



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

CAMILA CASTILHO MACHADO ROSA

**A LOUCURA, A NORMALIDADE E AS NORMAS:
a análise da implantação de uma enfermaria de
saúde mental em um hospital geral**

**CAMPINAS
2017**

CAMILA CASTILHO MACHADO ROSA

**A LOUCURA, A NORMALIDADE E AS NORMAS: a análise da
implantação de uma enfermaria de saúde mental
em um hospital geral**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva, área de concentração em Ciências Sociais em Saúde

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. SOLANGE L'ABBATE

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida pela aluna **CAMILA CASTILHO MACHADO ROSA** e orientada pela **PROF^a. DR^a. SOLANGE L'ABBATE**

CAMPINAS

2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

R71L Rosa, Camila Castilho Machado, 1983-
A loucura, a normalidade e as normas : a análise da implantação de uma enfermaria de saúde mental em um hospital geral / Camila Castilho Machado Rosa. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Solange L'Abbate.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Hospitais gerais. 3. Hospitalização. 4. Análise institucional. I. L'Abbate, Solange,1942-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The madness, the normality and the norms : the analysis of the opening of a mental health ward in a general hospital

Palavras-chave em inglês:

Mental health

General hospitals

Hospitalization

Institutional analysis

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Solange L'Abbate [Orientador]

Marcelo Kimati Dias

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus

Data de defesa: 13-02-2017

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO
CAMILA CASTILHO MACHADO ROSA

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. SOLANGE L'ABBATE

MEMBROS:

1. PROF^a. DR^a. SOLANGE L'ABBATE

2. PROF. DR. MARCELO KIMATI DIAS

3. PROF^a. DR^a. LUCIANA TOGNI DE LIMA E SILVA SURJUS

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 13/02/2017

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar.

À Solange L'Abbate, pela orientação, aposta, paciência e apoio. Pela disponibilidade e auxílio na construção desse texto.

À Ana, pela companhia, incentivo, por estar sempre presente, e pelos momentos de alegria e risadas, ainda que sem razão.

À minha mãe, pai e mãe durante toda a vida e que sempre disse que eu deveria investir em conhecimento, “porque a gente tem que poder se sustentar por nosso próprio mérito” e ao Joel, pelo apoio.

Ao grupo Ciências Sociais e Práticas de Saúde, pelas discussões sempre pertinentes e que tanto acrescentam.

À querida equipe do Hospital São Vicente, pela disponibilidade em apoiar essa pesquisa e pelo tempo que dispensaram em torna-la possível. Agradecimentos especiais à Aline Coatto, Osmarina Lopes e Fábio Alves, pelo apoio cotidiano.

Ao Secretário de Saúde de Jundiaí, Luis Carlos Casarin, por possibilitar e apoiar a realização dessa pesquisa.

Aos amigos da jornada, que fazem com que tudo fique mais leve: Ligia Santos, Ana Cecília Araújo, Mikeli Carvalho, Marina Fernandes, Patrícia Rocha, Rodrigo César, Patrícia Contador, Livia Vilela, Fernanda Nicácio e tantos outros...

Aos queridos que compuseram as bancas de qualificação e defesa, Aideivaldo de Jesus, Luciana Togni Surjus e Marcelo Kimati.

Sigamos em defesa de um Sistema Único de Saúde universal, integral e equânime.

*A produção da subjetividade encontra-se com um peso cada vez maior,
no seio daquilo que Marx chama de infraestrutura produtiva.*

Isso é muito fácil de verificar.

*Quando uma potência como os EUA quer implantar suas possibilidades de
expansão econômica num país de Terceiro Mundo,
ela começa, antes de mais nada, a trabalhar os processos de subjetivação.
Sem um trabalho de formação prévia das forças produtivas e das forças de
consumo, sem um trabalho de todos os meios de semiotização econômica,
comercial, industrial, as realidades sociais locais não poderão ser controladas.*

*A problemática da micropolítica não se situa no nível da representação,
mas no nível da produção de subjetividade.*

*Todos os fenômenos importantes da atualidade envolvem dimensões do
desejo e da subjetividade.*

*Não se consegue explicar o que está acontecendo no
Irã ou na Polônia, por exemplo,
se não se entender até que ponto está havendo uma produção de
subjetividade coletiva que, com muita dificuldade,
se expressa como recusa de um certo tipo de ordem social.*

Maria Luiza Diello

RESUMO

Essa pesquisa trata da análise da implantação da enfermaria de saúde mental do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo (HCSVP), no município de Jundiaí, São Paulo. A cidade esteve em processo de reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial e dos equipamentos de saúde que oferecem atendimento às pessoas com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas nos anos de 2015 e 2016. Uma das ações dentro desse processo foi a implantação de uma enfermaria de saúde mental dentro do maior hospital geral municipal, o Hospital São Vicente de Paulo. Antes da implantação desses leitos havia atendimento psiquiátrico no pronto-socorro do hospital, para situações de urgência e emergência. Mas quando era necessária internação hospitalar, vagas eram solicitadas aos hospitais psiquiátricos da região. A portaria 3088 de 2011 do Ministério da Saúde, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, prevê que a internação hospitalar, quando necessária, deve ser realizada em hospitais gerais. Mas o louco em geral é quem foge à norma, tão presente no ambiente hospitalar. E como é possível, dentro do hospital, pensar em intervenções criativas com esses usuários, que produzam melhora da crise psíquica? Com a implantação dessa nova enfermaria, houve mudança no processo de trabalho para o atendimento desses usuários? Como os trabalhadores veem essas mudanças? Essa pesquisa versa sobre a análise do processo de implantação desse novo serviço, a partir das perspectivas da equipe do HCSVP, tendo como referencial teórico-metodológico, a Análise Institucional.

Palavras-chave: Saúde Mental, Hospitais Gerais, Internação, Análise Institucional.

ABSTRACT

This research deals with the analysis of the implementation of a mental health ward at the Hospital de Caridade São Vicente de Paulo (HCSVP), in the city of Jundiaí, São Paulo State. The city has been under a process of restructuring of network for mental health assistance since the end of 2014 until the end of 2016. One of the actions within this process was the creation of a mental health ward inside the biggest general hospital in the city, the Hospital de Caridade São Vicente de Paulo. Before the implementation of these beds, there was psychiatric care in the Emergency Department but, when hospitalization was necessary, beds were requested in psychiatric hospitals in the region. The ordinance 3088/2011, from Health Ministry establishing the Mental Health Network in Brazil, says that when hospitalization is required It should be performed in general hospitals. But the crazy is often fleeing the norm, so present in hospitals. And, how it can be possible, inside a general hospital, produce creative interventions leading to get better mental crisis? With the creation of this new ward, were there changes in the work process in the care of these users? How workers see these changes? This reaserch analyzes the implementation of this mental health ward, from the perspectives of workers of HCSVP, having the Institutional Analysis as theoretical and methodological framework.

Keywords: Mental Health, General Hospitals, Hospitalization, Institutional Analysis.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial necessidades decorrentes do uso de Álcool e/ou outras Drogas
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
GM	Gabinete do Ministro
HCSVP	Hospital de Caridade São Vicente de Paulo
MS	Ministério da Saúde
PT	Portaria
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

LISTA DE TABELA

	Pág.
Tabela 1 Indicadores da enfermagem de saúde mental de novembro de 2015 a junho de 2016.....	71

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO GERAL.....	15
As instituições asilares e o mito da normalidade.....	15
Alguns dados sobre os hospitais psiquiátricos.....	17
A urgência da reforma.....	19
A trajetória profissional e pessoal da pesquisadora.....	30
1- CAPÍTULO 1: A atenção em saúde mental nos hospitais gerais.....	33
1.1- A loucura nos hospitais gerais.....	33
1.2- Os porquês das internações em saúde mental nos hospitais gerais em preferência aos hospitais psiquiátricos.....	36
2- CAPÍTULO 2: O itinerário da pesquisa: os cenários, os objetivos e a metodologia.....	38
2.1- A saúde mental em Jundiaí.....	38
2.2- O contexto do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo.....	39
2.3- Objetivos.....	41
2.3.1- Objetivo geral.....	41
2.3.2- Objetivos específicos.....	41
2.4- Metodologia.....	41
2.5- Sujeitos.....	47
2.6- Aspectos éticos da pesquisa.....	48

3- CAPÍTULO 3: Análise dos resultados.....	49
3.1- O analisador medo.....	50
3.2- O analisador espaço coletivo.....	52
3.3- O analisador tempo.....	56
3.4- O analisador preconceito.....	60
3.5- O analisador formação.....	61
3.6- O entendimento dos profissionais sobre as indicações dos leitos.....	64
3.7- Alguns indicadores do serviço.....	70
3.8- As principais dificuldades.....	72
4- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
5- REFERÊNCIAS.....	81
6- ANEXOS.....	88
6.1- ANEXO 1- Roteiro proposto para entrevista semiestruturada com os membros da equipe que participou da implantação da enfermaria de saúde mental do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo.....	88
6.2- ANEXO 2- Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	90
6.3- ANEXO 3- Parecer Comitê de Ética em Pesquisa.....	95

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa discorre sobre a implantação de uma enfermaria de saúde mental no Hospital de Caridade São Vicente de Paulo (HCSVP), no município de Jundiaí, interior de São Paulo. O serviço foi inaugurado em setembro de 2015 e faz parte de um processo de reconfiguração da atenção em saúde mental na cidade iniciado no fim de 2014. Os trabalhadores do HCSVP que participaram da construção do novo setor foram entrevistados sobre suas primeiras impressões a respeito da enfermaria, suas dificuldades e desafios, e sobre as modificações que sofreram em seus processos de trabalho, além de suas propostas futuras para os leitos de saúde mental e seu funcionamento.

A **Introdução** versa sobre os limites entre a normalidade e a loucura, as instituições asilares que se propuseram a resolver as questões do louco e o contexto histórico das tentativas de mudança na assistência em saúde mental no Brasil e no mundo, além da trajetória profissional e pessoal da pesquisadora.

O **Capítulo 1** conta parte da história da saúde mental e da psiquiatria nos hospitais gerais e discorre sobre as razões que possibilitam ao louco a ser melhor atendido nesses hospitais que nos manicômios tradicionais.

O **Capítulo 2** expõe o cenário da pesquisa, o contexto encontrado no município de Jundiaí e no Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, os objetivos e a metodologia utilizada, além de mostrar quem foram os sujeitos pesquisados.

O **Capítulo 3** mostra a análise das informações colhidas a partir do referencial teórico-metodológico da Análise Institucional, com a definição dos principais analisadores do processo de implantação dessa nova enfermaria.

Por fim, as **Considerações finais** retomam os contextos históricos dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais, expõe o seu pouco número no Brasil, ainda que com portarias específicas federais que aumentam o seu financiamento, e procura levantar possíveis razões para isso na micropolítica, a partir das informações da pesquisa.

O roteiro da entrevista semiestruturada realizado com os profissionais do HCSVP e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido são mostrados nos anexos da dissertação.

Desejamos a todos uma boa leitura, que ela contribua para refletir sobre quais os locais que os leitos de saúde mental nos hospitais gerais ocupam no Sistema Único de Saúde (SUS), na Reforma Psiquiátrica e na formação dos profissionais da saúde, para que esses serviços possam ser aperfeiçoados e sirvam para auxiliar na garantia dos princípios constitucionais do SUS, especialmente a universalidade de acesso e a integralidade da atenção.

INTRODUÇÃO GERAL

As instituições asilares e o mito da normalidade

Lúcia tem 50 anos e está hoje em acompanhamento em um dos Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Jundiaí. Ela tem uma psicose de difícil controle com medicações psicotrópicas, mas seu contato com a loucura começou muito antes disso. Ela era mãe de uma jovem, usuária de drogas, e frequentava o CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial para necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas) regularmente como familiar. Era “normal”, mas como ressalta Foucault (2012, pg. 30 e 35), há uma proximidade entre a razão e a loucura, e uma não sobrevive sem a outra.

“A loucura torna-se uma forma relativa à razão, ou melhor, loucura e razão entram numa forma eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão (...) e toda razão sua loucura (...) cada uma é a medida da outra (...)”.
(Foucault, 2012, pg. 30)

E ainda,

“A loucura é um momento difícil, porém essencial, na obra da razão; através dela, e mesmo em suas aparentes vitórias, a razão se manifesta e triunfa. A loucura é, para a razão, sua força viva (...)”. (Foucault, 2012, pg. 35)

Um dia a filha de Lúcia colocou fogo em seu próprio corpo. Ela morreu e, junto com ela, a sanidade de Lúcia. Talvez porque ela se recuse a viver em uma realidade na qual a filha não esteja, mas tudo o que podemos pensar sobre isso são apenas hipóteses. Porém, a história de Lúcia demonstra que o limite entre a loucura

e a razão está longe de ser absoluto, ainda que durante os últimos séculos tenha existido uma tentativa de abrigar a insanidade em instituições asilares.

Foucault (2012, pg. 78) explica como a internação da loucura surgiu como resposta a um desejo de afastar do convívio social as pessoas com dificuldades na integração à comunidade. Mas não só isso, também havia um desejo de distanciar a pobreza e a incapacidade para o trabalho. Ele reforça que o internamento cumpriu esse papel de criar um limiar artificial separando os insanos do restante dos habitantes das cidades e criando para eles um espaço possível de neutralizá-los.

“As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido. Nasceu uma sensibilidade, que traçou uma linha, determinou um limiar, e que procede a uma escolha, a fim de banir. O espaço concreto da sociedade clássica reserva uma região de neutralidade, uma página em branco onde a vida real da cidade se vê em suspenso”.

Mas, se o que entendemos como “loucura” depende do que avaliamos do que seja “razão”, as alterações de juízo que necessitam intervenção variam de um lugar para outro. E, existindo um lugar para isolamento de tudo que julgamos ultrapassar o limiar da convivência social possível, não corremos o risco de internar nessas instituições algo a mais do que a loucura? Os manicômios são um local de tratamento ou um lugar para onde enviamos o “intolerável”?

“É evidente que o internamento, em suas formas primitivas, funcionou como um mecanismo social, e que esse mecanismo atuou sobre uma área social bem ampla, dado que se estendeu dos regulamentos mercantis elementares ao grande sonho burguês de uma cidade onde imperaria a síntese autoritária da natureza e da virtude. (...) O internamento seria assim a eliminação espontânea dos ‘a-sociais’”. (Foucault, 2012, pg. 79)

No entanto, ainda que os estabelecimentos psiquiátricos internassem mais que pessoas com doença mental e pudessem cumprir um papel de “depósito social de indesejados”, a ideia de que tratar a loucura consistia predominantemente em isolá-la, difundiu-se amplamente durante o século XX.

Em seu livro *Holocausto Brasileiro*, que conta a história do Hospital Colônia, em Barbacena, Minas Gerais, Arbex (2013) relata que muitas pessoas internadas neste manicômio não eram acometidas por transtornos mentais:

“Desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina (...) a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se o destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos”. (Arbex, 2013, pg.26)

Essa opção pelo asilamento da loucura não é sem consequências. Goffman (1961) fez um estudo sobre os resultados a médio e longo prazo das internações asilares e explica que esses internamentos provocam uma perda da identidade pessoal (“mortificação do eu”), além de uma sensação de traição pelas pessoas mais próximas (que são as que geralmente levam a pessoa à internação hospitalar) e à necessidade do desenvolvimento de ajustamentos para adaptação à vida institucional.

Alguns dados sobre os hospitais psiquiátricos

A partir das vivências da pesquisadora (do trabalho nos CAPS, dentro da atenção básica e no ambiente hospitalar), parece que o pensamento que permeia o imaginário das pessoas e dos trabalhadores de saúde mental atualmente, é de que a loucura não cabe em uma instituição como um hospital geral e precisa ser direcionada a um local específico, “especializado”.

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileiro, desde o fim dos anos oitenta, tensiona as políticas públicas para que a atenção em saúde mental seja realizada em serviços territoriais, abertos, com a completa extinção dos leitos nos manicômios. Jesus (2013, p. 27), em seu livro “A Saúde Mental no contexto da realidade brasileira”, discorre sobre os contextos históricos e políticos em que a Reforma Psiquiátrica se construiu e se solidificou, e ressalta suas dificuldades em se expandir em “um ciclo histórico de políticas neoliberais com suas estratégias de precarização das políticas sociais e indução de desassistência”. A Reforma Psiquiátrica brasileira será discutida mais a frente nesse texto.

Oposto a isso, o hospital psiquiátrico foi, durante muito tempo, o local hegemônico para o tratamento da loucura.

Para além dos movimentos político-ideológicos para o fim dos leitos em hospitais psiquiátricos, é importante refletir sobre qual a assistência realizada nesses locais, a partir de dados já pesquisados a respeito. A realidade encontrada dentro dos manicômios do Brasil mostrou que, longe de melhorarem do seu adoecimento psíquico nessas instituições, as pessoas eram vítimas de negligências, como falta de vestimentas adequadas, falta de colchões e cobertores, dentre outras. E mais: os internos eram ainda vítimas de maus tratos, violência e permaneciam bem mais tempo internados do que a compensação da crise psíquica exigiria, alguns permanecendo mais de 40 anos nos manicômios e outros que entraram crianças e não receberam alta antes da velhice.

Em novembro de 2011, o Departamento de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS), emitiu um relatório (Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde, PT GM/MS no 2398/2011) sobre a situação dos hospitais psiquiátricos do Brasil no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram visitados 189 hospitais, a maioria no Estado de São Paulo. O relatório mostra que 37% das pessoas estavam internadas há mais de um ano, 81% dos hospitais apresentavam inadequações na relação entre profissionais de saúde e leitos hospitalares, em desacordo com os parâmetros estabelecidos na Portaria GM/MS n. 251/2002, 75% tinham inadequações referentes a anotações nos prontuários e 37 hospitais psiquiátricos não admitiam visitas diárias ao serviço.

No caso de Sorocaba, o maior polo manicomial do Brasil, uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), intitulada “Levantamento de Indicadores sobre os Manicômios de Sorocaba e região” (2011), informa que o número de leitos nesses hospitais é cinco vezes superior ao que a legislação recomenda; há alto índice de pacientes-moradores indocumentados (mais de duas vezes superior ao do restante do Estado); o número de funcionários é inferior à metade do que é determinado pela legislação; o número de mortes é elevado, somando 825 para o período entre 2004 e julho de 2011, o que corresponde a uma morte a cada três dias; o índice de mortalidade aumenta em 67% nos meses mais frios (segundo quadrimestre do ano); em grande parte dos casos as mortes ocorreram por motivos evitáveis ou mal esclarecidos.

A urgência da reforma

Diante dos questionamentos da real capacidade de as instituições com caráter asilar produzirem tratamento ou melhora das doenças psíquicas, e da percepção de maus tratos, assistência inadequada e violação dos direitos humanos dentro dos hospitais psiquiátricos, alternativas a eles surgiram em várias partes do mundo desde a década de sessenta.

Na Inglaterra, junto com a implantação, em 1948, do *National Health System* (NHS), o sistema inglês de saúde pública, a psiquiatria passou também a ser pensada de forma comunitária. O maior exemplo dessa tentativa de reformulação da assistência psiquiátrica foram as comunidades terapêuticas, consagradas em 1959 por Maxwell Jones. De acordo com Jorge (1997, pg. 117),

“O termo Comunidade Terapêutica foi utilizado por Maxwell Jones, a partir de 1959, para definir as experiências desenvolvidas em um hospital psiquiátrico, baseadas nos trabalhos de Sullivan, Meninger, Bion e Reichman. Suas experiências eram baseadas na adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes tendo como objetivo resgatar o processo terapêutico a partir da transformação da dinâmica institucional”.

Ao mesmo tempo, na França, emergia a psiquiatria de setor. Segundo Gondim (2001, p. 23), “esta nova prática teria por objetivo resgatar o caráter terapêutico da psiquiatria e ao mesmo tempo contestar o asilo como espaço terapêutico”. A ideia era implantar instituições extra-hospitalares para o atendimento em saúde mental, sem, no entanto, extinguir os hospitais psiquiátricos.

De acordo com Passos (2009, pg. 64), “a ideia do setor é a seguinte: uma equipe única se responsabiliza por uma zona populacional específica, onde se disporia de um sistema completo de estruturas, que cobririam da prevenção à pós-cura”. Neste caso o diferencial era que uma equipe única seria responsável pelo atendimento da população de um dado território, estivesse ela em um Centro Comunitário para atenção em saúde mental ou em um leito hospitalar psiquiátrico.

Passos (2009) esclarece que a França foi pioneira na criação de asilos para loucos. Uma lei, datada de 30 de junho de 1838, garante aos alienados um local específico para o seu tratamento. Os precursores da psiquiatria da época, Pinel e Esquirol, entendiam que a internação dos loucos em hospitais gerais era inadequada e esta lei “obriga a criação de estabelecimentos de saúde especializados para receber os alienados, bem como tratar e cuidar deles”.

A partir da década de 1940, entretanto, alguns profissionais principalmente psiquiatras, passaram a questionar o asilamento como único modo de atendimento à loucura. Com o advento dos psicotrópicos e da psicoterapia institucional, buscaram reinserir as pessoas no convívio social e familiar. Mas não se aliaram a outras forças da sociedade nesse questionamento, nem entenderam que havia necessidade de uma ação política para que o asilo como forma prioritária de atendimento à loucura fosse combatido.

“O que os psiquiatras franceses pareciam não querer assumir integralmente é que trazer a loucura e os loucos de volta para a sociedade, como pretendiam, significava ter de enfrentar aspectos políticos, mais que técnicos, envolvidos em processo de exclusão social, dominantes nessa mesma sociedade, para os quais não estavam preparados, ou não queriam enfrentar”.
(Passos, 2009, pg. 66)

Por fim, a psiquiatria de setor não previa a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos. Em sua primeira circular oficial, datada de 1960, havia a perspectiva, inclusive, de abertura de novos leitos nas províncias em que eles não existiam.

Na Itália, em 1961, desde que assumiu a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, Franco Basaglia passou a questionar qual a legitimidade do saber psiquiátrico em promover a exclusão. Amarante (2010, pg. 70), explica essa percepção de Basaglia:

“A condição de excluído, à qual é delegado o doente mental, impõe-lhe uma série de outras consequências que não podem ser identificadas como decorrentes de sua condição de enfermo. E se é a psiquiatria que exerce este mandato, é esta que deve ser questionada e não o enfermo”. (Amarante, 2010, pg.70)

Basaglia (2001) referiu-se ao manicômio como uma instituição de violência e, diferentemente do pensamento predominante na Inglaterra e na França, reforçou a necessidade de extingui-lo.

Em seu livro “A Instituição Negada”, Basaglia (2001) descreve a trajetória que percorreu em Gorizia. Suas ações iniciaram com o objetivo de transformar a realidade de violência institucional que lá existia, mas isso não significava uma substituição automática de um modelo centrado no saber psiquiátrico para um outro a ser inventado. Ele entendia que, mesmo um modelo para atenção à loucura mais próximo ao comunitário, poderia ser autoritário, se ocultasse as contradições nele existentes. Segundo Basaglia, as instituições psiquiátricas deveriam estar “continuamente em crise”.

“A negação não implica um “positivo” funcionando como modelo; ela não é mais do que a recusa à perpetuação da instituição, a tentativa de transformá-la colocando-a continuamente em crise. Esse ato de negação sistemática envolve o papel do médico (que se investe como mandatário de poder) e os papéis do enfermeiro e do doente”. (Basaglia, 2001, pg. 179)

Basaglia, em sua gestão no hospital de Gorizia, procurou reabrir as contradições entre o papel do médico tanto “promotor da cura” como “detentor do poder”, do papel do doente como “objeto da exclusão” e “contestador da realidade institucional” e do papel dos enfermeiros como “transmissores do autoritarismo médico”, ou “questionadores do seu papel como mantenedores de relações de violência com os doentes”. E, levando o questionamento dessas contradições à sua radicalidade, indagou também sobre a própria existência do hospital psiquiátrico e seu papel terapêutico.

“Portanto a negação inclui as relações sociais e os ritos institucionais. Por que razão todas as iniciativas devem partir do alto? Por que deve-se “dar” ao doente aquilo que ele recebe? Partindo da negação da violência, que é, assim, desmascarada, chega-se à negação radical da instituição (...)”. (Basaglia, 2001, pg. 179).

Basaglia concluiu que a instituição fechada não exerce papel terapêutico. Segundo ele:

“A partir do momento em que transpõe os muros do internamento, o doente entra numa nova dimensão de vazio emocional (...); ou seja, vê-se introduzido num lugar que, criado originalmente para torná-lo inofensivo e ao mesmo tempo para tratá-lo, na prática surge como um espaço

paradoxalmente construído para um aniquilamento completo de sua individualidade, como local de sua objetificação. E ainda, uma vez colocada essa impenetrabilidade estrutural das instituições psiquiátricas diante de qualquer tipo de intervenção que vá ao encontro de sua finalidade controladora, somos obrigados a reconhecer que a única possibilidade de aproximação e de relação terapêutica no momento, e em praticamente qualquer lugar, se dá em nível do doente mental livre (...). (Basaglia, 2001, p. 105)

A partir disso, na Itália, surge uma outra questão: como se tratariam as pessoas portadoras de algum transtorno mental? Em seu texto “Desinstitucionalização: uma outra via”, Rotteli, Leonardis & Mauri (2001), explicam como se deu a reorganização dos serviços de saúde mental no município de Trieste, Itália. Foram criados novos serviços, que “tinham a responsabilidade de responder à totalidade das necessidades de saúde mental de uma população determinada; mudavam as formas de administrar os recursos para a saúde mental e multiplicavam e tornavam mais complexa a profissionalidade dos operadores”.

Na experiência Triestina, criaram-se Centros de Saúde Mental “fortes”, capazes de dar resposta efetiva a todas às demandas relacionadas à doença psíquica, apoiados por uma rede de serviços, dentre eles, os leitos de saúde mental nos hospitais gerais (Lá denominados Serviços Psiquiátricos de Diagnóstico e Cura).

Paralelamente a isso, a lei italiana 180, de 13 de maio de 1978, determinava o fim dos manicômios em todo o território italiano¹.

No Brasil, no decorrer dos anos, também houve modificações a respeito da assistência ofertada às pessoas com transtornos mentais.

O decreto 24.559, de 3 de julho de 1934, pg. 14254 do Diário Oficial da União (revogado somente em 2001) dizia que:

¹Disponível para consulta em <http://www.ifb.org.br/legislacao/Lei%20180%20-%20Italia.pdf>, consultado em 06 de abril de 2017.

“nos casos urgentes, em que se tornar necessário, em benefício do paciente ou como medida de segurança pública, poderá ele ser recolhido, sem demora, a estabelecimento psiquiátrico, mediante simples atestação médica, em que se declare quais os distúrbios mentais justificativos da internação imediata”.

Este decreto, além de possibilitar a ampla internação dos alienados, dava à classe médica grande poder normatizador sobre a loucura. Em reforço a isso, o artigo quinto versa que “é considerado profissional habilitado a dirigir estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, quem possuir o título de professor de clínica psiquiátrica ou de docente livre desta disciplina em uma das Faculdades de Medicina da República, oficiais ou oficialmente reconhecidas, ou quem tiver, pelo menos durante dois anos, exercido efetivamente o lugar de psiquiatra ou de assistente de serviço psiquiátrico no Brasil ou no estrangeiro, em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, autorizado”, dando novamente à classe médica não só o poder de internar e dar a alta aos doentes, como o de chefiar as instituições responsáveis pelo atendimento à loucura.

Mas, seguindo a tendência mundial no questionamento da eficácia das instituições asilares no tratamento da loucura, no Brasil da década de 70, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) “passa a protagonizar os anseios e as iniciativas pela reforma da assistência psiquiátrica nacional” (Amarante, 2010, pg. 13). Após quase trinta anos de lutas políticas e sociais, em 2001, foi promulgada a lei 10216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Segundo essa lei, é direito da pessoa portadora de transtorno mental:

“ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração e ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. [E ainda], é responsabilidade do

Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família (...) e é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares (...), o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário". (BRASIL, 2001)

Em 1987, antes, portanto, da lei da Reforma Psiquiátrica, surgiu no município de São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira.

Em artigo sobre os aspectos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira Luzio e L'Abbate (2006) discutem a abertura desse serviço e as dificuldades encontradas pela equipe em aproximar-se dos usuários, dado o histórico distanciamento que as instituições asilares produziram entre os trabalhadores e as pessoas acometidas por sofrimento mental. Referem ainda as experiências de Santos, com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta e a abertura de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, composta fundamentalmente pelos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS); e a implantação da rede de saúde mental de Campinas, a partir de contrato de co-gestão com o Serviço de Saúde Cândido Ferreira e a abertura de 6 CAPS, 5 Centros de Convivência, 33 Serviços Residenciais Terapêuticos e 20 Oficinas de Geração de Renda, além do fechamento do Hospital Psiquiátrico Tibirica.

"Cada experiência, à sua maneira, contribuiu para a nova legislação de saúde mental, construída a partir da década de 1990 para viabilizar a atenção psicossocial no SUS dos

municípios brasileiros. Observou-se que seus resultados, associados às reflexões e propostas operadas pelo movimento da reforma psiquiátrica, possibilitaram sua visibilidade e disseminação entre os gestores, profissionais, usuários e sociedade civil, bem como criou tensões nas esferas do governo federal e estadual, no sentido de que eles não apenas cumprissem suas atribuições como partícipes do processo, mas também construísssem instrumentos técnico-operacionais que permitissem aos municípios implantar e implementar seus serviços de saúde mental". (L'Abbate & Luzio, 2006, pg. 295)

Em Belo Horizonte, a partir do ano de 1993, foram implantados os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM). Até o ano de 2002, havia sete CERSAM em funcionamento.

Em relação aos marcos legais da implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, após a lei 10216, de 2001, várias portarias foram promulgadas para regulamentar e estabelecer valores de co-financiamento federal para os equipamentos que comporiam a rede de atenção em saúde mental.

Em 2002, a portaria 336, regulamentou os novos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e o modelo assistencial, introduzindo as modalidades CAPS I, II, III, CAPSi e CAPSad.

Em julho de 2003, a lei federal 10708 estabeleceu um incentivo financeiro a antigos moradores de hospitais psiquiátricos caso permanecessem na convivência comunitária e sem estarem internados. O incentivo foi denominado Programa de Volta pra Casa (PVC). Juntamente com esse incentivo, a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos (primeiramente instituídos pela portaria GM 106 de 2000, depois regulamentados pela portaria 3090 de 2001), foi essencial na consolidação da reforma psiquiátrica e no apoio a desinstitucionalização, ou seja, fechamento de leitos psiquiátricos e sua substituição por uma rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental. Os Serviços Residenciais Terapêuticos são destinados à moradia para pessoas com história de longa internação psiquiátrica e com laços familiares rompidos em seus territórios de origem.

No ano de 2010 foi publicada portaria que regulamentava os leitos de atenção integral nos hospitais gerais para usuários de álcool e outras drogas.

Aqui vale uma observação: a atenção em saúde mental no Brasil é historicamente um campo de disputa entre os movimentos que defendem o cuidado em liberdade, entre eles o Movimento da Luta Antimanicomial e a RENILA, e entre as entidades que afirmam a necessidade da permanência de leitos em hospitais psiquiátricos para casos agudos, como é o caso dos conselhos que representam a classe médica. Para esse segundo o grupo, o CAPS seria um intermediário entre a atenção primária e o serviço hospitalar, mas não seria o primeiro responsável pela atenção à crise psíquica. Esse posicionamento difere radicalmente dos movimentos pró reforma psiquiátrica brasileiros, que entendem o CAPS como equipamento prioritário na atenção à crise.

Nesse campo de disputa os leitos de saúde mental em hospital geral surgiram como um ponto de convergência entre esses dois grupos, apoiados tanto pelas entidades médicas como previstos dentro da Rede de Atenção Psicossocial.

Sobre isso algumas considerações. Desde 2001 até o fim de 2015, portanto por quatorze anos, os grupos que defendem o CAPS como equipamento prioritário para atenção à crise psíquica estiveram no poder no governo federal e, ao mesmo tempo, incentivaram a ampliação dos CAPS e dos Serviços Residenciais Terapêuticos e também criaram portarias que regulamentavam os leitos de saúde mental nos hospitais gerais e estabeleciam suas formas de financiamento; os poucos trabalhos que analisam o perfil dos usuários atendidos nos serviços de urgência hospitalares reforçam que esse modelo desafia o conceito de “substitutivo” do CAPS, ou seja, compete como equipamento primário de atenção à crise. Nas palavras de Volpe et al (2010, p. 203-204):

“Se, por um lado, os dados institucionais mostram redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e aumento progressivo do número de CAPS, por outro lado não tem sido considerada outra variante importante na avaliação desse novo modelo de assistência: o número e o perfil dos atendimentos nas urgências dos hospitais psiquiátricos, como indicadores da

resolutividade dos “serviços substitutivos”. Uma abordagem simplista da desospitalização carrega um potencial viés ao desconsiderar a hipótese de que, mesmo com o desenvolvimento e o amadurecimento dos serviços extra-hospitalares de atendimento a saúde mental, pacientes com um perfil específico, com transtornos mentais especialmente graves, venham a necessitar da assistência hospitalar, ainda que de curta duração. Se verdadeira, a hipótese acima desafiaria o conceito de “serviços substitutivos” atribuído aos serviços extra-hospitalares, indicando uma estrutura complementar de atenção a saúde mental que incluiria todos os níveis de assistência”.

É possível inferir que os modelos que fortalecem os CAPS como equipamento de atenção à crise não são complementares àqueles que reforçam o atendimento hospitalar da crise psíquica, mas sim competem com esses. Voltando ao período de 2001 a 2015, a regulamentação dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais bem como seu incentivo financeiro foi uma concessão às entidades médicas que defendiam a psiquiatria (e ainda defendem) dentro do ambiente hospitalar? Ou foi um reconhecimento de que os CAPS ainda não conseguiriam abarcar toda a demanda de atenção à crise e necessitariam de equipamentos de retaguarda? Ou ainda decorrente da impossibilidade de implantar a quantidade necessária de equipamentos 24 horas para atenção à crise como é o caso dos CAPS III?

Em 2011 a portaria que define a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída². Até então os serviços de saúde mental eram definidos em portarias específicas e não compoem uma rede de atenção. Essa portaria instituiu “a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Ela considera que esta rede é composta pelas Unidades Básicas de Saúde, Consultórios na Rua, Redes de Urgência e Emergência, Unidades de Acolhimento, Residências Terapêuticas,

²Portaria ministerial 3088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013.

Serviço Hospitalar de Referência em hospital geral e estratégias de desinstitucionalização. O hospital psiquiátrico, a partir daí, deixou de ser considerado parte da assistência à saúde mental e aparece na portaria apenas como local onde haverá estratégias para desinstitucionalização, quer dizer, fechamento de leitos e adequação da assistência às pessoas internadas, no âmbito do SUS.

Em 2012 foi publicada a portaria 148, que regulamenta os Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, ou seja, o componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial. Essa portaria definiu valores de incentivo e custeio para implantação desses leitos e aumentou o valor médio para as diárias das internações hospitalares dos usuários em crise psíquica (o valor médio pago por dia de internação pelo Ministério da Saúde para cada um desses leitos é mais que três vezes o valor que os hospitais psiquiátricos recebem). Além das mudanças financeiras previstas nessa legislação, são também definidas algumas diretrizes para esses serviços, entre elas: o tempo de internação deve ser curto, a equipe deve ser multiprofissional, o suporte clínico deve ser garantido quando necessário e a articulação com outros pontos da RAPS deve ser feita para continuidade do tratamento, de tal forma que não se reproduza a lógica excludente e asilar predominante nos hospitais psiquiátricos.

O Serviço Hospitalar de Referência em hospital geral está dentro do componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Segundo dados de outubro de 2015, do Ministério da Saúde, há no Brasil 888 leitos de saúde mental em hospital geral, apenas 20 no Estado de São Paulo.

Na perspectiva da necessidade de ampliação da RAPS no Brasil, torna-se relevante a análise das experiências existentes de implantação de leitos em hospitais gerais.

Além disso, muitas das dificuldades encontradas em lidar com o louco e a loucura, no ambiente hospitalar, são também presentes no cotidiano dos serviços territoriais para o atendimento aos transtornos mentais, álcool e outras drogas.

A análise desse processo é necessária também para entender como ocorreu a implantação desses leitos e qual a sua relação com a rede territorial de serviços de saúde mental. A proposta da enfermagem nos hospitais gerais no contexto de Rede de Atenção Psicossocial é que ela esteja em permanente articulação com a rede de serviços, para que não se reproduza a lógica segregadora, historicamente priorizada no atendimento à loucura.

Essa pesquisa trata da análise do percurso de implantação de uma enfermagem de saúde mental no Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, em Jundiaí/SP, a partir da percepção dos trabalhadores nela envolvidos, utilizando-se do referencial teórico metodológico da Análise Institucional.

A trajetória profissional e pessoal da pesquisadora

A pesquisadora é médica sanitária de formação, mas desde a época da residência médica, trabalha com pessoas com transtornos mentais graves e na construção de modelos territoriais de atenção à saúde mental. Trabalhou em um CAPS AD, antes mesmo da residência em Saúde Coletiva, realizada no Depto de mesmo nome da Faculdade de Ciências Médicas/FCM da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp durante os anos de 2011 a 2013. Fez campo de estágio em um CAPS III, também em Campinas, com funcionamento 24 horas e, desde então, trabalha na assistência aos usuários em grave sofrimento psíquico. Em Jundiaí /SP foi médica em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que atende usuários com transtornos mentais graves e em um CAPS para usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com funcionamento 24 horas, além de realizar a gestão da enfermagem de Saúde Mental no HCSVP de abril de 2015 a novembro de 2016.

Esteve na comissão executiva para o fechamento do polo manicomial na cidade de Sorocaba/SP, por cerca de um ano e meio. Essa comissão era prevista por um Termo de Ajustamento de Conduta/TAC, assinado junto ao Ministério Público Federal e Estadual de São Paulo, que prevê o fechamento de sete hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede territorial de serviços para a atenção à saúde mental. Mas, por razões da política municipal de saúde de Sorocaba,

o processo foi interrompido e a pesquisadora se manteve trabalhando apenas em São Paulo. Durante esta experiência, trabalhou em um CAPS II na cidade de São Paulo e em abril de 2015, foi trabalhar em Jundiaí.

É fortemente implicada com a Reforma Psiquiátrica e procura ter a prática profissional norteada pelo direito das pessoas à liberdade, à convivência, à renda e ao trabalho. Esse posicionamento a impulsionou a refletir sobre qual é o papel do hospital psiquiátrico e o que ele produz em termos da saúde mental.

Da experiência que vivenciou no contato com os hospícios, não foi raro encontrar pacientes desnudos, dormindo na mesma cama que outros internos, em meio à urina e fezes no chão. Algumas pessoas passavam grande parte da sua vida internadas, com pouco ou nenhum contato com a sua família e impossibilitadas de administrar seu próprio dinheiro. Eram frequentes as situações de violência entre os internos e por parte da equipe profissional. Havia pouca ou nenhuma participação do usuário em seu plano terapêutico e alguns internos realizavam atividades de trabalho sem nenhuma remuneração.

Certamente, a análise elaborada nesta dissertação sobre a implantação da enfermagem de saúde mental do Hospital São Vicente foi norteada pelas implicações pessoais e profissionais da pesquisadora contextualizadas com dados da investigação, definida mais adiante.

A noção de implicação, no âmbito da análise institucional, inspira-se no conceito de contratransferência institucional. A contratransferência é um conceito da psicanálise, proposto por Freud (1910), e diz respeito aos sentimentos inconscientes despertados no analista pelo analisando. Segundo Freud (1910, pg. 150), “nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas”. De acordo com Zaslavsky & Santos (2005, p. 297)

“(...)o psiquiatra contemporâneo não pode ignorar a importância da utilização e da consulta aos próprios sentimentos em relação ao paciente. Alguns aspectos do paciente só poderão ser compreendidos a partir da consulta aos sentimentos mobilizados no psiquiatra. O mal-estar sentido por esse,

ao atender um deprimido que pouco fala, pode ser uma forma (verbalmente) muda de expressão do medo que o paciente tem de não resistir ao sofrimento depressivo e tentar suicidar-se. Ele comunica esse medo ao seu terapeuta de forma inconsciente, não-verbal. Também de forma inconsciente, esse medo é captado e sentido como mal-estar pelo psiquiatra, que o compreenderá não como um sentimento apenas seu, mas algo construído pela interação de ambos para expressar uma emoção inconsciente do paciente”.

No campo das intervenções grupais, os sentimentos inconscientes despertados pelo grupo nos pesquisadores e/ou interventores e vice versa, também podem auxiliar na construção do processo de pesquisa e/ou intervenção. Em outras palavras, as implicações pessoais dos sujeitos interferem nas análises que podem ser realizadas sobre um determinado processo.

Lourau acreditava que o conceito de contratransferência definido por Freud, não poderia ser utilizado do mesmo modo, quando se tratava da relação do pesquisador e/ou interventor com seu objeto de estudo, seu campo epistemológico e a instituição na qual estava inserido. Para melhor esclarecer este conjunto de relações, Lourau (2004b), afastando completamente qualquer ideia de neutralidade, propôs o conceito de implicação, abrangendo três dimensões: afetivo-libidinal; ideológica e profissional, sempre presentes em todas as atividades que realizamos no nosso cotidiano (Barbier, 1985).

Além das implicações da pesquisadora com a Reforma Psiquiátrica, ela compõe a grupo gestor da implantação desta enfermaria de saúde mental, e tem a perspectiva não só de que o serviço seja implantado, mas de que haja qualidade na assistência dentro dos princípios da atenção nos territórios de vida das pessoas, com incentivo ao protagonismo dos usuários, a preservação de seus direitos e a efetiva articulação com os outros equipamentos da rede de saúde do município.

Lourau (2004a, pg. 188) esclarece que “é quase impossível analisar o devir sem tentar descrever em que ele nos analisa”. Sendo essa a primeira experiência da pesquisadora com gestão direta de serviços, as expectativas quanto a isso certamente influenciaram essa análise.

CAPÍTULO 1

A atenção em saúde mental nos hospitais gerais

1.1- A loucura nos hospitais gerais

A ideia de que pessoas em grave sofrimento psíquico pudessem ser internadas em hospitais gerais, como acontece com situações decorrentes de outras patologias, faz parte da história recente da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, foi estabelecido pela portaria 148, do Ministério da Saúde, que data de 31 de janeiro de 2012. Desde então, foram habilitados por essa portaria pouco menos de mil leitos de saúde mental em hospitais gerais de todo o Brasil.

A presença da psiquiatria nos hospitais gerais não teve início, no entanto, com as portarias que definem equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (PT GM 3088/2011 e 148/2012). Desde a década de cinquenta foram implantados leitos de psiquiatria nos hospitais militares e universitários. Segundo Hildebrandt et al (2001, p. 170), a primeira unidade psiquiátrica em hospitais gerais no Brasil data de 1954, no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia.

A presença de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais foi também favorecida pelo desenvolvimento de psicotrópicos e pelo desejo da psiquiatria em se reafirmar como ciência médica biológica. Kleinman (1988) relata parte da história da psiquiatria e afirma que a década de oitenta testemunhou um romance entre a psiquiatria e a biologia e a clínica psiquiátrica se tornou sem espaço para as ciências sociais. Os leitos de psiquiatria nos hospitais gerais se tornaram, portanto, um local de fortalecimento dessa especialidade no meio médico e um local de formação principalmente de futuros psiquiatras.

No caso da psiquiatria democrática italiana, os leitos de saúde mental nos hospitais gerais foram criados com o intuito de atender a crise à noite e nos finais de semana e, o mais breve possível, muitas vezes no dia seguinte, encaminhar o

usuário ao CAPS de seu território de origem. Na experiência italiana os locais prioritários para o atendimento à crise são os CAPSs e não os leitos nos hospitais gerais.

Na realidade brasileira esses leitos têm sido utilizados para apoiar processos de desinstitucionalização, quando há fechamento de hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede territorial de serviços de saúde mental, e para atenção à crise de usuários acompanhados ou não pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Com a crescente judicialização da saúde e um aumento importante de internações psiquiátricas determinadas judicialmente, esses leitos também têm sido utilizados para cumprimento dessas medidas mesmo em governos municipais que têm como norte o fortalecimento dos CAPS para atenção à crise psíquica, como era o caso de Jundiaí, no momento desta pesquisa.

O município de Belo Horizonte criou em 2006 o Serviço de Urgência Psiquiátrica, que funcionava no período de 19 às 7 e tinha como objetivo acolher os usuários em crise e encaminhá-los ao CAPS no dia seguinte, de forma semelhante ao modelo triestino. Mas não era o único serviço que atendia urgência no município, havendo também leitos no Hospital Galba Veloso para internações breves e estabilização da crise psíquica, serviço denominado Centro de Acolhimento da Crise (CAC).

No entanto, ainda que a história dos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais no Brasil comece bem antes de 2012, os leitos previstos pela portaria 148, do Ministério da Saúde, não aparentam ser da mesma natureza que os leitos de psiquiatria encontrados nos hospitais universitários, por exemplo, uma vez que têm previsto na portaria que os regulamenta, sua articulação com o restante da rede de serviços que prestam assistência em saúde mental e equipe multiprofissional, diferentemente das enfermarias de psiquiatria nos hospitais universitários, que muitas vezes se destinam a formação médica e têm pouca ou nenhuma interlocução com os equipamentos de saúde dos municípios em que se localizam.

Quando o Serviço de Referência Hospitalar em hospitais gerais foi definido por portaria específica (Portaria 148, 2012) pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, houve um ganho no

financiamento desses serviços. A portaria definiu uma diária aproximada de R\$ 196,00 para cada leito de saúde mental em hospital geral, superior à maioria das diárias pagas por internações hospitalares em outras especialidades.

Além do aumento do custeio financeiro desses leitos, houve três planos federais para o enfrentamento da problemática do crack, que previam/preveem a implantação de leitos de retaguarda em hospitais gerais, com orçamento destinado para isso.

A portaria 1190, de 4 de junho de 2009, instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD 2009-2010). Uma das metas desse plano era implantar 2325 novos leitos de atenção integral especializados em atendimento de transtornos álcool/drogas nos hospitais gerais.

Em 2010, o decreto 7179, da Presidência da República, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que também determinava a “ampliação do número de leitos para usuários de crack e outras drogas” (p. 3).

O Plano Crack é Possível Vencer, do governo federal, implantado em 2011 e ainda em vigência, tem como meta 3600 novos leitos de saúde mental nos hospitais gerais, mas até o momento apenas 800 foram criados³.

Os três planos supracitados e a própria portaria 148 do Ministério da Saúde, que aumenta o valor das diárias nos leitos de saúde mental em hospitais gerais, intentaram induzir o aumento desses serviços, mas as metas previstas por eles não foram alcançadas. É possível que isso nos alerte para o fato de que a tentativa de indução de modelos de saúde mental a partir do que é determinado por portarias e decretos, ou seja, no plano da macropolítica, não seja suficiente para garantir que equipamentos de saúde sejam implantados nos territórios. Muito possivelmente as razões pelas quais os municípios não investem em leitos de saúde mental nos hospitais gerais só possam ser elucidadas na micropolítica das relações e dos processos de trabalho das equipes de saúde nesses hospitais.

³Dados provenientes do observatório do Programa Crack é Possível Vencer, disponíveis em <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>, consultado em 20 de setembro de 2016.

Pois, se na macropolítica os avanços na construção de um modelo de atendimento em saúde mental mais humano, baseado nos direitos das pessoas e com serviços inseridos no território são evidentes, muitas vezes, os motivos que dificultam a implantação desses modelos, encontram-se na micropolítica das relações cotidianas entre usuários e profissionais nas instituições que prestam assistência.

1.2- Os porquês das internações em saúde mental nos hospitais gerais em preferência aos hospitais psiquiátricos

Além de evitar situações de violência e violação de direitos, quais as razões para que a saúde mental esteja nos hospitais gerais? Refletindo sobre isso, emergem algumas pontuações.

A primeira é a visibilidade. As situações de violência, negligência, maus tratos e tortura que acontecem nos hospitais psiquiátricos são em muito favorecidas pela invisibilidade.

Segundo Bittar & Soares (2004), a invisibilidade da tortura determina que ela sempre se faça presente. Lembro-me de inúmeras discussões feitas com a equipe do Hospital São Vicente de Paulo sobre situações de violência com os usuários, que sempre geraram grande comoção dos profissionais. As intervenções para resolução desses casos aconteceram rapidamente a havia a preocupação de não repetir as práticas dos hospitais psiquiátricos.

Os tempos de internação em saúde mental dentro de um hospital geral são normalmente menores do que nas instituições psiquiátricas. Em nossa experiência, o tempo médio de permanência é de cerca de sete dias. No censo dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo finalizado em 2014, 37% das pessoas internadas estão no hospital há mais de um ano. Desses, cerca de 70% estão em hospitais psiquiátricos há mais de 10 anos.

Além disso, é bastante positiva a proximidade da enfermagem de saúde mental com a urgência e emergência e as outras especialidades médicas no âmbito do hospital geral. Não são poucos os casos de pessoas que têm seus problemas

mentais agravados por causas clínicas, como diabetes descompensado, hipertensão, hipotireoidismo, doenças vasculares cerebrais, tumores, sífilis, dentre outros. Estar em um hospital geral permite a qualificação da assistência em momentos de crise psíquica, o diagnóstico diferencial com patologias clínicas e levar o usuário a intervenções mais rápidas, quando elas são necessárias.

Dois casos me vêm ao pensamento, sobre a importância de intervenções adequadas no tempo correto. Quando trabalhava em um hospital psiquiátrico, conheci Paulo* (nome fictício). Paulo foi vítima de várias agressões em suas pernas durante seu período de internação e o manicômio não o levou ao serviço de ortopedia. Por isso suas fraturas consolidaram de forma errônea e Paulo, desde então, anda mancando, com muita dificuldade. Ao contrário, recentemente, no trabalho do Hospital São Vicente, internamos José* (nome fictício) José sofreu uma queda e fraturou o tornozelo. Nós o internamos na Enfermaria de Saúde Mental e acionamos a ortopedia. Ele teve seu membro engessado e fizemos o contato com o Centro de Atenção Psicossocial que o acompanha. Ele recebeu alta em 10 dias, com seguimento de seus atendimentos no CAPS e retorno agendado com a ortopedia.

Por fim, o hospital geral facilita e promove o trabalho em rede. No exemplo de Jundiaí, o Serviço de Retaguarda do Hospital São Vicente tem, entre as suas atribuições, a articulação com a rede de serviços para a saúde mental do município, tanto para oferecer apoio quando necessário, como para continuidade de cuidado após a alta.

Segundo a portaria 4279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, "a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica."

CAPÍTULO 2

O itinerário da pesquisa: os cenários, os objetivos e a metodologia

2.1- A saúde mental em Jundiaí

Jundiaí é um município de 401.896 habitantes (estimativa IBGE 2015), no interior do Estado de São Paulo, próximo à capital. Desde o fim de 2014, a cidade passa por uma reconfiguração no modelo de assistência em saúde mental, não sem resistências por parte dos trabalhadores e dos usuários dos serviços.

O município de Jundiaí conta com uma rede de atenção em saúde mental territorial composta por um CAPS III, que funciona 24 horas e conta com cinco camas para usuários em grave crise psíquica, um CAPS II, antigo ambulatório de saúde mental em processo de transformação para CAPS, um CAPS infanto-juvenil e uma equipe de Consultório de Rua. Até maio de 2015, esses serviços não eram “porta aberta” e realizavam o primeiro atendimento às pessoas que os procuravam mediante agendamento prévio. No caso do ambulatório de saúde mental esse agendamento chegava a demorar dois anos. Havia poucas ações destinadas ao atendimento à crise e, nos casos mais graves, em que era necessária internação, os usuários eram encaminhados aos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo, a partir de disponibilização de vagas pela Central de Regulação estadual.

Também era baixa a articulação com as unidades de atenção básica, com poucas atividades de matriciamento. Segundo Campos e Domitti (2007, pg. 964),

“O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente

responsável pelo caso. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores”.

Se o escopo de ação das equipes de atenção básica não é ampliado possibilitando maior integralidade nos atendimentos à população, é muito provável que exista um maior número de solicitações para as especialidades, com conseqüente ampliação das filas de espera.

Os serviços de saúde mental não contavam com supervisão clínico-institucional. Severo et al (2014, p.546) reforça a importância da supervisão nos serviços de saúde mental para “superar a fragmentação e a hegemonia do paradigma biomédico presente ainda hoje em muitos serviços de saúde”.

A cidade contou com um hospital psiquiátrico, o Instituto de Psiquiatria e Higiene Mental de Jundiaí, fechado em torno de 1996. Ainda que Jundiaí não possua mais hospitais psiquiátricos tradicionais, a lógica de isolamento de pessoas vulneráveis como loucos, moradores de rua ou usuários de substâncias psicoativas ainda é bastante presente.

Juntamente com a reconfiguração do modelo de assistência em saúde mental, houve a proposta de implantação de uma enfermaria para os casos agudos de crise psíquica, dentro do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, o maior hospital público municipal. A pesquisadora, nesta época, trabalhava no município de São Paulo, dentro da rede territorial de assistência em saúde mental e, após alguns meses, acabou por mudar-se para Jundiaí, para, entre outros projetos, fazer a gestão da implantação desse novo serviço.

2.2- O contexto do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo

O Hospital de Caridade São Vicente de Paulo (HCSVP) é um hospital público, municipal, com capacidade instalada de 207 leitos. A porta de entrada para o atendimento hospitalar é feita a partir do Pronto Socorro, que funciona em regime

de porta aberta, com classificação de risco, implantada no ano de 2015. O projeto para o Pronto Socorro é que ele passe a ser apenas para usuários referenciados de outros serviços de saúde, ainda em 2016.

O HCSVP atende casos de média e alta complexidade e é campo de formação para alunos, especialmente das áreas de medicina e enfermagem, entre eles aqueles provenientes da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ).

No caso dos atendimentos em psiquiatria, antes da implantação da enfermaria de saúde mental, havia dois psiquiatras lotados no Pronto Socorro, que faziam as avaliações dos pacientes quando solicitadas por outros profissionais da área médica e de outras profissões. Também eram referência para o Pronto Socorro um profissional da assistência social e um da psicologia, mas esses núcleos não compunham uma equipe multiprofissional, mas diferentes especialidades que respondiam cada uma ao seu superior hierárquico.

Nos casos de crise psíquica, em que era identificada a necessidade de internação, os pacientes eram encaminhados aos hospitais psiquiátricos da região via Central de Regulação Estadual ou internados em clínicas e manicômios privados, pagos pela Secretaria Municipal de Saúde, predominantemente nas situações judicializadas.

A prática da judicialização dos casos de saúde mental era muito comum no município. A Promotoria determinava internação compulsória dos usuários, geralmente após solicitação dos familiares na Defensoria Pública Estadual. O relato dos trabalhadores que vivenciaram essa época é de o município chegava a receber mais de um pedido de internação compulsória diariamente, e de que, para o rápido cumprimento da ordem judicial, vagas de internamento eram compradas dos hospitais psiquiátricos privados próximos a Jundiaí, especialmente o Hospital Psiquiátrico de Itupeva. Os empenhos financeiros por internação chegavam a custar mais de 150 mil reais para o município, para um único usuário.

2.3- Objetivos

2.3.1- Objetivo geral

Analisar o processo de implantação da enfermaria de saúde mental do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, no município de Jundiaí, São Paulo.

2.3.2- Objetivos específicos

- ✓ Analisar o processo de implantação da enfermaria de saúde mental, no HCSVP, a partir da perspectiva dos trabalhadores;
- ✓ Identificar as dificuldades dos trabalhadores no manejo com a loucura e as possibilidades de intervenção, além das já presentes no cotidiano hospitalar;
- ✓ Identificar se houve transformações no processo de trabalho das equipes responsáveis pela assistência em saúde mental no HCSVP.

2.4- Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, um estudo de caso da implantação de uma enfermaria de saúde mental, no município de Jundiaí, São Paulo. Lüdke & André (1986, pg. 18), afirmam que:

“Os estudos de caso visam à descoberta. Mesmo que o investigador parta de alguns pressupostos teóricos iniciais, ele procurará se manter constantemente atento a novos elementos que podem emergir como importantes durante o estudo. O quadro teórico inicial servirá assim de esqueleto, de estrutura básica a partir da qual novos aspectos poderão ser detectados, novos elementos ou dimensões poderão ser acrescentados, na medida em que o estudo avance”.

Segundo Minayo (2014, pg.57),

“O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam. (...). As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações, e para análise de discursos e documentos”.

Ainda sobre os estudos de caso, MINAYO esclarece que:

“Os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. E é útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança”. (Minayo, 2014, pg. 164)

O município de Jundiá iniciou em 2015 um processo de reconfiguração da rede de serviços que faziam atenção à saúde mental no município, norteadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Uma das ações realizadas foi a implantação de uma enfermaria de saúde mental no Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, o maior hospital geral municipal da cidade. A escolha pelo estudo de caso é por ser um método útil para:

“Compreender o impacto de determinadas políticas numa realidade concreta; descrever um contexto no qual será aplicada determinada intervenção; avaliar processos e

resultados de propostas pedagógicas ou administrativas e explorar situações em que determinadas intervenções não trouxeram os resultados previstos”. (Minayo, 2014, pg. 165)

Foram realizadas pela pesquisadora entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores do HCSVP que participaram da implantação desse novo serviço. De acordo com Minayo (2014), “na entrevista semiestruturada, o desejo é que a linguagem do roteiro provoque as várias narrativas possíveis das vivências que o entrevistador vai avaliar”.

Para os profissionais, a entrevista seguiu um roteiro com questões em relação aos conceitos sobre a loucura e o atendimento ao portador de transtorno mental; se, a partir do processo de abertura da enfermaria dentro do hospital, houve mudanças nos seus processos de trabalho e, caso afirmativo, quais foram essas mudanças; e, finalmente, como eles avaliam esse processo (Anexo 1).

De acordo com Haguette,

“A entrevista pode ser definida como um processo de interação entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte de outro, o entrevistado. As informações são obtidas através de um roteiro de entrevista constando de uma lista de pontos ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com uma problemática central e que deve ser seguida”. (Haguette, 2013, pg. 81, grifo da autora)

A partir do conteúdo transcrito das entrevistas, foram separados os principais analisadores⁴ que apareceram nas falas dos trabalhadores, e nomearam os cinco primeiros tópicos no capítulo sobre a análise dos resultados.

⁴Existem situações que não são percebidas facilmente quando se analisam processos como esse. Há “não ditos” institucionais, que precisam de algo que os revele. Dentro da análise institucional, quem cumpre a função de trazer à tona aquilo que as pessoas não disseram ou que a instituição não mostra facilmente são os analisadores. Para Lourau (2014, pg. 303, itálico do autor), “o analisador é aquilo que permite revelar a estrutura da organização, *provocá-la, forçá-la a falar*”.

O referencial teórico utilizado para a interpretação e análise dos dados foi o da Análise Institucional. Os pressupostos da Análise institucional foram construídos por René Lourau, Georges Lapassade e Félix Guattari. Sua origem é na França na década de 1960. Segundo L'Abbate (2012:198),

“Tendo por base um conceito dialético de instituição, a Análise Institucional utiliza-se de um método constituído de um conjunto articulado de conceitos, dentre os quais os mais relevantes são os de encomenda e demanda, transversalidade, analisador e implicação (...)”.

Para a autora, os fundadores da Análise Institucional (Lourau, Lapassade e Guattari), elaboraram seus conceitos ao mesmo tempo em que interviam em organizações. Em seu livro A Análise Institucional, cuja primeira edição data 1975, René Lourau construiu as bases conceituais da Análise Institucional e da Socioanálise.

Para a Análise institucional, o conceito de instituição pode ser decomposto em três momentos (Lourau, 2014, pg. 16): universalidade, particularidade e singularidade. O primeiro momento diz respeito à “unidade positiva do conceito” (Lourau, 2014, pg. 16), àquilo que já se sabe ou que já existe construído sobre algo. Por exemplo, aquilo que vem ao nosso pensamento quando pensamos na palavra “internação”. O segundo momento, o da particularidade, é a negação do primeiro, ou seja, é o momento em que aparecem características sobre algo que diverge de sua conceituação previamente constituída. De acordo com Lourau (2014, pg. 16):

“O momento da particularidade exprime a negação do momento precedente. Assim é que, em nossas sociedades regidas pelo trabalho assalariado e pelo casamento, um indivíduo pode ser não assalariado e solteiro, sem incorrer em sanções oficiais. Toda verdade geral deixa de ser tal plenamente desde que se encarna, se aplica em situações

particulares, circunstanciais, determinadas, isto é, no grupo heterogêneo e variável dos indivíduos diferentes pela origem social, idade, sexo e posição". (Lourau, 2014, pg. 16)

O terceiro momento, ou da singularidade, é o da institucionalização, conseqüente da relação dialética entre o primeiro, instituído e o segundo, instituinte. Os três momentos estão sempre sofrendo transformações contínuas, nas relações entre si.

Segundo a Análise Institucional, as instituições não são organismos imóveis. São antes constituídas por esta relação dialética entre o instituinte e o instituído. O instituído diz respeito ao que "já está consolidado", ao que é reconhecido como parte da instituição em análise. O instituinte é o que traz para dentro do espaço institucional questionamentos, provocações, dúvidas e o que leva a instituição a modificar-se. Não são conceitos morais, ou seja, não significa que o instituído seja "ruim" e o instituinte seja "bom", ou vice-versa. Há movimentos instituintes que trouxeram grandes avanços na conquista de direitos, como o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, na década de 80, e há outros que causaram barbáries, como o capitaneado pelo Partido Socialista dos Trabalhadores Alemães, na Alemanha nazista, personificado em Adolf Hitler. Como esclarece Hess (2004, pg.22):

"Por "instituinte" entenderemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como "significante" da prática social. No "instituído" colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política)". (Hess, 2004, pg. 22)

Mas certamente a análise possível de ser realizada nessa pesquisa é diretamente influenciada pelas relações que a pesquisadora possui com a situação analisada e os sujeitos envolvidos. Sobre essa influência, é importante voltar ao

conceito de implicação, já referido acima, que é de grande relevância para a Análise Institucional. De acordo com Monceau (2007, pg.22):

“Podemos dizer que a implicação existe mesmo que não a desejemos. Trata-se, pois, de analisar mais o modo de implicação do que sua existência, ou quantidade de implicação, já que ela não pode ser medida em peso. Entretanto, podemos distinguir implicações econômicas, ideológicas, organizacionais, materiais ou libidinais. Trata-se de compreender nossa modalidade de relação com a instituição porque essa implicação tem efeito mesmo que nós não saibamos”.

Como a pesquisadora participou do processo de implantação da enfermagem de saúde mental do HCSVP, seria impossível o distanciamento das situações ocorridas. Nesse contexto, tornou-se imprescindível o relato de suas implicações bem como a análise dessas implicações.

Na análise dos resultados um cuidado especial precisou ser tomado quanto à sobreimplicação da pesquisadora.

“O conceito de sobreimplicação, que permite uma melhor compreensão do conceito de implicação, poderia ser definido como uma impossibilidade de analisar a implicação”.
(Monceau, G., 2008, p. 23)

Estar sobreimplicado deve ser considerado como algo que pode dificultar a visão de elementos importantes da análise. Com o grande envolvimento da pesquisadora no tema da Reforma Psiquiátrica e um grande investimento para que a implantação dos leitos em saúde mental no HCSVP fosse feita da forma mais bem-sucedida possível, foi necessário colocar em análise suas sobreimplicações e o quanto elas estavam interferindo na avaliação das informações coletadas.

Isso se mostrou especialmente evidente no momento da qualificação, quando parte das contribuições da banca trouxe a reflexão sobre a história da psiquiatria nos hospitais gerais, para além da construção da Rede de Atenção Psicossocial e até mesmo muito anterior a ela, história essa não explorada pela pesquisadora até então, talvez pelo grande interesse em fortalecer o modelo da RAPS e da desinstitucionalização.

A partir de entrevistas semiestruturadas e da análise do material das reuniões de equipe, a pesquisadora buscou também encontrar os analisadores que ocorreram no percurso de implantação dessa enfermaria, revelando aspectos desse processo.

2.5- Sujeitos

No início do processo de implantação do novo serviço, um grupo gestor foi criado, composto por diferentes núcleos profissionais, que tinha o objetivo de pensar as características da nova enfermaria (o que incluía composição de trabalhadores, estrutura física e processo de trabalho) e colocar o projeto em execução. Esse grupo acompanhou a criação dos novos leitos por um período de aproximadamente um ano e era composto por três enfermeiros, sendo uma delas gerente da enfermagem do hospital, uma gerente do Pronto atendimento e uma parte da equipe assistencial, dois médicos psiquiatras, um do Pronto Socorro e o outro da enfermaria de saúde mental, o chefe da manutenção do hospital, o diretor administrativo, duas assistentes sociais, sendo uma delas a gerente desta categoria profissional, e uma psicóloga também gerente da psicologia. Ao todo são dez profissionais e a pesquisadora entrevistou todos eles.

Três profissionais (A gerente de psicologia, o médico psiquiatra do setor de saúde mental e a enfermeira desse mesmo setor) foram entrevistados em grupo.

Na análise dos resultados, quando as falas das pessoas entrevistadas são descritas, foram colocadas no mesmo parágrafo frases que são da mesma pessoa e em parágrafos diferentes quando são de diferentes trabalhadores. As categorias profissionais dos entrevistados são explicitadas ao lado de suas falas; seus nomes, no entanto, não foram revelados.

2.6- Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa

O projeto de pesquisa está cadastrado na Plataforma Brasil (CAAE: 53098015.4.0000.5404) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas por parecer emitido em 12 de abril de 2016.

CAPÍTULO 3

A análise dos resultados

No início, uma visita ao hospital foi realizada para decidir qual seria o local em que seria implantada a enfermaria de saúde mental, com a presença da pesquisadora, um médico psiquiatra envolvido na execução do projeto, a coordenação de saúde mental do município de Jundiaí e a direção assistencial do HCSVP. Havia dois locais propostos pela direção hospitalar para o novo setor: um deles construído para uma unidade de internação semi-intensiva, no momento desativada, e outro em um setor de internação externo, ao lado de uma enfermaria de clínica médica.

Na ocasião, consideramos a estrutura física já existente e a necessidade de adequações para decidir entre os dois locais. O setor de internação externa era mais iluminado e exigia menos modificações para implantação do novo serviço, possibilitando o início mais rápido de seu funcionamento. Além disso, sua localização ao lado da clínica médica e a possibilidade de expansão lateral, foram os motivos que levaram à escolha desse local para a enfermaria de saúde mental. É importante destacar que a pessoa com algum transtorno mental necessita para seu tratamento espaços de convivência comunitária ou para realização de atividades e grupos terapêuticos. Hildebrandt et al (2001, p. 173) reforçaram que “é necessário um planejamento no intuito de prover um ambiente agradável e adequado para o desenvolvimento de tais atividades, tão importantes na recuperação do paciente psiquiátrico”.

Antes da efetiva implantação da enfermaria de saúde mental, montou-se um grupo de trabalho, composto predominantemente por gestores, entre eles as chefias de enfermagem, de psicologia e de assistência social do hospital, a direção assistencial e técnica do HCSVP e representação da engenharia de segurança, o setor responsável pela construção do projeto arquitetônico do novo setor que seria implantado.

As pessoas que incluíam esse grupo de trabalho foram entrevistadas pela pesquisadora sobre quais eram suas primeiras impressões quando foram informadas de que um setor de saúde mental passaria a existir no hospital. As respostas a esta pergunta constituíram verdadeiros analisadores dos motivos pelos quais há tão poucos leitos de retaguarda em saúde mental implantados no Brasil, como será visto a seguir,

De acordo com Passos & Rossi (2014, pg. 174), “o analisador é um conceito-ferramenta forjado por Guattari” e “é aquele ou aquilo que provoca análise, quebra, separação, explicitação dos elementos de dada realidade institucional”.

Segundo o Ministério da Saúde (2015), há no Brasil 888 leitos de referência em saúde mental nos hospitais gerais do país, a grande maioria destes encontram-se nas regiões Sul e Sudeste do país. Por que tão poucos?

A primeira parte dessa análise abordada a seguir, discorre sobre os cinco principais analisadores encontrados nas falas dos trabalhadores entrevistados: “o analisador medo”, “o analisador tempo”, “o analisador espaço coletivo”, “o analisador preconceito” e “o analisador formação”. Seguindo a isso, o entendimento da equipe hospitalar sobre as indicações clínicas de utilização desses leitos foi avaliado e, após, alguns indicadores já levantados do primeiro ano de funcionamento da enfermaria são mostrados. Por fim, as principais dificuldades na implantação do serviço que os trabalhadores conseguiram identificar e suas propostas futuras são analisadas.

3.1- O analisador medo

Nas entrevistas realizadas com a equipe do HCSVP, os profissionais relataram medo do que poderia acontecer na convivência próxima com usuários acometidos por transtornos mentais graves e a sensação, ou percepção de inabilidade na condução de situações de crise com esses usuários.

Na fala da gerente de enfermagem do hospital:

“A primeira impressão foi muito chocante. Nós profissionais aqui do hospital não tínhamos ideia do que seria essa enfermaria de saúde mental aqui no hospital. O primeiro impacto foi totalmente uma estranheza. O despreparo da equipe”.

E ainda de uma profissional da equipe de serviço social: *“Sem saber ainda da estrutura que seria montada ficou uma dúvida de como seriam conduzidos os casos”.*

E,

“a primeira impressão foi de medo. Eu sempre gostei muito de saúde mental, eu sou assistente social, especialista em políticas públicas e sou terapeuta ocupacional também. Primeiramente o medo (...)”. (Gerente da Assistência Social)

Essas falas mostram que há um estigma em torno da insanidade e uma relação suposta entre loucura e periculosidade. Goffman (1974, pg. 14) esclarece que um estigma faz com que “um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus”. Nos processos de formação de equipes para atuar em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica em que eu participei, sempre foi necessária essa reflexão a respeito de como um diagnóstico psiquiátrico influencia na vida das pessoas e como, a partir da existência dele, outros aspectos da vida do sujeito, como suas preferências, seus desejos e as coisas que lhe causam irritação ou raiva, tendem a ser negligenciadas. Entre outros objetivos da criação de leitos de saúde mental nos hospitais gerais está a tentativa de redução do estigma em relação à pessoa com transtorno psíquico.

A associação entre doença mental e periculosidade, ou a ideia de que, em vigência de um surto psiquiátrico, as pessoas poderiam cometer crimes e violência, data do século de XIX e nasceu quase que juntamente com a ciência psiquiátrica, a partir de Esquirol. Mas os estudos científicos realizados não comprovaram essa associação. Haefner & Boeker (1982), na Alemanha, Steadman (1998), nos Estados Unidos e Hodgins et al (1996), na Dinamarca, não encontraram aumento significativo de violência e criminalidade em doentes mentais. Esse último estudo revelou ainda que para pessoas tratadas na comunidade, sem internação em hospitais psiquiátricos, o índice de criminalidade é menor do que aqueles que passaram por internamentos nos manicômios.

Mas o medo do louco e das manifestações da loucura pode ser uma das razões para a resistência das equipes em implantar leitos de saúde mental nos hospitais gerais. Neste sentido pode ser considerado um analisador.

3.2- O analisador espaço coletivo

Na experiência do HCSVP, também se mostrou importante a inclusão das diversas categorias profissionais do hospital nas discussões e decisões sobre o novo projeto. Isso diminuiu as tensões iniciais e fez com que, dentro de suas áreas de atuação, as pessoas se envolvessem ativamente na concretização da implantação da enfermaria de saúde mental. A possibilidade de conversar sobre o projeto também ajudou as pessoas a lidar com o medo que sentiam. Houve o cuidado de, desde o início, envolver as várias profissões nas reuniões sobre os novos leitos. Mesmo assim, alguns meses após a enfermaria já estar em funcionamento, a chefe da nutrição me procurou, para dizer que as copeiras estavam com medo de entrar no local onde ficam os leitos de saúde mental porque os usuários internados as abordavam e elas não sabiam como proceder. Nesta ocasião, desculpei-me pela falha de nunca ter chamado as copeiras para nossas discussões e reunimos a equipe de saúde mental recém-formada para uma roda de conversa com elas, com o objetivo de esclarecer as dúvidas e desmistificar os medos que elas tinham.

A possibilidade de conversar sobre as dúvidas e receios dos profissionais foi algo bastante presente nas entrevistas relatadas, atuando como fator que amenizou a ansiedade diante da implantação dos leitos em saúde mental no HCSVP. Estas foram algumas das falas das pessoas entrevistadas:

“Mas com muitas conversas com os profissionais que chegaram aqui com a proposta de implantação, isso foi nos confortando. Então esse contato nos ajudou muito, pessoas (...) nos apoiaram e nos trouxeram toda essa bagagem, e isso nos assegurou muito. Então isso fez com que a gente pudesse passar isso para os nossos funcionários que também tinham esse sentimento e com muitas conversas, com muitas reuniões, nós pudemos passar essa tranquilidade para os nossos funcionários”. (Gerente de enfermagem, falando sobre as pessoas que foram trabalhar em Jundiá para implantação desse projeto, entre elas a Coordenação de Saúde Mental do Município, um médico psiquiatra e a própria pesquisadora)

“Porque ainda se tem aquela impressão do passado onde o sujeito ficava em uma clínica determinada. Depois de apresentado o projeto e de como seria efetuado foi de grande valia (...)”. (Assistente Social)

“(...) a equipe contribuiu muito com seus saberes e eu fui acreditando cada dia mais que ia dar certo assim como a gente vê que tem dado certo (...)”. (Gerente da Assistência Social)

“Eu não tenho conhecimentos clínicos, mas achei muito interessante. Inclusive eu participo, estou sempre lá, exercendo a minha função que é a manutenção (...)”. (Chefe de manutenção)

Essas falas nos remetem ao conceito de transversalidade, proposto por Guattari (1987):

“A transversalidade é o lugar do inconsciente do grupo, o além das leis objetivas que o fundamentam, o suporte do desejo do grupo. Essa dimensão só pode ser posta em relevo em certos grupos que, deliberadamente ou não, tentam assumir o sentido da sua práxis e se instaurar como grupo sujeito. (...) Em oposição (relativa) a estes grupos (...), os grupos sujeitados recebem passivamente suas determinações do exterior e (...) recusam qualquer possibilidade de enriquecimento dialético fundado na alteridade do grupo”. (Guattari, 1987, p. 101)

Com esse conceito, e com as definições de “grupo sujeito” e “grupo sujeitado”, que derivam dele, Guattari demonstra que é importante aumentar o coeficiente de transversalidade dos grupos, para que as pessoas se apropriem mais de seus projetos e invistam ativamente neles. O autor esclarece ainda:

“O grupo sujeito, ou que tem vocação para sê-lo, se esforça para ter um controle sobre sua conduta, tenta elucidar seu objeto e, nesse momento, secreta os meios desta elucidação. (...). O grupo sujeitado não se presta a tal perspectivação; ele sofre hierarquização por conta de seu acomodamento aos outros grupos. Poder-se-ia dizer do grupo sujeito que ele enuncia alguma coisa, enquanto que do grupo sujeitado se diria que ‘sua causa é ouvida’”. (Guattari, 1987, p. 92).

Campos & Amaral (2007), comentando sobre a co-gestão e o “efeito paideia” também reforçam a importância de envolver os trabalhadores na construção de protocolos e planos para as instituições, dando a eles maior legitimidade e eficácia.

O sentimento de pertencer ao projeto que estava sendo implantado e a possibilidade de tornar as pessoas também parte dele foi relatado nas entrevistas como forma de que a presença dos leitos de saúde mental no hospital geral adquira um caráter mais permanente e não tão dependente das políticas públicas em vigência nos municípios.

Campos (2005, p. 80), quando aborda o “efeito paideia” discorre sobre a importância tanto de que os espaços de gestão sejam co-geridos pelos trabalhadores quanto que o produto do trabalho também seja relacionado com os objetos de investimento das pessoas que os produzem.

“Para o método da roda é possível a co-produção de Objetos de Investimento e de Objetivos que atendam a interesses e necessidades de mais de um Sujeito: a Organização operando com mais de um objetivo (...)”. (Campos, 2005, p.80)

Além do objetivo primário da implantação desse novo serviço que era a atenção qualificada e humanizada à crise, em articulação com a rede de serviços extra-hospitalares, os objetivos dos trabalhadores e seus objetos de investimento também foram considerados na construção do processo de trabalho. A partir de falas de pessoas da equipe do hospital foram pensados a criação de um campo de estágio para estudantes de medicina no espaço da enfermagem (uma articulação com o corpo médico que já existia e foi aprimorada), a oficina de cuidados pessoais (uma ideia da equipe de enfermagem), a mudança do ambiente com a colocação de vasos e plantas (um desejo da terapeuta ocupacional) e a formulação de uma capacitação em atenção à crise psíquica (um pedido da equipe do Pronto Socorro). O “fazer parte do projeto” e levar outros a também o compor aparece recorrentemente nas falas das pessoas entrevistadas.

“Então pra nós foi totalmente satisfatório participar disso a agora poder ver os resultados. Eu acho que mais do que implantar é você poder colher os frutos de um bom trabalho”.
(Gerente de enfermagem)

“Nunca tinha parado pra pensar nisso na verdade, porque pra mim é uma coisa tão óbvia. Não, isso daqui é nosso né?”
(Médico psiquiatra do setor de saúde mental quando questionado sobre a possibilidade da não permanência do serviço em outros governos municipais)

“Acho que é muito importante do ponto de vista de ele estar trabalhando e estar em permanente processo de aprendizagem com a sua prática”. (Diretor administrativo)

“Não sou eu hoje, mas serei eu (...) daqui a alguns anos representada por outras pessoas e outras pessoas que vão ver o nosso trabalho que foi colocado...”. (Gerente do Pronto Atendimento)

Apropriar as equipes dos elementos da construção de um projeto, permitir que participem da gestão dele e considerar seus desejos e objetivos pessoais de investimento parece ser uma forma de implantar com efetividade os leitos de saúde mental nos hospitais gerais, e, quiçá, outras políticas inovadoras e/ou contra hegemônicas.

3.3- O analisador tempo

O tempo também apareceu nas entrevistas como um analisador do processo de implantação da enfermaria. É possível identificar na fala das pessoas que participaram da construção do projeto transformações a curto prazo, mas também o entendimento de que a avaliação de novos modelos de saúde necessita de um tempo maior, e só pode ser feita a médio e longo prazo.

As mudanças que aconteceram em pouco tempo de existência do novo serviço são em muito relacionadas à forma como os trabalhadores se relacionam com o usuário da saúde mental, e como aprenderam, a partir da convivência com as

peças internadas, a validar o discurso desses sujeitos, entender que a crise tem um contexto e vai além da sintomatologia psiquiátrica e a somar os conhecimentos de vários núcleos profissionais para atender com melhor qualidade às pessoas.

Nas falas dos trabalhadores:

“Hoje a gente trabalha mais próximo do usuário, hoje a gente consegue conversar mais. A gente tem o envolvimento de outras pessoas, o cuidado não fica voltado só com o médico, com o enfermeiro. Hoje a gente tem outros profissionais, como o psicólogo, como o terapeuta ocupacional. Então a gente conseguiu construir um cuidado voltado na singularidade com o paciente”. (Gerente de enfermagem)

“Até mesmo participando das reuniões hoje eu consigo enxergar a clínica da saúde mental com um olhar diferenciado do que antes eu tinha”. (Coordenação do Pronto Atendimento)

“É difícil falar de expectativa, mas acho que é poder ter essa integração mesmo, de ter um novo olhar e um outro tipo de cuidado pra um paciente que antes ficava no corredor, que era... estigmatizado”. (Médico psiquiatra do setor de saúde mental)

“(...)ter um olhar diferenciado para o paciente, não só pros profissionais da enfermagem, mas para o hospital como um todo, que recebem esse paciente e sabe das condições que eles ficam aguardando uma interconsulta”. (Enfermeira do setor de saúde mental)

“Quando a gente tem a oportunidade de ter um serviço mais fechado, com a proposta de um acompanhamento mais horizontal, aproxima. Então você vê que um complementa o saber do outro”. (Gerente da psicologia)

Nos parece que a implantação de serviços como esse exerce um efeito instituinte sobre as formas consolidadas de atender ao doente mental. Nos esclarece Lourau (2004, p. 47) que “por instituinte, entenderemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação e a prática política como significante da prática social”.

Já a possibilidade de avaliação do novo modelo em implantação e a mudança na tendência hegemônica de asilamento do louco demandam mais tempo e só são possíveis a médio e longo prazo, pelo entendimento das pessoas entrevistadas.

“(...)eu acho que quem está nessa área e que trabalha nessa área de saúde mental vai ter que eternamente defender a bandeira da reforma psiquiátrica, de um cuidado mais humanizado”. (Gerente da assistência social)

“Evidentemente que a portaria e a política ela vai tendo que ser revista ao longo da implementação da própria política né? Quiçá daqui um dia a gente venha a perceber que nós tenhamos que ter um lugar muito diferente pra atender as pessoas, com outra lógica né?” (Diretor administrativo)

“E num hospital geral onde não tinha ainda essa mistura, nós teremos ainda alguns entraves. Mas é uma reforma, por isso está sendo feita a proposta da reforma. Mas eu acho que ainda vai alguns anos aí pra estar melhorando. (...). Se será positivo ou não, isso nós vamos ter de resposta daqui a alguns anos. Não tem como nós falarmos agora que estamos totalmente certos ou totalmente errados, nós estamos tentando fazer uma reforma, é isso que nós estamos tentando fazer”. (Gerente do Pronto Atendimento)

“Não foi uma reforma que aconteceu e ela já está impactando... eu acho que ela tem sido reformulada no dia a dia mesmo”. (Enfermeira do setor de saúde mental)

“Acho que ainda é um processo, que está acontecendo continuamente. Mas acho que é uma tentativa de promover uma autonomia melhor para o paciente de saúde mental, ao contrário de outras divisões antigas, que eram de exclusão da sociedade, o que eu entendo é que uma possibilidade de inclusão”. (Médico psiquiatra do setor de saúde mental)

A consolidação de novas políticas de saúde e a possibilidade de sua avaliação pode levar alguns anos para acontecer. Isso pode dificultar a implantação de modelos contra hegemônicos quando se esperam resultados somente no tempo da política. Essa preocupação aparece também nas entrevistas realizadas:

“Não vejo muitas dificuldades. O desafio é que as políticas públicas mudam. Eu já fui secretário de saúde e as políticas públicas mudam e mudam os projetos. A maior dificuldade que eu vejo é essa, que amanhã ganha o P..., aí fala que não vai ter mais essa enfermaria, ela simplesmente tá eliminada. Isso não é só para instalação da psiquiatria no hospital geral, mas da saúde como uma forma geral”. (Médico psiquiatra do setor do Pronto Socorro)

“Ele está no tempo técnico, político, só no tempo dele né? Tempo técnico e político assim: ‘eu tenho que ter um resultado, eu preciso, no tempo possível, no tempo que eu tenho, que demarca a minha intervenção, o meu lugar como gestor’, mas eu tenho que ter essa produção de sujeito, de gente, de transformação. Que quando eu saia daqui eu possa sustentar alguma coisa, não sustenta tudo, não é verdade, mas também não deixa de sustentar nada, fica alguma coisa. Então eu acho que nesse sentido é uma dificuldade sabe?” (Diretor Administrativo)

3.4- O analisador preconceito

O preconceito à pessoa com transtorno mental e à própria psiquiatria como ciência dentro do meio médico também foi referido nas entrevistas como algo que dificulta a existência de leitos de saúde mental nos hospitais gerais.

Miranda (2012) esclarece como o preconceito gera alienação e cristaliza padrões de resposta.

“Nesse sentido, o modo de funcionamento do cotidiano alienado, implica na formação de um indivíduo que reproduz padrões de pensamento e ações pré-estabelecidos, recorrendo a pensamentos ultrageneralizadores, na impossibilidade de tomar decisões de caráter individual”. (Miranda, 2012, p.50)

O preconceito contra o usuário em crise psíquica e à psiquiatria foram relatados em vários artigos (Millani et al, 2008) (Hildebrandt et al, 2001) (Alverga e Dimenstein, 2006) (Loureiro et al, 2008). Também nas falas dos trabalhadores do HCSVP ele apareceu como uma das dificuldades encontradas na implantação da enfermaria de saúde mental:

“Eu acho que é vencer algumas barreiras, alguns preconceitos, primeiramente nosso, depois da sociedade. Porque eu já ouvi várias vezes, de várias pessoas, ‘O São Vicente deu vaga pra louco?’ ‘Tem que dar vaga pra quem tá com câncer, não pra quem é louco, louco tem que ficar internado’. As pessoas têm um preconceito impar em saúde mental, as pessoas têm muito medo de paciente psiquiátrico, adoecido mentalmente”. (Gerente da assistência social)

“Resistência dos médicos de outras especialidades, primeira e maior delas. Pelo preconceito até mesmo com a própria especialidade de psiquiatria, que se estende ao preconceito com o doente”. (Médico psiquiatra do setor de saúde mental)

“Posso citar só uma fala que ouvi, seria até um desabafo, de um clínico, que eu ouvi ontem... depois que nós recebemos a foto, que você mandou, do Artur⁴, eu acabei mostrando pro meu funcionário e um outro médico viu junto. E disse o seguinte: nossa gente, mas que mania que vocês têm de achar que louco pode ser normal? Nesses termos. “Louco vai ser sempre louco”. E assim, eu fiquei vermelha. Ai, eu falei assim, “não, mas é que existe condição pra ele, né? Existe uma nova maneira... é uma puta resistência, né?” (Enfermeira do setor de saúde mental)

“Como se a doença mental fosse bem menos importante que uma intervenção cirúrgica. Existe sim (resistência) muito forte”. (Gerente da psicologia)

Concordamos com Hildebrandt & Vargas (1998, p.5-6). Quando observam que a questão da periculosidade, agressividade e imprevisibilidade do louco permeiam o discurso das pessoas.

3.5- O analisador formação

A formação foi de várias formas mencionada pelas pessoas entrevistadas. Tanto para justificar que parte da resistência em atender pessoas com transtornos mentais é decorrente da falta de conhecimento e habilidade para tal, como para dizer que o espaço da enfermagem de saúde mental deve-se constituir em um espaço de formação para os trabalhadores.

A falta de conhecimento ou habilidade em lidar com o doente mental parece ser consenso entre os profissionais do HCSVP.

⁴Nome fictício.

“É uma especialidade nova que chegou aqui pra gente então essa falta de conhecimento, de saber, da Reforma Psiquiátrica, tudo isso pra gente foi muito novo”. (Gerente de enfermagem)

“Eu acho que além das campanhas que são feitas anualmente, antimanicomial, eu acho que é nesse período que aflora mais essa questão, deveria ter mais divulgação, na própria rede que o usuário utiliza para ele ter o conhecimento”. (Assistente social)

A importância da Educação Permanente em Saúde, ou a possibilidade de aprender e se desenvolver profissionalmente dentro da práxis do trabalho foi mostrada por vários autores. CECCIM (2005, p. 976), diz que “a educação permanente em saúde constitui estratégia fundamental às transformações no trabalho do setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente”. Merhy (2005, p. 173), debatendo as ideias de CECCIM reitera que:

“E aí está o cerne de um grande novo desafio: produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo do trabalho. E isso não é nada óbvio ou transparente”. (Merhy, 2005, p.173)

E ainda:

“Os processos educativos na prática possuem múltiplas faces, são dinâmicos e complexos. Os profissionais de saúde precisam superar modelos autolimitados como os que enfocam apenas a capacidade individual. Devem considerar que são educadores e, como tal, precisam ter compromisso com

processos de educação que desenvolvam a autonomia dos sujeitos na busca da emancipação individual e coletiva”.
(Silva & Duarte apud Smek & Oliveira, 2015, p.105)

A importância de aprender com o próprio trabalho e tornar a prática cotidiana propulsora de processos de aprendizagem é desatada por diversas categorias profissionais da equipe do HCSVP.

“A gente teve uma grande preocupação em preparar a nossa equipe porque nós nunca trabalhamos com esse perfil de paciente. Então isso foi um trabalho bastante minucioso, nós conversamos pessoa por pessoa, conversamos com pessoas experientes para ver quem é que estava apto a participar e ser direcionado para essa enfermaria”. (Enfermeira, Gerente de enfermagem)

“(...)a gente precisa formar gente no processo. A enfermagem, o modo de intervenção especialista, o modo da recepção do hospital, o modo de estabelecer intervenção farmacêutica dentro do hospital... a dificuldade que é produzir um diálogo permanente, uma relação de coprodução de um projeto como esse, de uma intervenção articulada, com os próprios trabalhadores, acho que isso é um grande desafio”. (Médico, Diretor administrativo)

“(...)a gente vem mostrando trabalhos que, antes, sem a gente ter o conhecimento dos trabalhos de TO, da psicologia e de oficinas realizadas com a equipe, eu nem sabia que isso existia em realidade porque eu nunca tinha vivenciado. Na teoria sim, a gente sabe, a gente pesquisa... mas na realidade em si, como eu nunca tinha vivenciado”. (Enfermeira, Gerente do Pronto Atendimento)

“E ampliar o conhecimento sabe? Acho que a equipe aqui tem essa proposta também, de ampliar o conhecimento pros demais profissionais que não estão na saúde mental”.
(Psicóloga, Gerente da psicologia)

“Uma coisa que acontecia no pronto socorro, que os médicos acabam deixando pra segundo plano no tratar desse paciente, aqui a gente está formando profissionais médicos que tem outro olhar, que querem ir atrás de criar um vínculo com esses pacientes, que mesmo que seja cirurgião, ortopedista, esse paciente vai chegar pra eles e eles têm a obrigação de saber como manejar”. (Enfermeira do setor de saúde mental)

“(...)a educação, que é o que a gente está fazendo na educação médica. E isso é uma mudança no olhar de médicos em formação. A gente estava falando em uma questão anterior da resistência médica, então acho que isso é um instrumento”.
(Médico psiquiatra do setor de saúde mental)

3.6- O entendimento dos profissionais sobre as indicações dos leitos

Dias et al (2010, p. 131-132) discorrem sobre as indicações de internação nos leitos de saúde mental em hospitais gerais, nas cidades que já possuem leitos para pernoite nos Centros de Atenção Psicossocial e propõe alguns critérios. Segundo eles, devem ser direcionados aos hospitais gerais preferencialmente usuários com manifestações psiquiátricas decorrentes de transtornos mentais orgânicos e quadros confusionais relacionados às demências.

Rotteli, Leonardis & Mauri (2001, p. 39), falando da experiência italiana, dizem que o *Plantão Psiquiátrico no Hospital Geral* era composto por dois médicos fixos e dezessete enfermeiros dos Centros de Saúde Mental que trabalhavam em um esquema de rodízio. A ideia era o atendimento das pessoas em crise à noite e nos finais de semana, sem a intenção de internação hospitalar para compensação da crise psíquica.

“Foi criado para atender os casos de emergência que, sobretudo durante à noite, chegam no hospital geral. Sua função é a de fornecer um primeira resposta em situação de mal estar agudo e, se necessário, chamar imediatamente o centro de saúde mental competente ou, se isso não for possível, hospedar o paciente por uma noite. Para esse objetivo tem oito leitos, mas, como se percebe, não funciona como uma enfermaria psiquiátrica hospitalar”.
(Rotteli et al, 2001, p. 39)

Chancetti (2016, p. 47), encontrou como critérios de internação nos leitos de saúde mental do Hospital Ouro Verde, em Campinas, “a promoção de abstinência, presença de risco de o usuário permanecer no território, fugas constantes do leito do CAPS, presença de comorbidades clínicas que demandem cuidados hospitalares e agitação psicomotora importante”.

Na experiência do HCSVP a percepção comum dos trabalhadores é de que a enfermaria de saúde mental é o recurso utilizado quando os Centros de Atenção Psicossocial não foram suficientes na contenção da crise psíquica ou em casos de descompensação aguda da doença psiquiátrica.

“Então se aquele paciente não conseguiu acompanhar o tratamento no CAPS ou fugiu do critério para estar no CAPS, então aí sim aquele paciente pode ser encaminhado para um hospital para fazer a internação (...)”. (Gerente de enfermagem)

“(...)a enfermaria hoje é importante para dar uma estabilizada no paciente (...) pra que a gente possa garantir que esses leitos sejam de internações rápidas, pra estabilizar mesmo, de repente fazer algum ajuste medicamentoso, pra avaliar um potencial risco”. (Gerente da assistência social)

“Deu um surto? Tudo bem, mas depois disso a família precisa estar preparada pra continuar a assistência que estava sendo dada aqui”. (Chefe da manutenção)

“Não tenho dúvida de que quando eu não tenho um sistema de saúde, um CAPS, com capacidade de produzir intervenção pra crise, pra cuidar a crise numa relação com a família, o sistema não tem, eu tenho tranquilidade de falar assim ‘olha, é no hospital geral que isso vai ser cumprido. Pra tirar do risco de morte, pra fazer algum tipo de proteção à vida do usuário e da família’”. (Diretor administrativo)

“(…)manter o paciente um tempo para que ele saia razoavelmente bem e possa ser atendido em outros serviços”. (Médico psiquiatra do Pronto Socorro)

“Isso é extremamente necessário porque as doenças têm descompensações, tem crises, que precisam de um ambiente mais protegido. E é isso que eu acho que é o papel desse lugar, dar proteção e acolhimento a um momento de crise”. (Médico psiquiatra do setor de saúde mental)

Isso difere da experiência triestina, em que o equipamento primário da atenção à crise são os equipamentos equivalentes aos CAPS (lá denominados Centros de Saúde Mental) e não os hospitais gerais. Também podemos inferir que quanto mais os Centros de Atenção Psicossocial que funcionam 24 horas atendem seus usuários em crise, menos demandam apoio dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais.

Sendo assim, ainda que a portaria que define a Rede de Atenção Psicossocial preveja dentro da mesma rede de assistência em saúde mental os leitos nos CAPS III e as enfermarias de saúde mental nos hospitais gerais,

nos parecem modelos antagônicos de investimento financeiro, no sentido de que, quanto mais se investe financeiramente e tecnicamente nos CAPS III e mais eles se tornam capazes de oferecer resposta efetiva à crise psíquica, menos os leitos de saúde mental nos hospitais gerais são necessários com esse propósito.

Há, no entanto, que se relativizar essa questão no caso de municípios que não possuem leitos em Centros de Atenção Psicossocial. E também há que se considerar situações, como a atual no município de Jundiaí, em que a Rede de Atenção Psicossocial ainda está se fortalecendo para que consiga responder à totalidade das situações de crise somente nos serviços extra-hospitalares. Nesses casos a enfermagem pode cumprir uma função de apoio aos Centros de Atenção Psicossocial, para cuidar dos usuários em crise psíquica e para auxiliar na formação dos serviços territoriais na atenção à crise. No caso de Jundiaí, esta enfermagem também tem sido local de cumprimento de medidas de internação compulsória, frequentes no município (chegando a quatro solicitações em um único dia).

Mas, para reafirmar o local primário de atenção à crise dos CAPS, a discussão e o atendimento conjunto dos casos com a equipe da enfermagem são de suma importância. Também é necessário que o CAPS se mantenha como equipamento ordenador do cuidado ao doente mental. Isso exige grande trabalho em conjunto com a equipe hospitalar, no sentido de que, quando o Centro de Atenção Psicossocial que acompanha o usuário solicitar o auxílio da equipe do hospital, esse possa ser um critério de entrada no ambiente hospitalar, ainda que haja divergências entre as equipes. Nesse sentido, a enfermagem de saúde mental cumpre seu papel de “retaguarda” da rede de atenção psicossocial, previsto na portaria 148, do Ministério da Saúde.

Quando questionados se conheciam a rede de serviços territoriais de Jundiaí e quais as articulações que faziam com essa rede, os trabalhadores do HCSVP entrevistados sabiam da existência dos CAPS, mas não os tinham visitado pessoalmente. Quase todos eles notaram aumento dos casos compartilhados entre os serviços no último ano, mas ainda sentem a necessidade de maior comunicação, principalmente para saber como está o usuário após o período de internação.

“Eu pessoalmente nunca visitei esses caps, mas eu sei que a nossa enfermaria tem um bom contato com esses CAPS. Essa interface acontece muito bem. A comunicação é efetiva dos profissionais. Então eu acho que a gente avançou bastante”. (Gerente de enfermagem)

“Conheço parcela da rede, não tenho muito contato, mas conheço parcela da rede sim, sempre que a gente precisa realizar algum contato é sempre muito receptiva, com uma troca mútua de cuidado”. (Gerente da assistência social)

“Eu tenho sentido que a enfermaria tem cada vez mais conseguido coproduzir a relação com os CAPS, CAPS álcool e drogas e transtornos mentais complexos. Eu acho que esses dois a gente tem feito mais interlocução. Tenho percebido que a coprodução do cuidado e, portanto, a articulação em rede com a população de rua tem aumentado, acho que isso tem sido legal, Consultório de Rua, População de rua, esse equipamento Consultório de Rua tem sido uma abordagem cada vez mais crescente, e tenho entendido que a enfermaria de saúde mental aqui no nosso hospital tem conseguido fazer bastante interlocução com a urgência e emergência”. (Diretor administrativo)

“Conheço razoavelmente, não muito bem a rede toda. Conheço o CAPS AD, o CAPS I e conhecia o ambulatório, CAPS II... eu acho que sim. No começo eu estava tendo algumas dificuldades, agora não está tendo mais. Por exemplo, vou encaminhar pro CAPS, e alguém entra em contato, por exemplo, auxiliar de enfermagem ou assistente social ou alguém entra em contato, eu sempre sou atendido 100%”. (Médico psiquiatra do Pronto Socorro)

“Eu conheço de nome e conheço algumas pessoas de algumas equipes, conheço alguns enfermeiros parceiros trabalhando dentro dessas redes. Não conheço as unidades, eu nunca fui nessas unidades, infelizmente nunca tive o privilégio de ir conhecer nenhuma delas, mas sei que o trabalho é importante e que existe hoje uma conversa melhorada com a nossa clínica instalada aqui dentro”. (Gerente do Pronto Atendimento)

“Conheço a rede, mas eu ainda sinto falta deles mais dando um apoio maior a alguns pacientes e até podendo dar feedback pra gente de alguns pacientes. Obviamente não de todos, mas assim, de alguns mais graves, que precisou de um cuidado maior, a gente poder ter um feedback aqui como equipe também. Porque senão a gente também fica isolado”. (Médico psiquiatra do setor de saúde mental)

“Eu também conheço a rede, e acho que isso iniciou há pouco tempo, a gente está ainda tentando esse contato maior, essa aproximação. O mais importante ainda de ter, além de todas as vantagens de ter uma terapeuta ocupacional, é que ela fazia muito esse contato. Eu acho que agora que voltou ela vai continuar fazendo, além, claro, da enfermagem.... Essa coisa de ter o feedback do paciente, de ver como está o paciente que passou por aqui... é super importante”. (Enfermeira do setor de saúde mental)

Também a necessidade de maior participação da equipe da enfermaria nos espaços da Rede de Atenção Psicossocial foi destacada.

“Eu acho que falta a enfermaria participar de espaços coletivos de discussão junto com os serviços, de temas, de construção de fluxos, de intervenções na relação com os serviços, eu acho que falta essa saída do hospital um pouco mais, no sentido de estar em uma relação mais equipe de saúde mental do

município. Eu acho que falta um amadurecimento dos CAPS nesse sentido. No sentido de ir progressivamente ganhando resolutividade, progressivamente bancando a crise, progressivamente sustentando a intervenção numa relação de vínculo, acolhedora, co-responsabilidade, eu acho que é um tema que precisamos avançar”. (Diretor administrativo)

Na perspectiva da atenção à crise psíquica em conjunto com os CAPS, urge a criação de novos dispositivos hospitalares que favoreçam essa integração. Por exemplo, se o usuário pudesse passar o dia no serviço CAPS que o acompanha e apenas dormir no ambiente hospitalar, nos casos em que não é possível retornar para residência, isso facilitaria ao CAPS aprender a lidar com o usuário em crise. Mas esse arranjo ainda não é possível no hospital, pois implicaria em alta hospitalar e reinternação todos os dias. Nesse sentido, o processo de trabalho do hospital precisa ser repensado e quiçá flexibilizado para permitir maior compartilhamento dos casos com os serviços de saúde mental. A dureza da estrutura hospitalar muitas vezes impede a criação desses arranjos inovadores. Essa rigidez do hospital apareceu nas entrevistas realizadas:

“Hospital tem essa característica também. Tem regra pra tudo, são instituições tayloristas, assim é pra todo mundo, e a gente quase produz aqui um quartel militar. Então acho que essa compreensão de que essa regra, na perspectiva do cuidado, é diferente pra saúde mental, no sentido de pactuar novas lógicas de fluxo, de oferta, jeito de ser do usuário aqui dentro, da autonomia, da relação protagonista necessária com esse usuário, eu senti uma dificuldade nisso né?”
(Diretor administrativo)

3.7- Alguns indicadores do serviço

A tabela abaixo resume alguns dos indicadores da Enfermaria de saúde mental do HCSVP no período de novembro de 2015 a junho de 2016.

O HCSVP levanta mensalmente indicadores de todos os setores do hospital e uma reunião mensal é realizada com os gestores de todas as áreas com o objetivo de discutir esses dados, avaliar dificuldades e pensar melhorias. Ainda não foram definidos indicadores específicos para a saúde mental, então os dados apresentados são os mesmos levantados para os outros setores hospitalares.

Tabela 1- Indicadores da enfermaria de saúde mental de novembro de 2015 a junho de 2016

	nov/15	dez/15	jan/16	fev/16	mar/16	abr/16	mai/16	jun/16	Média
Percentual de Ocupação	80,00%	83,37%	81,85%	87,93%	85,89%	82,92%	76,61%	83,33%	
Média de permanência	13,41	11,56	15,62	10,2	4,95	6,63	10,56	11,76	10,58625
Contenção	0	3	28	14	5	8	13	2	
Agressão	3	1	2	7	0	3	3	1	
Pacientes no período							190	200	

Deve-se destacar que, na nossa experiência, a média de permanência dos usuários internados permaneceu em torno de 10,5 dias. Dalgarrondo et al (1993), encontraram uma permanência média de 19,4 dias no período de dezembro de 1986 a novembro de 1988, no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Hildebrandt et al (2001, p.176) destacam que, “a internação do doente mental em hospital geral requer serviços extra-hospitalares que deem suporte ao paciente, após sua alta, já que, normalmente, as internações são de duração menor”

Também é interessante notar que, por exemplo, no mês de junho, dos 200 pacientes que estiveram no serviço, houve duas situações de contenção e 1 de agressão, o que equivale a 1% e 0.5% dos casos, respectivamente.

A taxa de ocupação dos leitos é alta, chegando a quase 90% em todos os meses.

É importante observar que, no mês de janeiro, onde há um aumento importante do número de contenções realizadas, a enfermeira horizontal do setor (que permanecia na enfermaria de segunda à sexta, oito horas por dia) estava de férias. Esse dado pode revelar a importância de profissionais nesses setores habilitados a lidar com a crise psíquica com outras formas de intervenção que não à contenção.

3.8- As principais dificuldades relatadas e as estratégias utilizadas na condução do trabalho na enfermaria

A maioria das pessoas entrevistadas identificou como dificuldades na implantação desse tipo de serviço as limitações estruturais do hospital geral, a falta de conhecimento das equipes no manejo com o usuário com transtornos mentais e o pouco entendimento da gestão da importância desses leitos.

“Nós tivemos que fazer uma adaptação total, até mesmo pela segurança do usuário, do trabalhador. Então isso pra nós também foi um desafio...”. (Gerente de enfermagem)

“(...)eu acho que teria que ter uma estrutura maior, um espaço maior, pra que essas pessoas pudessem se movimentar”. (Chefe de manutenção)

“Montar o espaço, do jeito que a gente já tinha a unidade em si, a gente ter que adaptar um lugar que já era adaptado pra outro”. (Gerente do Pronto Atendimento)

“Eu acho que dificuldades físicas. Porque pensou-se N vezes em possibilidades, em estudos.... Acho que primeiro a dificuldade física. Eu acho que a maior dificuldade foi de fato a compreensão, o pensamento positivo, a importância da necessidade disso”. (Gerente de assistência social)

“Eu acho que é a falta de conhecimento das pessoas. Eu falo muito aqui pelo hospital. As pessoas não conhecem a importância do atendimento do paciente psiquiátrico. Pela falta de conhecimento hoje, até mesmo nessa primeira abordagem que acontece no pronto socorro, a gente tem muita dificuldade de conduzir esses casos. Até mesmo porque quando o paciente chega no pronto socorro a primeira abordagem do clínico é “vamos medicar e conter”. E de repente a gente já fez várias conversas tentando mudar esse processo. Então a pior dificuldade hoje que eu vejo é a inexperiência dos profissionais em lidar com esses casos mais graves”.
(Enfermeira do setor de saúde mental)

“Acho que as pessoas têm a sensação de olhar esse paciente como muito periférico, muito marginal, e até entender que isso é uma condição de direito, de produção de cidadania, essa tradução técnico-política, é muito difícil. (...) a principal dificuldade é bancar a necessidade de que a saúde mental e a atenção aos usuários seja diferente dentro do hospital. Eu acho que o Hospital São Vicente teve que ter gestor muito próximo, mais próximo demais, não é mais ou menos, e não é toda Diretoria de hospital que tem essa possibilidade, talvez seja, alguns, ou algum, que banca isso. A dificuldade é a diretoria do hospital compreender a importância e a profundidade disso”. (Diretor administrativo)

O trabalho produzido pela enfermagem de saúde mental também foi diferenciado daquele feito nos hospitais psiquiátricos pelo desenvolvimento de estratégias individualizadas para cada usuário e pela possibilidade de que as famílias fiquem mais próximas de seu parente internado nos momentos de crise.

“Então a gente conseguiu construir um cuidado voltado na singularidade com o paciente...”. (Gerente de Enfermagem)

“(...)eles sempre têm algumas estratégias diferentes, né? Eles têm que estar sempre mantendo estratégias diferentes porque nós somos diferentes, né? Cada caso é um caso, você precisa de um tipo de tratamento, pra mim outro, então eles têm que criar essas estratégias de saber lidar com cada pessoa. Porque não adianta, as mesmas coisas que eu necessito, você não precisa, você não necessita”.
(Chefe de manutenção)

Essas falas nos remetem ao conceito de Projeto Terapêutico Singular, estratégia ordenadora do cuidado dos casos graves em saúde mental. Segundo Boccardo (2011, p.87), “esse conceito apreende com maior precisão as intenções gerais e específicas assumidas na construção de projetos terapêuticos, especialmente a diretriz de estar centrado nos sujeitos, em suas necessidades e contexto de vida, o que define seu caráter singular”.

Ainda sobre a proximidade das famílias (e o seu distanciamento quando a opção era pelo asilamento da loucura):

“Onde ele ficava lá, muitas vezes passava anos e anos sem contato com o mundo externo, com a família, sem poder viver a sociedade. Era a lógica passada e hoje não se pode mais viver dessa forma”. (Assistente social)

“E eu acho que a nossa enfermaria aqui hoje é muito importante, uma vez que a gente não tem mais essa política de isolamento, de exclusão social, de enviar o paciente para uma cidade X, completamente fora do roteiro do município, onde as famílias conseguiam visitar uma vez ao mês e isso não trazia nenhum benefício para reinserção social dessa pessoa”.
(Gerente de assistência social)

“Eu acho que é importante, porque aqui, quando tem as visitas, a gente percebe que a família vem, as pessoas ficam em contato com o pai, com o irmão... acho que isso daí facilita muito. Se você está longe, não vê família, não vê ninguém, você se sente completamente abandonado. E aqui não, aqui a gente vê que, além do carinho dos profissionais, a família está sempre acompanhando”. (Chefe de manutenção)

Também foi destacado pelos trabalhadores do Hospital São Vicente o baixo potencial terapêutico do hospital psiquiátrico e o baixo critério para suas internações, motivadas muitas vezes por razões financeiras e não por indicações terapêuticas.

“Eu vejo isso de uma forma muito negativa, porque eu fico imaginando na questão do paciente estar isolado em um hospital psiquiátrico, eu acho que não deve ser bom inclusive para a recuperação desse paciente e desse familiar. A gente fala que a absorção no hospital geral é difícil, é, mas imaginar um ambiente específico só desses pacientes também... a gravidade, tem uns que não estão com a mesma gravidade, potencial de gravidade, e você unificar todos no mesmo ambiente, eu imagino que deva ser mais difícil ainda. É difícil pra ele, pra essa recuperação e é difícil pra esse familiar, que carrega a mesma problemática, quando não estão todos vivendo a mesmas situação. Então eu acho um ambiente, pra mim, deprimente”. (Gerente do Pronto Atendimento, quando questionada sobre as impressões relativas ao asilamento e ao hospital psiquiátrico como local de asilo da loucura).

“Eu acho que as internações em hospital psiquiátrico, 90% eram desnecessárias. De necessária mesmo eram 10%. Como era um negócio, era pro cara ganhar dinheiro, não importa o que viesse sempre internou em hospital psiquiátrico. (...) eu sempre fui contra, porque 90% das

internações eram absolutamente desnecessárias. O que internava mais, a grande maioria, era alcoólatra, 50%. 90% eram desnecessárias". (Médico psiquiatra do Pronto Socorro)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os leitos em saúde mental no hospital geral compuseram vários modelos de atendimento à doença psiquiátrica no decorrer da história. Aumentaram principalmente após o fim da segunda guerra mundial e começaram a aparecer nos hospitais militares e hospitais universitários.

Foram também um local de solidificação da psiquiatria como ciência e se tornaram ainda mais fortalecidos com o grande desenvolvimento dos psicotrópicos no último século.

Desde 2009, o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça tentaram fomentar a ampliação desses leitos no país, principalmente com a finalidade de atender pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e com necessidade de internação. Para tanto, aumentaram as portarias de financiamento numa tentativa de indução de modelo de atenção e implantação de novos leitos de saúde mental nos hospitais gerais. Mas, apesar desse aumento, as metas de implantação de novos leitos não foram atingidas.

O fomento aos leitos de saúde mental em hospitais gerais é um ponto de convergência entres os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da classe médica. O incentivo a esses leitos, no entanto, parece retirar do CAPS parte de sua missão como equipamento primeiro na atenção à crise psíquica. O incentivo a esses leitos, mesmo em vigência de governos federais que tinham sua política de saúde mental norteadada por movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi uma concessão às entidades médicas? Ou um reconhecimento que o CAPS não conseguiria nos primeiros anos da Reforma brasileira dar continência à totalidade das situações de crise psíquica? Ou ainda a impossibilidade de implantar a quantidade necessária de equipamentos 24 horas para atenção à crise como é o caso dos CAPS III?

Mais recentemente, em 2012, a portaria 148 do Ministério da Saúde estabeleceu o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, ou o componente hospitalar da Rede de Atenção

Psicossocial, também ampliando os valores das diárias pagas por esses leitos. As enfermarias previstas por esta portaria diferem das enfermarias psiquiátricas tradicionais porque preveem na sua legislação articulação com os outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, equipe necessariamente multiprofissional e internações de curta permanência.

Ainda assim, até agora, só existem 888 leitos de saúde mental nos hospitais gerais habilitados em todo o Brasil pela portaria 148. Possivelmente, apenas ações focadas na macropolítica não são suficientes para indução de novos modelos de saúde em larga escala, principalmente quando dizem respeito a projetos contra hegemônicos ou pouco conhecidos pela população e pelos trabalhadores.

No caso do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, em Jundiaí/SP, foram implantados dez leitos de saúde mental em setembro de 2015. As pessoas que participaram do processo de implantação foram entrevistadas sobre suas primeiras impressões do novo serviço, as dificuldades e desafios encontrados, as transformações sofridas no processo de trabalho com o usuário em crise psíquica e sobre as potencialidades que viam nesse dispositivo de saúde.

Muitos trabalhadores envolvidos na organização e acompanhamento deste setor referiram medo do usuário da saúde mental em crise e inabilidade em lidar com essas pessoas, identificando que os espaços coletivos e a possibilidade de discutir com outros trabalhadores os medos e as dúvidas trouxeram mais tranquilidade e segurança na criação dos leitos e motivação para seguir com o projeto.

As gestões, tanto da Secretaria Municipal de Saúde como do HCSVP foram identificadas como umas facilitadoras e imprescindíveis na implantação de projetos contra hegemônicos como esse e a educação em saúde foi reforçada como uma estratégia capaz de trazer clareza aos usuários e aos trabalhadores sobre o que são os leitos de saúde mental nos hospitais gerais e como trazem benefícios à população, para que mais pessoas sustentem a existência deles ainda que haja mudanças de governo ou gestão.

A categoria médica foi especialmente citada como resistente ao usuário psiquiátrico nos hospitais gerais e à própria psiquiatria como especialidade médica.

Nesse quesito, a formação foi descrita como possibilidade de melhora dessa postura, como o que tem acontecido atualmente na Enfermaria de Saúde Mental do HCSVP, onde acontecem estágios do internato de medicina da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

A falta de conhecimento em saúde mental de outras categorias também foi citada como uma das dificuldades para criação desses serviços, assim como problemas relacionados à estrutura física encontrada no HCSVP.

O desenvolvimento pessoal e profissional a partir do trabalho na enfermaria e a consideração dos objetos de desejo e investimento das pessoas no processo de trabalho cotidiano, ou o “efeito paideia”⁵ foi colocado com uma das finalidades da existência desses equipamentos, além da atenção à crise e articulação com a rede de serviços extra-hospitalares que atendem situações relacionadas à saúde mental. Ou seja, é importante reforçar que as relações entre a enfermaria de saúde mental hospitalar e os CAPS precisam ser estreitadas para que o CAPS cumpra seu papel de “organizador da demanda e da rede de saúde mental no âmbito do seu território”, previsto na portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002.

Entre as vantagens desses serviços, os profissionais relataram a proximidade das famílias e a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados para as pessoas internadas. A presença desses leitos nos hospitais gerais favorece também a mudança na relação com o usuário com transtorno mental, muitas vezes vítima de preconceitos e negligências, e causa a validação do discurso desses sujeitos e uma melhora na qualidade da atenção à sua saúde e as suas questões psíquicas, traduzido por grande parte dos trabalhadores do HCSVP como “*mudança de olhar*” ao usuário da saúde mental:

“(...)aqui a gente está formando profissionais médicos que tem outro olhar, que querem ir atrás de criar um vínculo com esses pacientes, que mesmo que seja cirurgião, ortopedista, esse paciente vai chegar pra eles e eles têm a obrigação de saber

⁵Campos, 2007, p. 80 e 81.

como manejar. Não como fazer tudo perfeitamente porque existe o psiquiatra pra isso, pra interconsulta, mas o básico né?” (Enfermeira do setor de saúde mental)

“Estimular a escuta né?” (Gerente de psicologia)

“Pelo menos isso, o básico”. (Médico psiquiatra do setor de saúde mental)

Para a implantação da enfermagem de saúde mental do HCSVP e para os seus trabalhadores, os resultados dessa pesquisa são especialmente relevantes. A pesquisadora intenta fazer uma restituição aos entrevistados das questões mais importantes que eles levantaram nas entrevistas. Além disso, a continuidade dessas discussões será também proposta a equipe de HCSVP.

REFERÊNCIAS

Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

Arbex D. Holocausto brasileiro. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

Barbier R. O conceito de “implicação” na pesquisa-ação em ciências humanas. In; _____ Pesquisa-ação na instituição educativa. Rio de Janeiro: Zahar, 1985; p105-28.

Basaglia F. A Instituição negada. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

Bittar ECB & Soares FM (org.). Temas de filosofia do direito: novos cenários, velhas questões. Barueri: Manole, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM número 1190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei número 10216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei número 10708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM número 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Disponível em <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 106, de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 3090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM número 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. Programa Crack é Possível Vencer. Disponível em <http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer>.

BRASIL. Presidência da República. Decreto número 7179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm.

Boccardo ACS, et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. Jan/abr. 2011;v.22,n.1,p.85-92.

Campos G. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec, 2003.

Campos G. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

Campos G & Amaral M. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referências teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência & Saúde Coletiva. 2007;v.12,n.4,p.849-59.

Campos G & Domiti A. Apoio matricial e equipes de referencia: uma metodologia para a gestão do trabalho multidisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2007;v.3,n.2,p.399-407.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; v.10,n.4,p.975-86.

Chanchetti MS. Articulação do cuidado na perspectiva dos trabalhadores de CAPS e de enfermagem de saúde mental no hospital geral. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas/Unicamp, 2016.

Dalgalarrondo P, et al. Duração da internação em uma unidade psiquiátrica de hospital geral: a experiência do Hospital das Clínicas da Unicamp. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 1993;v.42,n.1,p.15-7.

Denasus. Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Ação Nacional. PT GM/MS n. 2398, 2011.

Dias MK, Weber R, Delgado PGG. Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral: Configuração Atual e Novos Desafios na Política de Saúde Mental. In: Vasconcelos EM (Org.). Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec, 2010;p.115-39.

Foucault M. História da loucura na idade clássica. 9ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 2012.

Freud S. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica (1910). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996;v.11,p.145-56.

Garcia M. Levantamento de indicadores sobre os manicômios de Sorocaba e região. Relatório parcial de pesquisa. Universidade Federal de São Carlos, UFSCar, Sorocaba, 2011;25fls.

Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 8º Ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

Gondim DSM. Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial? Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

Guattari F. Revolução molecular: pulsações políticas do desejo. 3ª Ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

Häfner H & Böker W. Crimes of violence by mentally abnormal offenders. Cambridge University Press, 1982.

Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 14ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

Hildebrandt LM, et al. A inserção da psiquiatria no hospital geral. Revista Gaúcha de Enfermagem. Jan, 2001;v.22,n.1,p.167-86.

Hodgins S, et al. Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry. 1996;v.53,p.489-96.

Hess R. O movimento da obra de René Lourau (1933-2000). In: Altoé S (org.). René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

Jesus AF. Saúde Mental no contexto da realidade brasileira. As peripécias de uma equipe multiprofissional. Curitiba: Appris, 2013.

Jesus AF. A institucionalização de um serviço de saúde mental em um município de pequeno porte. In: L'Abbate, Mourão LC & Pezzato LM (orgs). Análise Institucional & Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2013;p.510-33.

Jorge MAS. Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.

Kleinman A. Rethinking Psychiatry. Nova Iorque: The Free Press, 1998.

L'Abbate S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. Mnemosine. 2012; v.8,n.1,p.194-219.

Lourau R. O instituinte contra o instituído. In: Altoé S. Op cit, 2004;p.47-65.

Lourau R. Implicação e sobreimplicação. In: Altoé S. Op cit, 2004a;p186-98.

Lourau R. Implicação: um novo paradigma? In: Altoé S. Op cit, 2004b;p.246-58.

Lourau R. A análise institucional. 3ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

Loureiro LMJ, et al. Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. Revista Referência. 2008;v.2,n.8,p.33-44.

Ludke M & André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

Luzio CA & L'Abbate S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. Interface: Comunicação, Saúde e Educação. Botucatu. 2006;v.10,n.20,p.281-98.

Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Set/fev 2004/2005;v.9,n.16, p.161-77.

Millani HFB & Valente MLLC. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas*. 2008;v.4,n.2,artigo 8.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

Minayo MCS. Contradições e consensos na combinação de métodos qualitativos e quantitativos. In:_____ O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

Minayo MCS. Modalidades de Abordagens Compreensivas. In:_____ Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

Minayo MCS. Construção dos instrumentos e exploração do campo. In Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

Miranda SF. O “cotidiano” e a “crítica”: uma análise do preconceito sob dois posicionamentos teóricos. *Psic. Rev. São Paulo*. 2012;v.21,n.1,p.45-58.

Monceau G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal, Revista Psicologia*. Rio de Janeiro. Jan/jun, 2008;v.20,n.1,p.19-26.

Monahan J & Steadman HJ. Crime and mental disorder: an epidemiological approach. In: Tonry M, Morrias N, Editors. *Crime and Justice: An annual review of Research*. Chicago: The University of Chicago Press. 1983;p.145-89.

Passos ICF. *Reforma Psiquiátrica: as experiências francesas e italiana*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

Rossi A & Passos E. Análise Institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção do Brasil. *Revista EPOS*. Rio de Janeiro. Jan-jun, 2014;v.5, n.1,p.156-81.

Rotteli F, et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio F (orgs.). Desinstitucionalização. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

Silva DSJR & Duarte LR. Educação Permanente em Saúde. In Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. 2015;v.17,n.2,p.104-5.

Severo AKS, L'Abbate S & Onocko-Campos R. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. Interface Comunicação, Educação, Saúde. 2014;18(50):545-56.

Volpe FM, Silva EM, Carmo LS, Santos TN. Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007. J Bras Psiquiatr. 2010;59(3):203-9.

Zaslavsky J & Santos M. Contratransferência em psicoterapia e psiquiatria hoje. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Set/dez, 2005;v.27,n.3,p.293-301.

ANEXO 1

Roteiro proposto para entrevista semiestruturada com os membros da equipe que participou da implantação da enfermaria de saúde mental do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo.

Sexo: _____

Idade: _____

1. Qual foi a sua primeira impressão quando ficou sabendo que haveria uma enfermaria de saúde mental no hospital São Vicente?
2. Qual a sua expectativa na implantação desse serviço?
3. O que você entende por Reforma Psiquiátrica?
4. A partir da sua compreensão sobre Reforma Psiquiátrica, como você entende os leitos de saúde mental em hospital geral?
5. Quais as principais dificuldades que você enxerga no processo de implantação de uma enfermaria como essa?
6. O que você entende por “lógica asilar no atendimento à loucura”?
7. Pela portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o hospital psiquiátrico não compõe a RAPS. Em relação a esse fato, qual a sua avaliação?
8. Na sua opinião, quais são os principais desafios da implantação da enfermaria de saúde mental?
9. Você conhece a rede de saúde mental de Jundiaí (CAPS AD, CAPS III, CAPS II e CAPS infanto-juvenil)? Como são os seus contatos ou parcerias com essa rede? Você avalia que a enfermaria de saúde mental trabalha em conjunto com a rede territorial? Como isso poderia ser melhorado?

10. Qual seriam as estratégias para consolidação da mudança no cuidado ao doente mental (antes centrado no asilamento e agora na comunidade)?

Como você se sente sendo parte desse processo?

ANEXO 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****A LOUCURA, A NORMALIDADE E AS NORMAS: a análise da implantação de uma enfermaria de saúde mental em um hospital geral**

Camila Castilho Machado Rosa

Número do CAAE: 53098015.4.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos

Essa pesquisa trata da análise da implantação da enfermaria de saúde mental do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, em Jundiaí, São Paulo. A cidade está em processo de reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial e dos equipamentos de saúde que oferecem atendimento às pessoas com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Uma das ações dentro desse processo foi a implantação de uma enfermaria de

saúde mental dentro do maior hospital geral municipal, o Hospital São Vicente de Paulo.

Procedimentos

A pesquisa será realizada a partir de entrevistas semiestruturadas com membros da equipe do Hospital São Vicente que participaram do processo de implantação dessa enfermaria. As entrevistas serão realizadas mediante concordância dos sujeitos da pesquisa a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por pedido/solicitação da pesquisadora, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A pesquisadora se deslocará até o sujeito entrevistado sempre que necessário. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas; ficarão armazenadas apenas o tempo suficiente para sua transcrição e serão utilizadas apenas para esse projeto de pesquisa. A participação é voluntária e a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.

Desconfortos e riscos

Você **não** deve participar deste estudo se não se sentir confortável ou não desejar. As entrevistas oferecem riscos, ainda que não previsíveis, de danos às dimensões moral, intelectual, psíquica e cultural dos sujeitos entrevistados.

Benefícios

Não há benefícios diretos aos entrevistados, a não ser a possibilidade de narrar o processo de implantação dessa enfermaria a partir de seu ponto de vista. Há benefícios sociais a longo prazo como o auxílio na construção de políticas de saúde mental de caráter comunitário e menos excludente.

Acompanhamento e assistência

Os resultados da pesquisa serão apresentados aos entrevistados mediante momento de Restituição, previsto dentro dos estudos realizados a partir do referencial teórico da Análise Institucional.

Sigilo e privacidade

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e Indenização

Não haverá ressarcimento de despesas como gastos com transporte ou alimentação. A pesquisadora se deslocará até o local em que estará o sujeito entrevistado sempre que necessário. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Camila Castilho Machado Rosa, pelo telefone 011-982048162, pelo email cmrosa2002@gmail.com ou no endereço Rua Professor José Tavares, 392, Jundiaí/SP. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicamp das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas-SP; telefone (19)3521-8936 ou (19)3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento livre e esclarecido

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: _____

Contato telefônico: _____

e-mail (opcional): _____

Data: ____ / ____ / ____

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador

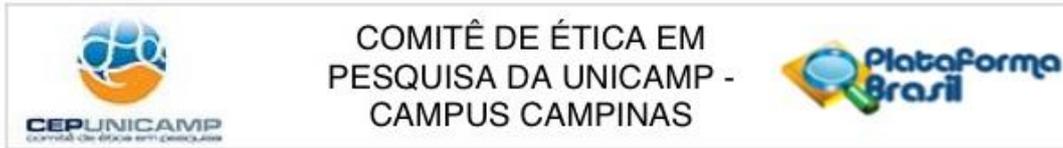
Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/____/____

(Assinatura do pesquisador)

ANEXO 3

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A loucura, a normalidade e as normas: a análise da implantação de uma enfermaria de saúde mental em um hospital geral.

Pesquisador: Camila Castilho Machado Rosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53098015.4.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

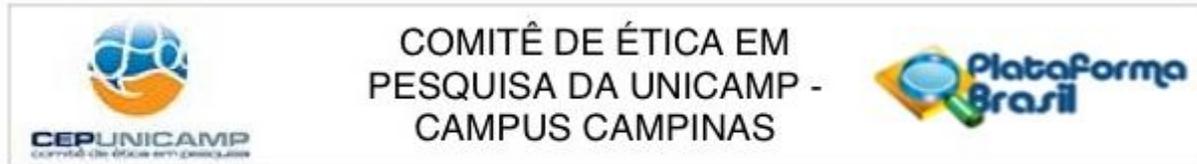
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.488.292

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, da análise da implantação da enfermaria de saúde mental do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, em Jundiá, São Paulo. A cidade está em processo de reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial e dos equipamentos de saúde que oferecem atendimento às pessoas com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Uma das ações dentro desse processo foi a implantação de uma enfermaria de saúde mental dentro do maior hospital geral municipal, o Hospital São Vicente de Paulo. A pesquisa será realizada a partir de entrevistas semiestruturadas com membros da equipe do Hospital São Vicente que participaram do processo de implantação dessa enfermaria. As entrevistas serão realizadas mediante concordância dos sujeitos da pesquisa por pedido/solicitação da pesquisadora. Como fontes de informação serão também utilizados, após autorização formalizada para essa consulta: as atas das reuniões de equipe do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, realizadas semanalmente e o material de registro disponível sobre leitos de saúde mental em hospital geral. Não serão realizadas entrevistas com os sujeitos internados no Hospital de Caridade São Vicente de Paulo. Para os profissionais, a entrevista seguirá um roteiro com questões em relação aos conceitos sobre a loucura e o atendimento ao portador de transtorno mental; se, a partir do

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.488.292

processo de abertura da enfermária dentro do hospital, houve mudanças nos seus processos de trabalho e, caso afirmativo, quais foram essas mudanças; e, finalmente, como eles avaliam esse processo. A partir de entrevistas semiestruturadas e da análise do material das reuniões de equipe, essa pesquisa buscará também encontrar os analisadores do percurso de implantação dessa enfermária, bem como o que eles podem revelar sobre esse processo. A análise do registro das reuniões e a realização das entrevistas serão desenvolvidas nos anos de 2015 e 2016.

Objetivo da Pesquisa:

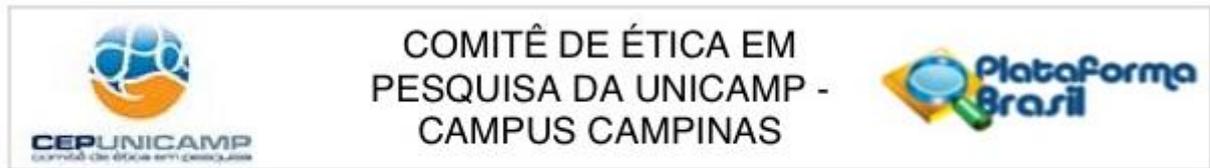
- Analisar o processo de implantação da enfermária de saúde mental do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, no município de Jundiaí, São Paulo.
- Analisar o processo de implantação da enfermária de saúde mental, no HSVP, a partir da perspectiva dos trabalhadores.
- Identificar as dificuldades dos trabalhadores no manejo com a loucura e as possibilidades de intervenção, além das já presentes no cotidiano hospitalar.
- Identificar se houve transformações no processo de trabalho das equipes responsáveis pela assistência em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa será realizada a partir de entrevistas com membros da equipe do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo (HSVP), no município de Jundiaí. A cidade está em processo de reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial e dos equipamentos de saúde que oferecem atendimento às pessoas com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Uma das ações dentro desse processo foi a implantação de uma enfermária de saúde mental dentro do maior hospital geral municipal, o Hospital São Vicente de Paulo. Esse projeto, que se insere na perspectiva da pesquisa qualitativa, trata da análise desse processo a partir da perspectiva da equipe do HSVP, tendo a Análise Institucional como referencial teórico metodológico. As entrevistas semi- estruturadas serão realizadas mediante concordância dos sujeitos da pesquisa a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por pedido/solicitação da pesquisadora. Como fontes de informação serão também utilizados, após autorização formalizada para essa consulta: as atas das reuniões realizadas semanalmente com a

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.488.292

equipe do referido hospital e o material bibliográfico disponível sobre leitos de saúde mental e/ou psiquiatria dentro dos hospitais gerais. Não serão realizadas entrevistas com os sujeitos internados no HSVP. Durante a análise das informações não serão revelados os nomes das pessoas envolvidas e nem seus cargos/funções, salvo por autorização escrita dos sujeitos pesquisados.

Benefícios:

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi definida pela portaria 3088 do Ministério da Saúde, publicada em 23 de novembro de 2011. Em seu artigo quinto, essa portaria diz que a RAPS é constituída pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. A enfermaria especializada em hospital geral está dentro do componente hospitalar. Segundo dados de outubro de 2015, do Ministério da Saúde, há no Brasil 888 leitos de saúde mental em hospital geral, apenas 20 no Estado de São Paulo. Na perspectiva da necessidade de ampliação da RAPS existente no Brasil, torna-se importante a análise das experiências existentes de implantação de leitos em hospitais gerais. Além disso, muitas das dificuldades encontradas em lidar com o louco e a loucura, no ambiente hospitalar, são também presentes no cotidiano dos serviços territoriais para o atendimento aos transtornos mentais, álcool e outras drogas. A análise desse processo é necessária também para entender como ocorreu a implantação desses leitos e qual a sua relação com a rede territorial de serviços de saúde mental. A proposta da enfermaria nos hospitais gerais é que ela esteja em permanente articulação com a rede de serviços, para que não se reproduza a lógica segregadora, historicamente priorizada no atendimento à loucura.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- questiona-se o cronograma de ação que se iniciou em 2015 e já em desenvolvimento em 2016, ou seja a pesquisadora já iniciou a coleta de dados? ATENDIDA

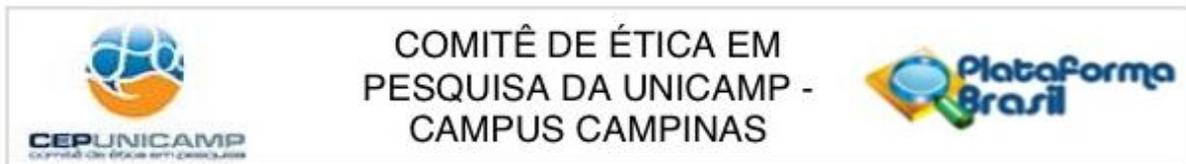
Deixar claro o que é documento de registro existente e quando e como será feita esta coleta de dados-especificar melhor.

- questiona-se o conteúdo dos riscos e benefícios que a pesquisadora descreve, pois

Neste item devem ser citados riscos e benefícios DIRETOS aos sujeitos da pesquisa. Contribuições de longo prazo e outras informações são consideradas como benefícios sociais. ATENDIDA

Concluir o mestrado também não serve como benefício, tampouco outras considerações aplicáveis

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.488.292

somente ao pesquisador e não ao sujeito. ATENDIDA

Riscos mínimos devem ser informados (coleta de sangue, secreções e outros). Entrevistas e questionários padronizados são, GERALMENTE, considerados como riscos mínimos ou não previsíveis.

Verificar teor dos documentos. ATENDIDA

TCLE: adequar conforme orientação do CEP- ATENDIDA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- folha de rosto e PB Informações Básicas foram devidamente preenchidas e assinadas. Apresentou também comprovante de matrícula como pós-graduando, assim como anuência do local de coleta de dados;
- Projeto detalhado;
- Informações Básicas do projeto;
- Autorização para coleta de dados;
- Atestado de matrícula;
- TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lista de pendências e inadequações:

- adequar plano de ação - cronograma de coleta de dados DEVERÁ ser posterior a aprovação do CEP; ATENDIDA

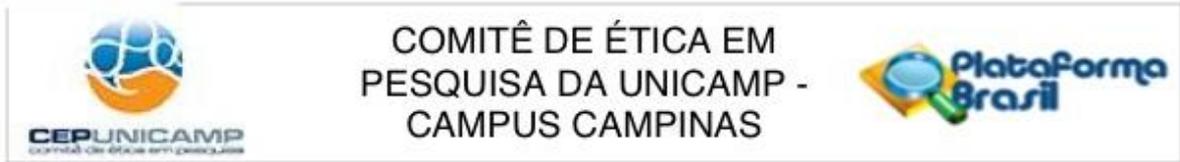
_Adequar o TCLE segundo a estrutura básica apresentada na página do comitê de Ética da UNICAMP https://www.prp.unicamp.br/sites/default/files/3_estrutura_basica_tcle-versao_09outubro2015-disponivel_site.docx ---ATENDIDA

-Solicitamos ao pesquisador esclarecer os seguintes tópicos:

As entrevistas serão gravadas? Se sim: Serão armazenados? Se sim, por quanto tempo? Como serão descartados? Pretende-se usar em projetos futuros ou será utilizado exclusivamente para este projeto? Estas informações devem estar contempladas no TCLE e no projeto.

- Adequar redação dos riscos e benefícios assim como complementar dados do TCLE conforme orientação do CEP-Unicamp. Não foram apresentados os riscos da pesquisa, tanto nas informações básicas, projeto detalhado e TCLE . De acordo com a Resolução CNS nº 466 de 2012,

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.488.292

item V, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas. Ressalte-se ainda o item II.22 da mesma resolução que define como "Risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual,

social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente". Dessa forma, solicita-se que os riscos da pesquisa sejam expressos de forma clara no TCLE, informações básicas do projeto e projeto detalhado. Deve descrever os benefícios esperados. Seja claro, simples e direto. Evite exagerar benefícios e vantagens

potenciais. Lembramos que a única maneira de amenizar o fato do participante não ter benefícios diretos com o estudo é informar diretamente e adequadamente isto a ele e relatando os benefícios indiretos, para que possa decidir livremente se participará ou não; ATENDIDA

As adequações e recomendações citadas acima devem ser respondidas, em carta resposta (com resposta pontual a cada um dos questionamentos) anexada a Plataforma Brasil, com concomitantes correções nos respectivos documentos, apresentadas em destaque (tarja amarela). ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

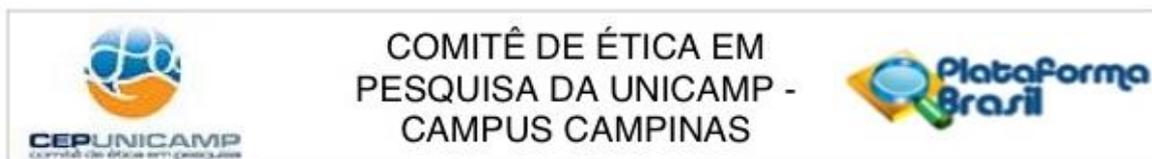
- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.488.292

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

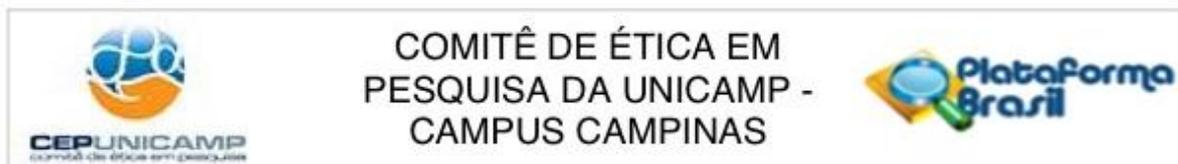
- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_513986.pdf	21/03/2016 20:08:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	21/03/2016 20:08:16	Camila Castilho Machado Rosa	Aceito
Outros	Carta.pdf	21/03/2016 20:08:02	Camila Castilho Machado Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	21/03/2016 20:05:31	Camila Castilho Machado Rosa	Aceito
Outros	AtestadoMatricula.pdf	10/02/2016 10:21:53	Camila Castilho Machado Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DOC076.pdf	05/02/2016 13:09:42	Camila Castilho Machado Rosa	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	05/02/2016 13:08:38	Camila Castilho Machado Rosa	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.488.292

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 12 de Abril de 2016

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br