der tempo fica pra próxima reunião de equipe, mas já queria adiantar que é uma pesquisa da Fiocruz e a pesquisadora vai circular pelos plantões, farmácia, vai conhecer os recursos assistenciais”.* Em seguida, o gerente prosseguiu a reunião com outro tema sem que eu pudesse me apresentar à equipe.

Tal situação me causou desconforto e me pareceu sintomática. A apresentação do objeto da minha pesquisa – investigar as práticas assistenciais, como atuam os profissionais e dão sentido ao que fazem – foi deixada para depois, semelhante ao que acabara de suceder frente aos problemas postos, os *“problemas quanto ao projeto terapêutico, quanto aos processos de trabalho, como os profissionais estão trabalhando”.*

A reunião prosseguiu com a discussão de dois casos clínicos e foi encerrada às 12h. A apresentação do meu projeto de pesquisa foi adiada para a próxima reunião de equipe que aconteceria dentro de quinze dias, já que na semana seguinte, no mesmo horário, aconteceria a supervisão clínica. Esse imprevisto teve o seguinte efeito: durante os quinze dias que precederam a apresentação formal do meu projeto de pesquisa, acabei apresentando-o aos profissionais no dia-a-dia, informalmente, porquanto na interação com os mesmos era inevitável não expor-lhes meus objetivos e minhas estratégias de pesquisa.

Às 13h reuniam-se novamente na sala de plantão os profissionais para a passagem de plantão. A passagem de plantão é um dispositivo de comunicação interna. Durante a passagem de plantão os plantonistas de um turno relatam aos profissionais que assumirão o plantão do turno seguinte os principais eventos assistenciais ocorridos.

São feitas três passagens de plantão de segunda-feira a sexta-feira, correspondentes aos três turnos de funcionamento do serviço. O Livro de Comunicação Interna é o principal documento institucional usado nesse momento já que contém o registro das informações de cada turno.

O registro no Livro de Comunicação Interna é iniciado, em cada turno, fazendo-se um cabeçalho contendo data, horário, nome dos plantonistas e dos auxiliares de enfermagem. Registra-se abaixo desse cabeçalho o relato sucinto dos acolhimentos feitos, das ocorrências e de informações tidas como importantes para compartilhar com a equipe. Finaliza-se o registro de cada turno com a assinatura dos plantonistas. Toda a equipe assistencial tem acesso à leitura do Livro de Comunicação Interna e a liberdade para escrever o que julga ser importante para o serviço.

A primeira passagem de plantão ocorre das 07h às 08h. Nesta ocasião os auxiliares de enfermagem que fizeram o plantão noturno relatam aos plantonistas do turno da manhã como transcorreu o pernoite dos pacientes. Nesta passagem de plantão também é feita a lista dos pacientes que deverão ser medicados em casa ou buscados pelo transporte do serviço, uma Kombi, para passarem o dia inteiro ou um dos turnos (manhã e tarde) no serviço e quais destes serão levados para casa ao final do dia.

A segunda passagem de plantão ocorre das 13h às 14h e nesta passagem há o relato dos acolhimentos feitos durante a manhã, das providências que deverão ser tomadas ou das medidas que deverão ser continuadas em relação a algum paciente no próximo turno e o relato dos auxiliares de enfermagem sobre os pacientes que acompanharam em permanência-dia pela manhã.

A terceira passagem de plantão ocorre das 19h às 20h, momento no qual um dos plantonistas da tarde informa aos dois auxiliares de enfermagem que ficarão no turno noturno quais foram os pacientes indicados para o pernoite e como passaram o dia no serviço. Nesta ocasião, o plantonista que encerra o plantão da tarde também envia, por e-mail, um relatório ao Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) informando sobre os pacientes que irão pernoitar no CERSAM e, em seguida, faz o contato telefônico com o SUP para relatar as mesmas informações ao plantonista psiquiatra.

Assim, a equipe do SUP recebe diariamente, de todos os CERSAMs, entre 19h e 20h, os relatórios via e-mail contendo informações sobre o diagnóstico, os medicamentos em uso, o técnico de referência e o motivo de indicação de pernoite dos pacientes e as ligações telefônicas dos plantonistas. Isso permite à equipe do SUP tomar ciência de cada caso indicado para pernoite nos CERSAMs, facilitando fazer a retaguarda psiquiátrica, em caso de necessidade, aos auxiliares de enfermagem que ficam nos CERSAMs à noite.

Aos sábados e domingos há duas passagens de plantão, às 07h e às 19h, visto que funcionam apenas dois turnos: 1) um turno para um plantão de doze horas seguidas durante o dia, feito por um “T.N.S.” e auxiliares de enfermagem ou feito por dois plantonistas, sendo um psiquiatra e um “T.N.S.”, e auxiliares de enfermagem quando o serviço é referência psiquiátrica para o município; 2) um turno noturno de doze horas, feito por dois auxiliares de enfermagem.

Aos sábados e domingos sempre dois CERSAMs, em rodízio, funcionam como referência psiquiátrica para o município. Estes dois CERSAMs são responsáveis por acolher, das 07h às 19h, as urgências psiquiátricas do município que chegam através do SAMU. Por isso, quando um CERSAM é escalado para ser referência psiquiátrica em um sábado ou domingo, um de seus plantonistas é psiquiatra.

Contudo, independente de ser referência psiquiátrica para o município, aos fins-de-semana todos os CERSAMs apresentam um funcionamento diferenciado. Como há um número reduzido de profissionais trabalhando – um ou dois plantonistas, cerca de quatro auxiliares de enfermagem e um porteiro – passam o dia no serviço apenas os pacientes indicados para permanência-dia e os pacientes que pernoitaram no serviço, não havendo atendimento ambulatorial.

Na tabela abaixo estão esquematizados os horários dos turnos, das passagens de plantão e o número de plantonistas com sua descrição profissional em cada turno.

Tabela 3 – Horários dos turnos, das passagens de plantão e número de plantonistas com sua descrição profissional em cada turno no CERSAM ‘X’. Brasil, 2008.

| Dias da semana | Turnos | Horários dos Turnos | Número de plantonistas e descrição profissional | Horários Passagens de plantão |
|---------------------------------------|--------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Plantões de segunda a sexta-feira | Manhã | 07:00 às 13:00 | 04 plantonistas sendo 01 psiquiatra e 03 T.N.S. ou 04 T.N.S. | 07:00 |
| | Tarde | 13:00 às 19:00 | 04 plantonistas sendo 01 psiquiatra e 03 T.N.S. ou 04 T.N.S. (ficando 01 T.N.S até às 20:00 para o contato com o SUP) | 13:00 |
| | Noite | 19:00 às 07:00 | 02 auxiliares de enfermagem com retaguarda do SUP | 19:00 |
| Plantões de fins-de-semana e feriados | Dia | 07:00 às 19:00 | 01 T.N.S. ou 02 plantonistas (01 psiquiatra e 01 T.N.S. quando o serviço é referência psiquiátrica para o município) | 07:00 |
| | Noite | 19:00 às 07:00 | 02 auxiliares de enfermagem com retaguarda do SUP | 19:00 |

A primeira passagem de plantão que observei no CERSAM ‘X’ foi a que sucedeu à reunião de equipe. Nesta passagem, as profissionais que fizeram o plantão enquanto ocorria a reunião de equipe e que chamarei pelos nomes fictícios de Nádia e Elaine, passaram as informações sobre o turno para Beatriz, Fátima e quatro auxiliares de enfermagem. Minutos antes da passagem de plantão me apresentei às profissionais e explicitiei meu objeto de pesquisa, as práticas de atenção à crise no CERSAM, ao que Elaine logo pontuou: “*então, você escolheu serviço de urgência em saúde mental*”. A forma como nomeou o CERSAM, como serviço de urgência, pareceu-me oportuna, pois já apontava uma maneira de representar o CERSAM ‘X’.

Conforme BARUS-MICHEL (2004: 90), a instituição é da ordem do simbólico, ou seja, é nomeada, aparece em termos, significantes, expressões que, por sua vez, pertencem ao “domínio do imaginário, ou seja, representações, opções que os atores sociais fazem em dado momento para apreender as realidades com que se deparam”. Assim, a forma de nomear a instituição “já é uma escolha”, “uma formulação que pertence à esfera do imaginário” (BARUS-MICHEL, 2004: 90).

A passagem de plantão se iniciou com a observação de uma das plantonistas: “*não haverá médico à tarde, o paciente Érmis está hostil e heteroagressivo, favor avaliar a necessidade de intervenção psiquiátrica*”. A outra plantonista prosseguiu com as informações, lendo o Livro de Comunicação Interna: “*a paciente Zuleica vai pernoitar, o paciente Corinto está com queixa de dor, ligaram do hospital ‘A’ informando que vão encaminhar à tarde um paciente*”.

Durante a passagem de plantão ouvimos um paciente gritar do primeiro piso. As técnicas se mostraram preocupadas com o paciente Érmis que pedia para ir embora. A passagem de plantão prosseguiu: “*o paciente Euzébio está em crise em casa, favor fazer uma visita e orientar a família a chamar o SAMU*”. Nesse instante, o paciente Érmis chegou à porta da sala de plantão para avisar que queria ir embora. Uma das plantonistas questionou em voz baixa com a outra: “*o que vamos fazer? Mandá-lo pra outro serviço?*” O paciente se retirou, voltando para o piso inferior. Elaine completou: “*o Érmis não bate*”. As plantonistas trocaram mais informações sobre três acolhimentos feitos no turno da manhã e encerraram a passagem de plantão. Uma delas se despediu das outras com um “*Deus abençoe vocês*”.

Chamou-me a atenção as falas que iniciaram e encerraram a passagem de plantão: “*não haverá médico à tarde (...)*” e “*Deus abençoe vocês*”, pois traduzem, juntas, o clima observado durante a passagem de plantão com relação ao paciente Érmis, uma certa preocupação expressa pela pergunta: “*o que vamos fazer?*” Esta pergunta convocava uma tomada de decisão partilhada, remetendo ao ‘nós’ enquanto equipe e a decisão tomada, seja em forma de condutas, seja na maneira de se relacionar com o paciente, é elemento que ajuda a desvelar os sentidos do imaginário organizacional, os sentidos das representações

sobre o serviço. Se a forma de nomear a instituição expressa sua versão imaginária, são as relações e as práticas que lhe produzem sentidos (BARUS-MICHEL, 2004).

Finda a passagem de plantão, Beatriz e Fátima continuaram na sala de plantão enquanto as demais profissionais desceram para o primeiro piso. Alguns pacientes entraram na sala. Um deles segurava uma pipa na mão e decidiu guardá-la sobre um dos armários, outro pediu “*um real*” a uma das plantonistas e o paciente Corinto solicitou “*um remédio pra dor*”. A plantonista informou que o serviço estaria sem médico para prescrever remédios e sugeriu aos pacientes que vissem algumas fotos no computador da sala de plantão. Os pacientes aceitaram e Corinto, manuseando o mouse, abriu a pasta de fotos. Eram fotos dos próprios pacientes, tiradas em ocasiões de confraternizações no serviço e passeios. A sala de plantão, como já havia visto no primeiro dia de minha visita, não era um espaço restrito apenas à entrada de profissionais. Vários pacientes entravam, sentavam-se, iam à varanda e permaneciam na sala.

No piso inferior um alvoroço se fez ouvir. Ao descer vi vários profissionais correndo em direção ao refeitório onde o paciente Érmis ameaçava agredir uma paciente que já se mostrava exaltada. Érmis queria ir embora e foi conduzido à sala de leitos por vários profissionais, dentre eles as plantonistas Beatriz e Fátima, algumas auxiliares de enfermagem, a profissional Elaine e o gerente. Na sala de leitos, onde também há um pequeno cômodo onde funciona o posto de enfermagem, o paciente foi conduzido a um dos quatro leitos onde se deitou, foi medicado e contido, com faixas de contenção, pelas auxiliares de enfermagem.

O paciente não ofereceu resistência ao ser contido, pareceu calmo. Os profissionais mantinham-se ao redor do leito quando o paciente se exaltou, tentando sair da contenção. Uma das auxiliares reforçou a contenção colocando uma outra faixa em volta de seu tórax. O paciente aquietou-se e fechou os olhos. Os profissionais conversavam entre si recapitulando o episódio quando o paciente abriu os olhos e sorriu comentando: “*só tem gatinha aqui*”. Todos se puseram a rir e após alguns minutos saíram da sala de leitos. O paciente continuou contido no leito e foi avisado pela auxiliar que estava no posto de enfermagem que sairia da contenção dentro de trinta minutos. O paciente pôs-se a cantar no leito.

A cena da contenção, embora não tenha sido marcada por rudeza e tenha sido acompanhada de risos, causou-me impacto e estranheza, talvez porque a contenção física seja uma prática característica do hospital psiquiátrico. Nesse sentido, seria a contenção física uma prática remanescente do manicômio dentro do CERSAM? Reproduzir-se-ia ainda algo do manicômio quando se contém fisicamente um paciente em crise?

Além disso, a contenção física foi, no caso de Érmis, a conduta tomada de pronto, a resposta imediata frente à ameaça de heteroagressividade, frente à insistência do paciente para ir embora e à questão feita durante a passagem de plantão: “*o que vamos fazer?*” Poder-se-ia pensar que a resposta imediata, sem hesitação, quase reflexa, interromperia a possibilidade de elaboração ou interrogação sobre a intervenção no momento da crise, especialmente da crise expressa como agitação, ameaça de agressão ou hostilidade. Assim, a oferta da escuta à demanda de Érmis ou a tentativa de diálogo e negociação com ele acabou cedendo lugar para sua imobilização, sendo esta mediada apenas pelos risos.

Voltei ao CERSAM ‘X’ no dia seguinte pela manhã. Entrando na sala de plantão encontrei três profissionais, os quais chamarei pelos pseudônimos de Suelen, Tenório e Tomás que me receberam cordialmente e logo me perguntaram sobre o projeto de pesquisa. Ao apresentar-lhes brevemente o projeto, Tenório comentou: “*você vai ver que os plantões são irregulares, tem dia que é tranquilo e tem dia que é agitado*” e, em seguida lembrou: “*esse CERSAM foi inaugurado em 2002 e, na época, não tínhamos experiência*”. Tomás explicou que antes do serviço ser inaugurado os profissionais passaram por um período de estágio em outro CERSAM e comentou: “*somos filhos do CERSAM ‘Y’ e por alguns anos houve um cordão umbilical com o CERSAM ‘Y’, tivemos que diferenciar nossa prática para criar uma identidade. No início não tínhamos psiquiatra, o que nos fez ter outras formas, outros discursos na prática*”.

BARUS-MICHEL (2004: 135) atenta para a história da instituição. A instituição é situada no tempo, “um tempo de fundação, acontecimento que a marca para sempre segundo o espírito, a maneira como nela se procedeu, os poderes que a presidiram”.

Assim, a expressão “*cordão umbilical*”, escolhida para falar da história do CERSAM ‘X’ em seu tempo de fundação, pode ser entendida como uma metáfora prene

de sentidos. Diz respeito a um tempo de dependência, de falta de experiência, de ‘gestação’ do CERSAM ‘X’ e a posterior necessidade de se diferenciar, de ter sua própria identidade e ser independente do CERSAM ‘mãe’. Para BARUS-MICHEL (2004: 135), a instituição do presente extrai da sua história sentidos, assim, “certas situações só se compreendem em referência a essa história. Dizer a história é se abrir a possibilidade de compreender o presente”. A história do CERSAM ‘X’ ressurgirá, como veremos no próximo item, quando os profissionais narram suas representações sobre o serviço.

Tenório também explicou que, com exceção dos psiquiatras, a maioria dos técnicos de nível superior está no CERSAM ‘X’ desde a época do estágio no CERSAM ‘Y’. Em seguida comentou sobre o perfil dos pacientes do CERSAM ‘X’: “*nos chegam casos de psicose, mas também casos clínicos e de dependência química que apresentam sintomas psiquiátricos*”. Em sua avaliação, “*o maior tendão de Aquiles no aspecto material do serviço é ter só uma ambulância*”. Tomás concordou e explicou que com apenas um transporte no serviço, leva-se muito tempo para buscar ou levar todos os pacientes. Assim, “*os pacientes acabam ficando em permanência-Kombi*”, brincou Tomás. Suelen permaneceu em silêncio durante a conversa. Tenório apontou outras necessidades do CERSAM ‘X’: “*o serviço deveria ter mais recursos terapêuticos além do medicamento e dos atendimentos em consultório, carece de oficinas para complementar as atividades do CERSAM*”.

Após mais alguns minutos de conversa na sala de plantão os profissionais desceram. Tomás e Suelen eram os plantonistas e começaram os atendimentos. Tenório foi para a área externa onde se encontravam alguns pacientes e um deles o abordou. Ouvi o paciente, um senhor, questionar que “*o tratamento não pode ser baseado só em medicamentos*”, ao que Tenório concordou. Os dois conversaram por algum tempo e após o paciente se afastar Tenório se aproximou de mim para comentar: “*você ouviu aquele senhor que conversava comigo? Ele se queixava exatamente do que eu lhe falei, da falta de algo além do medicamento*”. Tenório voltou para o interior do serviço e observei que os pacientes-dia andavam pela área externa, sentavam-se nos sofás ou nos bancos de cimento do quintal. Dois pacientes conversavam com uma auxiliar de enfermagem que também estava na área externa. Não havia oferta terapêutica, fosse ela uma oficina terapêutica, uma roda de conversa, um grupo de usuários, nem oferta de atividades, fossem elas lúdicas,

esportivas, de entretenimento para os pacientes. Havia a oferta do espaço em si e a oferta de alguns recursos materiais (sofás, um aparelho de som, uma mesa de pebolim) para quem estava inserido em permanência-dia.

Retornei à sala de plantão onde se encontrava Tomás. Ele comentou ter “*uma utopia sobre o CERSAM*” e explicou que o número maior de psicólogos em relação a outras categorias profissionais imprimia “*uma cara mais psicologizante ao serviço*”. Por isso, teve a idéia, certa vez, de se ter “*equipes de referência ao invés de técnicos de referência*”. Conforme idealizou, a “*equipe de referência*” seria formada por profissionais de diferentes categorias. Tomás chegou a expor sua idéia em reunião de equipe, mas “*a idéia foi distorcida, entenderam que eu estava desmerecendo a competência dos profissionais para serem técnicos de referência*”.

Revela-se na fala de Tomás o desejo de mudança, na forma de “*utopia*”, da prática da referência ao paciente no serviço. A mudança, na abordagem psicossociológica, significa, acima de tudo, escapar à repetição, “é se abrir a uma história, à aventura, ao risco (...)” (LÉVY, 1994c: 116). Na organização, a mudança resulta da possibilidade de questionar e transgredir, de se deixar levar pela imaginação criativa sem se reprimir pelas regras imperativas, relaciona-se, portanto, ao imaginário motor (ENRIQUEZ, 1997). Mas o imaginário motor é, a priori, dificilmente suportável, devido seu efeito desestabilizador das regras, dos papéis, das representações e dos sentidos.

A rejeição à proposta de Tomás pela equipe revelou não só a dificuldade imposta, a princípio, àquilo que se apresenta como novidade, mas permite interrogar sobre o que temeram perder os profissionais frente a idéia de mudança do técnico de referência para a “*equipe de referência*”. Provavelmente, temeram a perda do reconhecimento do profissional como aquele que tem “*competência*” para ser técnico de referência e conduzir com autonomia um projeto terapêutico. Outra hipótese a ser considerada é que sendo o técnico de referência uma diretriz da política de saúde mental do município para oferecer ao paciente um cuidado singularizado e próximo, haveria uma adesão pela maioria da equipe a esta diretriz já instituída, havendo pouca chance para se operar uma mudança na organização deste trabalho assistencial.

Nos CERSAMs, o técnico de referência é o profissional responsável por elaborar e conduzir um projeto terapêutico afinado à demanda de cuidado do paciente. O projeto terapêutico formaliza um plano de cuidado, flexível, ao paciente e pressupõe a participação dos envolvidos – técnico de referência, familiares, comunidade, paciente – nesse cuidado.

Estabelece-se também, no projeto terapêutico, a forma de inserção do paciente no serviço. Assim, para oferecer uma atenção e acompanhamento próximos à pessoa em situação de crise é comum inseri-la em regime de permanência-dia. A frequência na permanência-dia depende da avaliação que o técnico de referência faz do caso. A permanência-dia pode ser intensiva, com o paciente permanecendo durante o dia e pernoitando no serviço ou pode ser menos intensiva, com o paciente vindo diariamente, mas voltando para casa para dormir ou vindo em dias alternados ao serviço ou, ainda, vindo em alguns turnos.

A frequência do paciente no serviço e a necessidade do uso do transporte para buscá-lo e/ou levá-lo para casa são registradas e atualizadas em uma pasta denominada “*movimento-dia*” a fim de facilitar a comunicação interna entre os profissionais.

O espaçamento da vinda do paciente ao serviço, condicionado à sua melhora, é em geral seguida de sua inserção no regime ambulatorial, chamado pelos profissionais de “*ambulatório de crise*”. O acompanhamento em regime ambulatorial no CERSAM é o que, frequentemente, precede a passagem do paciente ao Centro de Saúde. Em geral, este é o fluxo do acompanhamento no CERSAM: a) permanência-dia, b) ambulatório de crise, c) encaminhamento.

Vale acrescentar que a assistência à pessoa em situação de crise não se limita à oferta dos dispositivos/recursos assistenciais disponíveis dentro do serviço. Em alguns casos, conforme a necessidade, são realizados os atendimentos em domicílio, comumente conhecidos como ‘visitas domiciliares’.

A tabela abaixo traz o elenco de dispositivos assistenciais ofertados ao longo da semana, dentro do CERSAM ‘X’, durante o período da pesquisa de campo. Cada um desses dispositivos será apresentado em detalhes nos itens posteriores.

Tabela 4 – Elenco de dispositivos/recursos assistenciais do CERSAM ‘X’. Brasil, 2008.

| Elenco de Dispositivos/Recursos Assistenciais | | | |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Turno\Dia | Segunda a Sexta-feira | Sábado | Domingo |
| Manhã | Plantão Permanência-dia Ambulatório | Plantão Permanência-dia | Plantão Permanência-dia |
| Tarde | Plantão Permanência-dia Ambulatório | Plantão Permanência-dia | Plantão Permanência-dia |
| Noite | Hospitalidade Noturna | Hospitalidade Noturna | Hospitalidade Noturna |

Todo paciente inscrito nos CERSAMs, seja em regime de permanência-dia, seja em regime ambulatorial, possui um técnico de referência. Embora haja o relato de que em um ou outro CERSAM há a experiência do técnico de referência entre os auxiliares de enfermagem, no CERSAM ‘X’ o técnico de referência é sempre um técnico de nível superior. Este é a referência para seu paciente, mas conta sempre com a retaguarda de um dos psiquiatras do serviço para avaliação e conduta medicamentosa. Assim, pode-se dizer que há duplas de referência para cada paciente.

Até o ano de 2006, todo paciente inscrito no CERSAM ‘X’ tinha por técnico de referência o próprio profissional que lhe acolhera no plantão. A partir de 2006, uma nova estratégia passou a definir os técnicos de referência para os pacientes.

Com o propósito de fazer avançar o diálogo entre CERSAM e Centros de Saúde dos distritos sanitários, cada CERSAM teve sua equipe dividida em mini-equipes, cada qual responsável por uma micro-área do seu distrito sanitário.

A equipe do CERSAM ‘X’ divide-se em quatro mini-equipes, cada uma estabelecendo diálogo com os Centros de Saúde da sua micro-área, especificamente com os

Centros de Saúde que possuem equipes de saúde mental. No início, cada mini-equipe do CERSAM 'X' era formada por três técnicos de nível superior e um psiquiatra. Com a saída de um deles, o serviço ficou com três psiquiatras, como vimos na tabela 2. Assim, uma das quatro mini-equipes não possui psiquiatra. Para suprir essa falta os técnicos dessa mini-equipe contam com a retaguarda dos três psiquiatras em rodízio.

O diálogo entre as mini-equipes do CERSAM 'X' e as equipes de saúde mental dos Centros de Saúde das micro-áreas tem como um dos objetivos realizar a passagem do paciente que está no CERSAM para o Centro de Saúde a partir da discussão de caso entre os profissionais dos serviços. Assim, a discussão de casos entre as equipes, especificamente dos casos considerados graves ou de difícil manejo, precede o encaminhamento ao Centro de Saúde e continua sempre que a equipe de saúde mental do Centro de Saúde solicitar suporte da sua mini-equipe de referência do CERSAM.

Esse diálogo permite aos Centros de Saúde se responsabilizar pelo cuidado aos pacientes que não estão mais em situação de crise, mas que são considerados casos graves em saúde mental. A discussão de casos tem uma periodicidade e local, ocorre a cada vinte dias pela manhã no CERSAM 'X', tal qual ocorre com a supervisão clínica. Nesse dia, ocorre primeiro a supervisão clínica e logo após a “*reunião de micro-área*”. Nessa ocasião, cada mini-equipe se reúne com suas equipes de saúde mental em umas das salas do CERSAM 'X'.

Com essa nova configuração das equipes dos CERSAMs, o acolhimento a toda pessoa que chega em qualquer CERSAM continua sendo feito prontamente pelos plantonistas, mas caso a pessoa acolhida seja inscrita no serviço, não terá como técnico de referência o plantonista que a acolheu. Este irá agendá-la com um dos T.N.S. da mini-equipe referente à sua micro-área de origem para seguir o tratamento. Os profissionais do CERSAM 'X' costumam brincar dizendo que a primeira pergunta que fazem à pessoa que acolhem no plantão é “*seu nome, seu endereço?*”

No CERSAM 'X', enquanto os profissionais de nível superior, pelo menos durante o período de realização da pesquisa de campo, se dedicam principalmente aos acolhimentos e demandas que chegam ao plantão e aos atendimentos ambulatoriais, realizando, uma vez ou outra, passeios programados com os pacientes, os auxiliares de enfermagem se dividem,

durante o dia, em quatro “setores”: farmácia, posto de enfermagem, observação externa e transporte.

Em cada turno (manhã e tarde) ficam, em média, oito auxiliares de enfermagem que desempenham, sucintamente, as seguintes funções conforme o “setor” ocupado:

1) um auxiliar na farmácia, responsável pela dispensação medicamentosa aos pacientes ambulatoriais, por preparar a medicação dos pacientes inseridos em permanência-dia e indicados para Hospitalidade Noturna e dispensá-la para a administração no posto de enfermagem;

2) dois auxiliares no posto de enfermagem, responsáveis por receber da farmácia a medicação a ser administrada aos pacientes-dia e administrá-la aos mesmos, preparar os medicamentos a serem levados às casas dos pacientes-dia ao final do dia, verificar os dados vitais dos pacientes, administrar medicação de urgência, preparar o leito para o paciente quando necessário;

3) quatro auxiliares na observação externa, responsáveis por acolher os pacientes-dia na sua chegada ao serviço, encaminhando-os ao posto de enfermagem, observar como os pacientes chegam (higiene corporal, queixas, sintomas) e como passam o dia no serviço (interação e comportamento durante a permanência-dia), observar os pacientes em todas as áreas do CERSAM, acompanhá-los em atividades externas (passeios, por exemplo), propor atividades e/ou participar da elaboração de oficinas terapêuticas, contribuir para o Projeto Terapêutico dos pacientes observados em permanência-dia;

4) um auxiliar no transporte, responsável por fazer visitas domiciliares e medicar o paciente em casa quando necessário, buscar pacientes-dia ao início da manhã e levá-los para casa, junto com a medicação que fora preparada pelos auxiliares do posto de enfermagem, ao final da tarde. O auxiliar que fica no transporte também é responsável por comunicar ao plantão intercorrências relacionadas ao paciente (ausência do paciente em casa, recusa em ir para o CERSAM, observações de familiares, devolução de medicamentos não ingeridos) e acompanhar pacientes-dia a outros serviços de saúde como, por exemplo, a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) em caso de necessidade (SILVA et al, 2006: 29).

As funções desempenhadas pelos auxiliares de enfermagem nos “setores” farmácia, posto de enfermagem, observação externa e transporte são interdependentes e integradas ao funcionamento do plantão já que são os plantonistas que definem, entre outras coisas, a lista dos pacientes-dia a serem buscados para o serviço, medicados em casa, visitados ou levados para casa ao fim do dia pelos auxiliares de enfermagem.

A descrição das funções a serem desempenhadas pelos profissionais da assistência dá visibilidade às *relações funcionais* existentes, ou seja, à maneira como as funções se comunicam. Ressalta daí os papéis, as dependências, as reciprocidades e as subordinações através dos quais circulam a informação e o poder de decisão (BARUS-MICHEL, 2004). As *relações funcionais*, conhecidas como processos de trabalho e frequentemente representadas em um organograma, dão uma idéia da complexidade ou simplicidade da configuração organizacional.

No CERSAM ‘X’ toda a equipe assistencial, formada por profissionais de nível superior e pelos auxiliares de enfermagem, é responsável pelo cuidado à pessoa em situação de crise. Contudo, no cotidiano do trabalho em equipe, a maioria das condutas terapêuticas é definida ou decidida pelos profissionais de nível superior. Grosso modo, a definição da forma de inserção do paciente no serviço (permanência-dia ou ambulatório) e sua frequência, a elaboração de um plano medicamentoso, bem como a indicação para pernoite e uso do transporte são de responsabilidade, como vimos, dos técnicos de referência, visto que dizem respeito aos projetos terapêuticos por eles elaborados, enquanto a avaliação da necessidade de algumas visitas domiciliares, de contenção física no leito ou de intervenções pontuais junto a pacientes-dia, por exemplo, são de responsabilidade dos plantonistas.

As atribuições das funções, apesar de nem sempre aparecerem nítidas ou serem rígidas, imprimem certa hierarquia nas tomadas de decisões e certo modo de relação entre os profissionais, situação que apareceu no relato de uma profissional na ocasião de minha outra visita ao CERSAM ‘X’. Neste dia acompanhei, pela manhã, uma das auxiliares de enfermagem que estavam na área externa (‘setor’ observação externa).

Ao início da manhã a auxiliar de enfermagem, cujo pseudônimo será Edith, explicou-me que sempre ficam auxiliares de enfermagem na área externa a fim de “*não deixar os pacientes sozinhos*”, mas me atentou para o aspecto quantitativo me apresentando

uma lista contendo os nomes dos pacientes-dia que chegariam ao serviço naquela manhã. Alguns chegariam desacompanhados, outros trazidos por familiares e a maioria seria trazida pela Kombi do serviço. A lista somava 50 nomes de pacientes-dia e fora feita pelos plantonistas da manhã, tendo por base a pasta de “*movimento-dia*”, pasta na qual os técnicos de referência informam quais são seus pacientes-dia, frequência destes na permanência-dia e necessidade ou não do uso do transporte pelos mesmos.

Edith expôs que em sua avaliação, compartilhada pelos demais “*colegas de enfermagem*”, havia pacientes em regime de permanência-dia sem indicação e comentou sobre a “*ociosidade*” destes pacientes dentro do serviço: “*não vejo sentido em trazer um paciente para ele não fazer nada. Pra que cinquenta pacientes? Pra mostrar serviço?*” Edith prosseguiu sua avaliação, já em tom de desabafo, e criticou de maneira irônica a postura de alguns profissionais de nível superior: “*alguns técnicos se julgam bons demais pra fazerem oficina terapêutica*”. Em seguida, expôs sua avaliação sobre um paciente-dia que há várias noites vinha pernoitando no serviço: “*você que está aqui vendo o serviço me responda do fundo do seu coração, o paciente Jessé precisa estar aqui? Ele está aqui porque se for embora corre risco de vida, está jurado de morte no bairro dele*”. Por fim, Edith apresentou-me um pedaço de papel contendo apenas os nomes de cinco pacientes-dia que, conforme a sua avaliação e a de seus colegas, seriam casos indicados para permanência-dia.

A exposição de Edith desvela alguns elementos imbricados entre si, sendo-me oportuno propor algumas hipóteses acerca dos mesmos. Primeiro, a divergência entre as listas de pacientes-dia, a lista feita pelos plantonistas e a lista pensada pelos auxiliares de enfermagem, traz o questionamento sobre o perfil do paciente indicado para permanência-dia, ou seja, a quem serve a permanência-dia no CERSAM ‘X’? Pergunta que se desdobra em saber para que serve este recurso assistencial no serviço, qual sua proposta assistencial? Assim, a avaliação de Edith sobre a lista de pacientes-dia faz supor, a princípio, que há entre profissionais de nível superior e auxiliares de enfermagem entendimentos diferentes sobre a proposta, a utilização e o paciente beneficiário da permanência-dia no CERSAM ‘X’.

Segundo, a exposição de uma lista ‘extra-oficial’ para mim ao invés de torná-la objeto de discussão e ensejo para a avaliação dos casos a partir da contribuição de todos os envolvidos na assistência, faz supor a existência de algum grau de conflito e até de verticalidade nos processos de comunicação e decisão no interior da equipe assistencial, inibindo a expressão espontânea de opiniões, avaliações ou críticas de auxiliares de enfermagem acerca da assistência na permanência-dia e dos Projetos Terapêuticos dos pacientes.

Terceiro, o lugar ocupado pela oficina terapêutica no CERSAM ‘X’: lugar de “*menos valia, de segundo plano*”, conforme já havia sido mencionado por um dos psiquiatras em reunião de equipe. Assim, é possível supor que ofertar oficina terapêutica no CERSAM ‘X’ corresponderia a ocupar-se não com um dispositivo assistencial, mas com uma atividade anódina, de pouco prestígio ou pouco reconhecimento, atividade que acaba sendo ofertada por estagiários de terapia ocupacional e, como vimos, por Emiliana, professora vinculada à Secretaria Municipal de Educação.

Por último, a crítica irônica de Edith em relação a alguns profissionais de nível superior que “*se julgam bons demais pra fazerem oficina terapêutica*” pode ser compreendida como uma forma de expressão do ambiente social ou da atmosfera afetiva que envolve as relações no interior da equipe.

A atmosfera afetiva pode ser sentida pelos membros da equipe pela presença do bom-humor, do entusiasmo, da cooperação, da solidariedade e da confiança, mas também pela presença da indiferença, da ironia, da desconfiança, da rivalidade e da hostilidade. Assim, numa atmosfera afetiva acolhedora é comum ver o grupo se defender do que surge como morte ou violência institucional e ver seus membros se acederem ao ‘nós’ (BARUS-MICHEL, 2004). Ao contrário, numa atmosfera afetiva hostil é comum observar, quando não ocorre a completa desagregação, a cisão do grupo e a formação de sub-grupos ou grupos de afinidades (ENRIQUEZ, 1994). Contudo, também é possível ao grupo, em épocas ou situações distintas, oscilar entre o acolhimento e a animosidade, a concórdia e a tensão, a docilidade e a aspereza do trato.

Nesse sentido, o relato de Edith também permite imaginar a existência de sub-grupos – os “*colegas de enfermagem*” e os profissionais de nível superior – dentro da

equipe do CERSAM 'X'. Esta divisão da equipe aparecerá explicitamente nos relatos de outros profissionais, conforme veremos no último item deste capítulo.

Continuando o relato da visita, ao longo da manhã foram feitas três viagens pela Kombi para buscar a maioria dos pacientes-dia, sendo que o último grupo de pacientes-dia chegou ao serviço quase 11:30h da manhã. Lembrei-me da conversa com Tenório e Tomás há alguns dias quando ambos falaram sobre as necessidades materiais do serviço e Tomás explicou que com apenas um transporte no serviço levava-se muito tempo para buscar ou levar todos os pacientes. Assim, os pacientes acabavam ficando em “*permanência-Kombi*”.

À medida que os pacientes-dia chegavam ao CERSAM 'X' eram chamados pelos auxiliares de enfermagem para receberem o medicamento da manhã no posto de enfermagem. Em seguida, os pacientes dirigiam-se ao refeitório para receberem o café da manhã e depois, procuravam ocupar o espaço externo ou o interior da casa como melhor lhes convinha. Alguns passavam o período da manhã deitados em colchonetes no jardim ou sentados nos sofás, fumando e/ou conversando, ouvindo música no espaço da garagem ou jogando pebolim na área coberta por tenda, outros passavam parte da manhã fazendo demandas à copeira, solicitando sobretudo beber mais café ou fazendo demandas diversas ao plantão, solicitando voltar para casa ou telefonar para a família, queixando-se de efeitos colaterais dos medicamentos e solicitando avaliação médica, queixando-se de terem perdido algum de seus pertences no serviço ou solicitando dinheiro e permissão para sair do serviço a fim de comprar cigarros no bar da esquina.

O relato acima de Edith refere-se, simultaneamente, às esferas do trabalho em equipe, da assistência ao paciente inserido em permanência-dia e das representações sobre esse dispositivo assistencial. O funcionamento da permanência-dia, do pernoite, do ambulatório, do plantão, enfim, dos dispositivos assistenciais do CERSAM 'X', revelam o funcionamento do serviço como um todo, mas para conhecermos as visões e as concepções dos profissionais sobre o serviço e seu funcionamento teremos que acessar suas representações. Estas serão apresentadas, a seguir, através das narrativas dos profissionais entrevistados.

7.2. Representações sobre o CERSAM ‘X’: o imaginário organizacional e os sentidos do projeto assistencial.

Conforme vimos anteriormente com BARUS-MICHEL (2004: 90), a instituição é da ordem do simbólico, ou seja, é nomeada, aparece em termos, significantes, expressões que, por sua vez, pertencem ao “domínio do imaginário, ou seja, representações, opções que os atores sociais fazem em dado momento para apreender as realidades com que se deparam”. Assim, as denominações, as expressões ou os significantes escolhidos para falar sobre a organização desvelam o imaginário organizacional.

Algumas vezes, esse imaginário organizacional surge à medida que seus membros recordam e relatam suas próprias histórias na organização, histórias que, juntas, tecem o que BARUS-MICHEL (2004) denomina de romance organizacional.

Uma das psicólogas entrevistadas, Elaine, traz em sua narrativa seu percurso dentro do CERSAM ‘X’, percurso que se inicia com a implantação do próprio CERSAM ‘X’ uma vez que Elaine – e a maioria dos técnicos de nível superior – está no serviço desde sua fundação.

Em seu relato, Elaine relembra os primeiros momentos desse período inaugural, desde a escolha do imóvel, as preocupações com o espaço físico e sua adequação às práticas assistenciais até a pouca experiência dos profissionais com o trabalho assistencial no CERSAM:

“Do que eu me lembro, a gente começou em abril, maio e junho no CERSAM ‘Y’, todos os colegas ficaram lá. (...) Em junho ou julho que a gente mudou pra cá, definitivamente. A casa estava sendo procurada e a gente acompanhou mais ou menos essa coisa da escolha da casa, alguns técnicos foram olhar, eu me lembro de ter vindo aqui, (...) a gente chegava e imaginava: “ah, aqui vai ser a observação, aqui vai ser a recepção”, “o que nós vamos fazer com esse lote desse tamanho?” “Nós não vamos ter pernas pra correr atrás de paciente” e tal. Então, foi muito legal porque a gente foi construindo junto o espaço da gente trabalhar. Poucos tinham experiência, que eu me

lembre, com CERSAM, então, ficou uma coisa que muito foi a gente que construiu, que a gente pôde construir. E um bom tanto a gente aprendeu no CERSAM 'Y' (...).
(Elaine)

Sobre o estágio feito no CERSAM 'Y' a entrevistada o relembra como período de aprendizado e preparação para a futura responsabilidade de trabalhar em um novo CERSAM a ser implantado. Seu relato revela a maneira como se deu a formação dos profissionais do CERSAM 'X' e também o desafio posto a estes profissionais de obterem, em tão curto período de estágio, todo um arcabouço teórico-conceitual e técnico-assistencial para trabalharem em um CERSAM:

"(...) A gerente do CERSAM 'Y' foi super-acolhedora, deu as boas-vindas, falou sobre o modo de funcionamento do CERSAM, contou a história da Reforma Psiquiátrica, deu um acolhimento muito legal em termos de um treinamento inicial e ela incentivou a equipe do CERSAM 'Y', incentivou muito a eles a acolherem a gente, a terem paciência com a gente, a ensinarem as coisas burocráticas pra gente porque o serviço tem uma parte que é burocrática também. E eu sempre notei (...), de muitos profissionais lá, um acolhimento nessa coisa de ensinar. (...) Então, a gente ficava ali meio que correndo atrás do serviço pra poder aprender mesmo e já pensando nisso: "quando a gente for pra lá [CERSAM 'X'] não vai ter a quem perguntar, nós vamos ter que nos virar", meio que assim: "vamos aprender". (...) Então, pra mim foi muito rico esse período que eu passei lá no CERSAM 'Y' (...). A gente não conhecia o que era 'haldol' [medicamento], o que era 'diazepan' [medicamento], o que isso fazia. E teve profissional lá que se dispôs a transmitir isso pra gente e coordenar grupo de estudo com a gente, isso foi muito legal também". (Elaine)

Além da pouca experiência dos profissionais quando iniciaram o trabalho assistencial, o CERSAM 'X' teve uma 'marca de nascença', isto é, começou sem a presença do profissional psiquiatra na equipe, o que lhe imprimiu algumas características que o tornaram singular ou diferente dos demais CERSAMs do município:

“Eu acho que a gente teve uma característica, foi difícil conseguir psiquiatra pra vir pra cá. Então, houve períodos da gente não ter psiquiatras (...). E aí a gente recebia psiquiatras de outros CERSAMs que foram convidados, pela Coordenação, a fazerem plantão aqui, pra gente não ficar tão descoberto igual a gente estava. (...). Aí veio psiquiatra do CERSAM ‘A’, até psiquiatra do Centro de Saúde veio pra fazer plantão aqui uma vez por semana. (...). Então, essa coisa de ter psiquiatras de outros CERSAMs enriqueceu porque eles davam notícias de como funcionavam lá, como era o fluxo lá e a gente sugou deles a experiência que eles trouxeram pra cá”. (Elaine)

“(...) Acho que a marca do CERSAM ‘X’ foi ter iniciado sem o profissional psiquiatra ou com uma carência muito grande do profissional psiquiatra, o profissional médico. (...) Como não tinha esse recurso muito disponível, era muito carente disso, a gente, desde o início, precisou criar outras formas de lidar com a crise, outros discursos tiveram que entrar aí. (...). A gente busca outras respostas. (...) Eu vejo essa diferença no CERSAM ‘X’. A gente tem um contato que, eu diria, é mais aberto com as Unidades Básicas, com os próprios familiares dos pacientes e os próprios usuários. A gente costuma até fazer uma certa auto-crítica de que a gente é muito acolhedor, (...) muito por esta prática que a gente teve que construir em cima de uma dificuldade que era muito grande, de não ter aquele recurso da contenção química que pudesse trazer um certo conforto pra lidar com a crise”. (Tomás)

Junto à carência de psiquiatras a equipe vivenciou, ainda na época da fundação do CERSAM ‘X’, uma carência de recursos materiais. Na avaliação da profissional Elaine, parte dessa carência poderia ser atribuída à falta de experiência do primeiro gerente do serviço no campo da saúde mental, apesar do mesmo possuir experiência no cargo de gerência. A carência de recursos materiais, a falta de profissionais psiquiatras na equipe e a inexperiência do primeiro gerente no campo da saúde mental levaram a equipe a fazer um movimento pela saída do gerente, conforme relata a entrevistada:

“A gente capengava com muita coisa por carência de recurso material, às vezes faltava papel pra você fazer evolução, caneta, papel higiênico. (...). A gente viveu um período meio conturbado com a primeira gerência que, por esse lado, deixou a gente um pouquinho pra trás e em outras coisas também. E quando entrou o segundo gerente isso estabilizou bastante. Eu acho que essa questão da gerência influenciou na nossa história, acho que a gente tem uma história com a primeira gerência e temos uma outra história com a segunda gerência, não só em termos operacionais, em termos de material mesmo, que era a nossa carência. (...). A primeira gerência não tinha experiência com saúde mental, tinha experiência com gerência de outros locais, mas nunca tinha trabalhado com saúde mental (...). Levou um tempo pra gente (...) fazer um movimento assim, falar: “nós estamos com problema, nós precisamos trocar a gerência”. (...) Foi mudada, a meu ver, pra mil vezes melhor, nesse sentido de ter vindo um profissional com experiência não só na prefeitura, mas com experiência na clínica também, com uma formação teórica definida e com gosto muito grande pelo que faz, eu acho”. (Elaine)

Na visão do atual gerente do serviço, a história de fundação do CERSAM ‘X’ teria ainda outra marca que contribuiu para aumentar seu estado de carência, a de ter sido implantado mais por uma pressão externa, ou seja, pela pressão do CERSAM ‘Y’ em diminuir sua área de abrangência e conseqüente população referenciada, do que por uma demanda do próprio distrito sanitário da região onde se situa o CERSAM ‘X’ (atualmente o CERSAM ‘X’ referencia uma população de 243.260 habitantes).

Por ter sido implantado neste contexto onde prevaleceu uma pressão externa ao invés de uma demanda interna, o CERSAM ‘X’ acabou recebendo um imóvel bastante inadequado para o seu funcionamento e organização do trabalho, conforme a avaliação do gerente. Tal avaliação contrasta, inclusive, com o relato anterior da profissional Elaine no qual esta recordou a época em que alguns profissionais, incluindo ela, participaram do processo de escolha do imóvel e da forma como os espaços internos da casa seriam aproveitados:

“Eu cheguei aqui (...) já tinha quase dois anos que o CERSAM ‘X’ estava funcionando. (...) Eu não participei dessa história inicial (...), porém, o que o pessoal aqui diz é que a criação do CERSAM ‘X’ foi muito em função do volume de usuários daqui que eram atendidos no [CERSAM] ‘Y’. (...) Mais da metade dos pacientes do CERSAM ‘Y’ era daqui desse distrito sanitário. Então, optou-se por criar o CERSAM ‘X’. (...). Parece-me, pelo que eu pude entender, a demanda de criação do CERSAM ‘X’ veio muito mais por uma pressão do CERSAM ‘Y’ pra que se criasse um CERSAM aqui, do que uma apropriação do próprio distrito sanitário sobre a importância do CERSAM e uma série de coisas. Tanto que aqui tem vários problemas estruturais que não foram mexidos nessa época. Eu acho que o distrito não teve a sensibilidade de lidar com isso nessa época, porque eu acredito que o distrito daqui não tinha essa demanda mesmo. Por exemplo, essa casa é muito inadequada para um CERSAM, é totalmente inadequada. Na verdade, você tem quatro consultórios pequenos, um posto de enfermagem que funciona dentro da [sala de] observação, então, você não tem um minuto de paz dentro daquela sala de observação. Você não tem uma sala de reunião, você não tem sala de gerência. Na verdade, é um acampamento”. (Gerente)

Poder-se-ia compreender que a avaliação do gerente acerca do imóvel, como sendo inadequado, ou seja, carente de salas, de espaços para a equipe se reunir e para o próprio gerente ocupar, denuncia outra carência: a falta do reconhecimento da importância do CERSAM ‘X’ pelo distrito sanitário na época de sua implantação. Assim, o CERSAM ‘X’ teria sido implantado sem ter sido almejado e planejado pelo próprio distrito sanitário ao qual pertence, o que estaria refletido no imóvel inadequado, do ponto de vista do projeto arquitetônico, providenciado para o seu funcionamento.

No relato acima do gerente ainda aparece um significativo interessante para representar o imóvel ocupado pelo CERSAM ‘X’: “*acampamento*”. Um acampamento é sempre um lugar marcado pela precariedade e pelo improvisado. Nesse sentido, a inadequação de alguns espaços do imóvel, como “*um posto de enfermagem que funciona dentro da [sala de] observação*”, por exemplo, parece contribuir para um desconforto aos profissionais e aos pacientes em crise no cotidiano assistencial.

É interessante realçar também que a vasta área externa que circunda o imóvel não foi mencionada no relato do gerente, reforçando a impressão que tive quando observei o amplo quintal da casa, a impressão deste ser um espaço pouco aproveitado, pouco integrado ao restante da casa, quase esquecido, recebendo pouca atenção o paciente que neste espaço permanecesse.

Apesar da história de fundação do CERSAM ‘X’, marcada pela inexperiência de seus profissionais, pela carência de psiquiatras e de recursos materiais e pela inadequação dos espaços internos do imóvel para a organização do trabalho, para os profissionais entrevistados o CERSAM ‘X’ é concebido, como veremos a seguir, como um serviço antimanicomial, cuja proposta assistencial não deve ser a repetição da lógica manicomial de exclusão e de marginalização da pessoa com sofrimento mental.

Nas narrativas destes profissionais o contraponto com o hospital psiquiátrico foi a maneira encontrada para expor a proposta ou o projeto de assistência à pessoa em situação de crise no CERSAM ‘X’, marcando assim sua oposição ao modo asilar a ser suplantado. Tal maneira de conceber o CERSAM ‘X’ revela, no nível do discurso, o ideal que tem orientado as práticas assistenciais destes profissionais: o ideal antimanicomial, o que aproxima o discurso destes profissionais com aquele sustentado pela política municipal de saúde mental – conforme vimos no capítulo anterior.

Ao traçarem um paralelo entre o antes – o tratamento no modo asilar – e o agora – a assistência realizada no CERSAM – os profissionais expõem alguns princípios que compõem a proposta/projeto assistencial do CERSAM e norteiam as suas práticas assistenciais.

Para um dos profissionais, a proposta assistencial do CERSAM seria oferecer um tratamento que não produza a marginalização da pessoa com sofrimento mental, mas que a reintegre em seu contexto social:

“(...) Quando eu vi a proposta do CERSAM achei assim, de muita coragem, (...) e aí me interessou. (...)” – E na sua visão, qual é a proposta do CERSAM? “Acho que

essencialmente é uma proposta dentro da lei da Reforma Psiquiátrica (...). Seria, sumamente, de tentar garantir a assistência ao portador de sofrimento mental, a sua reintegração com a sociedade, um tratamento que não o marginalize na sociedade, nem na família e nem mesmo na perspectiva profissional. Que possa ser um acompanhamento integrado com os outros setores da sociedade e não o marginalizando como era e ainda é nos hospitais psiquiátricos”. (Tomás)

O trabalho assistencial no CERSAM ‘X’ pauta-se na perspectiva da desinstitucionalização, trabalhada pelos italianos, conforme outro profissional entrevistado. Tanto em seu relato como no de outras duas profissionais, o projeto assistencial do CERSAM, que aparece novamente em comparação e oposição ao modo asilar, seria o não isolamento, a não exclusão, o não abandono, o não aprisionamento das pessoas com sofrimento mental:

“(...) Não é realmente conveniente fazer como era feito antigamente, quando esses pacientes viviam isolados, trancafiados em manicômios e desassistidos até mesmo por parte dos profissionais de saúde, desassistidos pela família, encarcerados praticamente. (...). Então, quando esse médico italiano, o Franco Basaglia e mais outros além dele surgiram com essa idéia aí da desinstitucionalização, isso eu acho que foi uma boa ter vindo pro Brasil, (...) eu acho que houve um progresso muito grande. Então, a minha visão a respeito dessa forma de trabalhar aqui do CERSAM é uma visão de concordância. Eu concordo com esse tipo de trabalho (...)”. (Tenório)

“A proposta do CERSAM é aquela proposta linda, né? Da inserção do usuário da saúde mental na sociedade e em tratamento, da não exclusão. É uma proposta maravilhosa: a não exclusão. É lindo. Você está trabalhando com ele aqui, você está colocando ele de volta o mais rápido possível dentro da comunidade dele, retornando pra cá quando precisa, retornando pra lá sempre. Essa é a proposta que eu vejo, desse usuário ser um cidadão, dele ser cuidado, dele ser visto todo dia, dele não ser

segregado atrás de um muro, dele não ser esquecido por três meses dentro de um hospital (...).” (Leticia)

“Eu entendo dessa forma mesmo que eu acho que foi proposta (...), tirar os pacientes da internação, aqueles pacientes excluídos, essas pessoas que foram, muitas vezes, abandonadas por familiares, que ficaram muito tempo internados. (...) Entendi dessa forma, das pessoas não precisarem mais ficar presas, longe de suas famílias, tratadas como marginalizados (...). Acho uma proposta bem interessante e humana de se fazer. (...) Acho que o serviço em si já é maravilhoso, é um projeto que, se a gente for pensar o antigamente, alguns anos atrás, nem é tão antigamente assim, acho que é um projeto maravilhoso.” (Valesca)

Os relatos acima das profissionais Leticia e Valesca também revelam haver um encantamento com a proposta assistencial do CERSAM. Assim, é possível supor que para alguns profissionais da equipe o projeto assistencial é objeto de idealização. Conforme vimos com ENRIQUEZ (1994: 57), a idealização é o que permite ao grupo propor e sustentar um projeto comum, “ela é o elemento que dá consistência, vigor e ‘aura’ excepcional” ao projeto. Nesse sentido, a idealização é o processo psíquico que permite, por exemplo, às profissionais acima verem como “lindo” e “maravilhoso” o projeto assistencial do CERSAM.

Para uma das psicólogas entrevistadas, a proposta assistencial do CERSAM é oferecer um tratamento em liberdade, lembrando que a ‘porta aberta’ seria o ponto diferencial do CERSAM em relação ao hospital psiquiátrico. O principal sentido do tratar em liberdade seria permitir à pessoa com sofrimento mental continuar inserida na vida, mantendo seus laços sociais:

“Bom, o que é a proposta desse (...) modelo que a gente trabalha, que acredita e procura fazer acontecer, sustentar? É essa proposta que vem do tratamento, do acolhimento da crise em liberdade, diferente do que era nos hospitais onde as pessoas precisavam ficar reclusas, internadas. E a porta aberta é a nossa marca, aliás, o

portão deveria estar aberto, este portão não deveria estar fechado (risos). (...). Mas eu ainda acredito que o básico do que a gente acredita, do princípio, está sendo sustentado: tratar em liberdade, reinserir o sujeito, os portadores de sofrimento mental na vida, na sociedade. (...). Então, a gente acolhe e solta”. (Fátima)

Outro princípio a compor a proposta assistencial do CERSAM seria a ‘escuta’ do sofrimento do paciente. Para uma das auxiliares de enfermagem entrevistada, o CERSAM ‘X’ é visto como o lugar da escuta ao paciente. A escuta, situada na conversa entre profissional e paciente, não seria a escuta do sintoma apenas, mas da vivência de sofrimento do paciente. Nesse sentido, a escuta significaria o reconhecimento não apenas do sofrimento, mas da singularidade de quem sofre. A escuta das dificuldades e do sofrimento poderia ser feita por qualquer profissional, do enfermeiro ao porteiro, e seria a base da assistência em saúde mental. A escuta teria como propósito não só acolher a pessoa em sofrimento, proporcionando-lhe alívio, mas também dar sentido à própria configuração multidisciplinar da equipe, onde todos os profissionais poderiam, em algum momento, se dispor a oferecê-la ao paciente:

“Até há uns dois anos atrás eu tentava entender essa equipe multidisciplinar, eu pensava: “mas como é que é um T.O., de repente, pode atender como se estivesse fazendo o papel de psicólogo?” Com o tempo eu vim a entender que, na realidade, o que é mais importante pro paciente, em saúde mental, é a escuta, é o fato deles estarem carentes, de precisarem falar das dificuldades que eles têm com a família, com os vizinhos ou com o trabalho, com essas situações, eles precisam colocar isso pra fora. E aí quando ele vê uma pessoa que ele fala assim: “essa é a minha referência”, ele se abre e, às vezes, só a conversa dá uma aliviada, dá uma erguida e isso qualquer pessoa pode fazer, seja um enfermeiro, seja um T.O., seja um auxiliar, seja o copeiro, seja o porteiro. Então, a escuta é que é o fator fundamental da saúde mental, levando-se em consideração que ele também precisa de medicamentos, pra isso tem o médico”. (Carmina)

Condizente com a proposta de tratar em liberdade, suplantando a lógica manicomial da reclusão e do isolamento da pessoa em crise, outro princípio a compor a proposta assistencial do CERSAM seria considerar o próprio CERSAM um lugar de passagem. Assim, conforme uma das profissionais, o paciente deveria permanecer no CERSAM apenas durante o momento mais agudo do sofrimento. Passado o momento mais agudo do sofrimento e a fim de evitar um processo de cronificação dentro do CERSAM, o paciente deveria se beneficiar de outras possibilidades exteriores ao serviço:

“Acho que tem questões que precisam ser discutidas, do paciente que se cronifica no serviço (...). Nesse sentido, a gente vê que tem falhas mesmo, que a gente tem ainda que pensar outras possibilidades pra ele que não sejam no CERSAM porque o CERSAM tem essa característica de ser algo temporário, do momento mais agudo do sofrimento daquele sujeito, depois ele tem que ir pro mundo”. (Alice)

Esta percepção também está presente em trabalhos de alguns autores (LOBOSQUE, 2001, 2003; ABOU-YD & LOBOSQUE, 1998), como vimos na Introdução, que apresentam o projeto de saúde mental de Belo Horizonte. Para estes autores os CERSAMs devem se oferecer essencialmente como “lugar de passagem, por mais demorada que esta passagem necessite ser em certos casos”, constituindo-se em espaços de “circulação intensa, incessante, acelerada (...)” (LOBOSQUE, 2003: 6).

Os relatos até aqui expostos revelam que os profissionais do CERSAM ‘X’ possuem um discurso identificado e afinado aos princípios e valores da atual política municipal de saúde mental. Contudo, ainda que o CERSAM e sua proposta assistencial sejam investidos pela maioria dos profissionais, constituindo-se como objeto de idealização, para uma das profissionais a imagem do CERSAM e a sua proposta assistencial seriam menos grandiosas, cabendo apenas melhorar a qualidade do atendimento e evitar a internação no hospital psiquiátrico. Nesse sentido, o CERSAM trouxe algum avanço, mas apresenta fragilidades que não deveriam existir num serviço de urgência:

“Eu acho assim, a proposta é de dar uma qualidade melhor de atendimento mesmo, ao portador de sofrimento mental, evitar ao máximo a internação, uma nova organização do atendimento à saúde mental. (...) Acho que a proposta é muito boa, (...) é muito mais interessante do que como era o tratamento antes, do doente mental, que era só aquela coisa da internação. A gente vê que avançou um pouco, mas com essas fragilidades que a gente está vendo aí no dia-a-dia”. – Quais fragilidades? “Acho que de recursos humanos, acho que também da rede funcionar quando você precisa (...) encaminhar, desse funcionamento em rede que, eu acho, é muito frágil ainda, que não tem. E recursos humanos porque (...) tem horários em que não tem psiquiatra, então, você está com o acolhimento aberto, com o serviço aberto e você não tem [psiquiatra], sendo que é uma urgência”. (Bárbara)

BARUS-MICHEL (2004: 138) chama a atenção para os discursos mantidos e reconhecidos dentro da instituição, pois eles contribuem para apresentar a instituição, “nos discursos fala-se, mais do que nos estatutos, das finalidades, desenvolvem-se os valores, a ideologia e mesmo o romance da instituição”.

Nos fragmentos acima, os profissionais trouxeram suas concepções ou os significantes que apresentam o CERSAM ‘X’ e sua proposta assistencial. Embora cada fragmento apresente um enunciado singular, referente à maneira como cada profissional apreende a instituição e seu projeto assistencial, percebe-se uma composição entre os relatos, uma congruência entre os discursos expostos, o que permite supor a existência de um imaginário organizacional comum ao invés de “estruturas imaginárias” – imaginários distintos, advindos de discursos conflitantes, concorrentes ou opostos – dentro do CERSAM (ENRIQUES, 1997: 136).

Em suas narrativas, os profissionais entrevistados apresentam o CERSAM ‘X’ como serviço que se propõe a oferecer uma assistência distinta daquela prestada na instituição manicomial. Nesse sentido, enumeram o isolamento, a exclusão, a reclusão, o abandono e a marginalização das pessoas com sofrimento mental como sendo próprios do modo asilar e posicionam o CERSAM no lugar da mudança, da transformação e da ruptura com este modo asilar. Nesse sentido, caberia ao CERSAM oferecer um “*tratamento em liberdade*”,

tendo a escuta do sujeito em sofrimento como “*fator fundamental*” e a reinserção social como horizonte da assistência.

Nesse aspecto, pode-se dizer que o CERSAM ‘X’ é representado pelos profissionais como serviço antimanicomial. É possível considerar que jungido a este imaginário organizacional – o imaginário de serviço antimanicomial – encontram-se alguns sentidos encadeados, tais como a superação do modelo – e do imaginário – manicomial, a transformação da assistência e da relação com a pessoa portadora de sofrimento mental.

A representação do CERSAM ‘X’ como serviço antimanicomial também revela que os profissionais, no plano do discurso, se orientam pelos valores do ideal antimanicomial e pela perspectiva da desinstitucionalização. O ideal antimanicomial mostra-se, assim, como aposta coletiva, capaz de mobilizar subjetivamente os profissionais do CERSAM ‘X’ e tornando-se referência para o projeto assistencial da equipe. Assim, o projeto assistencial torna-se objeto de idealização (ENRIQUEZ, 1994) e investimento psíquico dos profissionais.

Contudo, a versão enunciada da organização e da sua proposta assistencial parece ser insuficiente para revelar como são as práticas e os comportamentos no cotidiano e, portanto, quais os sentidos dos termos, dos significantes que serviram para representar, no discurso, a organização. Caberia perguntar, por exemplo, qual sentido assume ou o que significa, na prática cotidiana, escutar o sofrimento do sujeito?

Conforme BARUS-MICHEL (2004: 152), “às vezes os atores sociais levam muito tempo para encontrar o sentido das denominações de sua instituição e para inferir ou avaliar as finalidades de sua prática”. Assim, as denominações ou os significantes são elementos institucionais que adquirem melhor sentido ao serem articulados com certos modos de atuar (BARUS-MICHEL, 2004). Por isso, veremos adiante, neste capítulo, os modos de atuar ou as práticas de assistência às pessoas em situação de crise a partir de cenas assistenciais observadas no cotidiano do serviço.

7.3. Representações, concepções e visões sobre a pessoa em situação de crise: o imaginário dos profissionais sobre a crise.

Junto ao imaginário dos profissionais sobre o CERSAM 'X' e sua proposta assistencial, o imaginário – imagens, concepções e visões – sobre o paciente em situação de crise também revela-se importante para o alcance do objeto e objetivos deste estudo. Como os profissionais definem, compreendem e percebem uma situação de crise? As respostas a essa pergunta revelam o imaginário organizacional sobre a crise e fornecem pistas sobre as possíveis práticas assistenciais realizadas no cotidiano, pois a atenção à crise, os limites e possibilidades de acolhimento, escuta e cuidado ao outro estão atrelados ao modo como os profissionais vêem este outro – a pessoa em situação de crise – pela possibilidade de identificação com este outro e de reconhecimento do seu sofrimento (SÁ, 2005).

Conforme BARUS-MICHEL (2004), a palavra desvela o imaginário organizacional. Nesse sentido, o imaginário sobre crise foi acessado, neste estudo, através dos discursos dos profissionais entrevistados.

Através de seus discursos revelou-se, como veremos a seguir, a coexistência de pelo menos duas concepções de crise: uma, que chamarei de 'concepção psicossocial' de crise e outra, mais tradicional, que chamarei de 'concepção psicopatológica' de crise. Assim, no primeiro caso temos a representação de crise como sendo um evento na vida da pessoa, fazendo parte da experiência existencial dentro de um contexto social, sendo, então, reconhecida como sofrimento psíquico intenso ou momento de extrema fragilidade do sujeito. No segundo caso temos a representação de crise como o momento de piora de uma doença mental, trata-se da agudização de um quadro psiquiátrico, da alteração de funções mentais, sendo reconhecida como 'risco para si e para o outro'.

Tais representações são condizentes com o que DELL'ÁCQUA & MEZZINA (2005: 161), atores sociais no processo da desconstrução do manicômio em Trieste – exposto no capítulo dois – já haviam observado, isto é, “é seguramente difícil uma definição única da crise em psiquiatria”.

Embora essas duas representações de crise façam contraste entre si, ambas aparecem mescladas em alguns relatos, permitindo supor que haja uma tentativa de fazer dialogar as duas concepções de crise, bem como o esforço de fazer dialogar também referenciais teóricos diferentes no CERSAM 'X'. Assim, conceitos como ruptura do 'laço social', 'sofrimento psíquico', 'neurose grave' e 'passagens ao ato', advindos de campos disciplinares como a psicologia e a psicanálise lacaniana se mesclam a conceitos como 'heteroagressividade', 'alterações da senso-percepção', 'alucinações' e 'delírios', advindos da psicopatologia psiquiátrica, nos relatos de alguns entrevistados.

As duas concepções ou representações de crise no CERSAM 'X' podem indicar também a presença – e talvez a conjugação – de práticas assistenciais diferenciadas, tais como: as práticas que privilegiam a aproximação entre profissional e pessoa em situação de crise numa tentativa de reconstrução dos laços sociais e a construção de sentidos para a crise na vida da pessoa e as práticas que privilegiam o uso de recursos considerados tradicionais como, por exemplo, o recurso medicamentoso e a contenção física.

Vejamos abaixo o primeiro grupo de narrativas que revelam uma percepção 'psicossocial' da crise.

Crise como ruptura dos laços sociais e afetivos

Para um dos profissionais, a imagem que representa a crise é a de ruptura, a de quebra dos laços sociais e afetivos na vida de uma pessoa, algo que irrompe em seguida a uma situação "limite". Conforme esta concepção, apesar da crise ser uma resposta do sujeito ao que é vivido como insuportável, a crise extrapolaria a esfera individual e se expressaria no plano das relações causando transtorno ao outro:

“Acho que significa, principalmente, uma ruptura no caminho, na vida, na história dessa pessoa. Que tipo de ruptura? A ruptura dos laços que ela faz com a sociedade em que ela vive, com a família principalmente, com o trabalho, com a sociedade em geral, com o lazer, com a família núcleo e com a família que ele constituiu depois, namorada,

esposa, filhos. (...) Crise naquele sentido bem original mesmo do termo, da mudança drástica, de um momento que é insuportável pra ele, que ele está num ponto limite. E aí ele começa a criar transtorno (...), causa transtornos no outro que está na relação com ele”. (Tomás)

Crise como desestabilização

Para outro profissional a crise é compreendida como uma desestabilização. Esta pode ser ocasionada por toda e qualquer situação, indo do conflito nas relações familiares aos efeitos adversos de um medicamento. Nesta concepção a crise é vista como uma situação passível de acontecer na vida de qualquer pessoa, pois os fatores que a condicionam são múltiplos, indo da instância psicológica à social. A crise torna-se um evento existencial, podendo ser provocada por tudo e qualquer fator da vida:

“(...) Pode ser desde um efeito colateral grave de um medicamento até um problema familiar grave que está ocasionando a sua desestabilização. Então, nem sempre é um problema médico. (...) Para um paciente entrar em crise (...) pode ser desde alguma coisa social, uma perda, algum conflito familiar até o uso indevido de algum medicamento ou algum efeito colateral ou falta de algum medicamento que não foi prescrito ou, às vezes, prescrito até em excesso. (...). A crise que vem pro CERSAM (...) são todos os pacientes que se desestabilizam por tudo e qualquer fator que leve a isso. Pode ser um fator social, familiar, psicológico, biológico, de qualquer natureza”. (Mauro)

Crise como sofrimento psíquico intenso

Nos relatos de três psicólogas a crise é reconhecida como sofrimento psíquico intenso. Para Elaine, é conforme a gravidade ou intensidade do sofrimento psíquico que se reconhece uma situação de urgência/crise e define-se a intervenção. A avaliação da

intensidade do sofrimento psíquico de uma pessoa seria feita através da escuta, o que permitiria ao profissional definir qual conduta tomar:

“Depende da gravidade do sofrimento, do grau de intensidade do sofrimento psíquico. É psicótico, é neurótico, é bipolar, é perverso, é borderline, é T.O.C. [transtorno obsessivo compulsivo], é o que? Não importa. É a intensidade do grau de sofrimento subjetivo. Aí isso você tem que saber escutar, isso permite que um A.C.S. [Agente Comunitário de Saúde] avalie se aquilo ali é uma urgência ou não, isso permite que um dentista avalie (...). Ter o desejo de escutar essa diferença de intensidade do sofrimento é o que te permite virar e falar: “esse aqui tem que ficar”, “esse aqui pode ir pro Posto”, “esse aqui tem que ficar, mas não precisa ser todo dia”. (...). Se a pessoa tentou auto-extermínio, você não vai mandar pra casa com um encaminhamento pra ir pro Posto de Saúde. Você tem que pedir pra ela: “volte aqui amanhã, volte aqui semana que vem pra gente avaliar um pouco mais, conversar um pouco mais”. (Elaine)

A percepção da crise como sofrimento se alinha à perspectiva italiana da desinstitucionalização. Para os italianos, como vimos na Introdução, o caminho da desinstitucionalização é o da desconstrução do teorema racionalista problema-solução que “separa um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta dos pacientes e do corpo social” (ROTELLI et al, 2001: 27). Nesse sentido, os italianos trabalham referidos não ao objeto doença, mas ao que denominam a “existência-sofrimento dos pacientes em sua relação com o corpo social” (ROTELLI et al, 2001: 91). Assim, interessa menos saber, como expressou a profissional Elaine, se o paciente “*é psicótico, é neurótico, é bipolar, é perverso, é borderline, é T.O.C. [transtorno obsessivo compulsivo] (...)*” e importa mais escutar a “*intensidade do sofrimento*”, reconstruindo a complexidade do objeto – o sofrimento – ao invés de simplificá-lo como doença.

Ter o sofrimento e não a doença como objeto de intervenção permite não só desconstruir o teorema problema/doença-solução/cura, mas transformar o trabalho assistencial. Este passa a ser compreendido não mais como a perseguição da solução – cura, mas como conjunto complexo e cotidiano de estratégias voltadas para transformar os

modos nos quais as pessoas vivenciam o sofrimento, ou seja, tratar significa “ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana” (ROTELLI, 2001: 94).

O relato de Elaine também chama a atenção para o tipo de acolhimento possível de se oferecer à pessoa que chega em situação de crise no CERSAM: um acolhimento mediado pelo *desejo* do profissional em escutar seu sofrimento. Pode-se supor que o desejo de escutar o sofrimento do outro conduz à possibilidade de se estabelecer um encontro entre profissional e sujeito em sofrimento que não seja mediado apenas pela tecnicidade ou pelo aparato teórico-conceitual que oriente a escuta, mas também mediado pelo afeto, pela implicação com o outro e responsabilização pelo cuidado.

Para a profissional Meire, a crise é caracterizada, a princípio, por um conjunto de sinais e sintomas psiquiátricos. Contudo, Meire valoriza a experiência de sofrimento e angústia vividos pelo paciente em crise e sua família e conclui que o que deve ser avaliado pelo profissional é, antes de tudo, essa experiência de sofrimento:

“É o paciente que chega mesmo com o quadro de agressividade, de insônia, de alterações da senso-percepção, de isolamento social e pacientes que trazem o risco pra si e pra terceiros, são os pacientes que chegam pra gente e que a gente deixa em permanência-dia ou até em pernoite. (...) Esse quadro tem um sofrimento, angústia, esse quadro é permeado de muito sofrimento e de muita angústia tanto para a família como para o paciente. (...) É esse sofrimento que a gente tem que estar avaliando (...)”.
(Meire)

No relato acima de Meire percebe-se um esforço para ressaltar o sofrimento e a angústia da pessoa em crise sem, contudo, desconsiderar a presença de sinais e sintomas que podem caracterizar uma situação de crise. A meu ver, a entrevistada faz um esforço para colocar ‘entre parênteses’ os sinais e sintomas da crise para, assim, fazer emergir o sujeito em sofrimento. Este esforço lembra a ‘inversão epistemológica’ proposta pelo italiano BASAGLIA, conforme vimos no capítulo dois, na qual se deve “colocar ‘entre

parênteses' a doença e o modo no qual foi classificada para poder considerar o doente” (BASAGLIA, F. e BASAGLIA F.O. apud NICÁCIO, 2003: 119).

Em outro aspecto, o reconhecimento do sofrimento e da angústia da pessoa em crise – possível graças ao processo psíquico da identificação [FREUD, 1976 (1921)] – é o que permitiria mobilizar, no profissional, atitudes de cooperação, de solidariedade e de cuidado em relação àquele que sofre, favorecendo, como observaria BIRMAM (2000), os laços fraternos.

Para a psicóloga Fátima, a crise se expressa de dois modos: a que incomoda o corpo social e, por isso, chega facilmente ao CERSAM, e a crise silenciosa. Para a profissional, há que se preocupar com a crise expressa como sofrimento silencioso, pois esta crise dificilmente chega ao CERSAM. A entrevistada ressalta a importância do recurso das visitas domiciliares neste caso:

“Eu costumo dizer que, muitas vezes, os nossos pacientes mais graves não estão aqui porque esse que aparece, que incomoda lá fora, esse vem rápido, agora, aquele que está sofrendo em silêncio, que está em casa isolado, que já perdeu o laço, (...) como não está incomodando, não está aqui (...). Então, a crise vem barulhenta, como esta que a gente vê, que é a que mais chega, chega com o SAMU, chega com a polícia e a crise vem no sofrimento silencioso também, na dor, nessa dificuldade com o outro, nessa perda do laço e, às vezes, a gente tem que ir atrás deles, eles não chegam até a gente. Então, às vezes a gente recebe algum pedido de vizinho ou de familiar (...), a gente vai até ele também, faz visitas domiciliares”. (Fátima)

O relato de Fátima chama a atenção para o sofrimento silencioso, a dor e a perda do laço. Poder-se-ia perguntar: haveria alguma diferença entre sofrimento e dor? Para BIRMAN (2003), haveria. BIRMAN (2003) trabalha com uma distinção entre dor e sofrimento. O autor discute a dor e o sofrimento como sendo as novas formas do mal-estar na contemporaneidade e analisa a diferença entre um e outro em relação à alteridade.

Conforme BIRMAN (2003: 5),

“a dor é uma experiência em que a subjetividade se fecha sobre si própria, não existindo qualquer lugar para o outro no seu mal-estar. Assim, a dor é uma experiência marcadamente solipsista, restringindo-se o indivíduo a si mesmo, não revelando este então qualquer dimensão alteritária. A interlocução com o outro fica assim coartada na dor, que se restringe a um murmúrio e a um mero lamento, por mais aguda e intensa que seja aquela. Daí a passividade que domina sempre o indivíduo quando algo em si dói, esperando que alguém tome uma atitude por si na sua dor. (...) Em contrapartida, o sofrimento é uma experiência essencialmente alteritária. O outro está sempre presente para a subjetividade sofredora, que se dirige a ele com o seu apelo e lhe endereça uma demanda. Daí a sua dimensão de atividade, no qual se inscreve sempre a interlocução na experiência do sofrimento”.

O relato da profissional Fátima sobre a crise expressa como sofrimento silencioso, como dor, como perda do laço e a análise de BIRMAN (2003) sobre a dor e o sofrimento em relação à alteridade, permitem fazer alguns questionamentos: haveria, no momento da crise, uma demanda de cuidado ao outro? Ou, o momento da crise seria uma experiência solipsista ou uma experiência alteritária? Tais perguntas permitem pensar sobre a possibilidade de interlocução e vínculo entre profissional e paciente no momento da crise. O relato de Fátima aponta para a presença da dor, da experiência “solipsista” no momento em que, com a crise, o paciente apresenta uma “*dificuldade com o outro*”, uma “*perda do laço*”, fazendo com que o profissional tenha que “*ir atrás*” dele, fazendo-lhe, por exemplo, visitas domiciliares.

Nesse sentido, o trabalho assistencial do profissional no CERSAM não se limitaria em acolher o sofrimento, representado pelo apelo endereçado, pela demanda de cuidado, mas abarcaria também a construção do vínculo, a invenção de formas de aproximação e interação junto àquele que, na vivência da crise como dor, esmaeceu a dimensão “alteritária”.

Vejamos a seguir o grupo de narrativas que privilegiam uma percepção psicopatológica da crise.

Crise como alteração de uma função mental: o juízo

Para o profissional Tenório, a crise é identificada na perda do senso crítico. Conforme a concepção do entrevistado também haveria uma associação entre perda da crítica e risco para si e para o outro. O entrevistado deixa entender que a perda do senso crítico tornaria o paciente suscetível a situações de risco:

“A situação de crise é identificada, por exemplo, na questão da crítica. O paciente com o senso crítico prejudicado não é capaz de perceber se as suas ações estão tendo tal ou qual repercussão. Então, ele perdeu o senso crítico, perdendo o senso crítico ele passa a ver como normal, como correto, tudo o que ele faz e, nem sempre, o que ele está fazendo está de acordo. (...). Então, senso crítico prejudicado, heteroagressividade, pacientes com agressividade verbal e física, inclusive desrespeitando familiares próximos como mãe e irmão, tentando agredi-los fisicamente, prejuízo patrimonial pra família, quando o paciente chega ao ponto de destruir objetos dentro de casa, situações de ameaça concreta (...). Então, essa incapacidade de avaliar corretamente as situações, ou seja, perda do senso crítico, a representação de risco patrimonial e físico para as pessoas, isso constitui situação de crise. (...) Então, são situações que colocam a vida dele em risco, colocam a vida de outros em risco”. (Tenório)

Crise como situação de risco para si e para o outro

A psicanálise lacaniana parece ser o referencial teórico-clínico adotado por uma das profissionais, visto que são mencionadas as estruturas psíquicas ‘psicose’ e ‘neurose’ em seu relato. Embora não tenha empregado conceitos da psicopatologia psiquiátrica para

descrever uma situação de crise, no relato da entrevistada a crise é situada “dentro” de uma estrutura psíquica e reconhecida como uma situação de risco para si e para o outro:

“(...) seria uma psicose ou uma neurose grave e, dentro dessa psicose e neurose grave, quando o paciente tem risco pra si e risco para o outro. Isso aí é uma situação de crise”. (Letícia)

Crise como situação extrema ou quadro agudo de uma doença

Para duas profissionais a crise é reconhecida como a piora de uma doença.

Para a profissional Bárbara, a crise é vista como uma situação extrema ou um nível mais grave de uma doença, sendo esta uma psicose ou uma neurose grave. Novamente aqui aparece a referência às estruturas psíquicas psicose e neurose para situar o momento da crise:

“Acho que uma situação de crise é uma situação extrema, em que a pessoa está, na doença dela, num nível mais grave. Acho que essa seria a indicação de vir para o CERSAM. Então, seria o caso de um psicótico que está em crise, que está em surto ou um primeiro surto ou no caso de um neurótico grave, uma atuação muito grave, seriam esses casos que teriam que vir para o CERSAM”. (Bárbara)

Na concepção da profissional Alice, a crise seria o “quadro agudo” da doença do paciente. Contudo, a profissional chama a atenção para o contexto que envolve uma situação de crise – conflitos familiares, a convivência com a vizinhança – e os riscos que corre o paciente em situação de crise. Ao enumerar os riscos, aparece uma mescla de conceitos advindos de dois campos teóricos, a psicanálise – quando se refere às ‘passagens ao ato’ – e a psicopatologia psiquiátrica, quando se refere às alucinações e aos delírios:

“Tem a questão do paciente estar num processo de crise aguda, do ponto de vista psiquiátrico mesmo, da doença dele que está num quadro agudo e, junto com isso, a questão do contexto familiar (...). Na fase de crise, às vezes tem conflitos familiares muito agudos (...). Tem a questão social também (...) os vizinhos, a situação do paciente lá fora. Às vezes está insuportável pra ele [paciente] estar lá fora (...). Há os riscos, que a gente chama de ‘passagens ao ato’, quando o paciente está muito tomado pelos delírios e pelas alucinações, risco de suicídio, risco de agressão a terceiros. Então, isso tudo tem que ser avaliado”. (Alice)

Alice ainda chama a atenção para os casos em que mesmo não estando em situação de crise o paciente é acolhido no CERSAM ‘X’: os casos conhecidos como ‘casos sociais’. A referência a estes casos ajuda a compor uma imagem da diversidade da clientela que chega ao CERSAM ‘X’:

“E tem também, o que já acontece e que não é a prioridade do serviço, (...) aqueles casos em que o paciente não está em crise, crise psiquiátrica da doença, do transtorno mental dele, mas tem uma situação de vida social totalmente desfavorável e insuportável. Às vezes não tem onde morar, não tem abrigo que aceite, que acolha, (...) não tem espaço, não tem condição, foi abandonado pela família, (...) vai ficar na rua, debaixo da ponte. Então, a gente acolhe pra tentar re-inserir ele em algum lugar, pra não deixar esse sujeito abandonado aí”. (Alice)

Os fragmentos acima revelaram, como já dito, a coexistência de pelo menos duas concepções ou imaginários de crise dentro do CERSAM ‘X’: a concepção ‘psicossocial’, que compreende a crise como sendo um evento na vida da pessoa, fazendo parte da experiência existencial e a concepção ‘psicopatológica’, que compreende a crise como o momento de piora de uma doença mental, como a agudização de um quadro psiquiátrico ou como a alteração de funções mentais.

As duas concepções de crise, como vimos, aparecem entrelaçadas em alguns relatos, fazendo supor que haja no cotidiano assistencial práticas que privilegiam a aproximação

entre profissional e pessoa em situação de crise numa tentativa de reconstrução dos laços sociais – influenciadas pela concepção ‘psicossocial’ de crise – e práticas que privilegiam o uso de recursos considerados tradicionais como, por exemplo, o recurso medicamentoso e a contenção física – influenciadas pela visão psicopatológica de crise.

Assim, minha hipótese é a de que as representações dos profissionais sobre a crise, junto às representações sobre o serviço e sua proposta assistencial, são elementos importantes na investigação do tipo de prática assistencial oferecida ou, nas palavras de ONOCKO CAMPOS (2005), o tipo de clínica exercida no cotidiano assistencial.

Como vimos na Introdução deste trabalho, ONOCKO CAMPOS (2005) aponta a necessidade de problematizarmos sobre qual é a clínica que se faz nos serviços de saúde. A autora distingue três tipos de clínica: a clínica ‘*degradada*’, cuja atuação se centra apenas no tratamento dos sintomas, é a clínica da eficiência, produz-se muitos procedimentos (consultas) com pouco questionamento sobre a eficácia (produção de saúde); a clínica ‘*tradicional*’, cuja atuação está focada no curar, é a clínica dos especialistas, as doenças são tratadas enquanto ontologia, o sujeito é reduzido a uma doença e não se preocupa com a prevenção ou reabilitação e a “*clínica do sujeito*”, onde a doença é considerada um evento na vida da pessoa, o sujeito é visto como sendo biológico, social, subjetivo e também histórico.

Embora essas três clínicas não tenham sido pensadas para o campo da saúde mental, considero possível problematizar sobre qual é a clínica que se faz nos novos serviços de saúde mental a partir da leitura de ONOCKO CAMPOS (2005).

Poder-se-ia pensar que as duas concepções de crise compartilhadas pelos profissionais do CERSAM ‘X’, se não definem, contribuem para o exercício das três clínicas enunciadas acima por ONOCKO CAMPOS (2005): a clínica ‘*degradada*’, caso a atuação fique centrada apenas no tratamento e/ou remissão dos sintomas da crise, a clínica ‘*tradicional*’, caso a crise seja tratada enquanto ontologia e o sujeito reduzido, por exemplo, a uma “*neurose grave ou psicose*” e a ‘*clínica do sujeito*’, quando a crise é considerada um evento na vida da pessoa e o sujeito é visto em sua complexidade. Esta última clínica seria a que mais se aproximaria do imaginário organizacional de serviço antimanicomial, já enunciado pelos profissionais, visto que possibilitaria uma preocupação concreta com os

sujeitos que sofrem, não reduzindo estes sujeitos ou sua experiência de sofrimento à doença.

7.4. A atenção à crise no CERSAM 'X'.

Chegamos, com este item, no momento de apresentar e analisar como são as práticas de atenção às pessoas em situação de crise no CERSAM 'X'. Para isso, começarei por apresentar como é feito o acolhimento de quem chega ao CERSAM 'X', expondo, em seguida, como são as práticas nos dispositivos assistenciais (permanência-dia, hospitalidade noturna e ambulatório de crise) do serviço. Além de apresentar as práticas, através da exposição de cenas assistenciais observadas, também serão expostos fragmentos das entrevistas com os profissionais a fim de apresentar o que estes pensam sobre suas práticas e sobre os dispositivos assistenciais do CERSAM 'X'.

Os CERSAMs, como vimos no capítulo quatro, funcionam 24hs, todos os dias da semana, incluindo fins-de-semana e feriados. A atenção às pessoas em situação de crise inicia-se no momento do acolhimento, quando a pessoa é atendida por um dos profissionais de nível superior que esteja em plantão.

7.4.1. Acolhimento.

O acolhimento, nos CERSAMs em geral, é feito individualmente, ou seja, qualquer pessoa que chegue a um dos sete CERSAMs, das 7hs às 19hs, será prontamente atendida por um dos plantonistas, após preencher uma ficha de acolhimento na recepção do serviço.

O plantonista, sempre um profissional de nível superior, realiza o acolhimento da pessoa e de seus acompanhantes (familiares ou outros) em um dos consultórios do serviço e, ao fim do acolhimento, define e/ou agencia as condutas necessárias à demanda, podendo ser desde uma orientação verbal ou um encaminhamento por escrito para outra unidade de saúde (quando não se tratar de situação de crise, por exemplo), até uma avaliação

psiquiátrica em seguida ao acolhimento, a inserção em permanência-dia e/ou pernoite e o ‘referenciamento’ da pessoa a um técnico de referência que será, no caso do CERSAM ‘X’, um técnico de nível superior de uma das quatro mini-equipes ou o próprio plantonista que fez o acolhimento, conforme a micro-área de origem da pessoa acolhida.

O acolhimento feito pelo plantão é, assim, a porta de entrada para toda pessoa que chega, em situação de crise ou não, aos CERSAMs. Cabe ao plantonista, ao fazer o acolhimento, avaliar o caso e, conforme a sua avaliação, traçar um primeiro plano de assistência à pessoa que se encontre em situação de crise. Este plano não constitui propriamente um Projeto Terapêutico Individual, mas já estabelece, ainda que inicialmente, as primeiras condutas junto à pessoa em crise – uso de dispositivos assistenciais (permanência-dia, pernoite), prescrição de um plano medicamentoso – e a definição de quem será o seu técnico de referência no serviço.

No CERSAM ‘X’, os profissionais não usam o termo ‘triagem’ para nomear a prática que fazem no plantão. Em seus discursos, o termo sempre usado para se referir ao atendimento que fazem enquanto plantonistas é o acolhimento.

Cada profissional relata ter um estilo próprio para fazer o acolhimento, mas em comum procuram fazer uma escuta da pessoa e de seus acompanhantes (familiares, vizinhos ou outros), uma escuta da questão que a levou a procurar ajuda no CERSAM para construir, a partir daí, as intervenções ou as condutas necessárias.

Para o profissional Tomás, que concebe a crise, conforme vimos no item anterior, como uma ruptura dos laços sociais e afetivos, o acolhimento significa, antes de tudo, escutar os que chegam ao CERSAM:

“O que eu busco primeiro, antes de tudo, na prática aqui, eu costumo dizer que é uma despatologização da crise. Porque, principalmente hoje, como a gente tem uma equipe de psiquiatras mais formada, é muito mais fácil o acesso ao recurso psicofarmacológico que é uma contenção química que cala o sujeito, na minha opinião. Antes de tudo, eu procuro verificar qual é esta ruptura que está acontecendo ali, ouvir os atores que vieram, gosto de atender primeiro todo mundo que vem pra depois eu ir separando um pouco os discursos, mas primeiro eu ouço todo mundo”. (Tomás)

Para o profissional Tenório, apesar de o acolhimento, atualmente, ser realizado por um plantonista que nem sempre virá a ser o técnico de referência da pessoa acolhida, essa nova forma de trabalhar não lhe prejudicou o interesse em fazer um bom acolhimento, nem interferiu na sua maneira de fazê-lo que é a de identificar a questão que levou o paciente a procurar ajuda no CERSAM e “*atendê-lo da melhor maneira naquela situação de crise*”. Seu relato aponta para a possibilidade do vínculo entre técnico e pessoa atendida já no momento do acolhimento realizado no plantão:

“(...) Com essa forma de trabalhar dividindo o distrito em micro-áreas, você faz o acolhimento e digamos, como acontece com frequência, que o paciente goste desse atendimento ou o familiar do paciente goste de como foi acolhido e aí você tem que informar pra ele que, infelizmente, o segundo atendimento será feito por outro profissional, nem sempre isso é bem recebido. A gente já ouviu várias vezes as pessoas dizerem: “mas eu gostaria tanto de continuar com o senhor, eu gostei da forma como o senhor me acolheu”, “essa pessoa que vai nos atender é tão boa assim, vai atender a gente direitinho?” Então, é comum ouvir isso (...). Mas é a forma como o distrito está organizado, a gente tenta minimizar esse problema, fazer com que isso aí não resulte em prejuízo para com a qualidade do atendimento. (...). Então, eu procuro fazer o acolhimento da mesma forma como sempre foi feito, que é identificar o problema do paciente e tentar atendê-lo da melhor maneira naquela situação de crise. Eu não permito que essa mudança na forma de trabalhar faça com que eu tenha mais ou menos interesse pelo acolhimento em função do paciente ser ou não da minha micro-área”. (Tenório)

Os relatos de Tomás e Tenório sobre como fazem o acolhimento no CERSAM ‘X’ se aproximam da perspectiva de BUENO (2008) sobre o acolhimento nos serviços de saúde. Para o autor,

“(...) o acolhimento expressa a capacidade de escuta e negociação das necessidades demandadas, representadas por sofrimentos físicos e/ou psíquicos, no qual nos comprometemos com o oferecimento de respostas adequadas a cada caso em particular, nos responsabilizando pelo cuidado do outro e responsabilizando o outro pelo seu próprio cuidado. Logo, essa responsabilização, já implícita nas ações de acolhimento, é dependente, em certa medida, do grau de comprometimento do trabalhador de saúde para com a qualidade do cuidado que se propõe a produzir”. (BUENO, 2008:45).

Um dos acolhimentos que observei no CERSAM ‘X’ foi realizado pela psicóloga Suelen na ocasião em que a mesma estava no plantão. Eram 12:30h de uma terça-feira quando uma ambulância do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) chegou ao serviço. Dois profissionais do SAMU traziam um rapaz e uma senhora que o acompanhava. Os quatro se dirigiram à recepção e o recepcionista, Anselmo, checkou no computador se havia algum registro de atendimento ao rapaz no serviço. Anselmo constatou que o rapaz nunca estivera no CERSAM ‘X’.

Suelen saiu da sala de plantão e, chegando à recepção, aproximou-se da senhora. Perguntou-lhe se ela era a mãe do rapaz ao que a senhora informou ser a “*cuidadora dele*”. A senhora explicou que cuidava do rapaz e da genitora dele, contudo, desde que a genitora faleceu há um ano continuou a cuidar apenas do rapaz. A senhora prosseguiu informando, ainda em frente ao guichê da recepção, que o rapaz começou a apresentar alterações comportamentais há três dias, data do falecimento da genitora.

Após estas primeiras informações, Suelen voltou à sala de plantão enquanto aguardava o preenchimento da ficha de acolhimento pelo recepcionista. Continuei próxima ao guichê da recepção observando o procedimento. Os dois profissionais do SAMU foram embora e Suelen retornou à recepção após alguns minutos, tomando em mãos a ficha de acolhimento já preenchida.

Suelen solicitou ao rapaz e à senhora que a acompanhassem e, então, entramos em um dos consultórios do corredor. O consultório era pequeno, mas bem arejado por uma janela grande com vista para o quintal. No consultório havia uma mesa, sobre a qual ficavam um computador e uma impressora, além de três cadeiras. Suelen sugeriu-me buscar mais uma cadeira no consultório ao lado para que eu pudesse observar o acolhimento, sentada. Posicionei-me num dos cantos do consultório, atrás do rapaz e da senhora.

Suelen iniciou o atendimento cumprimentando-os e se apresentando: “*meu nome é Suelen e sou psicóloga*”. Em seguida perguntou ao rapaz o seu nome e completou: “*em que posso ajudá-lo?*” O rapaz, que chamarei pelo pseudônimo de Isidoro, hesitou em responder. A senhora logo demonstrou iniciativa em falar, mas Suelen a desencorajou com um gesto. Isidoro respondeu: “*não tenho nada*” e depois informou: “*me trato no Hospital da Baleia*”. A senhora explicou que o tratamento no hospital era devido um “*problema na próstata*” do paciente.

Em seguida, e sem dar prosseguimento ao assunto sobre o tratamento no hospital, Suelen indagou ao paciente se ele estava dormindo à noite. Isidoro não respondeu. Suelen remeteu a pergunta à senhora, mas esta apenas informou que após o falecimento da mãe, Isidoro passou a apresentar “*problemas de hipertensão*”.

Isidoro mostrava-se pouco participativo, ora não respondia às indagações, ora limitava-se a dar respostas curtas. Suelen continuou fazendo mais perguntas, mas estas também não favoreciam o estabelecimento de um diálogo no qual houvesse a expressão espontânea da queixa ou da demanda. Eram perguntas mais ‘fechadas’, como as de um roteiro de anamnese, que permitiam respostas afirmativas, negativas ou informativas ao invés de uma narrativa. Assim, Suelen perguntou a Isidoro se ele era diabético, se era tabagista, se fazia uso de etílicos etc. Conforme Isidoro ia respondendo, Suelen olhava para a senhora procurando certificar-se das respostas.

A senhora, por sua vez, procurava relatar, mesmo quando não questionada, como era sua convivência com Isidoro e a história dele. Relatou ser sua “*cuidadora*” e responsável por fazer-lhe o café, visto que “*quando ele mesmo faz o café, exagera na quantidade, bebe três cafeteiras e aí diminui o apetite*”. A senhora também relatou que Isidoro estava “*catando coisas na rua e levando para casa*”. Suelen perguntou por quê o

SAMU foi acionado. A senhora explicou que Isidoro *“já foi muito agressivo no passado”* e, agora, os vizinhos estavam com medo dele por verem-no levando lixo para casa.

Suelen informou à senhora que o serviço estava sem médico naquele momento para avaliar Isidoro. Em seguida, perguntou se Isidoro usava medicamentos, se sabia quais eram os medicamentos, se era ela a responsável por administrar-lhe os mesmos e como o fazia. À medida que a senhora respondia, Suelen fazia o registro digitando no Prontuário Eletrônico. Ao acessar o ‘Sistema Gestão’, Suelen viu que Isidoro faz acompanhamento ambulatorial, a cada dois meses, com uma psiquiatra do Centro de Saúde próximo à sua casa, tendo sido sua última consulta há 40 dias.

Após checar estas informações no ‘Sistema Gestão’, Suelen perguntou a Isidoro se ele era casado, se tinha filhos e irmãos. Isidoro respondeu não ser casado e nem ter filhos. A senhora completou a resposta, informando que Isidoro mantinha contato apenas com uma irmã, por telefone. Em seguida, Suelen indagou se Isidoro já foi, alguma vez, internado em hospital psiquiátrico, ao que a senhora negou.

Suelen perguntou à senhora há quanto tempo Isidoro vinha apresentando mudança em seu comportamento e se houve algum motivo. A senhora repetiu-lhe o que já havia dito em frente ao guichê da recepção: *“há três dias, na data do falecimento da mãe”*. Suelen indagou a Isidoro se ele estaria *“escutando vozes”*. Isidoro respondeu-lhe: *“não tenho certeza”*. Suelen prosseguiu: *“Há muito tempo atrás você já escutou vozes?”* Isidoro: *“que eu saiba não”*. Suelen retornou à senhora, indagando: *“você mora com ele?”* A senhora informou que Isidoro vive sozinho, contudo, ela lhe faz a comida, lava-lhe as roupas e o acompanha às consultas médicas há dezessete anos.

Suelen indagou sobre a escolaridade de Isidoro, se ele já exercera alguma profissão e se era aposentado. Isidoro respondeu ter feito um *“curso supletivo”* e já ter trabalhado. Suelen, contudo, não prosseguiu neste assunto e logo perguntou à senhora se Isidoro estava agressivo no dia-a-dia, ao que a senhora respondeu: *“ele está ansioso, agitado, toma os remédios, mas continua a ansiedade”*. A senhora acrescentou ainda que durante os dezessete anos em que cuidou de Isidoro esta era a primeira vez que o via assim, *“catando lixo mesmo”*.

Finalizando o atendimento, Suelen indagou a Isidoro: “*você está sentindo medo de alguma coisa?*” E ele respondeu: “*sei disso não*”. Em seguida, Suelen informou à senhora que Isidoro seria avaliado por um psiquiatra à tarde e que deveriam aguardar na recepção. Os dois saíram do consultório às 13:10h, enquanto Suelen e eu permanecemos conversando no consultório.

Suelen explicou-me que tentou fazer um “*apanhado geral do caso*” e que iria relatá-lo a um dos psiquiatras durante a passagem de plantão. Suelen acrescentou-me que, em sua avaliação, tomaria a seguinte conduta: como o paciente possui bom suporte da senhora que é sua cuidadora, providenciaria apenas um “*acompanhamento medicamentoso*” no CERSAM até a data da sua próxima consulta médica no Centro de Saúde.

Chamou-me a atenção, durante o acolhimento observado, o fato de Suelen realizar, através de várias perguntas que nem sempre permitiam o prosseguimento de um assunto, um atendimento mais voltado à averiguação da presença de sinais e sintomas tais como: alteração do sono, mudanças comportamentais, uso de substâncias psicoativas (tabaco e álcool), alterações da senso percepção (alucinações auditivas). A história de vida de Isidoro, sua representação sobre a morte da própria mãe, sua relação com a senhora que lhe cuida há dezessete anos, o motivo de levar lixo para casa, por exemplo, não foram questões abordadas, denotando uma ênfase à sintomatologia.

Suelen e eu saímos do consultório e fomos até à sala de plantão onde a passagem de plantão já havia se iniciado. Suelen registrou sucintamente o acolhimento no Livro de Comunicação Interna e, logo após, relatou o caso para um dos psiquiatras que estaria no plantão à tarde, solicitando que avaliasse o paciente e definisse a conduta. Suelen também acrescentou que em sua avaliação o caso necessitaria apenas de um “*acompanhamento medicamentoso até a data da consulta no Posto de Saúde quando poderia ser reencaminhado*”.

Terminada a passagem de plantão acompanhei a profissional, que chamarei pelo pseudônimo de Alice, até à recepção para observar o desfecho do acolhimento feito a Isidoro e à senhora. Na recepção, ambos aguardavam sentados. Alice chamou-os,

solicitando que a acompanhassem até o consultório. Entramos no mesmo consultório onde Suelen havia iniciado o acolhimento.

Alice se apresentou cordialmente e perguntou ao paciente: *“como você está?”* O mesmo respondeu: *“não sei”*. Alice continuou: *“o que você costuma fazer durante o dia?”* Isidoro prontamente respondeu: *“faço plantação em casa”*. Alice prosseguiu o assunto, perguntando: *“você gosta de horta?”* Isidoro respondeu que sim e informou que já trabalhou como jardineiro. Alice lhe indagou se morava sozinho. Isidoro respondeu que sim e acrescentou: *“minha mãe morreu”*. Em seguida, informou que sua mãe teve três filhos, sendo um deles falecido. Alice indagou: *“você é o filho mais velho?”* Isidoro: *“sou”*.

Alice perguntou à senhora se ela era a responsável por cuidar de Isidoro. A senhora confirmou, explicando que também cuidava da mãe do paciente e acrescentou que há dezessete anos cuida de Isidoro. O diálogo entre Alice e a senhora prosseguiu:

– *“A senhora passa o dia com ele?”*

– *“Não, moro perto dele. Tenho minha família, mas só eu tenho coragem para entrar na casa dele”*.

– *“Por que?”*

– *“Porque ele era agressivo. Quando conheci a mãe dele, há dezessete anos, ela estava chorando muito por causa do filho que tinha problema mental e estava agressivo, então, me prontifiquei a agendar uma consulta médica para ele e o tratamento deu certo. Ele não ficou mais agressivo e nem precisou ser internado”*.

A senhora prosseguiu contando a história de Isidoro, enquanto Alice a ouvia atentamente sem interrompê-la. Depois, Alice perguntou à senhora: *“Ele é aposentado? Recebe algum benefício?”* A senhora respondeu: *“Sim, eu recebo e administro o dinheiro dele”*.

A senhora informou que Isidoro *“não esquece a mãe e fica muito ansioso”*. Alice perguntou à senhora sobre o tratamento ambulatorial que Isidoro faz no Centro de Saúde. A senhora explicou que a psiquiatra que o acompanha está em período de férias. Por isso, trouxe o paciente ao CERSAM ao perceber que o mesmo passou a levar lixo para casa.

Alice indagou ao paciente: “*por que você está catando lixo?*” Isidoro explicou que não catava lixo e sim papel. Alice prosseguiu: “*por que você está catando papel?*” Isidoro justificou: “*Eu acho que serve para alguma coisa, pode ser útil*”. A senhora interrompeu a conversa, repetindo que Isidoro tem ficado muito ansioso.

Alice perguntou a Isidoro se ele estava se sentindo inquieto. Isidoro negou. Alice indagou-lhe se estava “*ouvindo vozes*” e Isidoro respondeu: “*no momento não*”.

Ao final do acolhimento, Alice informou à senhora que iria “*reavaliar a medicação e agendar um retorno*”. Em seguida, explicou que acompanharia Isidoro, ambulatorialmente, até a data da sua próxima consulta no Centro de Saúde, onde Isidoro continuaria a se tratar.

Eram 14h quando o acolhimento foi finalizado. Alice permaneceu no consultório para digitar o atendimento no Prontuário Eletrônico e comentou que ao fazer um acolhimento sempre procura conhecer, além da queixa principal, fatos da vida do paciente, seu cotidiano, sua situação social e econômica, se possui suporte familiar e como percebe o próprio problema.

Os dois atendimentos feitos a Isidoro serviram para ilustrar o quão diferentes podem ser a forma de acolher um paciente no CERSAM ‘X’. Nesse sentido, cada profissional parece ter um estilo próprio para fazer o acolhimento, embora todos procurem identificar a queixa do paciente para, a partir daí, definir as intervenções ou as condutas necessárias.

No exemplo de Isidoro, enquanto Suelen procurou fazer um “*apanhado geral do caso*”, fazendo perguntas mais ‘fechadas’, à maneira de um questionário e centrando-se numa investigação mais sintomatológica para definir sua conduta, Alice procurou explorar um pouco o cotidiano do paciente e seu contexto social, permitindo um relato mais fluido e conseguindo, inclusive, estabelecer algum diálogo com Isidoro no qual o mesmo pôde trazer sua representação singular sobre seu comportamento de “*catar papel*”, favorecendo a possibilidade do vínculo entre profissional e pessoa em sofrimento. A partir daí, Alice definiu um plano assistencial a curto prazo, até Isidoro retomar seu tratamento no Centro de Saúde.

O acolhimento realizado pela profissional Alice aproxima-se do conceito de acolhimento proposto por BUENO (2008). Considero a perspectiva de acolhimento deste autor muito apropriada para os serviços de saúde que pretendem exercer uma “*clínica do sujeito*” (ONOCKO CAMPOS, 2005). Para o autor, o acolhimento é entendido como:

“(...) uma conduta a permear todos os processos de trabalho em saúde, (...) desde a recepção de um caso novo até a alta, (...) através da disponibilidade dos profissionais em receber, escutar, dialogar, compreender necessidades, negociar intervenções e co-construir alternativas que dêem conta de abarcar pelo menos os principais problemas apresentados, considerando os múltiplos fatores que os originam, bem como suas representações singulares” (BUENO, 2008: 46-7).

Nesse sentido, o acolhimento feito por Alice enseja, a meu ver, o exercício de uma “*clínica do sujeito*” (ONOCKO CAMPOS, 2005), visto que expressou uma preocupação com a história do sujeito acolhido através da disponibilidade em escutá-lo – e escutar também sua acompanhante – dialogar e compreender suas necessidades, não reduzindo seu comportamento de “*catar papel*” e sua ansiedade a sintomas inerentes a uma doença.

É interessante notar que embora Alice tenha uma concepção de crise – conforme vimos no item 7.3 – como sendo o “*quadro agudo*” da doença do paciente, no acolhimento feito a Isidoro sua escuta e seu olhar não enquadraram a alteração de comportamento de Isidoro como sendo a piora ou a agudização de uma doença. A meu ver, Alice buscou resgatar o cotidiano de Isidoro, seu contexto social, sua história de vida com os fatos e/ou fatores envolvidos na sua alteração de comportamento. Isso talvez venha mostrar que nem sempre a concepção de crise desempenha papel determinante sobre as condutas ou práticas assistenciais. Pelo menos neste caso, a concepção de crise como sendo o “*quadro agudo*” da doença do paciente não determinou uma investigação sintomatológica por parte de Alice.

7.4.2. Acessando alguns sentidos atribuídos às práticas assistenciais: sobre o papel do Técnico de Referência.

Após o momento do acolhimento e avaliada a necessidade de assistência no CERSAM, o plantonista irá referenciar a pessoa em situação de crise para um técnico de referência. No CERSAM 'X', todos os técnicos de nível superior desempenham o papel de técnico de referência, por isso, conhecer como os 'T.N.S' compreendem o papel de técnico de referência ajudou, neste estudo, a acessar alguns sentidos atribuídos às práticas assistenciais.

Nos CERSAMs, como vimos no item 7.1, o técnico de referência é o responsável por conduzir o tratamento, elaborando para e com o paciente um projeto terapêutico individualizado.

Conforme a perspectiva de LOBOSQUE (2001), o papel do técnico de referência seria o de escutar as questões do usuário, procurando articulá-las com este, conduzindo seu percurso no tratamento, avaliando sua entrada e saída da instituição, o que não impede que os outros técnicos participem do tratamento do usuário. Nesse sentido, todos os profissionais do serviço seriam co-responsáveis pelo zelo, escuta e cuidado a todos os usuários do serviço.

Abaixo apresento os relatos de seis profissionais do CERSAM 'X' sobre como vêem a figura do técnico de referência e seu papel junto à pessoa em situação de crise. Ao mesmo tempo em que os relatos falam sobre o papel do técnico de referência, também revelam alguns sentidos atribuídos às práticas assistenciais, ou seja, o 'para quê' das práticas, a perspectiva com a qual atuam e assistem a pessoa em momento de crise.

Para o profissional Mauro, o técnico de referência é aquele que identifica a demanda do paciente para, a partir daí, traçar o projeto terapêutico. Nesse sentido, não importa qual seja a formação do técnico de referência, mas sim sua "*habilidade e capacidade de abordar o paciente como um todo*". Em sua visão, o fazer do técnico de referência ganha o seguinte sentido: ser uma "*assessoria*" para o paciente:

“Eu acho que o técnico de referência não é o profissional psicólogo, não é o profissional terapeuta ocupacional, não é o profissional médico, não é o enfermeiro. Ele é uma pessoa de formação de nível superior e, isso também hoje já está até sendo questionado porque já existem alguns CERSAMs onde o técnico de referência não é de nível superior, e essa pessoa tem que ter habilidade e capacidade de abordar o paciente como um todo quando ele chega no serviço. Então, é desde a parte social, familiar, biológica, o que está acontecendo com aquele paciente até como ele está inserido no meio social. Acho que é como se fosse uma assessoria, sabe? O técnico de referência, dali vai entender o que aquele paciente está precisando: será que é de uma escuta? E aí ele mesmo pode dar esta escuta mais priorizada, mesmo que ele não seja psicólogo. Ou será que aquele paciente precisa de outro tipo de intervenção, na área social. E aí (...) se, de repente, ele não se sentir à vontade de proporcionar aquilo que o paciente está precisando mais num momento, então, ele vai na equipe buscar a ajuda de outro profissional (...). Acho que o técnico de referência é isso: aquele que identifica, que faz essa assessoria com o paciente, que encaminha o paciente, que traça o planejamento terapêutico, o projeto terapêutico do paciente em crise, que é o nosso usuário. O técnico de referência eu entendo que é isso e que não é um trabalho fácil de ser feito”. (Mauro)

Semelhante à visão de Mauro, a profissional Letícia vê o técnico de referência como sendo um secretário. Em seu relato, Letícia reafirma o CERSAM como serviço que atende a crise e, portanto, o técnico é aquele que deve estar conduzindo o paciente de maneira próxima. Conforme sua visão, a prática do técnico de referência ganha o sentido de “secretariar” o paciente em crise:

“(...) Não é uma psicoterapia, a gente não faz psicoterapia no CERSAM, (...) a gente atende a crise. O que é a crise? A crise é esse momento mesmo dessa desagregação, desorientação, falta de crítica. (...). Então, você tem que estar conduzindo, secretariando e conduzindo. Se o paciente está bem, se ele está mais organizado, se é um quadro depressivo e melhorou, então, vai pro Centro de Saúde, pra equipe de saúde mental, lá ele vai fazer uma psicoterapia, lá ele vai tomar o rumo dele, vai pro Centro

de Convivência, vai para algum lugar. Aqui você tem que estar próximo, mas bem próximo mesmo e ligando, telefonando e perguntando (...). Se for uma coisa que eu acho que não seja só na minha linha de secretariar eu peço ajuda (...). Às vezes eu peço, eu falo assim: “olha fulano, eu acho que eu não vou dar conta de atender esse caso. Você pode atender?” Então, é uma troca de saberes”. (Letícia)

Tanto o termo “*assessoria*”, escolhido por Mauro, quanto o termo “*secretariar*”, referido por Letícia, guardam em comum a ideia de alguém que, estando presente e próximo, procura oferecer assistência e recursos conforme a necessidade/demanda do paciente. Além disso, Mauro e Letícia admitem a possibilidade de contar com a ajuda de outro colega da equipe em caso de dificuldades em conduzir algum caso.

O termo *secretariar*, referido por Letícia, também faz lembrar a expressão *secretariar o alienado*, cunhada por Jacques Lacan em sua obra intitulada *Seminário III – As Psicoses* para designar o trabalho do analista com o sujeito psicótico. Conforme Lacan, a própria psicose é que ensinaria sobre sua estrutura e sua lógica, indicando o caminho de escuta que o analista deveria percorrer (ZENONI, 2000). Análogos a esta perspectiva, os relatos de Mauro e Letícia apontam para o fato de que é a própria situação de crise que indicaria o caminho assistencial que o técnico de referência deveria percorrer. Nesse sentido, o técnico de referência se abstém de toda intervenção *a priori* ou padronizada frente às situações de crise, mantendo suas práticas assistenciais a reboque das necessidades de cada caso.

Para a profissional Alice, o técnico de referência parece assumir um papel menos assistente e mais diretivo, sendo aquele que realmente “*define*” uma série de condutas a serem tomadas com relação ao paciente. O técnico de referência é a “*referência*” do paciente:

“A referência técnica tem esse nome porque pode ser o psiquiatra ou qualquer outro técnico, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, quer dizer, qualquer um pode ser essa referência técnica, mas esse nome é porque realmente a pessoa conduz o

caso, conversa com a família, define a permanência-dia, define o pernoite, a hospitalidade noturna, é a referência dele”. (Alice)

Há, entre os profissionais, aqueles que se mostram críticos quanto à proposta do técnico de referência como é o caso dos profissionais Bárbara e Tomás. Nos relatos de ambos o papel do técnico de referência é visto como encobridor da diversidade profissional. Nesse sentido, o profissional perderia sua especificidade dentro da equipe ao assumir o papel de técnico de referência. Por outro lado, Bárbara compreende o técnico de referência como sendo a proposta da política municipal de saúde mental para se garantir uma “*melhor condução para o caso*”:

“Você vai ver que aqui todo mundo faz isso independente da categoria profissional. Todo mundo faz um pouco de tudo: atende família, vê recursos. Você é responsável pelo paciente. (...). Eu tenho algumas críticas a isso, acho que a gente fica meio assim, não sei, a gente está um pouco se anulando, as profissões. Não sei. Fica todo mundo como técnico de referência, todo mundo faz tudo. A gente já fez aqui uma discussão sobre isso, teve uma época que a gente discutiu por que não ficava todo mundo na sua área. Mas não é essa a proposta da saúde mental daqui de Belo Horizonte, a proposta é a do técnico de referência mesmo, que todos os profissionais de nível superior façam isso: atendam o paciente e sejam responsáveis por ele para dar uma melhor condução para o caso”. (Bárbara)

“Isso é uma visão muito particular minha (...) sobre as especificidades dos profissionais dentro do CERSAM. Acho que essa é uma questão a ser desenvolvida porque, hoje em dia, existe a figura do técnico de referência, esse conceito do técnico de referência que, muitas vezes, acoberta a habilidade que aquele profissional tem, na sua trajetória, pra lidar com o paciente. (...) Hoje, existe o técnico de referência que, quando dá tempo, porque todos são técnicos de referência, quando dá tempo você consegue conversar um pouco com a assistente social ali, mas ela é técnica de referência do paciente dela e não consegue atuar como assistente social”. (Tomás)

Para Tomás, além do termo técnico de referência, outro a encobrir a diversidade ou a especificidade profissional seria o próprio termo Técnico de Nível Superior (T.N.S.). Conforme explica Tomás, no CERSAM 'X', são os T.N.S. que assumem o papel de técnico de referência, enquanto os psiquiatras apenas dão suporte, quando necessário, aos T.N.S.

Em sua visão, o termo T.N.S. cumpriria uma função que, conforme seu relato deixa a entender, seria a de distinguir profissionais médicos de não médicos dentro das equipes dos CERSAMs. Com o termo T.N.S. diluiu-se a identidade profissional dos profissionais não médicos. Assim, de um lado estaria a categoria médica e, do outro, os demais profissionais englobados sob a rubrica T.N.S. e assumindo o papel de técnicos de referência:

“Quando o paciente chega, ele é acolhido pelo plantonista e é referenciado para um técnico ou, às vezes, para o próprio profissional que o acolheu (...) e esse será o técnico de referência do paciente, que é um T.N.S.: Técnico de Nível Superior. Essa nomenclatura não é ingênua, é uma nomenclatura que tem, não sei se uma intenção, mas uma função porque todos se tornam T.N.S. (...) As equipes dos CERSAMs são formadas por quem? Por alguns psiquiatras mais alguns T.N.S, que podem ser quaisquer profissionais da área da saúde. Não há a identidade dos outros profissionais”. – Os psiquiatras não são técnicos de referência no CERSAM 'X'?
“Não, são médicos. Em alguns CERSAMs eles também são técnicos de referência, mas como a demanda é muito inflacionada para o psiquiatra aqui é muito difícil que ele consiga ser, sozinho, um técnico de referência (...), mesmo porque eles acabariam englobando duas funções: a de técnico de referência e psiquiatra do próprio paciente. Então, eles não fazem acolhimento, todos os psiquiatras sempre fazem um segundo atendimento. E naquela pastinha nossa, onde a gente coloca a referência pro acolhimento, os psiquiatras não entram. É um técnico de nível superior que faz a referência e um psiquiatra fica acompanhando. Então, existe este destaque da função que, na minha opinião, faz perder muito a identidade dos outros profissionais”.(Tomás)

Para a psicóloga Fátima, o técnico de referência termina assumindo o papel de psicoterapeuta. Conforme seu relato, psicoterapeuta é aquele que acolhe o usuário e conduz o tratamento num trabalho que envolve a escuta e intervenções. Nesse sentido, Fátima chama a atenção para os técnicos não psicólogos que ao conduzirem os casos podem cometer alguns equívocos. Contudo, Fátima deixa a entender que os equívocos ou os tropeços tendem a diminuir, pois com o tempo os profissionais procuram cuidar da própria formação teórico-clínica. Nesse sentido, o relato de Fátima aponta para a necessidade de os profissionais do CERSAM, enquanto técnicos de referência, buscarem algum aporte teórico-clínico que lhes auxilie na condução dos casos:

“Você deve ter presenciado nas reuniões, isso não é tão bom de falar, mas o técnico de referência, querendo ou não, funciona como um psicoterapeuta, ele acolhe o usuário, vai conduzir o tratamento, é um trabalho de escuta e de intervenções. Claro, em certas situações em que algum técnico ou algum médico identifique uma necessidade, por exemplo, de um trabalho mais psicoterapêutico mesmo, de intervenções mais dessa ordem, eles nos pedem, a gente assume o caso. Às vezes a gente tropeça numa situação, por exemplo, de alguns técnicos de outra formação que vão conduzir os casos e em algumas situações podem acontecer algumas intervenções equivocadas, uns tropeços e que, às vezes, trazem algum transtorno, mas no final das contas... Eu acho que com o tempo também, no CERSAM, as pessoas vão cuidando da formação (...).” (Fátima)

Conforme as narrativas expostas acima, os profissionais entrevistados vêem o técnico de referência como o principal responsável pela formulação de um plano assistencial individualizado – o projeto terapêutico – e pela sua condução junto ao paciente. Embora o técnico de referência seja representado de maneiras diferentes – assessor, secretário, referência técnica, psicoterapeuta – em tais representações prevalece o entendimento de que o técnico de referência, sendo responsável por construir com e para o paciente um projeto terapêutico, deve estar próximo ao paciente, oferecendo-lhe uma

assistência singularizada e evitando-se, portanto, o abandono, o isolamento, a exclusão e a marginalização da pessoa em situação de crise. Nesse sentido, as representações dos profissionais sobre o técnico de referência condizem com suas representações sobre o CERSAM e sua proposta assistencial (como vimos no item 7.2 deste capítulo).

Contudo, mesmo considerando a proximidade e a interação entre técnico de referência e paciente como elementos presentes na condução do projeto terapêutico, em nenhum dos relatos acima foi considerada a construção do vínculo ou laço afetivo entre técnico de referência e paciente como fazendo parte do processo assistencial ou como sendo um elemento importante no encontro entre profissional e paciente. A ênfase dada parece ser a da gestão ou gerenciamento do caso, ficando preterido o vínculo afetivo que envolve a produção do cuidado em saúde mental. Esse preterimento do vínculo afetivo entre profissional e paciente pode sugerir que o técnico de referência, embora seja o dispositivo fundamental da assistência no CERSAM, corre o risco de transformar-se em um dispositivo simplificado e até burocratizado, perdendo a vivacidade que demanda o processo vivo do cuidado.

Conforme a análise de LOBOSQUE (2004: 03), diversas vicissitudes podem ocorrer na condução do tratamento em saúde mental,

“um exemplo comum é um certo exercício da “referência” como função essencialmente administrativa, onde estariam em jogo principalmente a definição de certas combinações com o usuário e sua família: dias e condições de comparecimento, encaminhamentos, altas, etc. O tratamento, nestas condições, se reduz ao gerenciamento do caso: uma vez dosada a frequência do usuário, com um ou outro acerto aqui ou acolá, sua permanência no serviço se encarregaria por si mesma da cura”.

O relato acima da profissional Fátima sobre o papel do técnico de referência também chama a atenção para a formação dos profissionais: “(...) *com o tempo também, no CERSAM, as pessoas vão cuidando da formação (...)*”. Nesse sentido, Fátima aponta para a

necessidade de os profissionais do CERSAM, enquanto técnicos de referência, buscarem uma formação teórico-clínica que lhes auxilie na condução dos casos. Essa constatação aponta para a possível vivência de despreparo pelos profissionais frente às exigências psíquica, teórica e prática que a atenção à pessoa em situação de crise impõe ao profissional que atua no CERSAM.

Conforme ONOCKO CAMPOS (2005: 579), o trabalhador de saúde que não possui razoável formação técnica é submetido a mais um fator de sofrimento: “a angústia que provoca o “nada saber”, ou, no dizer de Oury, o fato de não estar advertido”. Ainda conforme a autora:

“Quando a insegurança técnica é grande, toda demanda é amplificada, não é possível discernir em relação a riscos e urgências. Tudo se torna tão intenso que, para aplacar essa angústia, tudo acaba por ser banalizado, caracterizando uma das formas da burocratização. Também, essa insegurança está por trás dos mecanismos que perpetuam certos usos do poder na instituição, como, por exemplo, o excessivo poder médico: se eu nada sei, suponho que outro saiba, delego a ele o saber e o poder...” (ONOCKO CAMPOS, 2005: 579).

Nesse sentido, a vivência de despreparo também poderia contribuir para burocratizar o papel do técnico de referência, ao passo que o cuidado com a “*formação*” evitaria a angústia de não saber como conduzir um caso dentro do CERSAM, tornando o papel de técnico de referência menos árduo para os profissionais e contribuindo para a divisão de poderes dentro da equipe ao invés de haver um excessivo poder médico, conforme analisou ONOCKO CAMPOS (2005).

A formação teórico-clínica dos profissionais do CERSAM ‘X’

Conforme o relato a seguir, as supervisões clínicas seriam espaços de formação para os profissionais. Na visão da profissional abaixo, a orientação psicanalítica dos supervisores contribuiria para disseminar alguns conceitos da psicanálise entre os profissionais, trazendo contribuição para a prática assistencial:

“(...) Não é de propósito, mas os nossos supervisores sempre foram de orientação psicanalítica (...) e esse saber chega até os profissionais e é muito legal isso. Por exemplo, todo mundo já sabe o que é uma ‘transferência’, o que é um ‘sujeito’, como é o ‘manejo da transferência’, o ‘laço social’, então, isso já são saberes que circulam na equipe e, ao longo do tempo, eu acho que isso veio contribuir bastante. Não que não sejam bem vindas as outras abordagens, não é todo mundo que tem formação psicanalítica”. (Fátima)

Conforme outro profissional, as diferentes categorias profissionais não conseguiriam estabelecer um diálogo ou uma troca de saberes que pudessem se compor. Em sua observação, o discurso psicanalítico constituiria a principal linguagem teórica entre os profissionais, o que traria angústia para aqueles que não conhecem a teoria psicanalítica:

“(...) Existem profissionais aqui com uma riqueza, com uma bagagem enorme e que não têm espaço pra exercer isso. A Beatriz [nome fictício], por exemplo, é uma terapeuta ocupacional fantástica, a energia que ela tem pro trabalho que ela faz é magnífica, mas ela mesma fica muito angustiada. Eu vejo ela lendo livros de psicanálise ali porque ela precisa escutar o paciente e precisa traduzir isto pra uma linguagem psicanalítica ou médica pra poder conversar com os outros profissionais. E, ao mesmo tempo, não vejo a gente lendo textos de terapia ocupacional pra poder conversar com a Beatriz, pra poder discutir com ela um projeto de terapia ocupacional, o que vale para os outros profissionais também como os assistentes sociais, os enfermeiros”. (Tomás)

Contrariando os relatos de Fátima e de Tomás, para a psicóloga Elaine não há uma direção teórico-clínica definida no CERSAM 'X'. Em sua visão, os casos, quando discutidos em equipe, não são refletidos segundo uma lente teórica. Elaine, contudo, afirma fazer uma clínica com bons resultados graças ao referencial psicanalítico:

“Aqui no CERSAM 'X' você não consegue definir qual é a direção clínica, eu não posso dizer que aqui existe uma direção clínica nomeada, a psicanálise, o behaviorismo, o existencialismo, não. (...). Então, quando a gente discute os casos, a gente não discute à luz de uma teoria. Acho que a gente conta muito a história de cada paciente, agora, o que fazer com essa história que a gente conta e conta... Você vai lá em cima, está todo mundo contando a história inteira do paciente, mas a reflexão sobre a história que a gente está contando, a gente não faz. (...). Eu consigo fazer uma clínica, uma escuta, uma assistência, um atendimento onde eu vejo muito bom resultado e se não fosse a psicanálise eu não estaria aqui. Eu fico me perguntando como conseguem sem a psicanálise porque a psicanálise ajuda demais a você escutar e essa escuta é fundamental. (...).

Embora Elaine pontue a importância de se adotar uma abordagem teórica para utilizá-la como ferramenta para o exercício da escuta e da clínica, a entrevistada observa em seguida que mais importante que adotar uma abordagem teórica é ter o desejo de atender o paciente, frisando que a responsabilidade pelos casos não pode ficar anônima. O desejo de atender o paciente – que provavelmente se desdobra na disposição para a escuta, na disponibilidade para estar com o paciente e se responsabilizar pelo cuidado a ele – se mostra importante, pois seria responsável pela melhora do mesmo:

“Mas apesar disso, (...) eu entendo dessa forma, que é o desejo de cada um aqui dentro que faz o serviço funcionar de uma certa forma que permite que os quadros evoluam e, na maioria dos casos, evoluam pra melhora sem precisar ter lá a psicanálise. (...). O que a gente nunca deve esquecer aqui é o desejo de cada um de atender cada caso e nunca esquecer que a responsabilidade aqui dentro não pode ficar anônima. (...). Em

qualquer serviço onde se trabalha com uma equipe multidisciplinar, se a responsabilidade fica anônima, o sujeito que está procurando atendimento fica à deriva”. (Elaine)

Embora a “*formação*” teórica seja importante para evitar a angústia que provoca o “nada saber” (ONOCKO CAMPOS, 2005), tornando, no caso do CERSAM, o papel de técnico de referência menos árduo para os profissionais, AMARANTE (2003) nos lembra o posicionamento dos italianos no que se refere à direção teórico-clínica nos serviços advindos do processo da reforma psiquiátrica. Conforme o italiano DELL’ACQUA, por exemplo, “o ideal seria não haver nenhuma supremacia ou hegemonia de teoria ou corrente clínica” dentro dos serviços, pois o importante seria não reduzir a intervenção à forma única e exclusiva de uma teoria ou corrente clínica, permitindo aos novos serviços produzir novos conceitos e/ou práticas inovadoras (AMARANTE, 2003: 60).

7.4.3. A atenção às pessoas em situação de crise no cotidiano: narrativas e cenas assistenciais.

Em geral, os CERSAMs possuem, além da figura do técnico de referência, alguns recursos terapêuticos ou dispositivos assistenciais para assistir a pessoa em situação de crise dentro do serviço. Assim, no interior dos CERSAMs é comum encontrarmos os seguintes dispositivos assistenciais: 1) a permanência-dia, cuja oferta terapêutica envolve, em geral, práticas grupais tais como: grupos de usuários e oficinas terapêuticas; 2) a hospitalidade noturna/SUP, oferecendo leitos para pernoite dentro do CERSAM e retaguarda psiquiátrica do SUP, em caso de necessidade; 3) o ambulatório de crise.

Em relação ao dispositivo permanência-dia, o repertório de grupos e oficinas terapêuticas e a dinâmica de funcionamento destes podem variar, em cada CERSAM, segundo a maneira como cada equipe compreende o ‘para que’ dos grupos, a finalidade das oficinas terapêuticas na permanência-dia, a proposta assistencial da permanência-dia e a contribuição dos grupos e oficinas terapêuticas aos projetos terapêuticos dos pacientes.

A Permanência-Dia no CERSAM 'X'

Conforme vimos no início deste capítulo (item 7.1), no período em que a pesquisa foi realizada no CERSAM 'X' – período no qual a professora Emiliana e os estagiários de terapia ocupacional estavam de férias – não houve oferta de oficinas terapêuticas, grupos ou assembleias de pacientes (também não houve reunião de familiares), havendo a oferta do espaço físico em si para os pacientes inseridos em permanência-dia e a organização de dois passeios (ambos em um parque público) para os mesmos.

Assim, os pacientes-dia – em média 50 por turno – acabavam ocupando, no dia-a-dia, o espaço externo ou o interior do serviço como melhor lhes convinha. Alguns permaneciam grande parte do tempo deitados em colchonetes no jardim ou sentados nos sofás, fumando e/ou conversando, outros preferiam ouvir música no espaço da garagem ou jogar pebolim na área coberta por tenda, alguns se ocupavam de fazer demandas à copeira, solicitando beber mais café ou repetir a refeição e outros adentravam na sala de plantão para fazer demandas diversas aos plantonistas.

Conforme os relatos abaixo, todos os profissionais são unânimes em afirmar que a permanência-dia é um dispositivo assistencial que precisa ser repensado, reavaliado e refletido a fim de adequá-lo à proposta assistencial do serviço.

Para o profissional Tomás, é preciso pensar a permanência-dia não como contenção ou mera permanência dentro do serviço. Para isso, Tomás acredita que a presença de outros discursos no CERSAM 'X', como o da Terapia Ocupacional, por exemplo, podem ajudar a pensar a permanência-dia como construção de possibilidades para a pessoa que está sendo tratada dentro do CERSAM:

“Eu acho que a gente precisaria, principalmente, pensar a construção de uma permanência-dia que não seja só uma permanência, mas o que se faz nesta permanência aqui. O CERSAM carece de outros discursos. (...) Os discursos predominantes no nosso CERSAM são os discursos psiquiátrico e o psicanalítico. Não

*sei se por um excesso de psicólogos que a gente tem aqui. (...). Acho que a gente precisa muito se valer de outros discursos aqui, como o da Terapia Ocupacional. (...). E a permanência-dia poderia, acho que isso é um projeto pro CERSAM, ser mais utilizada neste sentido, não só da permanência como contenção, mas a permanência como construção de uma outra via pra pessoa que está aqui dentro. Isso acontece muito nas oficinas, acho que as estagiárias de T.O. têm sido brilhantes aqui, no trabalho que elas têm feito, e precisaria ser uma prática constante dentro do CERSAM”. – **Ao invés de ser uma prática marcada por recessos quando os estagiários entram em férias?** “Exato. (...). Então, carece muito da utilização destes outros recursos, principalmente no espaço da permanência-dia. Acho que isso faria funcionar de uma maneira mais humana até, com relação ao paciente”. (Tomás)*

Para quatro profissionais abaixo o principal problema da atual permanência-dia é a falta de oferta terapêutica para os pacientes-dia.

Na visão de Mauro, a permanência-dia, junto à hospitalidade noturna e o SUP, é o principal recurso assistencial substitutivo ao hospital psiquiátrico, por isso, este recurso assistencial deveria ser mais investido em sua capacidade de oferta terapêutica. Conforme Mauro, é importante oferecer “atividades” que ocupem o paciente em crise. As oficinas terapêuticas teriam um efeito apaziguador das demandas que emergem no momento da crise, evitando-se o uso excessivo do recurso medicamentoso:

“Acho que a permanência-dia é o principal recurso como substitutivo à internação, ao hospital psiquiátrico, então, sem ela, sem a hospitalidade noturna também, para os casos mais graves e, inclusive, esse acolhimento do SUP, a gente não consegue fazer essa substituição ao hospital psiquiátrico. (...). A única crítica que eu tenho a fazer é que (...) a gente precisaria ter uma permanência-dia onde o paciente ficasse mais inserido em atividades, então, isso demanda mais profissionais. Existem outras cidades do Brasil que têm os CAPS (...) onde as prefeituras têm os cargos de oficinairos e acompanhantes terapêuticos. (...). Acho que a gente precisava ter isso no CERSAM porque o paciente que está em crise precisa ser ocupado. Porque senão a gente fica só na base da medicação. O paciente, muitas vezes, agita ou tem uma demanda de

medicação que se ele estivesse inserido em alguma outra atividade isso não aconteceria. (...). O paciente com o tempo ocioso vai querer fugir, vai querer remédio toda hora, vai pedir café, cigarro. (...) A gente precisaria ampliar a nossa equipe com profissionais dedicados às oficinas, os chamados oficineiros (...) e os acompanhantes terapêuticos (...). (Mauro)

Concordando com a visão de Mauro, Tenório também fala sobre a falta de profissionais que possam oferecer aos pacientes-dia “atividades” que lhes preencham melhor o dia. Tenório, assim como Mauro, faz uma equivalência entre oficinas terapêuticas e “atividades”, podendo estas ser lúdicas, esportivas, de entretenimento ou outras:

“O fato é que falta, principalmente, profissional mais específico voltado pra essas coisas que pudessem dar ao paciente a oportunidade de ter atividades aqui que preenchessem melhor o dia dele. Já tivemos aqui, em outras ocasiões, mas não de forma regular, atividades como futebol, torneios de futebol, atividade física mesmo, na quadra, já tivemos o ‘dia da beleza’ que era uma atividade com resultados altamente positivos, mas de forma irregular, de forma esporádica. (...). Eu acho que é uma coisa ainda deficiente a parte de atividades, a parte de oficinas”. (Tenório)

Tal maneira de nomear as oficinas terapêuticas, como “atividades”, talvez esteja indicando uma concepção de oficina terapêutica como sendo um passa-tempo ou um apaziguador de demandas, o que ajuda a compreender, por exemplo, o fato das oficinas terapêuticas serem interrompidas por auxiliares de enfermagem para chamar os pacientes para receberem medicação (conforme vimos no relato de uma das estagiárias de terapia ocupacional no item 7.1) ou não serem realizadas pelos profissionais de nível superior, ocupando um lugar de “*menos valia, de segundo plano*”, conforme já vimos (ainda no item 7.1) na fala de um dos psiquiatras em reunião de equipe.

O relato da auxiliar de enfermagem Valesca revela seu olhar sobre o cotidiano do paciente-dia no CERSAM ‘X’. Sem oferta terapêutica, a permanência-dia parece perder a finalidade para alguns pacientes, a vinda ao CERSAM ficaria esvaziada de sentido:

“Sobre a permanência-dia eu acho que eles [pacientes] ficam com muito tempo livre, aí eles não têm o que fazer, então, eles reclamam, fumam muito, sentam e não têm muito o que fazer. Eu acho que poderia desenvolver mais trabalhos, mais oficinas porque não tem, de vez em quando acontece alguma coisinha, mas é muito raro. Tem paciente que nem gosta de vir por causa disso, não tem muito o que se fazer aqui. Então, ele toma remédio, almoça, senta um pouquinho, volta pra casa. Eu acho que poderia ter alguma coisinha pra poder melhorar essa estadia deles aqui no serviço”.
(Valesca)

Para a profissional Meire, a falta de oferta terapêutica na permanência-dia contribui para que os pacientes utilizem o CERSAM ‘X’ como se fosse uma “*pensão*”:

“Eu vejo, muitas vezes, pacientes na permanência-dia meio que inativos. Inativos eu não diria, mas deitados, dormindo. Eu fico pensando o que a gente pode fazer pra melhorar essa permanência-dia. (...). Quando a gente vê esse pessoal deitado, sem fazer nada, talvez usando o CERSAM como uma pensão em que eles vêm, tomam o remédio, tomam o café da manhã, almoçam, logo depois tomam de novo o café e vem o carro. Até que ponto? Isso eu acho que a gente tem que repensar, esse recurso, o que a gente está oferecendo e como isso está sendo utilizado. (...). Acho que a gente tem que repensar, re-inventar essa permanência-dia de uma forma mais criativa, buscar outras alternativas pra gente dar uma vida pra essa permanência-dia porque, às vezes, eu acho ela muito esvaziada”. (Meire)

A permanência-dia no CERSAM ‘X’ ainda apresenta, conforme outra profissional, uma superlotação de pacientes, o que desfavorece a própria assistência aos mesmos. A superlotação de pacientes-dia seria, na avaliação da profissional Bárbara, um dos motivos para fazer da permanência-dia palco de situações adversas como falta de refeições, desentendimentos, episódios de agressividade e uso de drogas dentro do serviço.

O relato de Bárbara revela ainda que com a atual configuração dos processos de trabalho no CERSAM ‘X’ – dois turnos dedicados aos plantões, um turno dedicado ao ambulatório de crise e um turno dedicado à reunião de equipe – não há tempo para os profissionais de nível superior se dedicarem às oficinas terapêuticas. Assim, o relato de Bárbara revela também o quão distantes os técnicos de referência podem estar dos pacientes-dia no cotidiano da permanência-dia:

“Permanência-dia aqui tem dia que tem cinquenta pacientes, cinquenta e tantos pacientes inscritos e se você for avaliar cada caso, não são todos os casos que deveriam estar aqui (...). Então, você vê que às vezes o almoço não dá, falta pão porque vai além do que se esperava. Às vezes aqui fica muito agitado porque está muito cheio, os pacientes têm algum desentendimento, ficam muito agressivos. Às vezes a gente perde o controle também do tanto de gente que vem, a gente sabe de casos que trazem drogas aqui pra dentro, a gente fica sabendo só depois que usou (...). Acho que na permanência-dia a gente tem que ter mais coisas pra oferecer, a gente fica pensando isso, das oficinas, (...) a gente tinha uma proposta antes de todos os profissionais fazerem oficinas, mas acaba que o dia-a-dia ... Fica aquele dia-a-dia corrido, sabe? Você entra na rotina porque são dois dias de plantões, um dia de ambulatório e um dia de reunião, então, fica tomado. No plantão não dá pra você fazer oficina, não dá pra você sair do plantão. No dia do ambulatório, o ambulatório está lotado. Então, isso acabou se perdendo e hoje só as estagiárias de T.O. fazem oficinas e a Beatriz [nome fictício] (...) faz os passeios (...). Acho que a gente tinha que tentar alguma coisa, às vezes o usuário fica aí sentado, vendo o dia passar, não tem nada pra fazer”. (Bárbara)

O pouco contato entre técnico de referência e paciente-dia no cotidiano da permanência-dia aparece no relato da auxiliar de enfermagem Carmina. Em sua avaliação, há técnicos de referência que não conseguem conversar com seus pacientes ou sequer saber se os mesmos vieram ao serviço:

“Muitos pacientes, a gente escuta, muitos pacientes que vêm, às vezes estão necessitando serem ouvidos pelo técnico de referência ou pelo psiquiatra e eles falam assim: “ah, pra que eu venho? Eu venho todo dia, falo com o fulano que eu quero conversar e ele diz: amanhã, amanhã”. E eu vejo que ele passa a semana inteira e não conversa ou, então, o técnico de referência nem está sabendo que o paciente veio, pede pra ele vir, ele vem e o técnico nem está sabendo que ele está aí. Acho que isso é muito frágil, em relação a ouvir. Porque é um monte de paciente pra cada técnico, mas o técnico, às vezes, nem sabe se o paciente veio ou se não veio, fica sabendo pelo livro [de comunicação interna], em troca de plantão (...). Às vezes o paciente vem, vai embora e o técnico nem sabe”. (Carmina)

O relato acima de Carmina chama a atenção para o risco de haver, na permanência-dia, pacientes cujos projetos terapêuticos não estejam sendo reavaliados e reformulados amiúde pelos técnicos de referência. Assim, a tendência seria ter uma permanência-dia cada vez mais cheia de pacientes e cada vez menos assistida pelos técnicos de referência.

Tal situação é mencionada no relato abaixo de Alice. Para Alice, há sempre o risco de o paciente se cronificar no CERSAM caso sua inserção na permanência-dia não seja algo planejado, fazendo parte do projeto terapêutico:

“(...) A permanência-dia tem como objetivo, a priori, ser algo dentro de um projeto terapêutico, ou seja, que tenha já uma perspectiva de tirar o paciente da permanência-dia quando ele estiver bem. E nesse processo a gente encontra uma série de entraves. Às vezes a família não recebe bem o retorno, a saída do paciente dessa permanência-dia (...). Às vezes tem uma resistência do próprio paciente em sair da permanência-dia, aqueles casos que a gente fala que cronificou na permanência-dia (...). Então, tem sempre que estar revendo, definindo certos critérios para o paciente estar em permanência-dia, pra você não ter uma sobrecarga e ficar com paciente em permanência-dia sem necessidade. A permanência-dia, a priori, é para o paciente que está em crise (...), justamente porque a gente não quer cronificar o paciente aqui. Porque, de repente, você corre o risco de repetir a rotina do hospital psiquiátrico, do manicômio. O CERSAM veio com o intuito de fazer um trabalho novo em cima do

paciente portador de sofrimento mental que não seja a cronificação no serviço de atendimento”. (Alice)

Os profissionais descreveram, com seus relatos acima, como vêem a realidade cotidiana da permanência-dia no CERSAM ‘X’: pouca ou nenhuma oferta terapêutica, número elevado de pacientes inseridos, ocorrência de situações adversas (quantidade insuficiente de refeições, desentendimentos e episódios de agressividade entre os pacientes e até uso de drogas dentro do serviço), pouco contato entre técnicos de referência e pacientes-dia e casos de pacientes que se *cronificam* no serviço.

Durante o período em que estive no CERSAM ‘X’ pude observar situações e cenas assistenciais que revelaram alguns aspectos dessa realidade cotidiana descrita nos relatos dos profissionais sobre a permanência-dia.

A seguir faço o relato de uma tarde em que observei a dinâmica da permanência-dia no CERSAM ‘X’.

Eram 12:10h de uma quarta-feira quando cheguei ao CERSAM ‘X’. Havia cerca de 40 pacientes-dia, estando a maioria na área externa. Alguns deles estavam deitados em colchonetes no jardim, outros estavam sentados em sofás numa pequena área coberta por uma tenda, alguns já aguardavam a chegada do almoço sentados nas cadeiras do refeitório, outros se encontravam próximos ao portão conversando com o porteiro e alguns apenas andavam a esmo pela área externa.

Às 12:30h uma Kombi chegou trazendo o almoço e, em seguida, outra Kombi chegou trazendo mais oito pacientes-dias. Dentre eles havia um paciente, cujo pseudônimo será Pablo, que chegou amparado pelo motorista, pois não conseguia se sustentar em pé. Ainda no jardim Pablo acabou caindo. Uma das auxiliares de enfermagem, ao ver a cena, se aproximou de Pablo e solicitou a outro paciente que avisasse ao plantão o ocorrido. A auxiliar de enfermagem explicou-me que Pablo sofria de uma “*epilepsia atípica*” e acabara de apresentar uma convulsão.

Passados alguns minutos Pablo conseguiu se sentar. A auxiliar de enfermagem se afastou, deixando Pablo sozinho na grama. Pablo permaneceu sentado na grama até que um

outro paciente-dia, Jessé, decidiu carregá-lo até à sala de recepção. Com dificuldade Jessé carregou Pablo e colocou-o deitado no meio da sala de entrada onde outros pacientes aguardavam, sentados em bancos, atendimento ambulatorial.

Embora Pablo estivesse deitado no meio da sala de entrada, naqueles breves minutos nenhum profissional o viu, já que estavam ou nos consultórios fazendo atendimentos, ou na sala de plantão, ou, no caso dos auxiliares de enfermagem, na área externa, na farmácia ou no posto de enfermagem. Novamente, foi o paciente Jessé que carregou Pablo até à sala de leitos, onde duas auxiliares de enfermagem separavam medicamentos dentro do posto de enfermagem.

Deitado em um dos leitos, Pablo apresentava os membros inferiores e superiores enrijecidos, tinha também um aspecto precário: vestes sujas, unhas grandes e escuras, higiene precária, barba crescida, cabelo em desalinho.

Aproximei-me do posto de enfermagem e perguntei a uma das auxiliares de enfermagem, Paola (nome fictício), sobre o caso de Pablo ao que ela respondeu-me: *“ele é assim mesmo, tem uma epilepsia atípica”*. Em seguida, Paola comentou comigo o estado precário de Pablo e se aproximou dele para aferir seus dados vitais. Pablo apresentava temperatura normal, mas pulso e pressão arterial um pouco elevados. Paola voltou para o posto de enfermagem para registrar os dados vitais de Pablo no Prontuário Eletrônico³.

Já eram 13h quando me lembrei que o almoço já havia sido servido aos pacientes-dia. Perguntei às auxiliares se Pablo iria almoçar. Paola, ainda usando o computador, comentou que seria preciso ir à cozinha e pedir à cozeira para guardar um prato de refeição para Pablo. Como Paola e a outra auxiliar mantinham-se ocupadas, acabei me oferecendo para ir à cozinha, ao que ambas concordaram. Voltei ao posto de enfermagem para avisar que a refeição de Pablo estava separada na cozinha. Pablo, ainda deitado no leito, comentou estar com fome.

Após meia hora, Paola saiu do posto de enfermagem e retornou com a refeição de Pablo, entregando-lhe o prato de comida e uma colher. Pablo, sentado no leito, pôs-se a

³ No posto de enfermagem, assim como nos consultórios, na recepção e na sala de plantão, há um computador no qual os auxiliares de enfermagem acessam o “Sistema Gestão” e fazem registros nos Prontuários Eletrônicos.

comer sozinho, mesmo apresentando dificuldade para pegar o talher e levá-lo do prato à boca.

Eram 14:20h quando ouvi uma gritaria vindo da área externa. Saí da sala de leitos e vi que uma paciente estava agredindo, a chineladas, outra paciente. Ambas disputavam o mesmo sofá para se sentar. Uma auxiliar de enfermagem e o recepcionista, que saíra correndo da recepção, apartaram as pacientes. Nenhum dos plantonistas viu a cena de agressão. O serviço parecia tumultuado, tanto a área externa quanto a sala de entrada estavam cheias de pacientes.

Só após alguns minutos uma das plantonistas apareceu, indo até a área externa onde a paciente Valma (nome fictício), ainda segurando o chinelo, mostrava-se bastante exaltada. A plantonista pediu à paciente para não agredir mais ninguém, contudo, Valma acabou agredindo outra paciente que estava próxima. A plantonista pediu, então, que a auxiliar de enfermagem e o recepcionista segurassem Valma e a levassem para a sala de leitos para ser contida.

Na sala de leitos Pablo continuava deitado, parecia prostrado e desde o momento em que chegou ao serviço não havia sido visto por nenhum plantonista ou por seu técnico de referência.

Já eram 14:45h quando o lanche da tarde já havia sido servido aos pacientes-dia. Pablo, contudo, não conseguiu sair do leito para ir até o refeitório lanchar. Aproximei-me do posto de enfermagem onde a auxiliar Paola administrava medicamentos a alguns pacientes-dia. Ao ver-me, Paola perguntou-me se eu poderia ir à cozinha, novamente, para pedir à copeira para separar o lanche de Pablo. Fui à cozinha e retornei ao posto de enfermagem para avisar que o lanche de Pablo estava separado.

Às 15h fui à área externa e vi que o serviço já estava mais esvaziado, alguns pacientes já haviam ido embora. Eram 15:30h quando a paciente Valma foi liberada da contenção pelas auxiliares de enfermagem e voltou para a área externa. Valma ficou contida no leito por quase uma hora e durante o tempo em que esteve contida nenhum dos plantonistas a viu. Após sair da contenção física também não foi abordada por nenhum profissional para conversar sobre o episódio de heteroagressão ocorrido.

Pablo continuava no leito, ainda não havia lanchado. Um dos pacientes, Breno, o ajudou a ir ao banheiro, amparando-lhe pelo braço. Depois, a auxiliar Paola foi à cozinha e lhe trouxe o lanche. Pablo lanchou e permaneceu no leito até o momento de ir embora.

Por volta das 17h Pablo foi chamado por uma das auxiliares de enfermagem para ir embora. Com alguma dificuldade Pablo conseguiu levantar-se sozinho do leito e caminhar até a Kombi. Observei que Pablo foi embora sem ter sido abordado por seu técnico de referência, que estava atendendo pacientes ambulatoriais, ou pelos plantonistas que sequer o viram caído tanto na grama do jardim, quando chegou ao serviço, quanto na sala de entrada, quando entrou carregado pelo paciente Jessé. Durante o período em que estive no serviço, embora tivesse recebido medicação e refeições, Pablo não recebeu cuidados com relação ao seu aspecto geral, mantendo-se com roupas sujas, unhas grandes, barba crescida e higiene precária.

Conforme dito na Introdução, a assistência em saúde e, sobretudo, em saúde mental, passa pela interação e comunicação entre profissional e paciente e contém, conforme a abordagem psicossociológica, uma dimensão intersubjetiva. De acordo com a abordagem psicossociológica, a dimensão intersubjetiva abarca os processos identificatórios e os elementos contra-transferenciais que emergem numa situação de relação.

Os processos identificatórios são importantes na definição dos limites e possibilidades do olhar sobre o outro e do cuidado com o outro nos serviços de saúde. No CERSAM, o contato cotidiano com o intenso sofrimento psíquico dos pacientes, com a situação de fragilidade e, no caso de Pablo, de precariedade e depauperação, pode gerar mecanismos defensivos nos profissionais para fazer face ao sofrimento que esse contato lhes provoca, pois “(...) estar em contato significa expor-se a afetos e, portanto, a ser afetado” (ONOCKO CAMPOS, 2005: 579).

Conforme SÁ (2005), o trabalho em saúde, por se constituir como um trabalho de intervenção de um sujeito sobre outro, em suas experiências de vida, de dor e de sofrimento, por envolver o contato com o outro e sua vulnerabilidade, é altamente exigente de trabalho psíquico. Tal trabalho psíquico, entendido enquanto os processos inconscientes, as fantasias, as identificações com o outro e também os mecanismos de defesa contra o

sofrimento, é o que, em alguns casos, gera, paradoxalmente, a indiferença, a omissão e o descuido (SÁ, 2005).

Poder-se-ia supor que o próprio estado precário de Pablo, com vestes sujas, unhas grandes e escuras, barba crescida e higiene precária, além do quadro de “*epilepsia atípica*”, poderiam despertar nos profissionais do CERSAM mecanismos de defesa como, por exemplo, a banalização de seu sofrimento: “*ele é assim mesmo*”, como disse a auxiliar de enfermagem Paola, minimizando a situação de fragilidade de Pablo e contribuindo para que o mesmo não recebesse cuidados com relação ao seu aspecto geral.

Os casos de Pablo e Valma ilustram, assim, um pouco o cotidiano e a dinâmica de funcionamento da permanência-dia no CERSAM ‘X’. Conforme os próprios profissionais expuseram em seus relatos, a permanência-dia tem sido um dispositivo assistencial pouco investido. De um lado, a falta de oferta terapêutica (como grupos de pacientes e oficinas terapêuticas) e o número elevado de pacientes-dia parecem contribuir para uma permanência-dia atravessada por *passagens ao ato* (episódios de heteroagressividade entre os pacientes-dia, por exemplo) e cenas de contenção física (como ocorreu com Valma).

Por outro, a escassez de recursos humanos – apontada no relato do profissional Mauro – e a própria configuração dos processos de trabalho no CERSAM ‘X’, ou seja, a forma de divisão das tarefas, neste caso, das práticas assistenciais dos profissionais de nível superior – dois turnos dedicados ao plantão, um turno dedicado ao ambulatório de crise e um turno dedicado à reunião de equipe – não permite aos profissionais dedicarem nenhum turno à permanência-dia. Tal configuração organizacional parece favorecer os atendimentos de plantão e de ambulatório, mas desfavorecer a proximidade entre técnico de referência e paciente-dia no cotidiano, abrindo brecha para a pouca escuta, para o espaçamento das reavaliações dos projetos terapêuticos, para o risco de invisibilidade do paciente-dia dentro do serviço e para o não vínculo deste paciente com o serviço.

Poder-se-ia pensar que a atual configuração dos processos de trabalho no CERSAM ‘X’ contribuiria para exercer o que DEJOURS (1999: 31) denominou de “pressão para trabalhar mal”, ou seja, os profissionais de nível superior estariam compelidos a oferecer uma assistência diferente ou distante da proposta assistencial do serviço, em parte, por causa da atual configuração organizacional.

Conforme a análise de ENRIQUEZ (1997: 83), há sempre o risco de o modo de funcionamento dentro de uma organização adquirir “progressivamente sua *autonomia*: os objetivos são esquecidos, os meios tomados como fins (...)”. Nesse sentido, o modo de funcionamento ou os processos de trabalho se tornariam auto-centrados ao invés de centrados nos objetivos. No caso do CERSAM ‘X’, poder-se-ia supor que também haveria o risco de a atual configuração organizacional adquirir uma *autonomia*, ou seja, de o cumprimento dos turnos de plantão, de ambulatório de crise e de reunião de equipe pelos profissionais se tornar uma prática auto-centrada, sendo tomada como fim e não como meio e, em consequência, ser pouco centrada nos pacientes inseridos em permanência-dia.

Perante esse quadro, a possibilidade de mudança nas práticas assistenciais, a possibilidade do CERSAM oferecer uma assistência condizente com o imaginário de serviço antimanicomial, enunciado por seus profissionais, ficaria minimizada ou limitada. O desejo de cada técnico em atender o paciente – apontado anteriormente no relato da profissional Elaine – e que seria responsável pela boa evolução dos casos parece esmaecido diante do cotidiano da permanência-dia exposto acima.

A Hospitalidade Noturna e o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP)

Os CERSAMs, como vimos anteriormente (cap. 4), possuem um funcionamento 24h, todos os dias da semana, desde 04 de setembro de 2006. Cada CERSAM disponibiliza de quatro a seis leitos para o pernoite de pacientes-dia e todos os CERSAMs contam, em caso de necessidade, com a retaguarda psiquiátrica da equipe do SUP – formada por um psiquiatra, um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem, além de um auxiliar administrativo e um motorista – durante o período noturno (das 19h às 7h do dia seguinte).

A equipe do SUP presta retaguarda/atendimento aos sete CERSAMs por meio de ligação telefônica – *Assistência Terapêutica à Distância* – ou fazendo visita ao CERSAM solicitante através de uma ambulância do SAMU de uso exclusivo do SUP. Em caso de necessidade, a equipe do SUP poderá, por exemplo, levar para o SUP um paciente que, durante o pernoite em um dos CERSAMs, mostre necessidade de uma avaliação

psiquiátrica. Para isso, o SUP possui seis leitos para uso tanto de pacientes de pernoite dos CERSAMs, se necessário, quanto para os acolhimentos de casos novos. As ligações telefônicas entre o SUP e os CERSAMs são sempre gravadas e o uso do aparelho de FAX viabiliza o registro das prescrições medicamentosas à distância (SILVA et. al., 2006: 10).

O CERSAM 'X' possui quatro leitos para o pernoite de pacientes-dia que necessitem desse recurso assistencial. A equipe noturna do CERSAM 'X' é composta por um porteiro e dois auxiliares de enfermagem. Estes trabalham em rodízio e também fazem plantões durante o dia, seguindo uma das premissas do projeto da Hospitalidade Noturna, qual seja: a de que os auxiliares de enfermagem conheçam os pacientes-dia não apenas no momento do pernoite, mas também durante a permanência-dia, evitando-se, assim, uma ruptura na atenção aos pacientes-dia. Essa alternância de plantões, na qual o auxiliar de enfermagem ora trabalha à noite, ora trabalha durante o dia, também evita que haja uma separação entre equipe de auxiliares de enfermagem da noite e equipe de auxiliares de enfermagem do dia, mantendo uma integração entre os turnos do serviço.

Entre os profissionais entrevistados do CERSAM 'X' é consensual a opinião de que os dispositivos 'hospitalidade noturna' e SUP vieram para melhorar a assistência às pessoas em situação de crise. Nos relatos abaixo, os profissionais afirmam que esses dois dispositivos lhes deram autonomia para oferecer um cuidado dia e noite à pessoa em situação de crise, sem precisar recorrer aos leitos de pernoite de outros CERSAMs (como vimos no capítulo 4, só dois CERSAMs funcionavam 24h até 2006) ou de hospitais psiquiátricos.

Os relatos de Tomás, Letícia e do gerente do serviço revelam grande otimismo com relação ao atual funcionamento da hospitalidade noturna dentro do CERSAM 'X' e da retaguarda do SUP. Para Tomás, a hospitalidade noturna representa um grande avanço, tendo contribuído, inclusive, para que os auxiliares de enfermagem ganhassem autonomia no trabalho assistencial:

“Acho que foi um avanço muito grande a hospitalidade noturna porque antes era o [CERSAM] 'Y' e o [CERSAM] 'A', então, toda a hospitalidade noturna da cidade se concentrava nesses dois CERSAMs, o que tornava a nossa prática muito difícil aqui.

Porque ia chegando cinco, seis horas da tarde, para os plantonistas da tarde era muito angustiante, você não sabia o que fazer com os pacientes porque raramente tinha vaga, era uma disputa muito grande pelas vagas. Tinha que mandar [paciente] pra casa, muitas vezes o paciente não tinha condição de ir pra casa, então, se pesava a mão no psicofármaco, o que não é muito diferente de uma camisa de força, só que química. Acho que foi um avanço. (...). Inclusive, os próprios auxiliares de enfermagem ganharam uma autonomia que eu acho importante no trabalho deles. Eles têm um saber na prática ali que eles mesmos não se dão conta da riqueza desse saber, porque são eles que lidam diretamente, vinte e quatro horas, com o paciente. (...). Acho que está dando certo, (...) mesmo porque os pacientes que ficam na hospitalidade noturna são os pacientes que a gente já conhece. Os que chegarem mais agudos, mais graves ou muito agitados, normalmente, vão pro SUP mesmo”. (Tomás)

A hospitalidade noturna também permitiu ao CERSAM ‘X’ romper o vínculo que ainda mantinha com o hospital psiquiátrico quando da necessidade de leitos de pernoite:

“Pra você ver, a gente já tem um tempo que está com a hospitalidade e a gente vê que tem menos problemas e mais soluções. (...). É até melhor do que antes, quando a gente tinha dois CERSAMS que tinham pernoite e você tinha que ficar procurando essa vaga. Às vezes a gente mandava muito mais usuário pra casa por não ter mesmo vaga ou, então, a gente internava no ‘Galba’ e ‘Raul’ [hospitais psiquiátricos]. Acontecia muito isso, pernoitar no ‘Galba’ ou ‘Raul’ e retornar pra cá de dia. E o próprio ‘Galba’ e o ‘Raul’ viviam dizendo pra nós: “uai, vocês não têm pernoite? Por que vocês estão internando aqui?” Usavam bem a palavra internar, não era nem pernoitar porque abria uma A.I.H, uma autorização de internação. Então, eles viviam jogando isso na cara da gente e com razão”. (Letícia)

“Com relação à hospitalidade noturna, primeiro, pra nós caiu do céu. Porque antes, (...) eram só o [CERSAM] ‘A’ e o [CERSAM] ‘Y’ com pouquíssimos [leitos]. (...) Então, pra você levar paciente pro [CERSAM] ‘A’, pro ‘Galba’ e pro ‘Raul’ [hospitais

psiquiátricos], que eram os outros lugares que a gente recorria, era super-complicado. (...). O que a hospitalidade veio resolver, no nosso caso, é que todos os dias nós tínhamos que mandar 100% da clientela que poderia passar a noite aqui, que não tinha condição de ir pra casa, tinha que ser colocada em algum serviço. Já aconteceu da gente colocar usuários nossos no CERSAM 'A', no CERSAM 'Y' e no 'Galba', no mínimo em três serviços e imagina isso no outro dia, pra buscar e tudo". (Gerente)

Nos relatos abaixo, os profissionais, embora compartilhem da opinião de que a hospitalidade noturna e o SUP trouxeram melhoria para a assistência à pessoa em crise, fazem uma avaliação menos idealizada e mais crítica sobre o atual funcionamento desses dispositivos assistenciais.

Para a profissional Alice, junto à autonomia proporcionada pela hospitalidade noturna, ou seja, a não dependência de leitos-noite de outros CERSAMs ou dos hospitais psiquiátricos, veio também a responsabilidade pelo cuidado ao paciente durante à noite dentro do serviço:

“Eu acho assim, a hospitalidade noturna foi muito boa no sentido da gente poder ter uma autonomia pra colocar os casos que a gente acha que precisa de pernoite. (...) Deu uma autonomia pra gente porque antes, quando tinha caso que precisava de pernoite, tinha que negociar com outro CERSAM que também tinha os casos graves dele. (...). Deu essa autonomia, por outro lado, deu também a carga de responsabilidade, da gente ser responsável, do serviço ser responsável pelo que acontecer com esse paciente à noite aqui. Então, é uma responsabilidade grande esse paciente estar sendo bem olhado ali, à noite, com os auxiliares de enfermagem”. (Alice)

Para outro profissional, a implantação dos dois dispositivos representa um avanço, contudo, seria melhor se houvesse, em cada CERSAM, uma equipe noturna formada por auxiliares de enfermagem e um técnico de nível superior, preferencialmente um enfermeiro, para gerenciar o serviço à noite:

“Acho que foi um grande avanço na saúde mental de Belo Horizonte a implantação da hospitalidade noturna e do SUP. (...) Já poderia e deveria ter sido implantado antes. A forma de funcionar eu vejo como boa e correta, mas eu acho que o ideal seria a gente ter um grupo de profissionais, em cada CERSAM, que pudesse ser mais completo e que talvez não dependesse tão diretamente do SUP. A gente poderia ter aqui, além dos dois técnicos de enfermagem, também um técnico de curso superior gerenciando o serviço à noite ou comandando o serviço, de preferência, um enfermeiro. Mas uma vez que isso não existe, que não foi possível implantar dessa forma, não sei por quais motivos, se foi por motivos econômicos, o fato é que da forma como está sendo conduzida não é o ideal, mas tem funcionado adequadamente. (...) O SUP tem dado todo o apoio, (...) supre essa lacuna da ausência do profissional de curso superior aqui com essas ligações gravadas, com a ambulância vindo aqui se for necessário, acho que tem funcionado bem”. (Tenório)

O relato da auxiliar de enfermagem Valesca dialoga com o relato acima de Tenório. Conforme sua vivência em dois plantões noturnos no CERSAM ‘X’, Valesca avalia que o auxiliar de enfermagem, à noite, sofre certo abandono. Apesar de avaliar positivamente a retaguarda do SUP aos auxiliares que fazem o plantão noturno nos CERSAMs, Valesca acha insuficiente contar apenas com essa retaguarda. Nesse sentido, compartilha da opinião de Tenório de que a hospitalidade noturna nos CERSAMs também poderia contar com a presença de um enfermeiro:

“Sobre a hospitalidade noturna eu acho que podia ter um pouco mais de retaguarda, eu acho o SUP insuficiente, eu trabalhei duas vezes só, foram dois plantões, apesar de que eles [SUP] fazem o possível, ajudam, se precisar vir até aqui vêm, se precisar medicar vêm medicar, se precisar levar o paciente buscam aqui o paciente e o levam. Mas pro funcionário que trabalha aqui à noite, eu acho que ele fica um pouco abandonado. Porque o SUP fica a uma certa distância daqui, até eles se deslocarem de lá até aqui, eu acho um tempo bem longo e acho que muita coisa pode acontecer. Graças a Deus até hoje não aconteceu nada disso, mas eu acho que poderia ter um

enfermeiro no setor [CERSAM] também, um psiquiatra eu acho que nem tanto, mas pelo menos um enfermeiro pra poder te dar um pouco mais de respaldo (...). (Valesca)

Para a psicóloga Elaine, o atual funcionamento da hospitalidade noturna precisa ser reavaliado, pois já não corresponde muito à sua proposta inicial. Na experiência cotidiana, nem sempre o paciente-dia pernoita no CERSAM onde se trata durante o dia. Além disso, Elaine avalia como necessária a ampliação do número de leitos-noite no CERSAM ‘X’:

“Acho que tem alguns pontos que a gente precisa esclarecer porque se já tem dois anos, é claro que tem que reavaliar. Então, coisas do tipo, a idéia da hospitalidade noturna funcionar sem um médico, sem um técnico, só com auxiliar de enfermagem era qual? A de que o paciente que vai dormir é o paciente que aquele auxiliar de enfermagem conhece porque está no serviço. E hoje já se fala de paciente dormir em outro CERSAM, mas no outro CERSAM o auxiliar de enfermagem que está lá não conhece o paciente, e aí? Cai um pouco a coisa da idéia teórica da hospitalidade noturna. Como vai ser o futuro eu não sei, mas eu acho que, hoje em dia, nenhum CERSAM abriria mão da hospitalidade noturna. (...). Acho que o que todo CERSAM deve estar exigindo é melhora da condição da hospitalidade noturna, nós queremos mais leitos porque quatro está pouco. Quando puserem oito leitos vão ter dez pacientes? Sim. Mas que bom se nós pudermos atender ao invés de só quatro, atender oito. Acho que a idéia é poder expandir mesmo”. (Elaine)

Divergindo da opinião acima de Elaine, a profissional Meire aponta para o risco do uso sem necessidade dos leitos-noite, caso seja ampliada a sua oferta:

“Às vezes eu fico me perguntando, porque a gente tem quatro vagas e a gente está sempre com mais pacientes, “será que o objetivo seria criar mais vagas?” Não sei. Não sei se é esse o objetivo. Talvez com mais vagas a gente coloque pessoas que não têm necessidade. Porque essa coisa da Kombi, por exemplo, muita gente utiliza a

Kombi sem necessidade. (...) A hospitalidade noturna tem quatro vagas, eu não saberia responder: se a gente aumentar, vai resolver? Eu não sei. (...)”. (Meire)

Para a psicóloga Fátima, é preciso ter cautela quanto ao uso do dispositivo hospitalidade noturna para não caracterizar uma internação dentro do CERSAM e repetir o modelo manicomial de reclusão:

“Dentro da proposta você tem que tomar um certo cuidado se esse recurso noturno, de estar mais dentro do serviço, não caracteriza uma internação e a gente começa a funcionar com essa reclusão de novo, acho que isso tem que tomar cuidado. Mas na nossa experiência aqui eu entendo que não, acho que a gente está conseguindo sustentar essa proposta com esse recurso. É muito melhor porque antes, você tinha que recorrer a vagas, quando a situação estava muito grave, no ‘Galba Veloso’ e no ‘Raul Soares’ [hospitais psiquiátricos] e que, eu acho, era pior”. (Fátima)

Na visão da COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL (2004), as razões para se indicar o pernoite no CERSAM para determinado paciente não devem ser tão distintas daquelas que servem para colocá-lo em permanência-dia,

“essencialmente, aliás, é a mesma indagação que está em jogo: a gravidade do caso justifica e requer um acompanhamento mais constante? Nesse sentido, o risco de ocupação desnecessária ou abusiva de leitos num serviço 24 horas é diretamente proporcional ao uso desnecessário ou abusivo da permanência-dia” (COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, 2004: 03).

Assim, caberia ao profissional responsável pelo acompanhamento ao paciente, o técnico de referência, a constante avaliação das necessidades de cuidado do paciente e a

condizente indicação de recursos assistenciais, seja a permanência-dia, o pernoite ou outro recurso, dentro de um projeto terapêutico individualizado.

Um fato que observei durante a pesquisa de campo no CERSAM 'X' refere-se exatamente à ponderação feita no relato acima da profissional Fátima. No CERSAM 'X' havia pouca rotatividade de pacientes-dia nos leitos-noite. Alguns pacientes ficavam longos períodos inseridos na hospitalidade noturna, sendo que um deles esteve pernoitando todos os dias durante dois meses, tempo em que estive no serviço. Tal estadia prolongada na hospitalidade noturna causava preocupação em alguns profissionais que questionavam se a hospitalidade noturna não estaria ocupando a mesma função de uma internação, já que o paciente permanecia dia e noite no serviço, privado do contato com seu contexto social.

Além disso, a ocupação prolongada dos leitos-noite por alguns pacientes era empecilho para que novos pacientes usufríssem do recurso da hospitalidade noturna. Assim, era comum ler, nos registros do Livro de Comunicação Interna, que um ou outro paciente do CERSAM 'X' havia pernoitado em outro CERSAM por falta de vagas, já que os quatro leitos-noite do CERSAM 'X' costumavam estar ocupados com os mesmos pacientes.

Pelo menos dois fatores, observáveis no cotidiano, contribuía para a permanência prolongada de alguns pacientes na hospitalidade noturna do CERSAM 'X'. Primeiro, os casos conhecidos como '*casos sociais*', ou seja, os pacientes que viviam em situação de grande vulnerabilidade social, sem suporte ou referência familiar costumavam ter maior dificuldade em fazer, em pouco tempo, a passagem da hospitalidade noturna para o pernoite em casa ou em algum dispositivo social como, por exemplo, os albergues.

Segundo, a pouca proximidade entre técnico de referência e paciente-dia no cotidiano da permanência-dia desfavorecia a reavaliação amíúde do projeto terapêutico do paciente e, portanto, a reavaliação da necessidade de continuar usando o leito-noite. Assim, alguns pacientes tinham sua estadia prolongada na hospitalidade noturna por não terem seus projetos terapêuticos reavaliados com frequência.

Um terceiro fator, menos observável no cotidiano, diz respeito ao imaginário de crise, ou seja, às representações e concepções dos profissionais sobre crise, conforme já vimos no item 7.3 deste capítulo. Assim, um critério bastante utilizado por alguns

profissionais para manter o paciente em pernoite, por exemplo, era a sua avaliação da crise do paciente como sendo uma situação de risco para si e para o outro. Nesse sentido, a permanência prolongada na hospitalidade noturna teria a finalidade de oferecer proteção ao paciente e prevenir riscos a terceiros.

Em uma de minhas visitas ao CERSAM 'X' pude observar a dinâmica de funcionamento do turno noturno e a atenção dada aos pacientes durante este turno. Eram 18:50h de uma terça-feira quando as plantonistas Fátima, Alice e Beatriz finalizavam o plantão da tarde. O transporte já havia levado os pacientes-dia embora, ficando no serviço apenas quatro pacientes que estavam indicados para pernoitar.

Das três plantonistas, apenas Fátima ficaria até às 20h no CERSAM para fazer a passagem de plantão e enviar, por e-mail, os relatórios dos pacientes indicados para pernoite para a equipe do SUP. Cada relatório apresentava uma síntese do caso, contendo informações sobre o diagnóstico, os medicamentos em uso, o técnico de referência e o motivo de indicação de pernoite do paciente.

Às 19h chegaram os auxiliares de enfermagem da noite, Flora e Homero (nomes fictícios). Fátima terminou de digitar os relatórios e, em seguida, os enviou para o SUP via e-mail. Enviados os relatórios, Fátima ainda fez contato telefônico com o SUP e relatou, para a psiquiatra plantonista, as mesmas informações contidas nos relatórios.

Eram 19:20h quando Fátima finalizou o relato dos casos de pernoite à psiquiatra do SUP e iniciou a passagem de plantão. Novamente, Fátima fez o relato dos casos, agora para Flora e Homero. A passagem de plantão terminou às 20h quando Fátima se despediu da equipe noturna.

A auxiliar de enfermagem Flora pegou o Livro de Comunicação Interna para registrar o início do turno noturno. Usando uma caneta de escrita vermelha, Flora fez um cabeçalho escrevendo data, horário e nome dos plantonistas (incluindo o nome do porteiro). Depois, explicou-me que, geralmente, faz os registros sobre o pernoite dos pacientes no Livro de Comunicação Interna no fim do turno, por volta das 06:30h da manhã, quando é possível expor de maneira global a maneira como cada paciente passou o pernoite no serviço.

Às 20:10h acompanhei Flora até a área externa onde estavam o porteiro, o auxiliar de enfermagem Homero e os quatro pacientes. O aparelho de som estava ligado e dois dos pacientes, Jessé e Vanusa (pseudônimos), dançavam na garagem. Após alguns minutos o paciente Jessé se aproximou de Homero e reclamou que a paciente Vanusa estava lhe incomodando. Homero, que estava conversando com o porteiro, respondeu: “*Jessé, vai curtir a música*”. Jessé voltou para a garagem, mas em poucos minutos voltou a reclamar da paciente Vanusa com Homero. Este, tendo que interromper novamente sua conversa com o porteiro, advertiu Jessé, dizendo: “*se você reclamar de novo eu vou guardar o som, então, vai curtir a música*”. Jessé voltou para a garagem, mas não dançou mais.

Estava fazendo frio na área externa e um dos pacientes, Jéferson, decidiu entrar para deitar-se em um dos leitos. Outra paciente, Nazira, se aproximou de Homero e perguntou-lhe: “*você vai me levar embora agora?*” Homero explicou-lhe que não havia carro no serviço naquele momento. Nazira respondeu: “*então vou descansar*” e Homero comentou, sorrindo: “*é a melhor coisa que você faz*”. Nazira entrou e foi para a sala de leitos deitar-se.

Passados alguns minutos, Homero comentou sobre o frio que piorava e decidiu sair da área externa. Eu e o porteiro o acompanhamos até a sala de entrada onde a auxiliar Flora já se encontrava. Os pacientes Jessé e Vanusa saíram da garagem e também entraram no serviço. Na sala de leitos, Jéferson e Nazira já se encontravam deitados, dormindo.

Eram 21h quando os pacientes Jessé e Vanusa solicitaram jantar. Flora foi à cozinha e retornou trazendo duas marmitas. Jessé e Vanusa jantaram ali mesmo na sala de entrada onde Homero, o porteiro, Flora e eu estávamos. Flora comentou-me que no período noturno faltam alguns “*recursos terapêuticos que ajudariam muito a lidar com os pacientes em pernoite*”. Informou que a televisão era um recurso terapêutico importante, mas foi quebrada por um dos pacientes. Flora acrescentou que o gerente do serviço já avisou que não irá substituir a televisão quebrada. Em sua avaliação, tanto a televisão quanto o aparelho de som “*ajudam a distrair os pacientes até eles dormirem*”. Flora queixou-se de não haver “*abertura para falar sobre isso no serviço*”, acrescentando: “*aqui a gente só segue ordens*”. Em sua opinião, a equipe de enfermagem não é escutada pelos técnicos de nível superior: “*nós da enfermagem sabemos muito pouco na opinião dos técnicos de nível*

superior, o que falamos não tem valor". Flora ainda acrescentou: *"certa vez um técnico disse que no CERSAM a assistência é feita por muitos saberes, eu acho que não, acho que é feita por poucos saberes"*.

Após fazer esse relato em tom de desabafo, Flora convidou-me para tomar um café na cozinha onde já estavam Homero e o porteiro. Enquanto permanecemos na cozinha, o paciente Jessé entrou por três vezes para solicitar café. Flora informou-lhe que só havia café com leite. Jessé aceitou e Flora preparou-lhe café com leite por três vezes.

Às 23h, quando despedi-me dos profissionais, todos os quatro pacientes se encontravam dormindo na sala de leitos.

Este breve relato de minha visita noturna ao CERSAM 'X' contrasta com as narrativas dos profissionais sobre a hospitalidade noturna. Embora os profissionais vejam a hospitalidade noturna como *"um grande avanço"* ou como algo que *"caiu do céu"*, a atenção dada aos pacientes durante o período noturno é marcada, tal qual a permanência-dia, por uma escassez de oferta terapêutica ou, como enunciou a auxiliar de enfermagem Flora, por uma falta de *"recursos terapêuticos que ajudariam muito a lidar com os pacientes em pernoite"*.

A televisão e o aparelho de som são vistos como recursos terapêuticos cuja função seria ajudar a *"distrair os pacientes até eles dormirem"*. A falta de um desses recursos, a televisão, é vista como uma perda para a hospitalidade noturna e sentida como uma falta de escuta e valorização da equipe de enfermagem por parte do gerente do serviço e dos profissionais de nível superior.

Contudo, se por um lado, a oferta de recursos terapêuticos no período noturno se limita, atualmente, a um aparelho de som e ao próprio leito para dormir, por outro, a atenção oferecida pelos próprios auxiliares de enfermagem aos pacientes, durante a visita que fiz, se restringiu à própria oferta de recursos disponíveis, havendo pouca oferta de escuta e reduzidos momentos de interação entre auxiliares de enfermagem e pacientes. Tal conduta contrasta com a comentada *"autonomia"* que os auxiliares de enfermagem teriam no acompanhamento aos pacientes de pernoite. Caberia perguntar: o que significa a *autonomia* dos auxiliares de enfermagem no período noturno? Seriam a inventividade e a

criatividade para lidar com as demandas que emergem na atenção aos pacientes de pernoite?

Conforme SILVA et. al. (2006), a hospitalidade noturna nos CERSAMs veio ampliar e qualificar a assistência em saúde mental no município, assegurando aos pacientes em tratamento nos CERSAMs assistência em horário integral. Além disso, a hospitalidade noturna representa

“uma valorização e uma diferenciação do serviço de enfermagem, onde os auxiliares trabalham inseridos numa equipe multidisciplinar e cuja assistência está muito além da administração de medicamentos e da prática de alguns procedimentos e rotinas da unidade” (SILVA et. al., 2006: 03)

Assim, caberia também aos auxiliares de enfermagem do turno noturno acolher os pacientes de pernoite, oferecendo-lhes a escuta e promovendo “atividades recreativas/terapêuticas”; “acolher o familiar e/ou responsável dos usuários inscritos na hospitalidade, quando necessário e de acordo com a orientação da equipe” e, ainda, “acolher a demanda de usuários em tratamento que mesmo não tendo sido indicados para hospitalidade noturna se enderecem ao serviço (procura espontânea do usuário)” (SILVA et. al., 2006: 06-07). Nesse aspecto, a atuação dos auxiliares de enfermagem à noite envolveria a capacidade de abordar situações diversificadas e até inesperadas, o que demandar-lhes-ia autonomia para avaliar as situações e tomar decisões, contando, para isso, com a retaguarda da equipe do SUP.

Conforme analisa PÉRILLEUX (apud AZEVEDO, 2005), a tão aspirada autonomia do trabalhador constitui-se, nas organizações atuais, uma exigência, uma forma de obter eficácia. No caso dos CERSAMs, a conferida autonomia aos auxiliares de enfermagem no turno noturno significou uma valorização e uma diferenciação do serviço de enfermagem, mas paradoxalmente parece ter se tornado um requisito de desempenho, exigindo uma responsabilização individual desses profissionais e uma implicação nas tomadas de decisões na assistência.

O Ambulatório de Crise

O ambulatório de crise, no CERSAM 'X', é o dispositivo assistencial utilizado por todos os profissionais de nível superior para atender os pacientes que já saíram da permanência-dia, mas que ainda necessitam da assistência dentro do CERSAM. Costuma ser, assim, o dispositivo que faz a passagem do paciente do CERSAM para o Centro de Saúde.

Conforme relata a profissional Bárbara, o ambulatório de crise não deve ser volumoso para que o CERSAM continue priorizando a atenção às pessoas inseridas em permanência-dia, isto é, às situações de crise:

“(...) Eu tenho paciente de ambulatório, tenho vários que eu atendo que são meus e do Mauro [nome fictício], que é o psiquiatra da minha micro-área e eu não faço um acompanhamento psicoterapêutico. (...) O que acontece nesse dia de ambulatório? Você vai atender aqueles casos que não estão mais na permanência-dia, que estão vindo só pra consulta comigo e com o Mauro e eu vejo como é que está, como a pessoa está passando, (...) atendo a família, converso com a família, (...) tento fazer uma escuta para ver como é que o paciente está, se ele está bem, se ele já está em condições, inclusive, de ir para o Centro de Saúde. A idéia é que o ambulatório no CERSAM seja muito enxuto, que a gente fique mesmo com as urgências. (...). Nós somos um serviço de urgência, então, a gente está aberto para a urgência, o paciente estabilizou um pouco, ele está em condição de tratar no Centro de Saúde, a equipe tem que encaminhar”. (Bárbara)

Contudo, na experiência cotidiana, alguns profissionais admitem encontrar algumas dificuldades para fazer o encaminhamento do paciente ao Centro de Saúde, contribuindo para que o acompanhamento ambulatorial se prolongue dentro CERSAM:

“Agora, a gente encontra também um monte de dificuldades, às vezes o paciente não quer ir pro Centro de Saúde, às vezes o Centro de Saúde dele não tem equipe de saúde mental ou não está agendando e aí você fica com o caso aqui muito tempo”. (Bárbara)

“Por coincidência, no CERSAM ‘X’ a maior parte dos técnicos é psicólogo e isso dá uma certa cara pro CERSAM. A gente tem até que ter cuidado, às vezes a gente tem uma certa tendência a manter um ambulatório, uma escuta e a gente tem que, de vez em quando, regular porque não é a função do CERSAM fazer isso”. (Fátima)

Durante a pesquisa de campo, o ambulatório de crise foi objeto de questionamento em algumas reuniões de equipe devido o número elevado de pacientes inscritos. Para além das dificuldades de encaminhamento para o Centro de Saúde, já enumeradas no relato acima de Bárbara, um dos pontos discutidos foi a necessidade de definir, em equipe, o perfil do paciente a se beneficiar do ambulatório de crise, tendo como parâmetro a missão institucional do CERSAM, isto é, atender as pessoas em situação de crise.

As discussões revelaram haver, entre os profissionais, entendimentos diferentes sobre o perfil do paciente ambulatorial. Para a maioria dos profissionais, a ‘gravidade do caso’ acabava sendo o critério adotado, no cotidiano, para definir o perfil do paciente a se beneficiar do ambulatório de crise. Contudo, o próprio critério ‘gravidade do caso’ diferia entre os profissionais, tornando a prática ambulatorial muito pessoal.

Outro aspecto observado diz respeito à atenção dada ao paciente ambulatorial em comparação à atenção dada aos pacientes-dia. Enquanto os pacientes ambulatoriais conseguiam receber um atendimento regular, isto é, periodicamente agendado com seus técnicos de referência, os pacientes-dia, apesar de necessitarem de amíúde atenção justamente por estarem em situação de crise, acabavam sendo atendidos por seus técnicos de referência quando estes encontravam uma brecha em suas agendas de atendimento ambulatorial.

Esse aspecto observado contrasta com um dos relatos acima sobre a prioridade do CERSAM – *“a idéia é que o ambulatório no CERSAM seja muito enxuto, que a gente fique*

mesmo com as urgências” – pois, no cotidiano, o ambulatório do CERSAM ‘X’ tendia a ser volumoso e as urgências, ou seja, os pacientes-dia acabavam se encontrando pouco com seus técnicos de referência.

7.5. Trabalho em Equipe.

Embora a investigação sobre o trabalho em equipe não constituísse, a priori, parte dos objetivos desta dissertação, no decorrer da pesquisa de campo era comum ouvir os relatos espontâneos dos profissionais, especialmente dos auxiliares de enfermagem, apontando o trabalho em equipe como sendo ora uma fragilidade, ora um ponto forte na assistência à pessoa em situação de crise. Tais relatos espontâneos me motivaram, assim, a perguntar aos profissionais, durante as entrevistas, como vivenciavam o trabalho em equipe no CERSAM ‘X’ e como avaliavam as repercussões desse trabalho na assistência à pessoa em situação de crise.

Os relatos abaixo dos profissionais guardam diferenças entre si quando o assunto é trabalho em equipe. Para um dos entrevistados, simplesmente não existe trabalho de equipe no CERSAM ‘X’. Em sua vivência cotidiana, o trabalho é muito individual, cada técnico de referência dialoga apenas com o psiquiatra da sua mini-equipe sobre a condução dos casos. Assim, os profissionais não se encontram, as mini-equipes não funcionam e não há um trabalho conjunto no qual haja responsabilização da equipe pelos pacientes:

“Existem profissionais, teoricamente existem equipes, pra começar. Divididas em micro-regiões, formadas por psiquiatras mais alguns T.N.S. [técnicos de nível superior], não importa quais. Só que, por exemplo, isso é sintomático, essas mini-equipes não se encontram, não existem reuniões das mini-equipes, a gente até tentou inicialmente, mas pra mim já era algo anunciado de antemão que não ia dar certo porque não existe trabalho de equipe. Os técnicos de referência referenciam os seus pacientes e conversam com o psiquiatra sobre a medicação desses pacientes, é o que acontece hoje. (...). As mini-equipes não se encontram, não funcionam. Eu acho que o

trabalho é muito individual, aqui dentro a gente conversa, discute os casos, tem a reunião [de equipe] às quintas-feiras, mas quando o paciente chega, a primeira pergunta que a gente faz é: “de quem ele é?” (...). Não há uma equipe responsável por aquele cuidado. (...). É muito dessa forma, é o técnico de referência conversando com o psiquiatra, não é uma equipe trabalhando junta. Acho que é dessa forma a realidade do CERSAM hoje”. (Tomás)

Divergindo da avaliação acima, para outro profissional a equipe do CERSAM ‘X’ funciona muito bem, apesar de haver em alguns momentos pequenos deslizes. O trabalho em equipe é visto como fundamental no campo da saúde mental, embora haja sempre o risco de o trabalho se tornar um “jogo de empurra” dentro da equipe:

“O trabalho em equipe no CERSAM tem que ter muito cuidado porque, na minha opinião, acaba sendo uma clínica que todo mundo faz e, de repente, ninguém faz nada em alguns casos. Acho que é importantíssimo ter o trabalho em equipe, acho que você tem que circular por todas as áreas de conhecimento, mas desde que seja feito, a gente não pode ter jogo de empurra dentro da equipe. Acho que o trabalho de equipe é fundamental na saúde mental, igual é no Programa Saúde da Família. Eu vejo que aqui no CERSAM ‘X’ a equipe funciona demais. Claro que a gente sempre tem um deslize aqui ou ali, de alguém da equipe e tal, mas tudo são coisas leves, contornadas facilmente. (...)”. (Mauro)

Há ainda aqueles que percebem uma cisão na equipe do CERSAM ‘X’. Para a profissional Elaine, de um lado estariam os auxiliares de enfermagem e, do outro, os profissionais de nível superior, dificultando a comunicação e a integração da equipe:

“Eu acho que a equipe é muito legal, mas acho que a gente tem um problema, no momento atual a gente está vivendo uma coisa assim, a equipe de enfermagem é uma e a equipe de técnicos é outra. (...). Eu acho que o clima está meio dividido, até porque entrou muito auxiliar de enfermagem novo também. Então, eu acho que a gente tem

algumas dificuldades com a equipe de enfermagem, que tem dificuldade com a gente também.(...) Eu já vi isso no CERSAM 'Y', já ouvi isso em outros locais que trabalham na área de saúde, parece que tem sempre um nó entre o corpo técnico e o corpo de enfermagem". (Elaine)

"Nós já tivemos muita dificuldade com a enfermagem, com os auxiliares, deles acharem que a gente tem uma separação, que eles são um grupo inferior, de vez em quando tem essas coisas, a gente senta, conversa, conversa em reunião, aí desabafa, mas acho que está bem melhor". (Bárbara)

Os relatos das auxiliares de enfermagem Valesca e Carmina lançam luz sobre alguns elementos envolvidos na situação de cisão da equipe:

"Esse trabalho em equipe poderia ser realizado melhor. (...) Porque, muitas vezes, trabalha-se em função de uma mesma pessoa, mas desenvolvendo trabalhos diferentes, a enfermagem procura fazer a sua parte, o técnico [de referência] faz a sua parte, cada um faz a sua parte, mas não consegue unir ali e dizer: "nós vamos fazer assim, dessa forma pra esse paciente". Às vezes não te passam uma informação que seria interessante você saber também. (...). Acho que a escuta também poderia melhorar um pouco porque (...) tem pessoas que não ouvem o que você fala (...). Tem muitas coisas que acontecem com o paciente que a gente gostaria de levar mais, de aprofundar mais e se perde ali, ninguém tem aquela informação. Principalmente pra nós que trabalhamos de plantão, viemos uma vez e voltamos daí a dois dias, então, a situação toda já mudou. Se você tivesse uma informação antes, se te repassassem antes, quando você voltasse da outra vez, você já saberia como proceder".(Valesca)

"Eu acho que essa questão de, de repente, você discordar da opinião de um ou de outro, acho que isso vai estar em todo lugar. (...). Às vezes a gente até discorda desse tal de, como é que eles falam? Projeto terapêutico. Nós, da enfermagem, às vezes não ficamos a par desse projeto terapêutico, então, é uma questão que deveria ser discutida

em relação a todos os técnicos e a todos os pacientes, qual é o projeto terapêutico pra esse paciente? Fica entre o técnico de referência e o paciente, então, você não sabe como, de repente, você vai poder ajudar no projeto terapêutico”. (Carmina)

Os relatos acima apontam para a pouca participação e contribuição dos profissionais de enfermagem na construção dos projetos terapêuticos dos pacientes. Conforme já vimos, o projeto terapêutico é formulado pelo técnico de referência, contudo, a pouca escuta e troca de informações entre técnicos de nível superior e auxiliares de enfermagem diminuem as chances de cooperação dentro da equipe.

DEJOURS (2008: 69), em sua análise sobre a psicodinâmica do trabalho, considera a cooperação “um grau suplementar na complexidade e na integração da organização do trabalho”, a cooperação é “fundamentalmente não determinada *a priori* (...) e não pode tampouco ser prescrita”, pois diz respeito à vontade das pessoas de trabalharem juntas e de unirem esforços para superar problemas e contradições que emergem no cotidiano do trabalho.

Os relatos das auxiliares de enfermagem revelam o desejo de contribuir e a vontade de cooperar com o trabalho assistencial. Contudo, a vontade de cooperar, sobretudo em prol dos projetos terapêuticos, tem esbarrado em alguns obstáculos:

1) a pouca escuta dos auxiliares de enfermagem pelos técnicos de nível superior tem sido uma queixa compartilhada por aqueles dentro do serviço. A pouca escuta acaba sendo sentida pelos auxiliares (como vimos, por exemplo, no relato da auxiliar de enfermagem Flora durante minha visita noturna) como pouco reconhecimento e valorização do que têm a dizer, informar ou questionar;

2) a pouca troca de informações entre os profissionais, ficando os projetos terapêuticos dos pacientes-dia pouco compartilhado dentro da equipe e mais restrito aos técnicos de referência e psiquiatras, além de prejudicar a cooperação, também parece contribuir para gerar um ambiente social menos agradável dentro da equipe. Conforme vimos com o enunciado da profissional Elaine, “*o clima está meio dividido*”;

3) a própria frequência da maioria dos auxiliares de enfermagem no CERSAM, fazendo os plantões de doze horas a cada dois dias, também acaba lhes dificultando acompanhar os acontecimentos cotidianos em relação aos pacientes-dia, situação que apareceu no relato da auxiliar Valesca, *“pra nós que trabalhamos de plantão, viemos uma vez e voltamos daí a dois dias, então, a situação toda já mudou”*.

Assim, os auxiliares de enfermagem, apesar de serem os profissionais que passam a maior parte do tempo com os pacientes-dia, ficando mais próximos e interagindo mais com estes no cotidiano da permanência-dia, se sentem distanciados das informações, das condutas e decisões tomadas pelos técnicos de referência, sabendo pouco como proceder com os pacientes-dia segundo seus projetos terapêuticos. Tal situação mostra uma cisão não apenas dentro da equipe, mas, sobretudo, uma fragmentação do cuidado oferecido ao paciente-dia. Conforme a auxiliar de enfermagem Valesca avaliou: *“muitas vezes, trabalha-se em função de uma mesma pessoa, mas desenvolvendo trabalhos diferentes”*.

O sentido de trabalhar no CERSAM ‘X’

A despeito das dificuldades até aqui expostas, que atravessam o cotidiano da assistência às pessoas em situação de crise no CERSAM ‘X’, para a maioria dos profissionais entrevistados o trabalho assistencial no CERSAM ainda é vivido com motivação e encantamento. Para um dos profissionais a motivação de trabalhar no CERSAM tem a ver com a possibilidade de construir algo novo, algo que não seja a medicalização do sofrimento:

“Eu considero que a importância do meu trabalho é retirar os rótulos e tentar enxergar a história. E é tão interessante quando a pessoa começa a escutar a própria história, a família começa a escutar a própria história, muda, o rótulo começa a perder o sentido. Agora, ainda é, em muitas circunstâncias, um trabalho contra a maré porque é mais cômodo um ‘F20’ [código do diagnóstico para esquizofrenia] do que algumas horas de escuta. Um ‘F20’ é igual a ‘haloperidol’ mais ‘biperideno’ [medicamentos].

Agora, algumas horas de escuta é algo novo que não tem jeito de você colocar dentro de um C.I.D. [Classificação Internacional de Doenças], nenhum manual vai dizer o que aconteceu com aquela família, isso demanda trabalho. (...). Então, isso às vezes cansa muito.(...). Mas hoje, o que me motiva muito é isso, é retirar os rótulos, resumindo é isso”. (Tomás)

Para outro profissional, a maior motivação de trabalhar no CERSAM está relacionada à melhora dos pacientes e o reconhecimento destes, em forma de gratidão, pelo cuidado recebido:

“Acho que o que vale a pena trabalhar no CERSAM é isso, você nunca está sozinho, você sempre tem alguém pra discutir, tem os outros profissionais pra dividir, mesmo as responsabilidades que são muitas e você vê o retorno disso nos pacientes, isso que é o mais legal. Os pacientes melhoram, os pacientes se tornam gratos e a gente vai caminhando assim”. (Mauro)

Para duas profissionais, o trabalho no CERSAM é vivido com prazer, embora reconheçam que a assistência à pessoa em situação de crise nem sempre produz resultados condizentes com as expectativas de sanar a dor e/ou o sofrimento do outro. Assim, mostra-se necessário conviver com as frustrações, reconhecer a não onipotência na condução dos casos e lidar com as próprias limitações para poder continuar empregando energia, investimento pessoal e sentir o trabalho como gratificante:

“É um trabalho muito gratificante, às vezes ele também é frustrante porque tem pacientes que não aderem ao tratamento por mais que você faça, que você telefone, voltam só em crise, então, você não vê a coisa caminhar. (...). Então, tem muita coisa que é frustrante aqui, que você não consegue e a vida é assim. (...) Mas é um trabalho que eu gosto, eu sinto um prazer de trabalhar aqui. (...) Mas o serviço é sempre assim, ele é um desafio o tempo todo”. (Meire)

“(...) Eu gosto muito desse trabalho. Acho que, muitas vezes, a gente se pergunta: “será que estamos mesmo contribuindo, ajudando pra que alguma coisa mude, pra que essas pessoas encontrem um modo de vida menos sofrido?” Mas é gratificante a gente ver as coisas acontecerem. Nem tudo a gente consegue acertar e interessante é que a gente vai aprendendo com essa nossa limitação também e não ter esse furor de curar”.
(Fátima)

Conforme DEJOURS (1999), é fundamental para a saúde mental dos trabalhadores que seu trabalho seja reconhecido. O reconhecimento desempenha um papel fundamental no destino do sofrimento no trabalho e na possibilidade de transformar o sofrimento em prazer. Para o autor,

“Do reconhecimento depende na verdade o sentido do sofrimento. Quando a qualidade de meu trabalho é reconhecida, também meus esforços, minhas dúvidas, minhas decepções, meus desânimos adquirem sentido. Todo esse sofrimento, portanto, não foi em vão (...). E isso se traduz afetivamente por um sentimento de alívio, de prazer, às vezes de leveza d’alma ou até de elevação” (DEJOURS, 1999: 34)

Voltando aos profissionais do CERSAM, perceber que “*os pacientes se tornam gratos*”, conforme enunciou o profissional Mauro, ou “*ver as coisas acontecerem*”, conforme expressou a profissional Fátima, seriam formas de ver seus esforços reconhecidos e ter renovadas as energias para o trabalho. Por outro lado, suponho que este reconhecimento contribui para que os profissionais continuem investidos no próprio projeto assistencial do CERSAM: o projeto antimanicomial de assistência à pessoa em situação de crise.

Capítulo 8

Considerações Finais.

Chegamos agora ao final deste trabalho, embora não signifique que tenham sido esgotadas todas as possibilidades de análise e interpretação dos relatos dos profissionais ou das cenas assistenciais expostas ou, ainda, que tenha sido recomposta toda a complexidade e tessitura das práticas de assistência à pessoa em crise no CERSAM pesquisado.

O que procurei realizar, especialmente ao longo do capítulo anterior, foi um ‘trabalho de construção’, ou seja, um trabalho que envolveu a organização do material empírico, a articulação entre narrativas e práticas assistenciais observadas e a proposição, a partir dessa articulação, de hipóteses que pudessem fazer uma mediação entre o dito (as representações, as percepções, as concepções) e o feito (as práticas observadas). Desse modo, acredito que o trabalho de construção permitiu-me escapar do *furor interpretandis*, comum em muitas pesquisas cujo objetivo principal é extrair certo conteúdo latente de um conteúdo manifesto.

Assim, acredito ter produzido, ao longo do percurso desta pesquisa – do trabalho de campo à escrita da dissertação, uma leitura, sobretudo modesta, do objeto de investigação, tendo como lente o enfoque teórico-metodológico adotado – a Psicossociologia Francesa – e a minha própria implicação com a pesquisa.

O objetivo, neste capítulo, não é recuperar todos os resultados da pesquisa, posto que estes já foram explicitados ao longo dos capítulos anteriores, mas fazer algumas recapitulações que permitam rever os objetivos e confrontar as hipóteses levantadas na Introdução com algumas hipóteses tecidas ao longo da análise das narrativas e das cenas assistenciais, fazendo uma síntese dos limites e possibilidades da atenção à pessoa em situação de crise no CERSAM ‘X’.

Recuperemos, assim, as três hipóteses levantadas na Introdução deste estudo.

Primeira hipótese: os valores do ideal antimanicomial se colocam sob a forma de um projeto assistencial coletivo, assim, os profissionais, enquanto grupo, estariam sustentando um projeto antimanicomial de assistência ao paciente em situação de crise, embora possa haver sentidos e representações singulares para este projeto.

Segunda hipótese: o encontro entre profissional e paciente em situação de crise estaria perpassado por elementos simbólicos e imaginários, havendo por parte dos profissionais um imaginário de “urgência”/crise.

Terceira hipótese: o ideal antimanicomial poderá constituir um imaginário motor para a equipe, ensejando práticas assistenciais cuidadoras, inovadoras e criativas e abrindo espaço para o questionamento do papel do profissional e da organização, contudo, também poderá constituir um imaginário enganoso caso a equipe esteja identificada a este ideal de forma maciça, cristalizando e empobrecendo, assim, as práticas assistenciais e reduzindo a experiência de sofrimento psíquico do paciente a objeto de intervenção.

Conforme vimos nas narrativas dos profissionais, o CERSAM ‘X’ foi apresentado como serviço que se propõe a oferecer uma assistência distinta daquela prestada na instituição manicomial. Os profissionais destacaram o isolamento, a exclusão, a reclusão, o abandono e a marginalização das pessoas com sofrimento mental como sendo próprios do modo asilar. A comparação com o hospital psiquiátrico foi a maneira encontrada para expor a proposta ou o projeto de assistência à pessoa em situação de crise no CERSAM ‘X’, marcando assim sua oposição ao modo asilar a ser superado.

O CERSAM ‘X’ foi colocado no lugar da mudança, da transformação e da ruptura com o modo asilar. Nesse sentido, caberia ao CERSAM oferecer um “*tratamento em liberdade*”, tendo a escuta do sujeito em sofrimento como “*fator fundamental*” e a reinserção social como horizonte da assistência. Tal maneira de representar o CERSAM ‘X’, como serviço antimanicomial, revelou o ideal que tem orientado as práticas assistenciais destes profissionais: o ideal antimanicomial, aproximando o discurso destes profissionais com aquele sustentado pela política municipal de saúde mental.

O ideal antimanicomial mostrou-se, assim, como aposta coletiva, tornando-se referência para o projeto assistencial da equipe. Nesse sentido, os valores e princípios do ideal antimanicomial se colocam, pelo menos no nível do discurso, sob a forma de um

projeto assistencial coletivo. Assim, os profissionais do CERSAM ‘X’ sustentam, em seus discursos, um projeto antimanicomial de assistência ao paciente em situação de crise.

Contudo, o imaginário organizacional – o imaginário do CERSAM ‘X’ como serviço antimanicomial – também pode ser encobridor das práticas e dos comportamentos, cumprindo apenas uma função psíquica para os profissionais: a de reforçar o narcisismo individual e grupal (ENRIQUEZ, 1994).

Assim, a versão enunciada do CERSAM ‘X’ e da sua proposta assistencial pode ser insuficiente para revelar como são as práticas e os comportamentos no cotidiano e quais os sentidos dos termos, dos significantes que serviram para representar, no discurso, a organização. Assim, observar a dinâmica de funcionamento dos dispositivos assistenciais do CERSAM ‘X’, bem como as práticas de seus profissionais contribuiu para contrastar as representações com os modos de atuar no CERSAM ‘X’.

Os CERSAMs, como vimos, são serviços abertos, regionalizados e com funcionamento 24h. Por serem serviços abertos, acolhem a todos aqueles que chegam, sejam por demanda espontânea, sejam por encaminhamento de outros serviços (Centro de Saúde, Hospital Geral, SAMU etc). O atendimento a toda pessoa que chega, através do funcionamento do plantão, permite ao CERSAM oferecer uma resposta imediata (seja esta resposta uma orientação verbal, um encaminhamento a outra unidade de saúde, uma avaliação psiquiátrica ou a inserção no serviço) às demandas, sem agendamentos ou fila de espera.

O acolhimento, feito sempre de forma individualizada por um dos plantonistas, é a porta de entrada para quem chega ao CERSAM e através do acolhimento se desdobra todo um plano de assistência voltado para as necessidades da pessoa em situação de crise. O posterior encaminhamento da pessoa em crise a um técnico de referência constitui a principal estratégia para oferecer um cuidado próximo e singularizado.

A estratégia do técnico de referência permite ao CERSAM colocar-se como serviço antimanicomial, visto que cumpre ao técnico de referência realizar no plano das práticas a proposta assistencial do serviço, ou seja, oferecer um cuidado em liberdade, tendo a escuta do sujeito em sofrimento como “*fator fundamental*” e a reinserção social como horizonte da assistência (conforme enunciaram os profissionais do CERSAM ‘X’).

Para os profissionais entrevistados, o técnico de referência é representado de maneiras diferentes – como assessor, secretário, referência técnica, psicoterapeuta. Contudo, em tais representações prevaleceu o entendimento de que o técnico de referência, sendo responsável por construir com e para o paciente um projeto terapêutico, deve estar próximo ao paciente, oferecendo-lhe uma assistência singularizada e evitando-se, portanto, o abandono, o isolamento, a exclusão e a marginalização da pessoa em situação de crise.

O técnico de referência, frente às necessidades de cuidado à pessoa em situação de crise, pode lançar mão de alguns dispositivos assistenciais que o CERSAM ‘X’ possui. A permanência-dia, a hospitalidade noturna e o ambulatório de crise são os principais dispositivos assistenciais oferecidos dentro do CERSAM ‘X’, o que não impede que o técnico de referência agencie outros recursos, inclusive fora do serviço, ou pense em outras estratégias de aproximação e contato, como as visitas domiciliares, por exemplo, para atender a demanda singular de cada paciente.

No caso do CERSAM ‘X’, os técnicos de referência costumam acessar com mais frequência os próprios dispositivos assistenciais do serviço para acolher e acompanhar o paciente no momento da crise, acessando alguns recursos assistenciais externos, como o Centro de Convivência, por exemplo, para pacientes que já estejam em acompanhamento ambulatorial.

Os dispositivos assistenciais citados permitem ao CERSAM ‘X’, atualmente, oferecer uma assistência em horário integral às pessoas em situação de crise de seu distrito sanitário, tornando-se referência para a crise em qualquer momento do dia ou da noite. O funcionamento da hospitalidade noturna, especialmente, permitiu ao CERSAM ‘X’ romper qualquer vínculo que ainda mantinha com o hospital psiquiátrico quando necessitava de leitos de pernoite para seus pacientes. Contudo, oferecer um cuidado cotidiano que represente uma real transformação e uma ruptura concreta com o paradigma asilar parece ser um desafio constante para os profissionais do CERSAM.

Como vimos, os profissionais do CERSAM ‘X’ encontram algumas dificuldades em oferecer, no cotidiano, uma assistência afinada à maneira como concebem o CERSAM, sua proposta assistencial e o papel do técnico de referência.

Todos os profissionais entrevistados foram unânimes em afirmar, como vimos, que a permanência-dia é um dispositivo assistencial que precisa ser repensado, reavaliado e refletido a fim de adequá-lo à proposta assistencial do serviço.

Tanto nos relatos dos profissionais como na observação participante, a permanência-dia apresentou-se, durante o período da pesquisa de campo, como um dispositivo assistencial esvaziado de oferta terapêutica (sendo esta uma oficina terapêutica, uma roda de conversa, um grupo de usuários) ou oferta de atividades (sendo estas lúdicas, esportivas, culturais ou de entretenimento) para os pacientes, havendo apenas a oferta do espaço físico em si e alguns recursos materiais (um aparelho de som, uma mesa de pebolim, sofás e colchonetes) para quem estava inserido em permanência-dia.

Haveria, conforme os relatos dos profissionais, uma concepção de oficina terapêutica como sendo um passa-tempo ou um apaziguador de demandas. O que ajuda a compreender, por exemplo, o fato das oficinas terapêuticas ocuparem um lugar de “*menos valia, de segundo plano*”.

Assim, ofertar oficina terapêutica no CERSAM ‘X’ corresponderia a ocupar-se não com um dispositivo assistencial, mas com uma atividade anódina, de pouco prestígio ou pouco reconhecimento, atividade que acaba sendo ofertada por estagiários de terapia ocupacional e, como vimos, por Emiliana, professora vinculada à Secretaria Municipal de Educação.

Além da pouca ou nenhuma oferta terapêutica, havia, no cotidiano da permanência-dia, um número elevado de pacientes-dia, ocorrência de situações adversas (quantidade insuficiente de refeições, desentendimentos e episódios de agressividade entre os pacientes e até uso de drogas dentro do serviço) e pouco contato entre técnicos de referência e pacientes-dia.

Neste sentido, a permanência-dia mostrou ser um dispositivo assistencial pouco investido. De um lado, a pouca ou nenhuma oferta terapêutica e o número elevado de pacientes-dia contribuíam para uma permanência-dia atravessada por *passagens ao ato* (episódios de heteroagressividade entre os pacientes-dia, por exemplo) e cenas rotineiras de contenção física.

Por outro, a própria configuração dos processos de trabalho no CERSAM ‘X’, com os profissionais de nível superior dedicando dois turnos ao plantão, um turno ao ambulatório de crise e um turno à reunião de equipe, não lhes permitia dedicar nenhum turno à permanência-dia. Tal configuração organizacional favorecia os atendimentos de plantão e de ambulatório, mas mostrou desfavorecer a proximidade entre técnico de referência e paciente-dia no cotidiano, ou seja, mostrou desfavorecer o próprio papel do técnico de referência, abrindo brecha para a pouca escuta, para dificuldades em oferecer uma atenção continuada, para o espaçamento das reavaliações dos projetos terapêuticos, para os riscos de invisibilidade do paciente-dia dentro do serviço e dificuldade de vínculo deste paciente com o serviço.

Poder-se-ia supor que também haveria o risco de a atual configuração organizacional adquirir uma *autonomia*, ou seja, se tornar uma configuração auto-centrada, sendo tomada como fim e não como meio e, em consequência, sendo pouco centrada nos pacientes inseridos em permanência-dia.

A pouca proximidade entre técnico de referência e paciente-dia contribuiria para limitar a interação e o vínculo entre ambos, reduzindo o tratamento ao gerenciamento do caso: “uma vez dosada a frequência do usuário, com um ou outro acerto aqui ou acolá, sua permanência no serviço se encarregaria por si mesma da cura” (LOBOSQUE, 2004: 03).

Quanto à segunda hipótese levantada na Introdução – a de que o encontro entre profissional e pessoa em situação de crise estaria perpassado por elementos simbólicos e imaginários, havendo por parte dos profissionais um imaginário de “urgência”/crise – revelou-se, na verdade, haver não um imaginário comum de crise, mas a coexistência de pelo menos duas concepções ou representações de crise entre os profissionais do CERSAM ‘X’.

Uma, que denominei de ‘concepção psicossocial’ de crise e outra, que denominei de ‘concepção psicopatológica’ de crise. Assim, no primeiro caso tivemos a representação de crise como evento na vida da pessoa, fazendo parte da experiência existencial, sendo, portanto, reconhecida como sofrimento psíquico intenso ou momento de extrema fragilidade do sujeito. No segundo caso tivemos a representação de crise como o momento

de piora de uma doença mental, tratando-se da agudização de um quadro psiquiátrico, da alteração de funções mentais, sendo, portanto, reconhecida como ‘risco para si e para o outro’.

Ao conhecer as duas concepções ou representações de crise no CERSAM ‘X’ supus que ambas poderiam não determinar, mas influenciar as práticas assistenciais dos profissionais. Assim, poder-se-ia observar no cotidiano a coexistência de práticas assistenciais diferenciadas, tais como: as práticas que privilegiassem a aproximação entre profissional e pessoa em situação de crise numa tentativa de reconstrução dos laços sociais e a construção de sentidos para a crise na vida da pessoa – influenciadas pela concepção ‘psicossocial’ de crise – e as práticas que privilegiassem o uso de recursos considerados tradicionais como, por exemplo, o recurso medicamentoso e a contenção física – influenciadas pela visão psicopatológica de crise.

E ainda, que as duas concepções de crise compartilhadas pelos profissionais do CERSAM ‘X’ possibilitariam o exercício das três clínicas enunciadas por ONOCKO CAMPOS (2005): a clínica ‘*degradada*’, caso a atuação dos profissionais fique centrada apenas no tratamento e/ou remissão dos sintomas da crise, a clínica ‘*tradicional*’, caso a crise seja tratada enquanto ontologia e o sujeito reduzido, por exemplo, a uma “*neurose grave ou psicose*” e a ‘*clínica do sujeito*’, caso a crise seja considerada um evento na vida da pessoa e o sujeito é visto em sua complexidade. Esta última clínica seria a que mais se aproximaria do imaginário organizacional de serviço antimanicomial, já enunciado pelos profissionais, visto que possibilitaria uma preocupação concreta com os sujeitos que sofrem, não reduzindo estes sujeitos ou sua experiência de sofrimento à doença.

Contudo, ao longo da pesquisa de campo observei que as duas concepções de crise apontadas exerciam menor influência sobre as práticas assistenciais. Estas pareceram vir a reboque da própria configuração organizacional do CERSAM ‘X’, da dinâmica de funcionamento dos dispositivos assistenciais, sobretudo da dinâmica de funcionamento da permanência-dia e do trabalho em equipe.

Neste sentido, as vicissitudes geradas, primeiro, pela configuração organizacional, com os profissionais de nível superior não podendo dedicar nenhum turno de trabalho à permanência-dia e, em consequência, ao acompanhamento próximo dos pacientes-dia,

segundo, pelo funcionamento da permanência-dia, marcado pela pouca oferta terapêutica, pelo número elevado de pacientes-dias e pela ocorrência de situações adversas e, terceiro, pelo trabalho em equipe, perpassado pela pouca escuta dos auxiliares de enfermagem pelos profissionais de nível superior, pela pouca troca de informações entre os profissionais, ficando os projetos terapêuticos dos pacientes-dia mais restrito aos técnicos de referência e psiquiatras e pela própria frequência da maioria dos auxiliares de enfermagem no CERSAM, fazendo os plantões de doze horas a cada dois dias, pareceram exercer maior influência sobre as práticas assistenciais, contribuindo para uma fragmentação do cuidado oferecido ao paciente-dia e favorecendo a presença de práticas que privilegiavam o uso do recurso medicamentoso e das contenções físicas.

O acolhimento, realizado pelos profissionais de nível superior na ocasião em que estavam em plantão, pareceu ser o momento no qual era possível exercer uma “*clínica do sujeito*” (ONOCKO CAMPOS, 2005), visto que a própria forma de realizar o acolhimento, de forma individualizada, próxima e voltada para a escuta da demanda da pessoa que chegava ao serviço, ensinava o exercício dessa clínica ou de uma prática assistencial voltada para aproximação entre profissional e pessoa em situação de crise. Mesmo assim, o acolhimento mostrou ser uma prática perpassada pelo estilo pessoal de cada profissional, conforme vimos os acolhimentos realizados por duas profissionais, evidenciando que mesmo no contexto de proximidade que envolve um acolhimento, a “*clínica do sujeito*” parece figurar-se sempre como um desafio.

Com relação à terceira hipótese, a de que o ideal antimanicomial poderá constituir um imaginário motor para a equipe, ensinando práticas assistenciais cuidadoras, inovadoras e criativas e abrindo espaço para o questionamento do papel do profissional e da organização ou constituir um imaginário enganoso, cristalizando e empobrecendo as práticas assistenciais, vimos que a representação do CERSAM ‘X’ como serviço antimanicomial revelou que os profissionais, no plano do discurso, se orientam pelos valores e princípios do ideal antimanicomial e pela perspectiva da desinstitucionalização.

O ideal antimanicomial mostrou-se capaz de mobilizar subjetivamente os profissionais do CERSAM X, tornando-se referência para o projeto assistencial da equipe. Nesse sentido, pode-se dizer que o ideal antimanicomial foi a base para que se constituísse

o imaginário organizacional dos profissionais do CERSAM 'X'. O ideal antimanicomial mostra, neste caso, potência para sustentar os vínculos dos profissionais com o CERSAM 'X' e ainda alimentar certa idealização, conforme aponta ENRIQUEZ (1994) do trabalho.

Conforme vimos com CARRETEIRO (2007), é possível pensar que em toda organização coexistem dois imaginários – o motor e o enganador – ainda que um deles prevaleça. É como pensar que onde há muita luz também existem sombras e onde há muitas sombras também existe alguma luz. A partir dos vários relatos dos profissionais entrevistados, pode-se considerar que no CERSAM 'X' o imaginário organizacional se apresenta, em algum momento, como imaginário motor, especialmente quando seus profissionais se permitem questionar sobre a atual realidade cotidiana do CERSAM 'X' e sobre a maneira como têm oferecido a assistência às pessoas em situação de crise, sobretudo aquelas inseridas em permanência-dia.

Embora a assistência à pessoa em situação de crise no CERSAM 'X' esteja atravessada por algumas dificuldades que desafiam seus profissionais, estes não se furtam a realizar um trabalho de repensar, refletir e questionar suas próprias práticas.

Assim, o imaginário organizacional – o imaginário do CERSAM 'X' como serviço antimanicomial – não lhes serviu apenas para cumprir uma função psíquica: a de reforçar o narcisismo individual e grupal (ENRIQUEZ, 1994), mas abriu espaço para o questionamento do papel do profissional e da organização, operando aquilo que os italianos já advertiam. Conforme vimos (capítulo dois) com os italianos DELL'ÁCQUA & MEZZINA (2005), todo o trabalho com o sujeito só se torna possível se, simultaneamente, se realiza um trabalho sobre o serviço.

A resposta à crise do paciente requer do serviço a capacidade de se colocar, continuamente, em questionamento, em crise. A crise dentro da organização, apesar de desestabilizadora, é o que favorece a inventividade e a ruptura com a compulsão à repetição. Assim, o projeto terapêutico singularizado, a resposta à crise como “resposta à necessidade” se materializa no trabalho sobre o conflito permanente entre a organização do serviço – espaço institucional e como tal reproduzidor de certa institucionalização – e o caráter dinâmico e concreto das necessidades do paciente.

Conforme analisam os autores,

“existe sempre a possibilidade de se verificar a reprodução da distância entre operador e paciente, a não-escuta, a objetivação, a prevaricação, a indução passiva da cronicidade. A capacidade do serviço de se repropor constantemente tais entraves, de vivê-los como crise, permite a este (...) se reproduzir e afrontar o risco da própria ‘institucionalização’ (DELL’ÁCQUA & MEZZINA, 2005: 190).

Finalizando, espero que este estudo, feito a partir da análise da experiência assistencial de um CERSAM de Belo Horizonte, no qual me propus a compreender como este serviço está organizado para o acolhimento e assistência às pessoas em situação de crise, como este serviço tem feito o percurso da desinstitucionalização e quais suas dificuldades neste percurso, venha contribuir com outros novos serviços de saúde mental, advindos do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, inspirando práticas assistenciais inovadoras, criativas e cuidadoras ou, nas palavras de AMARANTE (2003: 60), práticas que possam “reinventar a clínica como construção de possibilidades, (...) como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimento, e de, efetivamente, *responsabilizar-se* para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado (...) e na cidadania enquanto princípio ético”.

Referências Bibliográficas

ABOU-YD, M. & LOBOSQUE, A. M. A Cidade e a Loucura: entrelaces. In: Sistema Único de Saúde: Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã Editora, 1998.

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau. Coleção Archivos, 2003.

AMARANTE, P.; TORRE, E. A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, v.25, nº 58, p.26-34, maio/ago. 2001.

AMARANTE, P. O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

_____. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

ANAYA, F. Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte - MG. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.

ARAÚJO, J.N.G. Uma Clínica do Sujeito Plural. In: BARUS-MICHEL, J. O Sujeito Social. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2004.

AZEVEDO, C.S. Sob o domínio da urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da USP. São Paulo, 2005.

AZEVEDO, C.S.; BRAGA NETO, F.C.; SÁ, M.C. O Indivíduo e a Mudança nas Organizações Públicas de Saúde: contribuições da Psicossociologia. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, nº1, p. 235-247, 2002.

BARUS-MICHEL, J. O Sujeito Social. Belo Horizonte: Ed. PUCMINAS, 2004.

BARRETO, F. P. Reforma Psiquiátrica e Movimento Lacaniano. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

BARROS, D. D. Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

BASAGLIA, F. A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BECKER, H.S. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMSA/SUS-BH nº 033/2006 de 24 de outubro de 2006.

_____. Secretaria de Saúde Mental. Uma Proposta de Programa para a Saúde Mental. Documento elaborado por trabalhadores de saúde mental como sugestão de programa à Frente BH Popular, 1992.

BIRMAM, J. Dor e Sofrimento num mundo sem mediação. Estados Gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial, Rio de Janeiro. 2003. In: <http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/5c_Birman_02230503_port.pdf> acesso em 21 de setembro de 2009.

_____ Insuficientes, um esforço a mais para sermos irmãos! In: KEHL, M.R. (org.) Função Fraternal. Rio de Janeiro: Relume Dumará Editora, 2000.

BIRMAN, J. & COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (org.) Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

BOURDIEU, P. A Miséria do mundo. 4ª edição. Petrópolis: Vozes. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, DF. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

_____ Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.

_____ Ministério da Saúde. Brasília, DF. Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF. Portaria nº 224, de 19 de janeiro de 1992.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF. Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991.

_____ Ministério da Saúde. Divisão nacional de saúde mental. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF, 1988.

BUENO, L.F. Um estudo sobre os limites e possibilidades do acolhimento nos serviços de saúde da rede básica do SUS. Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. 2008.

CARRETEIRO, T. C. Mesa-redonda 'Sociedade Contemporânea, Vínculos Sociais e Organizações: a leitura Psicossociológica, ENSP: 2007. In:

<<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/?matid=3814> > acesso em 24 de maio 2009.

CASTEL, R. A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CASTORIADIS, C. Figuras do Pensável. As Encruzilhadas do Labirinto VI. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CASTRO, E. de M.; ARAÚJO, J.N.G. Análise Social e Subjetividade. In: LÉVY et al./ MACHADO et al. (orgs.). Psicossociologia: análise social e intervenção. Petrópolis: Vozes, 1994.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. A Vida Pede Passagem: a rede de saúde mental abrindo caminhos. SIRIMIM. Publicação Periódica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Coordenação de Saúde Mental. Ano V, número 01, janeiro/abril de 2006.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL-SMSA/BH. O Atendimento às crises e a Hospitalidade Noturna. Projeto para implantação da Hospitalidade Noturna ampliada e o Serviço de Urgência Psiquiátrica. Belo Horizonte, 2005.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. Hospitalidade Noturna: um ousado sonho. SIRIMIM. Publicação Periódica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Coordenação de Saúde Mental. Ano III, número 03, agosto/dezembro de 2004.

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Saúde Mental em Minas Gerais: Relatório de Gestão. 2003-2006. Belo Horizonte, 2006.

COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL – SES/SP. O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS). Projeto de Implantação. São Paulo: SES/SP, 1987.

COSTA-ROSA, A. et al. As Conferências de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. In: Saúde Em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, v.25, nº 58, p.12-25, maio/ago, 2001.

DEJOURS, C. *Addendum*: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S. & SZNELWAR, L. I. (org.). Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo, 2008.

DEJOURS, C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DELL'ÁCQUA, G. & MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (org.) Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

DESLANDES, S. F. et al (org.) Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 25ª ed. revista e atualizada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

DESVIAT, M. A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DUBOST, J. Notas sobre a origem e a evolução de uma prática de intervenção psicossociológica. In: LÉVY et al./ MACHADO et al. (orgs.). Psicossociologia: análise social e intervenção. Petrópolis: Vozes, 1994.

ENRIQUEZ, E. Instituições, poder e desconhecimento. In: ARAÚJO, J.N.G.; CARRETEIRO, T.C. (orgs.) Cenários sociais e abordagem clínica. São Paulo: Escuta, 2001.

_____ Vida Psíquica e Organização. In: MOTTA, F. C. P.; FREITAS, M. E. Vida Psíquica e Organização. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

_____ A organização em análise. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____ O vínculo grupal. In: LEVY et al./ MACHADO et al. (orgs.). Psicossociologia: análise social e intervenção. Petrópolis: Vozes, 1994.

FREUD, S. Psicologia de Grupo e Análise do Ego. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (1921).

GAULEJAC, V. de. Psicossociologia e Sociologia Clínica. In: ARAÚJO, J.N.; CARRETEIRO, T.C. (orgs.) Cenários Sociais e Abordagem Clínica. São Paulo/Belo Horizonte: Escuta/Fumec, 2001.

GRUPO DE TRABALHO GEAS/INTEGRAÇÃO ESM-ESF. Saúde Mental na Assistência Básica. Revista Eletrônica Mensal da SMSA-PBH, Edição nº19, julho, 2003.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B. Vocabulário de psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LÉVY, A. Ciências clínicas e organizações sociais. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2001.

_____ A Psicossociologia: Crise ou Renovação? In: LÉVY et al./ MACHADO et al. (orgs.). Psicossociologia: análise social e intervenção. Petrópolis: Vozes, 1994a.

_____ Intervenção como processo. In: LÉVY et al./ MACHADO et al. (orgs.). Psicossociologia: análise social e intervenção. Petrópolis: Vozes, 1994b.

_____ A mudança: esse obscuro objeto de desejo. In: LÉVY et al./ MACHADO et al. (orgs.). Psicossociologia: análise social e intervenção. Petrópolis: Vozes, 1994c.

LIMA, E.L.T. (relator). Parecer da Câmara Técnica da Psiquiatria do CRM-MG a Respeito do Projeto “Hospitalidade Noturna”, da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte 12 de novembro de 2005. Disponível em: <www.jmpsiquiatria.com.br/edicao_23/destaque23_1.mht> Acesso em 01 de fevereiro de 2008.

LOBOSQUE, A. M. A Condução do Tratamento em Saúde Mental. In: SIRIMIM. Publicação Periódica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Coordenação de Saúde Mental. Ano III, número 01, janeiro/abril de 2004.

_____ Clínica em Movimento: o cotidiano de um serviço substitutivo em saúde mental. In: LOBOSQUE, A. M. Clínica em Movimento: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

_____ Saúde Mental: o projeto e a cidade. In: LOBOSQUE, A. M. Experiências da Loucura. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

_____ Princípios para Uma Clínica Antimanicomial e outros escritos. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. (Coleção Temas Básicos de Educação e Ensino).

MACHADO, M.N. da M. Psicanálise e política no pensamento de Castoriadis. Revista Psicologia Política, 2(4), 297-304, 2002.

_____ Três Cenários da Prática Psicossociológica. In: ARAÚJO, J.N.; CARRETEIRO, T.C. (orgs.) Cenários Sociais e Abordagem Clínica. São Paulo/Belo Horizonte: Escuta/Fumec, 2001.

MACHADO, M. N. da M. & ROEDEL, S. Apresentação. In: LEVY et al./ MACHADO et al. (orgs.). Psicossociologia: análise social e intervenção. Petrópolis: Vozes, 1994.

MAGRO FILHO, J. B. A Tradição da Loucura: Minas Gerais 1870/1964. Belo Horizonte: Coopmed/editora UFMG, 1992.

MENDES, T. R. Parecer Técnico do COREN-MG Sobre o Projeto da PBH Hospitalidade Noturna. Belo Horizonte 22 de agosto de 2006. Disponível em: <www.coren-mg.org.br/noticias.detalhes.asp?noticia=286> Acesso em 01 de fevereiro de 2008.

MERHY, E.E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. São Paulo, 2004. Disponível: <<http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/AlegriaeAlivionosCAPS.pdf>> Acesso em 16 de março de 2008.

NICÁCIO, F. et al. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: AMARANTE, P. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial, 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005. (Coleção Archivos, vol.2).

NICÁCIO, M. F. de S. Utopia da realidade: Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde Mental. Tese de doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2003.

_____ O Processo de Transformação da Saúde Mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação de mestrado em Ciências Sociais da PUC-SP. São Paulo, 1994.

_____ Da Instituição Negada à Instituição Inventada. In: LANCETTI, A. SaúdeLoucura 1. São Paulo: HUCITEC, 1989.

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n° 3, p. 573-583, jul./set., 2005.

ONOCKO CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços de saúde mental. *Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*. Rio de Janeiro, v.25, n° 58, p.98-111, maio/ago, 2001.

PENIDO, C. M. F. A clínica e a formação nos CERSAMs de Belo Horizonte. In: AMARANTE, P. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO — PNH. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Boas Práticas de Humanização na Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS: Humaniza SUS. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte*. Belo Horizonte, 2006.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICACIO, F. (org.) *Desinstitucionalização*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

ROTELLI, F. A Instituição Inventada. In: NICACIO, F. (org.) *Desinstitucionalização*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SÁ, M. de C. Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência. Tese de doutorado. São Paulo, Universidade de São Paulo, 2005.

SCHRAIBER, L.B. Medicina tecnológica e a prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas. Tese de livre-docência apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, 1997.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Rev. Saúde Pública, 29 (1): 63-74, 1995.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. Saúde Mental: Recomendações para a Organização Local. SIRIMIM. Publicação Periódica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Coordenação de Saúde Mental. Ano V, número 02, maio/dezembro de 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. Recados do SIRIMIM. I Encontro Nacional de CAPS III: momentos decisivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. SIRIMIM. Publicação Periódica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Coordenação de Saúde Mental. Ano II, número 02, novembro/dezembro de 2003.

SILVA, A. M. et al. Hospitalidade Noturna e Serviço de Urgência Psiquiátrica – Protocolos. (Impresso). Belo Horizonte/Coordenação de Saúde Mental. 2006.

SOALHEIRO, N. I. A Invenção da Assistência: Uma Reorientação Ética para a Clínica em saúde Mental na Rede Pública. Dissertação de mestrado em Saúde pública na ENSP-FIOCRUZ, 1997.

TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

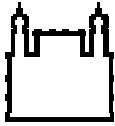
YASUI, S. A Construção da Reforma Psiquiátrica e o seu Contexto Histórico. Dissertação de mestrado em Psicologia pela Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Assis (São Paulo), 1999.

_____ CAPS: Aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. SaúdeLoucura 1. São Paulo: HUCITEC, 1989.

ZENONI, A. Psicanálise e Instituição: a segunda clínica de Lacan. Abreçamos. Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares, ano 1, nº0, Belo Horizonte: Rede FHEMIG, 2000, p.9-70.

ANEXOS

ANEXO 1:
Termo de Autorização à Coordenação Municipal de Saúde Mental para Realização da
Pesquisa de Campo.



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA DE CAMPO

À Coordenação Municipal de Saúde Mental de Belo Horizonte, solicito autorização para realização de pesquisa de campo em dois Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) da rede pública do município.

O projeto de pesquisa que tem como título: “Práticas cotidianas de assistência aos pacientes em situações de crise em dois Centros de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte”, tem como objetivo principal: “Investigar as práticas cotidianas de atendimento e compreender os sentidos do projeto de assistência ao paciente com grave sofrimento mental em situação de crise em dois CERSAMS” e como objetivos específicos: investigar as práticas assistenciais dos profissionais aos pacientes em situação de crise no cotidiano; identificar os recursos internos e/ou externos ao serviço utilizados pela equipe na assistência; compreender a concepção dos profissionais sobre crise; compreender, através das narrativas dos profissionais, os sentidos atribuídos às suas práticas assistenciais; identificar os elementos teórico-conceituais, ideológicos e imaginários que embasam suas práticas assistenciais; identificar os limites e desafios vividos pelos profissionais na atenção aos pacientes em situação de crise.

Você receberá uma cópia deste termo, onde constam telefone e endereço do pesquisador solicitante, podendo tirar dúvidas sobre o projeto a qualquer momento.

Flaviana Mara da Silva (mestranda em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ/RJ)

Endereço e telefone institucionais do pesquisador solicitante:

e-mail: flavianapsi@ensp.fiocruz.br

Tel: (21) 2598-2600/2595

Rua: Leopoldo Bulhões, 1480 sala 716, Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel: (21) 2598-2863

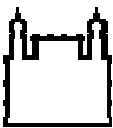
Rua: Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314, Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210

Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa e concordo com sua realização dentro dos termos propostos acima.

(Coordenação Municipal de Saúde Mental de Belo Horizonte - MG)

Belo Horizonte, ____ / ____ / 2008.

ANEXO 2:
Termo de Autorização aos Gerentes dos CERSAMs para Realização da Pesquisa de Campo.



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA DE CAMPO

Ao Gerente deste Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) da rede pública do município de Belo Horizonte solicito autorização para realizar pesquisa de campo referente ao projeto de pesquisa intitulado: “Práticas cotidianas de assistência aos pacientes em situações de crise em dois Centros de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte”. O objetivo principal do projeto de pesquisa é “Investigar as práticas cotidianas de atendimento e compreender os sentidos do projeto de assistência ao paciente com grave sofrimento mental em situação de crise em dois CERSAMs” e os objetivos específicos são: investigar as práticas assistenciais dos profissionais aos pacientes em situação de crise no cotidiano; identificar os recursos internos e/ou externos ao serviço utilizados pela equipe na assistência; compreender a concepção dos profissionais sobre crise; compreender, através das narrativas dos profissionais, os sentidos atribuídos às suas práticas assistenciais; identificar os elementos teórico-conceituais, ideológicos e imaginários que embasam suas práticas assistenciais; identificar os limites e desafios vividos pelos profissionais na atenção aos pacientes em situação de crise.

Solicito autorização para entrevistar os profissionais do serviço, mediante consentimento destes, que atuam diretamente no acolhimento e acompanhamento dos pacientes com grave sofrimento mental em situação de crise, bem como autorização para observar o cotidiano destes profissionais no serviço, através da técnica de observação participante, com o fim exclusivo de atender aos objetivos, supracitados, do projeto de pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo, onde constam telefone e endereço do pesquisador solicitante, podendo tirar dúvidas sobre o projeto a qualquer momento.

Flaviana Mara da Silva (mestranda em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ/RJ)

Endereço e telefone institucionais do pesquisador solicitante:

e-mail: flavianapsi@ensp.fiocruz.br

Tel: (21) 2598-2600/2595

Rua: Leopoldo Bulhões, 1480 sala 716, Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel: (21) 2598-2863

Rua: Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314, Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210

Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa e concordo com sua realização dentro dos termos propostos acima.

(Gerente do Centro de Referência em Saúde Mental)

Belo Horizonte, ____/____/ 2008.

ANEXO 3:
Guia da Entrevista a um dos Coordenadores Municipais de Saúde Mental.

Guia da Entrevista a um dos Coordenadores Municipais de Saúde Mental:

- 1- Qual sua formação, quando e como foi sua entrada para a Coordenação?
- 2- Poderia relatar um pouco sobre a história da Coordenação Municipal de Saúde Mental de Belo Horizonte revelando os seus atores, as realizações e as dificuldades de cada momento/gestão municipal?
- 3- Como você avalia o atual momento desta Coordenação? Quais os avanços e os atuais desafios?
- 4- Como tem sido a experiência dos CERSAMs como dispositivos que se pretendem substitutivos à lógica manicomial?
- 5- Como você avalia o recente funcionamento 24 horas dos CERSAMs e do Serviço de Urgência Psiquiátrica no município?
- 6- Quais os atuais desafios da rede substitutiva de saúde mental de Belo Horizonte?

ANEXO 4:
Guia da Entrevista aos Gerentes dos CERSAMs.

Guia da Entrevista aos gerentes dos CERSAMs escolhidos para a pesquisa:

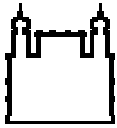
- 1- Qual a sua formação e como foi sua entrada para este CERSAM?
- 2- Qual a história deste CERSAM e qual sua proposta original? Essa proposta permanece? O que mudou?
- 3- Para você, qual é a função do CERSAM na rede de saúde mental? Como funciona a rede de saúde mental desta regional?
- 4- Como você vê o funcionamento deste CERSAM?
- 5- Como você vê o cotidiano do serviço?
- 6- Na sua visão, qual a proposta da hospitalidade noturna? Como funciona a hospitalidade noturna neste serviço?
- 7- A implantação da hospitalidade noturna trouxe mudanças no projeto assistencial do serviço? Quais?
- 8- Como você avalia a relação entre este CERSAM e o Serviço de Urgência Psiquiátrica?
- 9- Como você avalia o atendimento aos pacientes que chegam em situação de crise neste serviço?
- 10- Você identifica dificuldades no serviço quanto à assistência ao paciente em situação de crise? Quais?

ANEXO 5:
Guia da Entrevista em Profundidade aos Profissionais.

Guia da Entrevista em Profundidade aos Profissionais:

- 1- Qual a sua formação, quando e como foi sua entrada neste CERSAM?
- 2- Como você vê a proposta deste serviço?
- 3- Como é o seu trabalho neste CERSAM?
- 4- Fale um pouco sobre a clientela atendida neste serviço. Quais suas características ou seu perfil?
- 5- Quais critérios você adota para inserir um paciente em permanência-dia?
- 6- O que é ou como você identifica uma situação de crise?
- 7- Na sua visão, qual é o papel do técnico no atendimento aos pacientes em situação de crise?
- 8- Como você acompanha esses pacientes no dia-a-dia? Poderia relatar algum caso que, na sua experiência, ilustra a sua prática assistencial ao paciente em situação de crise?
- 9- Como você vê o papel do trabalho coletivo na assistência à crise? Como tem sido o trabalho em equipe aqui?
- 10- Como você avalia o recurso da hospitalidade noturna e do Serviço de Urgência Psiquiátrica?
- 11- Na sua opinião, quais desafios ainda se apresentam na atenção ao paciente com grave sofrimento mental em situação de crise neste serviço?
- 12- O que significa para você trabalhar no campo da saúde mental e, em especial, neste CERSAM?
- 13- Gostaria acrescentar alguma questão que não foi abordada nessa entrevista?

ANEXO 6:
**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para um dos Coordenadores Municipais
de Saúde Mental.**



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como informante-chave, da pesquisa de mestrado de Flaviana Mara da Silva, que tem como título: “Práticas cotidianas de assistência aos pacientes em situações de crise em dois Centros de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte”. Você foi escolhido (a) pela função institucional que exerce na Coordenação Municipal de Saúde Mental.

O objetivo principal da pesquisa é “Investigar as práticas cotidianas de atendimento e compreender os sentidos do projeto de assistência ao paciente com grave sofrimento mental em situação de crise em dois CERSAMs” e os objetivos específicos são: investigar as práticas assistenciais dos profissionais aos pacientes em situação de crise no cotidiano; identificar os recursos internos e/ou externos ao serviço utilizados pela equipe na assistência; compreender a concepção dos profissionais sobre crise; compreender, através das narrativas dos profissionais, os sentidos atribuídos às suas práticas assistenciais; identificar os elementos teórico-conceituais, ideológicos e imaginários que embasam suas práticas assistenciais; identificar os limites e desafios vividos pelos profissionais na atenção aos pacientes em situação de crise.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista que será gravada, em gravador digital, para posterior transcrição. Este material é confidencial e será guardado pela pesquisadora por um período de cinco anos, após o que será destruído.

Os benefícios relacionados com sua participação visam à contribuição com o tema da pesquisa, fornecendo informações sobre o funcionamento, os desafios e limites atuais dos CERSAMs.

Você não é obrigado (a) a participar da pesquisa e a qualquer momento poderá desistir e retirar seu consentimento, ou até mesmo modificar posteriormente qualquer informação que foi declarada. Sua recusa em participar da pesquisa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Seu nome será resguardado em sigilo caso alguma fala na entrevista seja utilizada na dissertação. Todo cuidado será tomado para preservar seu anonimato, contudo, existe o risco de ser identificado devido a função institucional exercida por você.

Você receberá uma cópia deste termo, onde constam telefone e endereço do pesquisador solicitante, podendo tirar dúvidas sobre o projeto a qualquer momento.

Flaviana Mara da Silva (mestranda em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ/RJ)

Endereço e telefone institucionais do pesquisador solicitante:

e-mail: flavianapsi@ensp.fiocruz.br

Tel: (21) 2598-2600/2595

Rua: Leopoldo Bulhões, 1480 sala 716, Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel: (21) 2598-2863

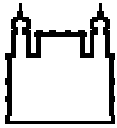
Rua: Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314, Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210

Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa, riscos e benefícios de minha participação e concordo em participar como entrevistado (a) neste processo de pesquisa.

Belo Horizonte, ____/____/2008.

(Informante-Chave)

ANEXO 7:
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Gerentes dos CERSAMs.



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como informante-chave, da pesquisa de mestrado de Flaviana Mara da Silva, que tem como título: “Práticas cotidianas de assistência aos pacientes em situações de crise em dois Centros de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte”. Você foi escolhido (a) por exercer a função de gerente deste Centro de Referência em Saúde Mental.

O objetivo principal da pesquisa é “Investigar as práticas cotidianas de atendimento e compreender os sentidos do projeto de assistência ao paciente com grave sofrimento mental em situação de crise em dois CERSAMs” e os objetivos específicos são: investigar as práticas assistenciais dos profissionais aos pacientes em situação de crise no cotidiano; identificar os recursos internos e/ou externos ao serviço utilizados pela equipe na assistência; compreender a concepção dos profissionais sobre crise; compreender, através das narrativas dos profissionais, os sentidos atribuídos às suas práticas assistenciais; identificar os elementos teórico-conceituais, ideológicos e imaginários que embasam suas práticas assistenciais; identificar os limites e desafios vividos pelos profissionais na atenção aos pacientes em situação de crise.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista que será gravada, em gravador digital, para posterior transcrição. Este material é confidencial e será guardado pela pesquisadora por um período de cinco anos, após o que será destruído.

Os benefícios relacionados com sua participação visam à contribuição com o tema da pesquisa, fornecendo informações sobre o funcionamento cotidiano, o projeto assistencial, os desafios e limites atuais deste CERSAM na atenção ao paciente em situação de crise, contribuindo para a produção do conhecimento que poderá ser útil para melhoria da qualidade da assistência no campo da saúde mental e atenção psicossocial.

Você não é obrigado (a) a participar da pesquisa e a qualquer momento poderá desistir e retirar seu consentimento, ou até mesmo modificar posteriormente qualquer informação que foi declarada. Sua recusa em participar da pesquisa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Seu nome será resguardado em sigilo caso alguma fala na entrevista seja utilizada na dissertação. Todo cuidado será tomado para preservar seu anonimato, contudo, existe o risco de ser identificado devido a função institucional exercida por você.

Você receberá uma cópia deste termo, onde constam telefone e endereço do pesquisador solicitante, podendo tirar dúvidas sobre o projeto a qualquer momento.

Flaviana Mara da Silva (mestranda em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ/RJ)

Endereço e telefone institucionais do pesquisador solicitante:

e-mail: flavianapsi@ensp.fiocruz.br

Tel: (21) 2598-2600/2595

Rua: Leopoldo Bulhões, 1480 sala 716, Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel: (21) 2598-2863

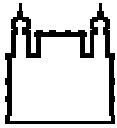
Rua: Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314, Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210

Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa, riscos e benefícios de minha participação e concordo em participar como entrevistado (a) na pesquisa.

Belo Horizonte, ____ / ____ / 2008.

(Informante-Chave)

ANEXO 8:
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Profissionais.



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Práticas cotidianas de assistência aos pacientes em situações de crise em dois Centros de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte”. Você foi escolhido (a) por ser um profissional do serviço que atua no acolhimento e/ou acompanhamento de pacientes com grave sofrimento mental em situação de crise há mais de um ano neste CERSAM.

O objetivo principal desta pesquisa é: “Investigar as práticas cotidianas de atendimento e compreender os sentidos do projeto de assistência ao paciente com grave sofrimento mental em situação de crise em dois CERSAMs”. Os objetivos específicos são: investigar as práticas assistenciais dos profissionais aos pacientes em situação de crise no cotidiano; identificar os recursos internos e/ou externos ao serviço utilizados pela equipe na assistência; compreender a concepção dos profissionais sobre crise; compreender, através das narrativas dos profissionais, os sentidos atribuídos às suas práticas assistenciais; identificar os elementos teórico-conceituais, ideológicos e imaginários que embasam suas práticas assistenciais; identificar os limites e desafios vividos pelos profissionais na atenção aos pacientes em situação de crise.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista em profundidade que será gravada, em gravador digital, para posterior transcrição. Este material é confidencial e será guardado pela pesquisadora por um período de cinco anos, após o que será destruído.

Você não é obrigado (a) a participar da pesquisa e a qualquer momento poderá desistir e retirar seu consentimento, ou até mesmo modificar posteriormente qualquer informação que foi declarada. Sua recusa em participar da pesquisa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os riscos relacionados com a sua participação na pesquisa são mínimos e referem-se ao fato de toda situação de entrevista demandar, do entrevistado, tempo e construção de respostas diante das questões elaboradas pelo pesquisador. Contudo, você não terá despesas, nem remuneração. Seu nome será resguardado em sigilo caso alguma fala na entrevista seja utilizada na dissertação. Será garantido o anonimato.

O benefício relacionado com a sua participação será contribuir para a produção de conhecimento sobre as práticas de atenção ao paciente com grave sofrimento mental em situação de crise, conhecimento que poderá servir para melhorar a qualidade da assistência no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Você receberá uma cópia deste termo, onde constam telefone e endereço do pesquisador solicitante, podendo tirar dúvidas sobre o projeto a qualquer momento.

Flaviana Mara da Silva (mestranda em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ/RJ)

Endereço e telefone institucionais do pesquisador solicitante:

e-mail: flavianapsi@ensp.fiocruz.br

Tel: (21) 2598-2600/2595

Rua: Leopoldo Bulhões, 1480 sala 716, Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel: (21) 2598-2863

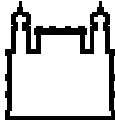
Rua: Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314, Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210

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

Belo Horizonte, ____/____/2008.

Sujeito da pesquisa

ANEXO 9:
Termo de Autorização aos Gerentes dos CERSAMs para Acesso a Documentos da
Instituição.



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO A DOCUMENTOS DA
INSTITUIÇÃO**

Ao Gerente do serviço solicito autorização para acesso a documentos escritos do serviço como livro de plantão, ficha de acolhimento de prontuários e atas de reuniões clínicas para coleta de dados com o fim exclusivo de atender aos objetivos, abaixo descritos, do projeto de pesquisa.

O projeto de pesquisa que tem como título: “Práticas cotidianas de assistência aos pacientes em situações de crise em dois Centros de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte”, tem como objetivo principal: “Investigar as práticas cotidianas de atendimento e compreender os sentidos do projeto de assistência ao paciente com grave sofrimento mental em situação de crise em dois CERSAMs” e como objetivos específicos: investigar as práticas assistenciais dos profissionais aos pacientes em situação de crise no cotidiano; identificar os recursos internos e/ou externos ao serviço utilizados pela equipe na assistência; compreender a concepção dos profissionais sobre crise; compreender, através das narrativas dos profissionais, os sentidos atribuídos às suas práticas assistenciais; identificar os elementos teórico-conceituais, ideológicos e imaginários que embasam suas práticas assistenciais; identificar os limites e desafios vividos pelos profissionais na atenção aos pacientes em situação de crise.

Você receberá uma cópia deste termo, onde constam telefone e endereço do pesquisador solicitante, podendo tirar dúvidas sobre o projeto a qualquer momento.

Flaviana Mara da Silva (mestranda em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ/RJ)

Endereço e telefone institucionais do pesquisador solicitante:

e-mail: flavianapsi@ensp.fiocruz.br

Tel: (21) 2598-2600/2595

Rua: Leopoldo Bulhões, 1480 sala 716, Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel: (21) 2598-2863

Rua: Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314, Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210

Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa e autorizo o acesso aos documentos escritos da instituição dentro dos termos propostos acima.

(Gerente do Centro de Referência em Saúde Mental - CERSAM)

Belo Horizonte, ____ / ____ / 2008.