

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

Jaqueline da Rosa Monteiro

**LOUCURA É A FALTA DE CUIDADO!
O HOSPITAL GERAL COMO UM LUGAR POSSÍVEL
NA REDE DE SAÚDE MENTAL**

Porto Alegre

2009

Jaqueline da Rosa Monteiro

**LOUCURA É A FALTA DE CUIDADO!
O HOSPITAL GERAL COMO UM LUGAR POSSÍVEL
NA REDE DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Isabel Barros Bellini

Porto Alegre

2009

Jaqueline da Rosa Monteiro

**LOUCURA É A FALTA DE CUIDADO!
O HOSPITAL GERAL COMO UM LUGAR POSSÍVEL
NA REDE DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Isabel Barros Bellini (Orientadora PUCRS)

Prof^a. Dr^a. Miriam Thais Guterres Dias (ESP/RS)

Prof^a. Dr^a. Beatriz Aginsky (PUCRS)

Dedico esta dissertação:
Anna Luiza, Claudio,
Sirlei e Paulo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, reconhecendo como parte integrante de um processo, a todos aqueles que compartilham da construção de uma história nova a cada dia, por acreditar que é possível a Saúde Mental com inclusão, dignidade e cidadania.

Agradeço com imenso respeito, aos sujeitos que colaboraram com esta pesquisa, confiando-me palavras, opiniões e histórias de suas vidas.

Agradeço o carinho, apoio e tolerância de minha família às inúmeras horas de ausência para que eu pudesse escrever esta dissertação.

À Secretaria Estadual da Saúde, meu local de trabalho e construção, tanto à direção do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA) quanto à Coordenação da Seção de Saúde Mental pelo apoio ao estudo. Em especial à colega Elizabeth Sasso Simões, que apostou em mim e me deu estímulo a buscar o mestrado.

Ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, que me recebeu de forma extremamente acolhedora.

E, finalmente, à professora Dra. Maria Isabel Barros Bellini minha orientadora, sempre presente, companheira de construção e indagações, atenta e incansável.

RESUMO

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa de estudo de caso, baseada na perspectiva dialético-crítica, a partir do pressuposto de que a saúde está intimamente ligada às condições de vida e à forma como as políticas públicas atendem as necessidades produzidas pela problemática social. O objetivo maior foi conhecer e compreender como se dá o acesso ao hospital geral como referência para internação psiquiátrica. A temática do acesso a internações em Saúde Mental, em hospitais gerais, é parte integrante do contexto de Reforma Psiquiátrica Brasileira sendo um dos componentes da Rede de Atenção Integral para atendimento aos portadores de sofrimento psíquico. A prática profissional dos trabalhadores da saúde e saúde mental tem avançado na busca de estratégias de inclusão social com a garantia dos direitos e cidadania. Como estratégia para coleta de dados, as técnicas utilizadas foram: a entrevista individual semi-estruturada e a pesquisa documental. Foram entrevistados profissionais que compõem uma equipe de saúde mental de um hospital geral e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), de referência para este hospital; também foram entrevistados usuários que já passaram por internações no hospital e familiar. As entrevistas subsidiaram o material para análise de conteúdo. Foram utilizadas também fontes documentais como: informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e documentos divulgados pela Secretaria Estadual da Saúde. Os resultados são apresentados em três capítulos. A pesquisa aponta como principais contribuições: a concepção ampliada de acesso, indicativos para avaliação do acesso e do cuidado nos serviços, modelo de atenção do hospital do estudo e propostas de ações de integração entre gestão e assistência para atenção em saúde mental.

Palavras-chave: Acesso, Internação, Reforma Psiquiátrica, Política de Saúde Mental.

RESUMEN

Este trabajo es el resultado de una investigación de estudio de caso, sobre la base de la perspectiva dialéctico-crítica, desde el supuesto de que la salud está estrechamente vinculado a las condiciones de vida y cómo las políticas públicas respondan a las necesidades generadas por las problemáticas sociales. El principal objetivo era conocer y comprender cómo dar acceso al hospital general de referencia para hospitalización psiquiátrica. La cuestión del acceso a la salud mental, de admisión en los hospitales generales, es parte integrante del contexto de la Reforma Psiquiátrica de Brasil como un componente de la Red de Atención Integral a la atención a las personas con trastornos psicológicos. La práctica profesional de los trabajadores de la salud y la salud mental se ha movido en la búsqueda de estrategias para la inclusión social con la garantía de los derechos y la ciudadanía. Como una estrategia para la recogida de datos, las técnicas utilizadas fueron las siguientes: entrevista individual semi-estructurada y la pesquisa documental. Se entrevistó a profesionales que componen un equipo de salud mental de uno hospital general y del Centro de Atención Psicosocial (CAPS), de referencia para este hospital, usuarios que ya pasaron por las hospitalizaciones y la familia. El material de las entrevistas dio a los subsidios para el análisis de contenido. También se utilizan como fuente documentos: informaciones del Departamento de Tecnología de la Información y el SUS DATASUS - documentos liberados por el Departamento de Estado de Salud. Los resultados se presentan en tres capítulos. La investigación muestra cómo importantes contribuciones: el diseño de la ampliación del acceso, indicadores para la evaluación del acceso y del cuidado in los servicios, el modelo de atención en el hospital del estudio y propuestas de acciones para la integración de gestión y de la asistencia para la atención de salud mental.

Palabras clave: Acceso, Internacion, Reforma Psiquiátrica, Política de Salud Mental.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Leitos Psiquiátricos em Hospital Gerais por UF	28
Quadro 2 - Leitos Psiquiátricos SUS RS	29
Quadro 3 - Indicativos de promoção de auto-cuidado e autonomia dos usuários nos serviços de saúde mental	61
Quadro 4 - Integração gestão-assistência em saúde mental para o atendimento de saúde mental em hospitais gerais	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Gastos do Programa de Saúde Mental	34
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 FÔRMAS E FORMAS: A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL	14
2.1 ACESSO COMO DIREITO	14
2.2 REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL: UMA FORMA	18
2.3 O HOSPITAL GERAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA REDE PÚBLICA: OUTRA FORMA	25
3 DAS FÔRMAS ÀS FORMAS: DESCONSTRUÇÃO NECESSÁRIA PARA CHEGAR AO CUIDADO COMO PRÁTICA DE SAÚDE	38
3.1 MODELOS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS	38
3.2 A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS	45
3.3 FAZENDO INDAGAÇÕES, BUSCANDO RESPOSTAS: A CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA	47
4 O HOSPITAL GERAL COMO UM LUGAR POSSÍVEL	55
4.1 INDICATIVOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACESSO E DO CUIDADO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL	56
4.2 ACESSO: FIO CONDUTOR EMANCIPATÓRIO.....	61
4.3 O QUE FAZ DO HOSPITAL GERAL UM LUGAR POSSÍVEL DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	64
4.4 AS PARTICULARIDADES DO MODELO DESTES HOSPITAL GERAL QUE O FAZEM SER UM LOCAL POSSÍVEL DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	71
4.5 UMA PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO ENTRE GESTÃO E ASSISTÊNCIA NA EFETIVAÇÃO DA GARANTIA DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL.....	79
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICE 1 – Resumo dos Principais Acontecimentos que Constituíram as Mudanças em Saúde Mental no Brasil e no Rio Grande do Sul	101
APÊNDICE 2 - Carta de Autorização da Instituição	102
APÊNDICE 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	103
APÊNDICE 4 - Roteiro de Entrevista	104
APÊNDICE 5 - Roteiro de Entrevista	105
APÊNDICE 6 – Roteiro de Entrevista	106
APÊNDICE 7 – Mapa de Associação de idéias	107
ANEXO 1 - Autorização do Comitê de Ética da PUCRS	119

1 INTRODUÇÃO

A temática do acesso a internações psiquiátricas, em hospitais gerais, é parte integrante do contexto de Reforma Psiquiátrica Brasileira, como um dos componentes da Rede de Atenção Integral para atendimento aos portadores de sofrimento psíquico¹.

Os modelos de atenção em saúde e saúde mental, ao longo das últimas décadas, têm amadurecido frente à necessidade de implementação de processos de participação e controle social na busca pela atenção integral.

O processo de exclusão dos portadores de sofrimento psíquico e de seus familiares é uma expressão da questão social que pode ser vivenciado, em diversos níveis, desde a estigmatização até o cerceamento da liberdade, do acesso e da inserção aos meios e condições de vida digna. A prática profissional dos trabalhadores de saúde e saúde mental tem avançado na busca de estratégias de inclusão social do portador de sofrimento psíquico, com a garantia dos direitos e cidadania na lógica da integralidade e do cuidado para superação do modelo manicomial.

Consolidaram-se legislação estadual e nacional, a fim de avançar no campo das políticas públicas, objetivando o atendimento das necessidades elencadas pela reforma psiquiátrica brasileira. Foram criadas redes de atenção integral em saúde mental, fóruns representativos, associações de usuários e familiares, cooperativas, assim como aparatos tecnológicos e sociais de atenção e inclusão social. As redes de atenção em saúde mental constituíram leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios especializados, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Pensões Protegidas, bem como políticas de substituição progressiva do modelo manicomial.

A internação, como recurso último no momento de crise, compõe a rede de serviços, regida por legislação específica devendo estar interligada a outros serviços de acompanhamento, dentro das ações em saúde de promoção, prevenção e recuperação preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta perspectiva, a internação não é mais o fim, mas a continuidade de um processo de cuidado e

¹ Portador de sofrimento psíquico é o termo elegido pelo movimento de usuários e familiares em substituição aos termos considerados por eles pejorativos: “loucura” e “doença mental”.

acompanhamento do portador de sofrimento psíquico.

Essas modificações no campo da saúde mental, principalmente ao longo das últimas duas décadas, têm configurado o cenário das políticas públicas, o exercício da cidadania e as práticas profissionais.

A motivação que definiu o rumo da pesquisa proposta foi a trajetória da pesquisadora, no campo da Saúde Pública, em especial da Saúde Mental há mais de dezoito anos. Desde 1990, quando do ingresso na faculdade de Psicologia, logo após as Especializações em Saúde Mental Coletiva e a Residência Integrada em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde Mental e em Gestão em Saúde Pública, bem como a partir da inserção no Movimento de Luta Antimanicomial e com as experiências de trabalhos em serviços substitutivos, saúde da família, organizações não-governamentais, hospitais gerais e psiquiátricos, em assistência e, atualmente, como componente de equipe de saúde mental no campo da gestão em saúde na Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

A implicação com a temática se dá além da experiência profissional: na compreensão do outro como sujeito de direitos, quando a prática profissional deve sempre ultrapassar a compreensão fragmentada do sujeito, apreendendo a história e o contexto também como produtores de sofrimento e de exclusão.

A proposta do título “Loucura é a falta de cuidado! O hospital geral como um lugar possível” surgiu de indagações feitas pela orientadora da pesquisa. No Rio Grande do Sul (RS), um órgão de representação de uma categoria profissional da saúde havia espalhado, no ano de 2007 “outdoors” em Porto Alegre, com a seguinte frase: “Loucura é a falta de leitos” como uma crítica diante do aumento de usuários de *crack* no Estado. Esta manifestação chamava a atenção apenas para um elemento da rede de atenção em saúde mental: a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos, não evidenciando o investimento no conjunto dessa rede.

A provocação durante as orientações se deu por constatações não só em relação aos quantitativos de leitos no RS, que é dos maiores do país, mas também como entendimento de que o processo de cuidado como atenção integral em saúde mental deve ser concebido a partir da composição de uma rede hierarquizada de serviços em consonância com os princípios do SUS. Pensar a falta de cuidados convoca-nos a discutir sobre as lógicas e modelos de atenção em saúde mental, indagando, inclusive, em que medida a internação é falta de cuidado.

O projeto de pesquisa foi elaborado, em 2006, com o objetivo de compreender

os elementos condicionantes do acesso ao hospital geral como referência para internação psiquiátrica, no intuito de subsidiar políticas de ampliação da rede de Atenção Integral em Saúde Mental, no caminho da ampliação das possibilidades de inclusão desses sujeitos.

O texto deste trabalho, portanto, é fruto de uma pesquisa de estudo de caso realizada no período de 2007 e 2008 em um hospital geral, que é referência para internação psiquiátrica há mais de vinte anos no Estado do Rio Grande do Sul. Este trabalho foi feito para compreender como ocorre o acesso entendido como direito, a partir do olhar do usuário, família e profissionais do hospital e da rede, como o usuário, portador de sofrimento psíquico, chega à internação no hospital geral e como é ali acolhido. Ou seja, como o hospital geral pode possibilitar este tipo de atendimento, o que interfere no mesmo, sendo este tipo de enfermidade impregnada do estigma da “loucura” e da cultura secular do hospital psiquiátrico como única referência em atendimento até bem pouco tempo. E, diante destes aspectos, identificar viabilidades e dificuldades concretas, para que este atendimento se efetive, compreendendo para tanto sua interface com as políticas públicas, as relações estabelecidas como componente da rede de saúde mental com outros serviços e com sua significação para os usuários.

A dissertação, então, está organizada da seguinte forma: no capítulo 2, *Fôrmas e Formas: A rede de atenção integral em Saúde Mental* é apresentada a constituição da rede de saúde mental com breves considerações históricas que contribuíram para a configuração atual da rede de atenção em Saúde Mental; aborda-se a inserção do hospital geral nesta rede e as políticas públicas atuais de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. Neste capítulo, são discutidas duas das categorias centrais da pesquisa: a primeira é a rede e inicia uma discussão sobre acesso como categoria que será aprofundada no capítulo 4.

No capítulo 3, *Das Fôrmas e Formas: Desconstrução necessária para chegar ao cuidado como prática de saúde*. A discussão se dará sobre as fôrmas e formas como uma provocação ao questionamento das práticas profissionais e modelos de atenção que norteiam estas práticas. Aborda-se a mudança de modelo hospitalocêntrico para o da integralidade a partir da perspectiva do cuidado. Neste capítulo é discutida a categoria *Modelo de Atenção*, e apresentada a construção metodológica da pesquisa com seus referenciais, bem como a caracterização do município em estudo.

No capítulo 4, O Hospital Geral como um Lugar Possível, a discussão aprofunda-se sobre o acesso, agora na lógica do cuidado. São reunidos depoimentos de pessoas entrevistadas para compreensão das particularidades que fazem do local pesquisado um local possível de atenção, não recorrendo à internação em hospitais psiquiátricos, e sendo reconhecido pela sua comunidade como referência consolidada em saúde mental. Ou seja, o hospital geral é possível na atenção em saúde mental pela lógica do acesso que se dá pelo cuidado e pela inserção de todos no processo de cuidado. Neste capítulo, são apresentados os achados da pesquisa como recursos que podem ser utilizados por outras instituições e profissionais para efetivação do acesso resolutivo em saúde mental, no hospital geral, com dignidade e respeito ao portador de sofrimento psíquico.

Finalmente, nas considerações finais são feitas reflexões sobre os pontos principais elucidados a partir da pesquisa.

2 FÔRMAS E FORMAS: A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL

O caminho percorrido pela saúde, no Brasil, carrega consigo uma série de fatores que contribuíram para a construção de uma rede de serviços, no Sistema Único de Saúde, bem como para a construção da rede de Atenção Integral em Saúde Mental. Os princípios construídos pelo SUS, fruto das discussões, mobilizações, principalmente dos trabalhadores da saúde e da sociedade civil, os delineamentos inspirados na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, a II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, foram marcos importantes para a demarcação de mudanças do modelo de Atenção em saúde e, especificamente, em saúde mental, pois a saúde passou a ser vista como direito de todos e dever do Estado, compreendida a partir da totalidade de aspectos que compõem as condições de vida dos sujeitos.

Essa trajetória já foi objeto de estudo de diversos autores e é possível encontrar várias bibliografias a respeito². Não se pretende refazer este caminho, porém reitera-se a importância e o reconhecimento desses fatos históricos, no campo da saúde mental, no Brasil e no Rio Grande do Sul (RS), como um movimento importante para a construção da rede de serviços que compõe hoje a atenção em saúde mental.

Alguns fatos importantes que constituíram embates, superações, mediações e conquistas no campo da saúde mental, no Brasil e no RS, foram organizados em um quadro (Apêndice 1).

Neste capítulo, aborda-se a categoria rede na perspectiva da rede de atenção integral, em saúde mental, e inicia-se a discussão sobre o acesso compreendido como direito à saúde. No capítulo 4, a categoria acesso em saúde mental é adensada a partir do estudo de caso em um hospital geral.

2.1 ACESSO COMO DIREITO

Chegar ao acesso à atenção em saúde mental, no hospital geral, como direito do portador de sofrimento psíquico, é visitar uma história permeada pela

² AMARANTE (1995); CHIORO; SCAFF (1999); HOLANDA (2004); DELGADO et al. (2007); DIAS (2007).

complexidade das lutas pelos direitos do ser humano.

Os direitos, como “expressão de um patamar de sociabilidade”, estão situados em um campo essencialmente político, porque são resultantes do embate de interesses e ações dos sujeitos sociais. Envolvem lutas por espaços de poderes como “estratégias de enfrentamento das desigualdades sociais, forjam-se em um campo extremamente contraditório. A existência de garantias legais não se traduz imediatamente em garantia de direitos sociais efetivos [...] (IAMAMOTO, 2004, p.20).

A configuração das Políticas Públicas de Saúde e de Saúde Mental, no Brasil, hoje, é fruto de uma construção histórica marcada por lutas políticas, ideológicas, sociais que configuram uma visão de homem e de mundo. O direito de acesso a esta rede de atenção constitui-se enquanto uma categoria primordial para a pesquisa, na medida em que se compreende acesso como direito fundamental.

Como definido na Lei nº 8.080, em seu artigo 2º, parágrafo 1:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1 - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990a).

Efetivar a saúde como “direito de todos e dever do Estado” está intimamente ligado às políticas de saúde na relação do Estado com a sociedade, o que implica pensar inúmeras questões, tais como: a oferta de serviços, as carências da população. Essas necessidades se tornam demandas em um contexto de desigualdades sociais. As políticas de saúde apontam o “acesso” aos serviços como direcionadoras para o planejamento e elaboração de projetos regionais na rede de serviços. Portanto, a distribuição desses serviços é condição para ampliação do acesso à saúde (COHN et al., 2006).

É fundamental reiterar que “acessibilidade, portanto, não se reduz ao conceito de acesso pela proximidade” (COHN et al., 2006, p. 93), conforme apontam documentos de Saúde do Estado, nem pela oferta, mas pelas resistências impostas pelos próprios serviços aos usuários. Esta foi uma das descobertas desta pesquisa, a partir das falas dos sujeitos entrevistados. Saúde, como direito ultrapassa a questão de sua conquista, mas configura-se, principalmente, em como a oferta dos serviços é proposta pelo Estado, como suas políticas, efetivamente, compreendem a

questão social e oferecem respostas a ela.

No texto da Lei nº 8.080, a saúde é afirmada como direito fundamental do ser humano, sob a ótica da universalidade e igualdade de direitos (BRASIL, 1990a). Mesmo diante desta conquista, os portadores de sofrimento psíquico se deparam com uma sociedade que, contraditoriamente, para cuidar ainda os isola e os retiram do seu meio, negando-lhes oportunidade e estigmatizando-os.

Inúmeras instituições manicomiais, no país, violaram e continuam violando sistematicamente os direitos dos portadores de sofrimento psíquico, na medida em que, em nome do cuidado, institucionalizaram milhares de pessoas, tirando-lhes o direito de conviver em sociedade, o direito de criar filhos, ou simplesmente de tê-los. Tiraram-lhes o direito de ter uma habitação, condenando-os a viver em amontoados humanos, desprovidos de singularidade e condições de vida digna. Inúmeras pessoas fadadas ao perverso silêncio da instituição asilar onde o mau-trato, muitas vezes, é invisibilizado, naturalizado ou justificado por profissionais³.

Neste caminho de violação, mas também de conquista de direitos à universalização do direito à saúde, posta na legislação brasileira, denota-se uma profunda modificação das relações do próprio Estado com a sociedade brasileira, que traz consigo um movimento de superação dos direitos, anteriormente vinculados ao caráter contributivo. Como contradição, embora legalmente garantidos os direitos, por si só não são garantias de acesso e convivem com inúmeras desigualdades sociais que deixam à margem do acesso à saúde uma parcela da população (COHN et al., 2006).

Assim, os atravessamentos sofridos, no campo coletivo e singular, determinantes das condições de vida e produtores de relações sociais e de poder, como as condições de qualidade de vida, as imposições do mundo do trabalho atingem, de forma significativa, pessoas que de uma forma ou de outra se encontram em situações mais vulneráveis. Cita-se, como exemplo, o caso dos portadores de sofrimento psíquico, seja pelo estigma, pela falta de acesso, pela exclusão, pela marginalização entre tantas formas de expressão das desigualdades.

Embora se exponham às condições do mercado e da atenção ofertada pelo

³ Sobre este assunto há inúmeros registros como a Mostra Itinerante Memória que pode ser acessada no endereço: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/itinerancia.html>, ou ainda no livro A Instituição Sinistra Morte Violenta em Hospitais Psiquiátricos no Brasil, organizado pelo Conselho Federal de Psicologia em 2001 que denuncia situações de violação de direitos em instituições psiquiátricas no Brasil.

Estado, é importante salientar a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, como o marco mais importante na internacionalização dos direitos humanos. Dessa forma, a rede de proteção dos direitos humanos não se restringe à intervenção do Estado, e os sujeitos devem ser reconhecidos, internacionalmente como sujeitos de direitos (PIOVESAN, 2002).

No Brasil, as políticas de atenção à saúde e à saúde mental caminharam junto ao reconhecimento dos direitos civis, sociais e políticos, com avanços e retrocessos refletindo o contexto social econômico e político de cada época. Embora alguns autores reconheçam gerações de direitos, Lima Jr. (2002) discute o conceito de indivisibilidade dos direitos humanos, a partir da compreensão do seu significado prático no cotidiano das pessoas.

Essa discussão foi escolhida para ser trazida, na construção deste texto, pela sua proximidade e coerência com a compreensão da integralidade no campo da saúde, que envolve desde o conceito ampliado da saúde e das políticas de saúde, preconizados pelo SUS. Nesta mesma linha de pensamento, Piovesan (2002) evoca a universalidade e a indivisibilidade dos direitos humanos como uma concepção contemporânea destes:

Universalidade porque clama pela extensão universal dos direitos humanos [...] indivisibilidade porque a garantia dos direitos civis e políticos é condição para a observância dos direitos sociais, econômicos e culturais, e vice-versa (PIOVESAN, 2002, p. 41).

Os direitos humanos se inter-relacionam, e é preciso a compreensão integral de todos os direitos para garantia dos mesmos. Nesta ótica, nenhuma classe de direitos é mais ou menos importante do que outra.

Saúde e assistência caminham juntas na perspectiva da conquista de direitos humanos, pois é através das políticas públicas, que se constroem caminhos de acesso a serviços públicos.

Couto (2004, p. 183) ressalta que a questão da conquista dos direitos sociais, no Brasil, é um “produto histórico, construído pela luta da classe trabalhadora, no conjunto das relações de institucionalidade da sociedade de mercado para incorporar o atendimento de suas necessidades sociais à vida cotidiana”, a partir da compreensão de que o Estado deverá dar conta das demandas surgidas na sociedade, através da criação de um sistema institucional para garantia de acesso de todos aos “direitos civis, políticos ou sociais”.

A discussão quanto aos direitos, neste sentido, ensejou o debate sobre a cidadania, e, assim:

Ao longo da história da humanidade e no contexto da ordem burguesa os direitos de cidadania se tornaram fundamentais para que as classes subalternas e o conjunto de forças interessadas na construção de uma sociedade mais igualitária conseguissem avançar na construção de projetos políticos que apontassem nesta perspectiva (OLIVEIRA, 2007, p. 9).

O campo da Saúde Coletiva tem sido o principal desencadeador dessas mudanças conceituais, políticas e sociais e do modelo de atenção, na medida em que se constitui como campo articulador de redes.

Segundo Paim (1999, p. 47), “a saúde coletiva, como campo de saber e de práticas que toma como objeto às necessidades sociais de saúde, independente do tipo de profissional ou de organização de serviços, tem um caráter histórico e estrutural”, não se limitando a categorias profissionais nem a modelos institucionalizados de serviços e formação que se estendem a toda organização social, desde a “produção, distribuição e consumo de bens e serviços até as formas de organização do Estado e seus aparelhos em suas relações com a sociedade, incluída a sua cultura” (p.47).

Tanto a Saúde Coletiva como a Reforma Sanitária Brasileira são processos de resistência contra o autoritarismo, pois a saúde coletiva foi:

Construída a partir de uma crítica radical à medicina preventiva, saúde comunitária e à saúde pública institucionalizada. E a segunda, a Reforma Sanitária, como expressão da luta pelo direito à saúde e como proposta de mudanças sociais diante da deterioração das condições de saúde da população brasileira nos anos do “milagre econômico” (PAIM, 2007, p. 10).

2.2 REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL: UMA FORMA

Assim como os trabalhadores de saúde e a sociedade em geral, no Brasil, através do movimento de Reforma Sanitária, promoveram um movimento que transformou radicalmente o modelo de Atenção em Saúde, os trabalhadores de saúde mental, a partir do momento histórico destas mudanças, organizaram-se na luta contra modos cronificadores, institucionalizantes e estigmatizantes de tratar as pessoas nos manicômios.

Segundo Vasconcelos (2000), as mudanças epistemológicas, filosóficas, teóricas e práticas, em ciências humanas, e o desenvolvimento de terapias

farmacológicas mobilizaram parcelas importantes da sociedade civil para a discussão do tratamento em saúde mental.

Quando se fala em desinstitucionalização, é comum ouvir pessoas associarem a situações de desospitalização e abandono dos portadores de sofrimento psíquico à sorte, ou à rua. É preciso salientar diferenças importantes entre estas duas concepções. A Reforma Psiquiátrica teve início na Europa nos anos 60, onde a desinstitucionalização dentro deste contexto tem por objetivo a “superação gradual da internação nos manicômios através da criação de serviços na lógica da inserção social” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 20). Já a desospitalização é entendida como uma política de altas hospitalares, de redução do número de leitos e fechamento, por vezes brusco, de hospitais psiquiátricos, fato ocorrido na Inglaterra, após a Segunda Guerra Mundial e nos Estados Unidos, por políticas neoliberais que implementaram de forma negligente a desospitalização (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Porém, na Itália, a desinstitucionalização acelerou e veio a compartilhar, mais tarde, suas idéias com o Brasil onde, no final da década de 1970, se organizou o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que junto a outros movimentos ampliou espaços para construção de uma nova lógica de atenção em saúde mental, baseada nos preceitos do SUS (VASCONCELOS, 2000).

No Brasil, os Estados que primeiro iniciaram a articulação de serviços com atenção em saúde mental, na rede básica, e expansão de uma rede especializada em saúde mental foram Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais.

A tentativa de aprovação de lei federal, apresentada desde 1989, já trazia as idéias do Movimento de Reforma para extinção dos leitos em manicômios e a criação de rede substitutiva de serviços, embora não aprovada ainda naquele ano, o Projeto de Lei Paulo Delgado foi norteador de leis estaduais que começaram a ser promulgadas. O RS foi o primeiro Estado Brasileiro a promulgar a Lei 9.716 da Reforma Psiquiátrica, em agosto de 1992 (RIO GRANDE DO SUL, 1992) que prevê a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede substitutiva de Atenção Integral, mesmo ano em que ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental⁴ (BRASIL, 1992a), quando se estabeleceu o debate sobre as modalidades de

⁴ A Declaração de Caracas - documento elaborado no encontro latino-americano, em 1990, foi um espaço de discussão amplo em Saúde Mental que culminou na II Conferência Nacional de Saúde Mental.

serviços substitutivos criados, auxiliando no delineamento de ações e, posteriormente, na publicação de portarias específicas em relação aos serviços.

A década de 1990 é marcada pela desinstitucionalização psiquiátrica, no Brasil com implementação de serviços, aprovação de portarias, criação de associações de usuários e familiares, cooperativas, núcleos regionais e estaduais interligados nacionalmente à luta antimanicomial (VASCONCELOS, 2000). E, após tantos debates, finalmente foi aprovada a Lei nº 10.216, de 6 de abril 2001 (BRASIL, 2001a), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A mudança de modelo de atenção propõe o enfrentamento das questões de saúde mental com a complexidade da compreensão do conceito de saúde tão discutido pelo movimento de reforma Sanitária e Psiquiátrica. A diminuição do número de leitos psiquiátricos, no país, trouxe a contrapartida do aumento de rede de serviços antes inexistentes e regulamentação dos repasses financeiros para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Leitos-dia, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Programas de reabilitação como o “De Volta Para Casa”, Oficinas Terapêuticas na rede básica, Ambulatórios especializados, Pensões Protegidas, entre outras modalidades. Houve, também, o aumento significativo de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, conglomerando uma rede articulada de serviços que atingem um contingente enorme de pessoas no âmbito da prevenção, promoção e recuperação. Inúmeros municípios, no país, tinham como única alternativa de atenção em saúde mental a “ambulancioterapia”, termo popular utilizado para denominar a ação específica para atendimento nos momentos de crise aguda com a locomoção da pessoa acometida de transtornos mentais para um hospital psiquiátrico. Na maioria das vezes, muito longe de seu local de residência e dos familiares. A lógica da atenção integral propõe o acompanhamento, a reabilitação, a inserção e, principalmente, o livre exercício de ir e vir ao sujeito portador de sofrimento psíquico (BRASIL, 2001b).

A rede de atenção integral à Saúde Mental, no Brasil, é parte integrante do SUS. Seus principais dispositivos de atenção são serviços prioritariamente ligados ao SUS, através de uma rede articulada de serviços que permite a mudança do modelo hospitalocêntrico para o da rede extra-hospitalar, dentro dos parâmetros da integralidade, promovendo a inter-setorialidade e a interdisciplinaridade, diante da necessidade urgente da inclusão como objetivo maior, de rompimento da

estigmatização e institucionalização provocada pelo modelo manicomial, elucidada por diversos autores (AMARANTE, 1995; GOFFMAN, 1999; VASCONCELOS, 2000; DELGADO et al., 2007).

Segundo Faleiros (2002):

É na relação de redes que colocam as questões enfrentadas pelos próprios sujeitos na sua perda de poder para articulá-las em estruturas e movimentos de fortalecimento da cidadania, da identidade e da autonomia (FALEIROS, 2002, p. 24).

De acordo com Fleury e Ouverney (2007), diferentes concepções de rede compartilham a idéia de que:

[...] elas são um conjunto de relações relativamente estáveis, de natureza não hierárquica e independente, que vinculam uma variedade de atores que compartilham interesses comuns em relação a uma política e que trocam entre si recursos para perseguir esses interesses comuns, admitindo que a cooperação é a melhor maneira de alcançar as metas comuns (FLEURY; OUVERNEY, 2007, p. 16).

Os diferentes autores abrangem em suas concepções de rede, além dos trabalhadores, a sociedade como um todo, prestadores de serviços, gestores, usuários, organizações em conjunto com as três esferas de governo, descentralizando ações e ampliando o espaço do controle social para efetivação dos direitos de acesso à saúde.

A criação do SUS estabeleceu, através do Estado, uma nova organização dos serviços de saúde, com sistemas municipais e estaduais de saúde com comando único em cada esfera de governo, bem como com novos instrumentos de participação social, através dos conselhos e conferências de saúde (FLEURY; OUVERNEY, 2007).

Com a Norma Operacional Básica (NOB 96) retoma-se o conceito de rede estabelecido na constituição, sendo normatizados aspectos “relativos ao referenciamento intermunicipal de usuários em virtude da necessidade de acesso a serviços de maior complexidade tecnológica” (FLEURY; OUVERNEY, 2007, p. 122). Este processo criou a necessidade de pactuações entre gestores, municípios, prestadores de serviços e com o próprio controle social, para que se efetivem fluxos de regulação do acesso.

Dentre as estratégias para que a regulação do acesso ocorra estão a regionalização da saúde⁵, ou seja, o planejamento territorializado para delimitação

⁵ Ver Portaria nº 373/2002, Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.

de referências municipais de atendimento que podem ser uma região ou microrregião, identificação de prioridades com relação interdependente entre municípios para garantia do acesso (FLEURY; OUVENEY, 2007).

As redes assistenciais de saúde, no SUS, englobam níveis de complexidade de atenção, de baixa, média e alta complexidade, conforme o grau de recursos tecnológicos e humanos necessários para a existência e funcionamento do serviço⁶. Assim, no processo de referência e contra-referência⁷ do atendimento em saúde, um usuário poderá ser atendido em um posto de saúde, por exemplo, e ser encaminhado para um serviço de maior complexidade para um atendimento especializado ou realização de um exame, retornando ao local onde foi atendido pela primeira vez para continuar sendo acompanhado posteriormente. A rede básica será a porta de entrada no sistema de saúde.

A rede de Saúde Mental atual é resultante da forma como o sistema de saúde se organizou no país, como também da criação de diferentes experiências ao longo das últimas décadas, consolidadas através de legislação para regulamentação de serviços em saúde mental.

Porém, em se tratando de saúde mental, nem sempre o usuário será atendido diretamente no serviço mais especializado em saúde mental de sua região. Pois, “a rede de saúde mental é complexa, diversificada, de base territorial, e deve constituir-se como um conjunto vivo e concreto de referências para o usuário dos serviços” (BRASIL, 2007a, p. 11).

Considerando a dimensão subjetiva que envolve o sofrimento psíquico, é possível que um usuário que necessite de um serviço de alta complexidade, como um serviço especializado em saúde mental, nem sempre se vinculará a este serviço. Por exemplo, o usuário de saúde mental que necessita de um CAPS, por ser um serviço especializado para atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes⁸, poderá estabelecer um ótimo vínculo com profissionais de um posto de saúde na atenção básica e se beneficiar mais do acompanhamento

⁶ Sobre este assunto ver Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.

⁷ Referências de acordo com o ABC do SUS (www.rebidia.org.br/noticias/saude/planloc.html, acesso em: 4/09/2007) é o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade. O encaminhamento deverá ser acompanhado com todas as informações necessárias ao atendimento do paciente (formulário com resumo da história clínica, resultados de exames realizados, suposições diagnóstica etc.) e a garantia, através de agendamento prévio, do atendimento na unidade para a qual foi encaminhado.

⁸ Sobre este assunto ver Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, Ministério da Saúde.

neste serviço.

Contudo, a construção das redes ultrapassa o âmbito formal das organizações e compõe com a sociedade como aparato de inclusão social, como os amigos, os vizinhos, organizações não governamentais e outros locais possíveis e desejáveis de circulação para o portador de sofrimento psíquico.

Segundo Yasui (2000):

O debate sobre a loucura e a instituição asilar, saiu dos muros dos asilos e das universidades e ganhou domínio público através das denúncias que a grande imprensa noticiava e da articulação do movimento com entidades da sociedade civil (YASUI, 2000, p. 221).

A sociedade, através dos movimentos sociais e dos espaços de controle social denuncia, opina e participa da criação da rede substitutiva, na medida em que faz da democracia sua principal ferramenta de mudança na luta contra os modos de exclusão. No âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os desafios na atenção integral às necessidades para qualidade de vida dos sujeitos que padecem de sofrimento psíquico têm sido ampliar os aparatos que dêem conta desta complexidade dentro do sistema de saúde, processo que depende da ação integrada de gestores, prestadores de serviços, profissionais, usuários e sociedade como um todo. Quando se pensa a questão do “sofrimento psíquico”, acompanha-se uma longa trajetória de violação de direitos e afastamento do convívio social, tendo sido instituído por longos anos o manicômio como aparato de tratamento. Com a reforma psiquiátrica traz-se à discussão a estigmatização da doença mental fadada à exclusão do convívio, à exclusão e ao cerceamento da vida humana enclausurada em instituições manicomiais.

De acordo com o Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, em 1992, a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental define-se como “um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada de várias dimensões da vida do indivíduo em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção: educativo, assistencial e reabilitação” (BRASIL, 1992a).

Os serviços devem respeitar os preceitos do SUS (Universalidade; Equidade; Integralidade, Regionalização e hierarquização; Descentralização; e Participação dos cidadãos) “em todo o sistema de saúde, da atenção básica até a internação hospitalar. Contempla, ainda, a articulação com as demais políticas públicas e redes sociais” (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Nesta direção, os serviços substitutivos, na rede, constituíram-se em espaços de atenção, em saúde mental, mais próximos da comunidade, com a proposta de uma lógica não excludente, propiciadora de manutenção e ampliação dos vínculos de seus usuários com seus contextos sociais. Como espaços que compõem a rede de saúde mental, a proposta é de que evitem as internações ou acompanhem as internações nos momentos de crise, buscando, principalmente, os hospitais gerais como recurso. A relação estabelecida entre esses serviços e os hospitais gerais cumpre sua função substitutiva, na medida em que rompe o caminho estigmatizante do manicômio e estabelece um local com outra função social, onde as diferenças estão em convívio. É importante acompanhar as referências e contra-referências ao passo em que o efetivo funcionamento da rede necessita destes diálogos para quebrar o círculo vicioso da exclusão.

O CAPS, como dispositivo dentro da rede de atenção em saúde mental, compreende, dentro da pesquisa proposta, uma importante fonte de informações empíricas, uma vez que se constitui como serviço que tem entre suas funções diretrizes, tais como: possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território; coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas de sua abrangência; ser um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, bem como dar suporte aos usuários de saúde mental no momento de crise (BRASIL, 2002b). O que o faz, portanto, ser um interlocutor entre os hospitais gerais, por ser um dos principais componentes da rede que faz o encaminhamento da internação psiquiátrica para estes hospitais.

A rede de cuidados em saúde mental que propõe a atenção integral necessita ultrapassar as paredes da sala de atendimento e pensar a clínica ampliada na lógica da reabilitação psicossocial, pois:

[...] uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas, e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É, portanto, fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para outros espaços da cidade, em busca das pessoas com transtornos mentais (DELGADO et al., 2007, p. 57).

Assim, nesta perspectiva, “o processo de reabilitação seria um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade

nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social” (SARACENO, 1996, p. 16), o que configura a construção de uma rede de cuidados que estabeleça uma relação com o outro como sujeito, cidadão de direitos e, portanto, alguém em quem se deposita credibilidade, onde a rede comunitária é essencial para o processo de construção de redes de circulação e de cuidado. O CAPS e outros serviços de saúde mental existentes nos municípios são interlocutores essenciais para construção e efetivação destas redes, modificando formas de atenção centralizadas em atendimentos unidisciplinares para construção de práticas que, tomando aqui a expressão de Merhy (2002), sejam práticas usuário-centradas.

2.3 O HOSPITAL GERAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA REDE PÚBLICA: OUTRA FORMA

Durante a Antigüidade e idade média, o louco circulava sem grandes preocupações sociais e a intervenção do Estado só se dava em assuntos de direito, como: anulação de casamentos em que um dos cônjuges enlouquecesse, ou na questão de proteção da propriedade (AMARANTE, 1995). Já no século XVII, se enclausurava a loucura em uma concepção moral, quando a desrazão tornava-se uma afronta ao desenvolvimento e à ordem vigente da sociedade. A loucura se misturava entre os pobres, os miseráveis e os vagabundos, uma gama de expressões da exclusão, marcada então pelo cunho das mudanças sociais frente às exigências do mundo do trabalho, encaradas como caso de polícia, referente à ordem nas cidades (FOUCAULT, 1999).

A reclusão da loucura a locais confinados teve seu início junto à reclusão de minorias sociais, marginalizados de todos os tipos, geralmente antigos leprosários, com histórico de segregação em defesa da ordem pública, sem qualquer propósito de tratamento.

Apenas em meados do século XVIII, o hospital geral assume a função de tratamento, servindo antes para exclusão e tratamento espiritual. Concomitante a uma época em que o ceticismo e a racionalidade começaram a ditar as “verdades” no mundo, onde o trabalho impõe o seu ritmo, o hospital tem uma função moral de repressão a todo comportamento contrário à ordem social (FOUCAULT, 1999).

No Brasil, em 1839, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, através de José Clemente Pereira, denuncia ao Imperador Dom Pedro II a condição dos porões das Santas Casas que condenava a loucura com a prisão, e que, pela natureza do cárcere em condições insalubres, levava à morte. Dom Pedro II decreta, em 1841, a criação do primeiro hospício, no Brasil, com o seu nome. As camisas-de-força e as celas-fortes, a inoculação de febre através da malarioterapia, insulino-terapia, convulsoterapias, lobotomia eram técnicas utilizadas para contenção dos surtos, que perderam força após o aparecimento de psicofármacos na década de 50 do século XX (BRASIL, 2008a).

Mesmo depois da revolução de Pinel⁹, as condições de vida nos manicômios eram deploráveis. O século XIX pode ser chamado de “o século dos manicômios” em função da grande proliferação de instituições psiquiátricas no mundo, entrando-se então no século XX com a marca do modelo asilar (PESSOTI, 1996).

No modelo manicomial, a instituição com suas rotinas e protocolos torna o sujeito passivo, paciente, ficando desprovido de liberdade, cidadania, convivência (DALMOLIN, 2006). Os manicômios, historicamente, tornaram-se espaços de exclusão, privando milhares de pessoas do convívio e da vida extramuros, chegando em muitos casos aos extremos da tortura e dos maus-tratos. Mesmo na atualidade, as instituições manicomiais não contemplam os princípios do Sistema Único de Saúde, de Integralidade, Regionalização, Equidade, por serem espaços restritivos e estigmatizantes. A desinstitucionalização propôs a construção de espaços de inserção, inclusão e cuidado e o Hospital Geral é apontado como um dos serviços que compõem a rede de saúde mental para dar suporte nos momentos de crise.

As primeiras unidades psiquiátricas em hospitais gerais

Através de uma visita histórica, construída por Botega e Dalgarrondo (1992), resgata-se o surgimento de Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais em diversas partes do mundo, permeadas pelas mudanças propostas pela desinstitucionalização. Há registros de que, em 1728, em Londres, foi organizada a

⁹ Pinel iniciou um movimento em Paris, no século XVIII, para modificar as formas de tratar os doentes mentais, retirando as correntes dos alienados, restituindo um mínimo de condição humana no direito de movimentar-se. No chamado tratamento moral, para Pinel a loucura deixou de ser uma lesão anatômica e passou a ser vista como um desequilíbrio, uma distorção da natureza do homem a ser corrigida. Ver mais sobre o assunto no livro: “O século dos manicômios” (PESSOTI, 1996).

primeira Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (UPHG), na qual não deveriam se receber mais do que vinte pacientes por vez e, posteriormente, surgiram experiências em hospitais ingleses, que não sobreviveram.

Em Nova Iorque, em 1902, surgiu uma UPHG com planejamento terapêutico, integrado à medicina geral, ampliando este tipo de serviço em outras cidades dos Estados Unidos, após a segunda guerra mundial, com decréscimo de leitos e internações em hospitais psiquiátricos tradicionais, com expansão de serviços ambulatoriais entre outras medidas. Na Inglaterra, na década de 1950, a desinstitucionalização se deu através de três eixos: reforma terapêutica (uso de novos psicofármacos), reforma administrativa (política de portas abertas, comunidade terapêutica, ambulatórios, hospitais-dia, pensões protegidas, entre outras modalidades) e a reforma legal (legislação e conquista de direitos). Na Itália, a desinstitucionalização tomou força na década de 1960, denunciando a exclusão e a função antiterapêutica dos manicômios; foram criadas estruturas como centros psicossociais, UPHG e serviços intermediários de moradia.

Na América Latina, a primeira UPHG registrada instalou-se em Lima, em 1941 e, no Brasil, em 1954, no Hospital Universitário de Salvador. No final da década de 1970 e início de 1980, foram identificadas sessenta e oito UPHG (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1992).

Quanto aos hospitais psiquiátricos sabe-se que, no Brasil, existiram cerca de 62 hospitais psiquiátricos na década de 1940, chegando a 341 hospitais psiquiátricos na década de 1970, e ao seu auge na década seguinte com 430 hospitais psiquiátricos, quando, então, é fortalecido no país o movimento de desinstitucionalização e a construção de uma rede de serviços substitutivos de acordo com dados do Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1992a).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, em 2007, chegamos à marca de 224 hospitais psiquiátricos, no país, e o número de leitos psiquiátricos em 367 hospitais gerais, em março de 2007, chegou aos 2.392 leitos, bem como uma rede de serviços extra-hospitalares¹⁰, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios especializados em saúde mental, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa, Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas em Hospitais Gerais, que têm garantido acesso de

¹⁰ Maiores esclarecimentos sobre a rede de Saúde Mental no Brasil podem ser obtidos no site: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/default.cfm>.

forma significativa à população (BRASIL, 2007b). No RS, a Rede de Serviços de Atenção Integral em Saúde Mental, de acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2008, é composta por 818 leitos psiquiátricos, cadastrados em hospitais gerais (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

No quadro 1, elaborado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em 2008, é possível observar que, se comparada à rede de leitos em hospitais gerais com os demais Estados (BRASIL, 2008a), o Rio Grande do Sul já comportava a maior concentração de leitos, em hospitais gerais, com este tipo de atendimento.

Quadro 1 - Leitos Psiquiátricos em Hospital Gerais por UF

UF	Nº DE HOSPITAIS GERAIS COM LEITOS PSQUIATRICOS	Nº DE LEITOS PSQUIÁTRICOS SUS EM HOSPITAIS GERAIS
AC	16	16
AL	0	0
AM	0	0
AP	1	16
BA	6	106
CE	8	31
DF	2	34
ES	5	28
GO	8	73
MA	0	0
MG	25	183
MS	20	98
MT	2	2
PA	3	54
PB	2	3
PE	3	52
PI	2	19
PR	11	152
RJ	60	172
RN	2	4
RO	1	35
RR	0	0
RS	129	637
SC	51	330
SE	2	24
SP	51	482
TO	5	17
TOTAL	415	2.568

Fonte: MS/Coordenação de Saúde Mental (BRASIL, 2008a).

Quando este quadro foi publicado pelo Ministério da Saúde já se tinha avançado no RS o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais devido ao trabalho desencadeado pela Secretaria Estadual da Saúde com os hospitais. Além disto, foram estimulados leitos clínicos pela política estadual, também com incentivos financeiros para o atendimento de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, conforme será detalhado no item a ampliação de leitos em hospitais gerais no RS.

Na comparação entre os Estados, se percebe que depois do RS encontram-se SP e SC, o que, em se tratando de população, disparadamente a cobertura de leitos no RS é mais completa. Compreende-se, portanto, que os leitos isolados não são suficientes, tampouco o principal componente da rede de saúde mental. Porém, se observa o avanço do RS, nos últimos anos, para a concretização da substituição progressiva de leitos psiquiátricos, em hospitais psiquiátricos, por uma rede conforme a lei Estadual de Reforma Psiquiátrica (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

A seguir, apresenta-se no Quadro 2 a configuração da modificação da oferta de leitos na atenção em Saúde Mental no RS, considerando apenas leitos psiquiátricos:

Quadro 2 - Leitos Psiquiátricos SUS RS

TOTAL LEITOS PSIQUIÁTRICOS SUS RS						
Ano	Hospital geral	%	Hospital psiquiátrico	%	Total	%
1991	311	9%	3.209	91%	3.520	100%
1992	234	8%	2.754	92%	2.988	100%
1995	387	16%	2.092	84%	2.479	100%
2001	382	17%	1853	83%	2.235	100%
2003	450	23%	1471	77%	1.921	100%
2004	618	37%	1071	63%	1.689	100%
2005	657	42%	910	58%	1.567	100%
2006	677	42%	940	58%	1.617	100%
2007	689	43%	920	57%	1.609	100%
2008	818	50%	810	50%	1.628	100%

Fonte: 1991 a 1995 (DIAS, 1997); 2001 a 2008 (DATASUS, nov. 2008). Compilação: Jaqueline Monteiro.

Observa-se neste quadro o crescimento inversamente proporcional, pois à medida que o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais aumenta, o número

de leitos em hospitais psiquiátricos diminuí.

Se considerarmos os parâmetros de atendimento em Saúde Mental quanto ao percentual de população a ser atendida, de acordo com os critérios de cobertura para atendimento dos transtornos mentais¹¹, deve-se considerar para Transtornos mentais: 12% da população geral, sendo 3% para transtornos mentais severos e persistentes; 9% para transtornos mentais Menores; e para Dependência de álcool e outras drogas: 6% para maiores de 12 anos e 15% para uso abusivo de álcool e outras drogas. Esses percentuais assim como a série histórica de atendimentos de cada município/Estado nortearam a programação pactuada e integrada (PPI) de ações para aplicação do percentual da cobertura para atendimento tanto na rede ambulatorial quanto na rede hospitalar (BRASIL, 2001b).

Considerando que as internações em hospitais psiquiátricos duram em média 30 dias, de acordo com dados do DATASUS, se o acesso fosse considerado vinculado de forma exclusiva ao atendimento centrado no modelo hospitalar, apenas uma parcela muito pequena da população estaria sendo atendida, e esse é um dado que não é divulgado. A rede de serviços que se criou propicia o atendimento em saúde mental não só no momento da crise, mas também no cotidiano, evitando reinternações, ou mesmo modificando o tempo de sua duração, considerando que a média de dias de internação em um hospital geral é de sete a dez dias.

Esta mudança na modalidade de serviços reconfigura a atenção em saúde mental, antes centrada no atendimento ao momento da crise, para uma atenção voltada a todos os seus níveis de complexidade e necessidade, quebrando o círculo vicioso da internação como única forma de atenção, promovendo a re/inserção (PITTA, 1996).

A existência do leito psiquiátrico em hospital geral não é uma modalidade nova em saúde mental, porém a forma como vem se articulado com a rede é que modifica seu funcionamento, na medida em que deve estar em constante interação com os serviços extra-hospitalares, compondo uma rede em saúde mental. Esta perspectiva corrobora o afirmado por Delgado et al. (2007):

[...] avaliar o ritmo de redução de leitos em todo o Brasil, no entanto, é preciso considerar o processo histórico de implantação dos hospitais

¹¹ Os critérios de cobertura para atendimento em Saúde Mental podem ser encontrados em: Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada. Volume 5. 2006 [Série Pactos pela Saúde 2006]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume2.pdf>

psiquiátricos nos estados, assim como a penetração das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada região brasileira, uma vez que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (DELGADO et al., 2007, p. 44).

A Política Nacional de Saúde Mental vem trabalhando no conceito de Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental em hospitais gerais, CAPS III¹², hospitais de pequeno porte, emergências, Serviços de Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas. O Leito de AISM é assim chamado por trabalhar na lógica da articulação entre os diversos serviços e serve como suporte ao paciente em crise. Em todo país, vem crescendo o número de dispositivos extra-hospitalares e a tendência é a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos pelos leitos em hospitais gerais. Assim como as internações psiquiátricas, as internações por uso de álcool e outras drogas também são estimuladas a ocorrerem em hospitais gerais com Autorização de Internação Hospitalar (AIH)¹³ considerando além da quebra do estigma o aparato capaz de dar conta da gama de intercorrências clínicas, conforme a Portaria nº 816, de abril de 2002, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Drogas (BRASIL, 2002a).

Para o cadastro de um leito psiquiátrico, no hospital geral, deve-se respeitar a legislação vigente em Saúde Mental, no país, e considerar os critérios da Portaria nº 224/GM de 1992 (BRASIL, 1992b) que define os parâmetros para funcionamento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, determinando as condições de estrutura física do hospital, como: área de lazer, área para realização de grupos, equipe técnica mínima, projeto terapêutico individual e relação com a rede extra-hospitalar.

Para construção do projeto terapêutico seguem os critérios mencionados

¹² Segundo a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, a modalidade de CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial com capacidade para atendimento em municípios com população superior a 200.000 habitantes constitui-se em serviço ambulatorial com funcionamento 24 horas diariamente, sem interrupção, com cinco leitos para eventual repouso ou observação. Para maiores esclarecimentos consultar a Portaria citada.

¹³ As AIHs são a forma de faturamento pelo SUS das internações realizadas em hospitais conveniados com o SUS. As autorizações para internações psiquiátricas possuem valores pagos em diárias com códigos específicos para os atendimentos que incluem os procedimentos, exames e a estadia dos usuários. O valor da diária paga pelo SUS para o atendimento em saúde mental por usuário internado em um hospital geral é em média de R\$ 39,31/dia. Os códigos da Tabela de procedimentos podem ser encontrados na Portaria nº 321, de 08 de fevereiro de 2007. Para o faturamento em um hospital geral com códigos de psiquiatria é preciso que este tenha leitos cadastrados como psiquiátricos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Quando se menciona AIHs clínicas para álcool e outras drogas, significa dizer que para os atendimentos a transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas em hospitais gerais não são necessários os leitos psiquiátricos, podendo as internações ocorrerem em leitos clínicos.

anteriormente e a Portaria SAS nº 147, de agosto de 1994 (BRASIL, 1994). O esforço tem se dado em propiciar espaços de interlocução suficientes para que os projetos terapêuticos dos hospitais sejam construídos em conjunto com os demais serviços que compõem a rede de saúde mental de cada município ou região, a fim de efetivar a rede de referência e contra-referência.

Na prática, os parâmetros de funcionamento devem contemplar a integralidade preconizada pelo conceito de saúde, de forma articulada com a rede de serviços extra-hospitalares, a fim de garantir o acesso, a atenção e a interlocução. A internação psiquiátrica deve acontecer depois de esgotadas as possibilidades de tratamento em dispositivos extra-hospitalares e de urgência, pois:

O hospital psiquiátrico agrega desvalor à experiência humana (...) Quanto mais tempo alguém passa aí internado, tanto menos ele passa a valer na convivência com seu grupo em seu bairro. É um lugar onde se desaprendem as regras básicas de convivência, onde se agrega estigma e preconceito (VALENTINI, 2001 p.14).

É de concordância de inúmeros autores (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1992; DALMOLIN, 2006; BRASIL, 2007b) que a internação no hospital geral evita a cronificação, diminui o estigma e possibilita, principalmente, a manutenção dos vínculos familiares e de identidade com seu local de moradia, favorecendo o acesso mais próximo regionalizado, continuidade de vínculo com equipe de suporte extra-hospitalar, além de recursos diagnósticos e de atenção à saúde física.

A Política Nacional de Saúde Mental avançou no processo de desinstitucionalização, através da reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar, gerando mudança do perfil da oferta de serviços e, principalmente, dos hospitais (BRASIL, 2007b).

Entre as diversas ações para estas mudanças podem ser destacadas a expansão de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, a criação de mecanismos, tais como: o PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/psiquiatria, a redução progressiva de leitos e o fechamento de hospitais psiquiátricos em péssimas condições de funcionamento. Além disto foi criado o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica PRH no SUS. A expansão dos serviços substitutivos tem sido amplamente discutida e pactuada nas três esferas de governo, o que tem auxiliado no processo de diminuição dos leitos, especialmente de longa permanência.

Com o PNASH foi possível reavaliar as condições de hospitais psiquiátricos no país, inclusive indicando-se para descredenciamento instituições onde foram constatados problemas graves na assistência, dentre eles: o fato de que muitos hospitais sequer possuíam projeto terapêutico, ou sequer havia a existência de projetos terapêuticos contraditórios em relação à prática, assim como recursos humanos insuficientes, com internações de longa permanência e existência de pessoas institucionalizadas há muitos anos. A avaliação do PNASH/Psiquiatria pontua os hospitais e esta nota influencia diretamente no valor das diárias que são repassadas aos mesmos pelo SUS (BRASIL, 2007b).

Em consonância com as ações de ampliação da rede e com o PNASH, enquanto instrumento importante de avaliação da atenção em saúde mental, em 2004 foi instituído o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), através da Portaria nº 52/2004 (BRASIL, 2004a), para o planejamento e execução da diminuição gradual de leitos e reorganização da rede de assistência hospitalar psiquiátrica, para qualificação do atendimento e redução planejada a fim de se evitar desassistência.

Buscou-se a redução do porte hospitalar dos hospitais psiquiátricos para menos de 160 leitos. De acordo com este programa, os hospitais psiquiátricos deveriam, a contar de 120 dias, de 01 de janeiro de 2004, reduzir seus leitos a módulos assistenciais de no máximo 40 leitos, devendo ser realizada a pactuação da redução dos demais leitos entre prestadores de serviços e gestores municipais e estaduais. Os recursos restantes da diminuição dos leitos foram remanejados dentro dos tetos municipais e estaduais, para utilização na rede de saúde mental a fim de ampliar o processo de desinstitucionalização.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o ideal seria uma aplicação de 5% do orçamento global da saúde com saúde mental. De acordo com um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, em 2007, pela primeira vez em 2006 inverteu-se a relação do percentual de investimentos do Ministério da Saúde com os gastos hospitalares e extra-hospitalares em saúde mental, quando então os gastos com serviços extra-hospitalares passaram a contabilizar o percentual maior (BRASIL, 2007b).

Na tabela a seguir, é possível visualizar os percentuais de gastos com saúde mental que têm sido utilizados para rede hospitalar e extra-hospitalar.

Tabela 1 – Gastos do Programa de Saúde Mental

Ações	1997	2002	2003	2004	2005	2006	2007
% dos gastos hospitalares	93,14	75,18	67,33	63,14	55,47	48,67	36,65
% gastos extra-hospitalares	6,86	24,82	32,67	38,86	44,53	51,33	63,35
% gastos Ministério da Saúde com Saúde Mental	2,17	2,19	2,22	2,01	2	2,04	2,43

Fonte: Compilação a partir dos dados expostos no material de divulgação Coordenação de Saúde Mental (BRASIL, 2007b; BRASIL, 2008a).

É possível observar que, à medida que os gastos com os hospitais diminuem sensivelmente, há um acréscimo potencial na rede extra-hospitalar, ou seja, na rede atenção básica e especializada, onde as pessoas são cuidadas em saúde mental no seu cotidiano e não somente no momento da crise que necessite de internação.

A proposta da Política Nacional de Saúde Mental é de que se chegue à aplicação 4,5% do orçamento em saúde com saúde mental em 2010. Mas, para que isto ocorra, é necessário que haja pactuações de prioridades e de ações em todas as esferas de governo, incluindo nestes planejamentos os resultados das discussões com o controle social.

Neste sentido, no PACTO pela saúde¹⁴, o pacto de gestão propõe ações integradas de forma que os municípios e os estados possam ter maior mobilidade de gestão, dentro do planejamento e execução de ações contínuas, organizadas, planejadas e orçadas de forma integrada nas três esferas, aprofundando as propostas do SUS. Cabe, então, a cada Estado e Município pactuar suas ações de saúde mental para ampliação do acesso.

A atenção básica é um dos eixos prioritários. Como a grande maioria dos municípios, no país e no Rio Grande do Sul, possui menos de vinte mil habitantes, a atenção primária torna-se fundamental neste processo, em função dos limites de população impostos pela legislação para o cadastramento de serviços especializados.

¹⁴ O pacto é o resultado de acordo firmado entre o Ministério da Saúde e os conselhos nacionais dos Secretários de Saúde (Conass) e dos Secretários Municipais de Saúde (Conassem) e propõe uma série de mudanças na gestão e no processo de pactuação que envolve os gestores e o controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). É regulamentado pelas Portarias ministeriais nº 399/2006, nº. 699/2006 e nº 698/2006. O Pacto pela Saúde tem três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão do SUS e o Pacto em Defesa do SUS. O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais; o Pacto de Gestão tem como eixo a regionalização das ações e serviços de saúde e o Pacto em Defesa do SUS tem como finalidade aproximar a sociedade do SUS e mobilizá-la para melhorar o sistema. Mais detalhes buscar no site: www.saude.gov.br.

Outro mecanismo de mudança é o eixo da formação de recursos humanos para o SUS, com o aumento de Residências Integradas em Saúde instituídas pelo Ministério da Saúde e da Educação através da Portaria nº 45, de 12 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007c), com criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), órgão responsável pela coordenação dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e o Programa de Educação Permanente.

A Residência Multiprofissional já havia sido instituída, no RS desde 1977, pelo Programa da Residência Integrada do Centro de Saúde - Escola Murialdo (CSEM), porém com a desvalorização e defasagem salarial que diferenciou os profissionais médicos dos demais profissionais veio a interromper a parte multiprofissional em 1990 - quando então permaneceu apenas a residência médica, sendo retomada como Residência Integrada, em 1999, compondo o Programa de Residência Médica e Residência Multiprofissional (CECCIM, 2001).

Já, o Programa de Educação Permanente ultrapassa o cenário das instituições de ensino e chega à realidade local de cada município onde a Política Nacional atualizada pela Portaria nº 1.996 (BRASIL, 2007d), que institui as Comissões Integradas de Ensino em Saúde (CIES), tem sido uma estratégia do SUS para a capacitação dos trabalhadores dos serviços, em parceria com instituições de ensino, a partir da identificação das problemáticas e necessidades locais e tem sido um eixo importante de qualificação da atenção em saúde e saúde mental, principalmente pelo seu caráter descentralizado e altamente centrado nas questões de necessidades locais para capacitações.

Atualmente, no Estado do Rio Grande do Sul, como um dos principais pioneiros na criação da rede de serviços substitutivos, a Política de Atenção Integral à Saúde Mental, articulada pela Secretaria da Saúde, constitui-se como ordenador e sistematizador de diretrizes e orientações para as redes regionalizadas e municipais de saúde mental, seguindo os preceitos do SUS, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional.

Segundo dados da Política de Saúde Mental do RS (RIO GRANDE DO SUL, 2008), o Estado possui quatrocentos e noventa e seis municípios e está dividido, de acordo com seu Plano Diretor de Regionalização, em dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde. Compreende uma rede de serviços legitimada pela lei de Reforma Psiquiátrica citada anteriormente, com cento quarenta e cinco CAPS em

2008, cinco municípios com um total de trinta e sete SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos), cento e nove ambulatórios especializados em Saúde Mental.

Além disso, existem as ações realizadas na atenção básica (como oficinas terapêuticas, capacitações, eventos), oitocentos e dez leitos, em seis hospitais psiquiátricos no Estado, oitocentos e dezoito leitos psiquiátricos, em hospitais gerais, cadastrados no CNES, os quais abrangem todas as Coordenadorias Regionais de Saúde¹⁵. E, com a política estadual do RS de incentivos financeiros para utilização de leitos clínicos para atendimento de álcool e outras drogas cadastraram-se, para o processo de atendimento através de regulação das vagas pelo gestor público, mais 544 leitos só no último semestre de 2008, totalizando 1.362 leitos para atenção em saúde mental somente em hospitais gerais.

As indagações, propostas durante a pesquisa, originárias da dissertação da pesquisadora, aliadas ao planejamento da Política de Saúde Mental Estadual, motivaram a organização de um grupo de trabalho que reuniu profissionais do Departamento de Ações em Saúde (DAS), Seção de Saúde Mental e Neurológica, Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA) e Escola de Saúde Pública (ESP) para elaboração e realização de um curso, em 2008, para profissionais de hospitais gerais. Participaram profissionais de sessenta e quatro hospitais gaúchos, representantes da Associação de Secretários e Dirigentes de Saúde (ASSEDISA) e do Conselho Estadual da Saúde (CES) e das Coordenações Regionais de Saúde Mental nas Coordenadorias de Saúde para que fossem qualificados na atenção em Saúde Mental em hospitais gerais, planejando e fortalecendo o trabalho em rede¹⁶.

A ampliação de leitos em hospitais gerais no RS

Em relação à ampliação de leitos psiquiátricos, em hospitais gerais, como proposta da equipe de saúde mental da Secretaria Estadual da Saúde do RS (SES), a partir da mobilização da sociedade e do Conselho Estadual de Saúde, a SES criou, através do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA) nos anos de 2005/2006, incentivos financeiros para ampliação do número de leitos

¹⁵ Dados da Política Estadual de Saúde Mental do RS 2007/2008.

¹⁶ A primeira edição do curso de hospitais gerais preparou duas turmas concomitantemente qualificando 130 profissionais de 64 municípios sendo concluída em 26 de setembro de 2008.

psiquiátricos, em hospitais gerais, aprovados pela Resolução nº 140, da Comissão Intergestores Bipartite¹⁷ (CIB) (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

O Programa Parceria Resolve instituído pelo Decreto Estadual nº 42.340/2003 na época consistiu em uma das ações de qualificação da atenção hospitalar no âmbito do SUS que previu a inserção dos hospitais nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dentro dos sistemas municipais, macrorregionais, microrregionais e regionais, em consonância com a legislação do SUS e com a Regionalização da Saúde no RS desde 1999.

Este programa, considerando suas diferenças quanto aos tipos de incentivos, compromissos, valores, enfim, já existia no governo anterior com o nome Saúde Solidária – de 1999 a 2002. Em 2008, a SES lançou dentro dos programas estruturantes dos eixos de governo, o Programa Saúde Perto de Você, quando então os incentivos passaram a ser chamados de Ação de Apoio aos hospitais vinculados ao SUS através da Portaria SES/RS 404/2008, que então estabeleceu sete tipos de incentivos específicos para qualificação da rede assistencial de hospitais gerais (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

Os incentivos de Saúde Mental para ampliação do acesso à internação em hospitais gerais, conforme portaria citada anteriormente, foram regulamentados pela Resolução CIB/RS nº 130/2008, qualificando e ampliando, além de leitos credenciados como psiquiátricos, mais de quinhentos leitos clínicos em hospitais gerais para o acesso em saúde mental, o que colocou o Estado do RS como o Estado com maior cobertura de leitos de saúde mental, se comparado com os demais. A forma de adesão tem sido feita através de contrato para os hospitais filantrópicos e termo de compromisso para os públicos (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

Esta iniciativa de utilização dos leitos clínicos faz surgir estímulos para que as internações por álcool e drogas utilizem Autorizações de Internação Hospitalar (AIHS) em leitos clínicos, conforme as Portarias nº 816 e 817 de 2002.

¹⁷ As Comissões Intergestores, Tripartite (Nacional) e Bipartite (Estadual) foram instituídas pela Norma Operacional Básica – SUS 01/1993 (Portaria nº 597/1993), no Capítulo referente ao Gerenciamento do Processo de Descentralização no SUS, como fórum de negociação entre os gestores. Suas definições e propostas devem ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho de Saúde, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador.

3 DAS FÔRMAS ÀS FORMAS: DESCONSTRUÇÃO NECESSÁRIA PARA CHEGAR AO CUIDADO COMO PRÁTICA DE SAÚDE

As práticas profissionais denotam em si um certo jeito de compreender a saúde e seus atravessamentos, o ser humano e seus processos de saúde-doença. Estas acabam por definir modos de se relacionar com o outro, seja este um profissional de sua equipe, da rede ou os próprios usuários, bem como as ações que são desenvolvidas no cotidiano.

A proposta deste capítulo é provocar uma discussão sobre as práticas profissionais e modelos de atenção, que norteiam as ações em saúde e em especial no campo da saúde mental. A categoria Modelo de Atenção é discutida pela ótica da superação do modelo hospitalocêntrico, através da construção do modelo da integralidade, com a perspectiva do cuidado. Neste capítulo, discorre-se sobre a categoria Modelo de Atenção e se apresenta a construção metodológica da pesquisa, bem como a contextualização do hospital que foi campo para o estudo de caso.

3.1 MODELOS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS

Modelo, portanto, “seria esta coisa tensa, que nem é só política, tampouco só tecnologia” (CAMPOS; CECÍLIO, 1997, p. 58).

Cada sujeito que interagindo é sempre um sujeito com história, crenças, dogmas, ideologias. E, ao interagir, não interfere no mundo somente de forma técnica, coloca-se como um ser total, alguém que tem sempre uma história que o constituiu. As práticas profissionais, em Saúde Mental, em contextos históricos específicos, sempre foram permeadas pelos modos como as distintas profissões se relacionam com a sociedade. Historicamente, a doença mental, além das fronteiras do sofrimento psíquico, teve sua condição marcada por formas de cuidado que utilizaram o enclausuramento e até mesmo de tortura, principalmente a partir do advento do capitalismo no mundo, quando os ditos loucos não tinham espaço racional para produtividade no mundo do trabalho (AMARANTE, 1995, GOFFMAN, 1999).

Sendo percebida como desvio moral, ou em outros momentos reduzida à

compreensão biologicista, sendo o enclausuramento da “loucura” em instituições totais¹⁸, foi a principal forma de atenção em saúde mental principalmente até meados do século XX, quando então países principalmente na Europa iniciaram processos de desinstitucionalização.

Por muito tempo o manicômio tornou-se hegemonicamente o único lugar de tratamento dos transtornos mentais, o que colaborou para constituí-lo no imaginário social como referência para atendimento, provocando a falsa sensação de resolutividade para sociedade, que apenas escondia e agravava um problema maior, o da exclusão social do portador de sofrimento psíquico. Milhares de pessoas foram institucionalizadas em hospitais psiquiátricos e destituídas da sua possibilidade de convívio social e de seus direitos humanos, em muitos dos casos condenados ao cárcere privado perpétuo.

Conforme Dalmolin (2006):

Cartografando suas trajetórias nas instituições que compõem o circuito da saúde, percebo que, desde a primeira crise, há um endereçamento para o sistema psiquiátrico tradicional (hospital psiquiátrico) – o batismo à institucionalização, realizado por profissionais da saúde de diferentes serviços da cidade e, com o passar do tempo, da própria família. A família, por desconhecer outras possibilidades e sem um suporte terapêutico que possa aliviar sua sobrecarga, tem dificuldade em escapar da lógica instituída, naturalizando a institucionalização como o principal caminho para situações psíquicas tão diversas (DALMOLIN, 2006, p. 197).

Todo movimento de reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil caminhou rumo à construção de estratégias de modificação e superação do modelo de atenção em saúde mental, na perspectiva do rompimento de paradigmas centralizadores, hospitalocêntricos para abertura democrática de novas práticas reabilitadoras e inclusivas.

De acordo com Merhy (2002):

Todos, trabalhadores, usuários e gestores dos serviços, também sabem que para atingir essas finalidades, o conjunto dos atos produz um certo formato do cuidar, de distintos modos: como atos de ações individuais e coletivas, como abordagens clínicas e sanitárias da problemática da saúde, conjugam todos os saberes e práticas implicados com a construção dos atos cuidadores, e conformam os modelos de atenção à saúde (MERHY, 2002, p. 118).

¹⁸ Para Goffman (1999), as instituições totais em nossa sociedade podem ser, a grosso modo, enumeradas em cinco agrupamentos, para cuidar de pessoas tidas como incapazes e inofensivas (cegos, velhos, órfãos e indigentes) para pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são uma ameaça à comunidade (sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários), para perigos intencionais (cadeias, prisioneiros de guerra, campos de concentração), para tarefas de trabalho (quartéis, navios, escolas internas) e para refúgio (mosteiros, conventos).

Os saberes e práticas podem servir tanto para promover possibilidades de autonomia para os sujeitos quanto para promover práticas cerceadoras e que podem, em muitos momentos, tornar-se iatrogênicas, que institucionalizam pessoas através de:

[...] mecanismos cotidianos, silenciosos e legitimados pelo saber científico, que desde o momento que as bases da sociedade capitalista foram consolidadas, (...) tomam como função sua a reclusão de órfãos, epiléticos, miseráveis, libertinos, velhos, crianças abandonadas, aleijados, religiosos, infratores e loucos [...] (TUNDIS; COSTA, 2001, p.12).

Estes autores salientam a importância da discussão sobre a defesa dos direitos de cidadania das classes populares nas instituições asilares brasileiras.

É possível compreender formas de exclusão acirradas ao seu máximo pela criação de instituições manicomiais. Para superação de práticas manicomiais foram desencadeados embates ideológicos necessários, para que se avançasse no processo de mudança dos modelos de atenção com a finalidade de ampliação do espaço de democracia, construção de direitos e mudança de paradigma nas concepções das práticas profissionais.

Os modelos de atenção em saúde e saúde mental, no Brasil, têm amadurecido frente à necessidade de implementação de processos de participação e controle social, na busca pela atenção integral. As expressões da questão social em formas de exclusão e vulnerabilidade, o que envolve o portador de sofrimento psíquico e de seus familiares em diversos níveis estigmatizam e cerceiam oportunidades de vida e cidadania.

Iamamoto (1998) conceitua a questão social como:

[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 1998, p. 27).

As desigualdades sociais promovem situações de exclusão por colocarem à margem do acesso de condições dignas de vida e de trocas sociais inúmeras pessoas, porém não se resumem as situações de miséria. Ao se falar de exclusão não se pode reduzir à noção de falta, sem dizer no “que ela consiste e de onde provém” (CASTEL, 1997, p. 17).

No caso da saúde mental, o intuito da discussão sobre os modos de exclusão é chamar atenção tanto para os processos de produção de estigma do sofrimento

psíquico, que promoveram por muito tempo o enclausuramento e o isolamento social e que até hoje define em muitas situações os modos de se estabelecer os locais de circulação nas cidades e de acesso a trocas sociais, bem como os modelos de atenção em saúde que norteiam as práticas profissionais em saúde mental.

Uma repercussão importante para usuários portadores de sofrimento psíquico, no país, que usufruem da rede de serviços para atenção integral em saúde mental é sem dúvida a possibilidade de ser cuidado com confiança e garantia de sua liberdade e autonomia na escolha de seu processo de cuidado. Porém, a experiência contrária, da institucionalização, ou ainda da série de reinternações em instituições de cunho manicomial, pode marcar significativamente quem a vivencia, como pode ser percebido no fragmento da fala de uma usuária entrevistada que segue abaixo:

“Na última internação que eu tive no Hospital Psiquiátrico eu tive no isolamento, coisa triste isso! [...]. No isolamento a gente fica pelada, urina no colchão, acorda mijado era triste. Eu disse assim: é a última vez que eu vô fica aqui! Ai eu fiquei a última vez e nunca mais fiquei, né, é triste porque eles maltratavam muito as pessoas” (Usuária).

De nada adianta a busca por modelos prontos, pré-moldados, quando se trata da condição humana, pois é nas diferenças que a singularidade se sobrepõe e possibilita a riqueza da vida. Protocolos, rotinas, fluxos de atenção podem auxiliar e muito o atendimento em Saúde Mental desde que não sejam centrados em na técnica vazia, desprovida de sentido e singularidade, enrijecidas em normas inflexíveis.

O cuidado como prática de saúde

A desinstitucionalização e a construção de novos modos de atenção em saúde mental carregam consigo um grande desafio aos trabalhadores e à sociedade como um todo: o desafio da inclusão. Diante da inclusão da “loucura” como passível de convívio, não mais confinada, Pelbart (1990) convida-nos com suas palavras a pensar os nossos muros e instituições internas, aquelas que poderiam nos levar a fazer com os:

[...] loucos, aquilo que já se fez com os homossexuais, índios, crianças ou outras minorias, ou seja, definir-lhes uma identidade, atribuir-lhes um lugar, direitos, reconhecimento, até mesmo privilégios, mas ao mesmo tempo torná-los inofensivos (PELBART, 1990, p. 132).

Para construção de práticas inclusivas é preciso desconstruir práticas “cronificadoras”, manicômios mentais que são obstáculos primeiros, isto é, práticas que são balizadas pelo modelo da cura e não da inclusão.

O modelo de cura não recupera. Segundo tal modelo, a recuperação é definida em termos negativos. Sintomas e queixas devem ser eliminados.

De acordo com Freitas (1998):

Com outras palavras, crônico é sinônimo de investimento econômico perdido, de sucessivas reinternações psiquiátricas, de vida sem perspectivas fora da instituição, de números que denunciam a ineficiência dos agentes institucionais. Crônico é sinônimo de contradição sistemática entre as expectativas de qualidade de vida e os recursos de saúde disponíveis na sociedade (FREITAS, 1998, p.96).

Falas de profissionais a respeito de usuários muitas vezes refletem a falta de esperança e até mesmo o abandono. Expressões do tipo “não adianta tentar, todo mundo já tentou, ele não responde”, ditas a respeito de portadores de sofrimento psíquico, reiteram verdades seculares construídas dentro das paredes de manicômios.

O adoecimento psíquico está carregado de descrença, o que muitas vezes leva a família e o próprio sujeito a também desacreditar em suas possibilidades de vida e inserção, como inúmeras pessoas ainda institucionalizadas em manicômios espalhados pelo país.

O sujeito que padece está à mercê de saberes técnicos que decidem sobre seu destino. O outro se torna objeto de intervenção e não sujeito de relação. Assim, a intervenção constitui-se, nesse modelo, uma “fôrma”.

Segundo Pinheiro e Guizardi (2006) o:

[...] outro (comunidade, paciente, família, etc.) é desprovido de singularidade, desejo, saber e história) e subordina a prática à tecnocracia, com suas regras e disciplinas externas ao campo da saúde [...] provocadas pelas relações de saber e poder no cotidiano dos serviços (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p. 38).

Transformar “fôrmas” em “formas” desafia os profissionais ao imprevisível, à diferença, à criatividade e requer despojamento. As práticas profissionais são permeadas por uma identidade que expressa uma determinada forma de posicionar-se diante do outro, seja esta identidade de cunho pessoal e/ou norteadas pela própria categoria. Estas práticas são capazes de estabelecer projetos de vida, projetos societários e profissionais. Estes projetos são fundamentais na construção de

modelos de atenção que podem vir a ser comprometidos ou não com a integralidade tanto no que diz respeito à concepção de saúde quanto às formas de agir no cotidiano, que afetam diretamente o funcionamento das equipes e a relação com o usuário de saúde.

As ações humanas são orientadas para alcançar objetivos e metas, implicando um projeto, coletivo ou individual, a partir de valores. Estes projetos, quando coletivos, podem ser projetos societários.

Os Projetos societários são projetos que apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-los e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la (NETTO, 2007, p. 142).

Os projetos societários são coletivos e, em nossa sociedade, são projetos de classe, mesmo que se mostrem de outra natureza como, por exemplo, projetos societários étnicos. Envolvem necessariamente uma dimensão política na qual estão implicadas relações de poder e que, portanto, em função da conjuntura política e histórica os torna estruturas flexíveis e cambiantes (NETTO, 2007).

Os projetos profissionais, por sua vez, apresentam a auto-imagem de uma profissão que devem ser pensados como conjunto dos profissionais fortemente organizados para que se legitimem junto à sociedade. Estes projetos também são dinâmicos por responderem às necessidades sociais, às transformações econômicas, históricas e culturais e também possuem dimensão política, seja ela conservadora ou reacionária. O projeto societário dominante pode ser conflitivo em relação ao projeto profissional hegemônico e suas divergências precisam então ser resolvidas no campo social, com mediações e alianças a movimentos sociais e outros corpos profissionais (NETTO, 2007).

O compromisso das práticas profissionais em saúde, na perspectiva da inclusão, é um compromisso ético-político¹⁹, ou seja, um compromisso proposto pela dimensão do posicionamento a favor da equidade e da justiça social, da ampliação da cidadania e da compreensão dos sujeitos como sujeitos de direito.

As implicações ético-políticas dos profissionais podem contribuir para a

¹⁹ O compromisso ético-político é uma expressão utilizada principalmente pelos profissionais do Serviço Social, que o têm como um norteador das práticas profissionais, estabelecido em seu código de ética profissional, e que é resultado de um processo histórico de amadurecimento, discussões e construção do projeto profissional da categoria. É abordado por inúmeros autores, como José Paulo Netto, Marilda Iamamoto, Maria L. Barroco, entre outros.

reprodução de mecanismos de dominação ideológica e alienação moral ²⁰ (BARROCO, 2001).

Para Chauí (2000):

Que diante da adversidade, renunciamos a enfrentá-la, fazemo-nos cúmplices dela e é isso o pior. Pior é a renúncia à liberdade. Secura, escuridão e prisão deixam de estar fora de nós para se tornarem nós mesmos, com nossa falta de sede, nosso gosto do escuro e nossa falta de vontade de girar a chave (CHAUÍ, 2000, p. 1).

Olhar o outro como sujeito de direitos é respeitar sua cultura, seus desejos, suas condições de vida, seus vínculos e relações e, acima de tudo, ter coragem. Coragem de provocar a mudança, de acreditar e apostar no outro, sem ter receio de mostrar o desconhecimento, “girar a chave” e, então, assim abrir-se para o aprendizado, para o crescimento, ou esconder-se em conhecimentos fechados, escuros à luz da diversidade, nos quais as pessoas se enquadram.

Os Projetos profissionais encontram no seu coletivo de organização diferentes expectativas, origens, posições, valores, ideologias, sendo assim um campo de tensões e lutas, o que leva à necessidade de sua construção ser norteadada pelo debate e não pela coerção, para que efetivamente seja um projeto emancipatório.

Netto (2007) traz a idéia de que o verdadeiro debate precisa do pluralismo, o que pressupõe um pacto entre os membros de um corpo profissional. Esses projetos requerem uma fundamentação com base na natureza ética e “uma indicação ética só adquire efetividade histórico-concreta quando se combina com uma direção político-profissional” (p. 148).

Muitas das profissões que hoje atuam nas políticas públicas nasceram no país no século XIX, como fruto de uma tradição elitista, dentro de um projeto de modernização nacional, como é o caso da Psicologia, por exemplo, com a finalidade de prever os comportamentos humanos e adequá-los a lugar certo no trabalho (BOCK, 2007). A identidade atual da Psicologia está colocada no campo dos direitos humanos, políticas públicas e redefinição dos conceitos que embasam suas práticas. O Serviço Social é a profissão que mais delimitou seu compromisso ético-político, demarcado como eixo fundamental de sua prática, fruto de discussões e mobilizações da categoria profissional em três grandes dimensões da competência:

²⁰ Barroco (2001) faz alusão às práticas profissionais que podem contribuir para reprodução de mecanismos de dominação ideológica em um texto que retoma a trajetória ético-política do Serviço Social Brasileiro. Porém esta abordagem coloca-se muito atual na medida em que as práticas profissionais têm sempre uma implicação ético-política e exercem uma função social.

técnico-operativa, teórico-metodológica, e ético-política, abordado por diversos autores (MENDES, 2004; NETTO, 2007; IAMAMOTO, 2007).

Para o enfrentamento das várias expressões da questão social os projetos profissionais precisam do tensionamento, que ocorre por projetos sociais distintos entre os direitos sociais e a mercantilização das condições de trabalho e mercado.

3.2 A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS

Segundo Pinheiro e Guizardi (2006, p. 37), “[...] transformação no agir, que o afaste da referência da intervenção e o aproxime da noção de cuidado”.

A noção de cuidado, na atenção em saúde, pressupõe uma mudança de postura diante do outro – como sujeito que sofre. Nesta ótica do cuidado, é estabelecida uma relação que exige uma disponibilidade “para trabalhar a partir de um plano aberto de possíveis, aspecto que torna essa categoria tão particularmente polissêmica” (MATTOS; PINHEIRO, 2006).

Esse “plano aberto de possíveis” denota uma escolha de modelo de atenção onde todo ato em saúde repercute não só em sua forma técnica, mas também terá sempre uma repercussão ético-política. A integralidade vem ampliar espaços de redefinição das próprias práticas, tanto no campo singular como no coletivo, redefinindo assim relações diretas profissionais-usuários, profissionais-rede, usuários-rede.

A realidade é, portanto, um cenário de diferentes vozes, onde a neutralidade do discurso técnico dos profissionais não tem lugar, pois como haver neutralidade, se há uma relação entre sujeitos (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006). O desafio de práticas coerentes com a integralidade diante de realidades tão díspares é de difícil operacionalização, mesmo que esta seja assegurada juridicamente pela legislação vigente. Pois, ultrapassa a questão dos saberes, chegando ao que, de forma análoga a compreensão de acesso anteriormente abordada no capítulo 2, necessitará de práticas também coerentes e que tenham repercussão na vida das pessoas, assim como de estratégias de operacionalização.

Quando lidamos com modelos prontos há sempre uma pré-condição (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006), que limita o fazer profissional, engessa práticas e não possibilita mudanças, lidam-se com “fôrmas”. Ao contrário, quando lidamos com

a abertura aos possíveis, criamos formas possíveis oportunizadas a partir do encontro das diferenças e, mais do que isto, da valorização destas diferenças.

É assim na Atenção em Saúde Mental, fôrmas são sempre modos institucionalizados e institucionalizantes das pessoas, pois nesta lógica as práticas moldam os sujeitos às suas regras. O contrário possibilita a credibilidade e a construção de perspectiva de futuro. Pois só existe futuro para o que se acredita.

Entre alguns dos problemas elencados pelo hospital geral em estudo na pesquisa está o descomprometimento de equipes de saúde e municípios vizinhos que parecem querer se “livrar de um problema”, como mais um reflexo da fragmentação de práticas que não reconhecem no outro que sofre, um sujeito. Nessa perspectiva o portador de sofrimento psíquico é visto como um diagnóstico pela sua doença, e não como alguém que possui um transtorno mental e mesmo que procure um serviço por outro motivo será visto como alguém que não pertence àquela equipe de saúde.

A Saúde Mental permeia a vida dos sujeitos e como aponta Sávio e Guljor (2006), as questões de Saúde Mental precisam ser identificadas por toda a rede, porém com o cuidado de não acabarmos sendo simplistas e psicologizar tudo. As referências e contra-referências precisam acompanhar os sujeitos para que se evite a “assistência partida”, em que o encaminhamento passa a ser de responsabilidade de outra equipe.

A atenção voltada para a integralidade pressupõe o cuidado, em uma concepção de saúde que promova o acompanhamento dos sujeitos pelos serviços de saúde, considerando suas condições de vida, de risco social, seus trânsitos pela cidade, suas redes de relação social.

Conforme Campos e Amaral (2007):

A clínica ampliada considera fundamental ampliar o “objeto de trabalho” da clínica. Em geral, o objeto de trabalho indica o encargo, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A Medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas. Clínica do sujeito, essa é a principal ampliação sugerida (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 852).

A ampliação de uma concepção de clínica mais tradicional, centrada na doença e sintomatologia para uma clínica ampliada que considere as condições de vida e o

sujeito como participante do seu próprio processo de saúde-doença implica considerarmos as expressões da questão social como fundamentais na determinação tanto das políticas de saúde e assistência como nos modelos de atenção dos trabalhadores da saúde.

No modelo da integralidade não há como conceber práticas em saúde que não considerem a clínica como clínica ampliada, na medida em que se considere o processo saúde-doença como resultante de um conjunto de condicionantes. Nesse sentido, Campos e Amaral (2007) destacam a necessidade de um certo grau de autonomia e de motivação dos profissionais para produção de saúde.

O que nos faz conceber o processo de saúde como um processo de construção coletiva cotidiano, de embates, contradições, em que a busca pela integralidade de ações é uma constante busca pela democratização do processo de produção em saúde.

3.3 FAZENDO INDAGAÇÕES, BUSCANDO RESPOSTAS: A CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA

Essa pesquisa pretende responder à indagação sobre como ocorre o acesso do usuário portador de sofrimento psíquico à internação no hospital geral e como é ali acolhido tendo como perspectiva o acesso como direito. O que instigou essa investigação foi a condição cultural e das políticas de atenção em saúde mental em relação ao sujeito desta pesquisa: o portador de sofrimento psíquico. Este convive em nossa sociedade tanto com o contexto do “estigma da loucura”, da internação em hospital psiquiátrico como única possibilidade de tratamento, durante séculos, quanto com a conjuntura das mudanças nos modos de atenção em saúde mental construídos com a Reforma Psiquiátrica brasileira, o que lhe permite, hoje, acessar o hospital geral no momento da crise.

Conhecer como o hospital geral possibilita esse atendimento, como acolhe esse sujeito e como ele e seus familiares se sentem e o que pensam sobre esse tipo de recurso é o que se quer saber. E, diante destes aspectos se busca a identificação da viabilidade concreta e das dificuldades para que o atendimento em saúde mental se efetive no hospital geral.

O tema do estudo foi definido como o acesso às internações psiquiátricas/SUS

em Hospitais Gerais no RS, como parte da rede de Atenção Integral em Saúde Mental, considerando o cenário da Reforma Psiquiátrica RS. As questões norteadoras elencadas na pesquisa foram: Como se dá o acesso ao hospital geral como referência para internação psiquiátrica? Qual o modelo de atenção em Saúde Mental seguido pelos profissionais de saúde mental que compõe as equipes hospitalares? E como as equipes se estruturam? Como se dá a relação do hospital geral com a rede de Atenção Integral em Saúde Mental para a internação destes sujeitos? Como as políticas públicas de Saúde Mental influenciam no acesso às internações psiquiátricas em hospitais gerais?

As categorias norteadoras da pesquisa, explicativas da realidade, são: Acesso, Modelo de Atenção em Saúde e Rede.

Segundo Prates (2003, p. 7), a escolha do tema “significa uma opção, uma disposição de conviver com ele por algum período, às vezes longo, significa nos aprofundarmos no seu desvendamento, nos dispormos a ressignificá-lo quantas vezes seja necessário”. A autora destaca, ainda, que desestabilizamos conceitos ao longo da pesquisa, para problematizá-los e superá-los.

Por tratar-se de pesquisa realizada com seres humanos, embora com riscos mínimos de danos, foi solicitada autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC – Pontifícia Universidade Católica do RS, bem como das instituições (Apêndice 2), e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3), a todos os sujeitos entrevistados, conforme anexos. O hospital em estudo, pela sua trajetória, é hoje referência em ensino e pesquisa e também campo de estágios, o que tornaria viável a identificação do mesmo na pesquisa, porém por questões metodológicas optou-se pela preservação da identidade da instituição.

Segundo Prates (2003), a pesquisa é importante para intervenção social, por contribuir para o desocultamento de contradições, para o desenvolvimento de processos sociais e pode ainda auxiliar na capacitação, organização, mobilização dos sujeitos durante o seu processo.

Para descrever uma metodologia de pesquisa é importante pensar em qual concepção de ciência se embasa o método. De acordo com Testa (1992), os questionamentos acerca de um conceito de ciência surgem a partir dos diversos universos científicos de discurso. O autor destaca que a ciência moderna se desenvolveu seguindo o modelo das ciências exatas, baseado em medidas e técnicas precisas, bem fundamentadas dentro do ponto de vista da lógica formal,

mas as dificuldades surgem no campo das ciências sociais, onde não se pode isolar o objeto de trabalho.

A cientificidade, portanto, tem que ser pensada como uma idéia reguladora de alta abstração e não como sinônimo de modelos e normas a serem seguidos. A história da ciência revela não um “a priori”, mas o que foi produzido em determinado momento histórico com toda a relatividade do processo de conhecimento. “O objeto das ciências sociais é histórico. Isto significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas” (MINAYO, 1994, p. 12-13).

Como o objetivo da pesquisa era conhecer e compreender como se dá o acesso ao atendimento de saúde mental em um hospital geral, optou-se pela escolha de uma instituição com experiência positiva e consolidada neste tipo de serviço (os critérios de escolha serão esclarecidos no item ‘A escolha do Município’, ainda neste capítulo). Assim, como a temática da pesquisa envolvia a realidade de uma instituição hospitalar, num contexto real, sem interferência da pesquisadora, com a finalidade de conhecer e compreender melhor o contexto, entendeu-se que a pesquisa do tipo estudo de caso seria a melhor escolha.

O estudo de caso é bastante utilizado no campo das ciências sociais para a compreensão de fenômenos sociais complexos, sendo preservadas as características significativas dos acontecimentos. Portanto, é uma estratégia escolhida, “ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, mas quando não se podem manipular comportamentos relevantes” (YIN, 2005, p. 26).

A proposta desta pesquisa dá-se na perspectiva do método dialético-crítico, baseado em Marx, de concepção materialista, histórica e dialética.

A pesquisadora optou pela metodologia dialético-crítica para o estudo da temática do acesso à internação psiquiátrica no hospital geral, com base na compreensão de que a saúde está intimamente ligada ao contexto e à forma como as políticas públicas atendem as necessidades produzidas pela problemática social.

Segundo Minayo (2000), no campo da saúde:

[...] a sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços [...] e sistemas de saúde (MINAYO, 2000, p. 13).

Com base nas principais categorias dialéticas constitutivas do método baseado

em Marx (LEFEBVRE, 1991; PRATES, 2003) foram consideradas para construção da pesquisa as categorias: totalidade, historicidade, contradição, superação e mediação.

Na concepção dialética não há como perceber a realidade como um processo fragmentado, desconectado e a pesquisa deve se propor a analisar os dados de forma inter-relacionada, problematizando os fatos, no movimento de sua totalidade, sendo assim “é fundamental termos clareza de que estes não são vários fatores agregados, mas elementos de uma totalidade que se influenciam mutuamente” (PRATES, 2003, p. 134).

A realidade é realidade em movimento e como tal se mostra como processo, o que faz do pesquisador um pensador permeado por essa mobilidade, que ao pesquisar apreende apenas um momento da realidade, pela sua historicidade. Segundo Prates (2003, p. 142), esse movimento da historicidade pressupõe que “os fenômenos não são estáticos, estão em curso de desenvolvimento” e isto faz com que a apreensão se dê pelo “desvendamento deste movimento, por cortes históricos”. A autora destaca que resgatamos a história e não a historicidade, na medida em que a pesquisa busca conhecer o conjunto de fenômenos que acontecem na vida dos sujeitos e a historicidade é o reconhecimento do movimento da realidade pelo sujeitos.

Segundo Lefebvre (1991), a contradição que o movimento da realidade provoca é uma negação inclusiva. Pouco a pouco ela é a consciência de que os elementos se afirmam pela existência do seu oposto, o “já sido e o ainda não”, assim como o estar vivo inclui uma aproximação gradual ao morrer, como parte do movimento da própria vida. Lefebvre diz que, no movimento do pensamento, a constatação das contradições possibilita ao ser humano exercitar o seu movimento de crescimento e a ciência assume pontos de vista unilaterais, que depois aprofunda e supera.

O movimento de superação:

No devir do pensamento e da sociedade, se revela ainda mais visivelmente o movimento em espiral: o retorno acima do superado para dominá-lo e aprofundá-lo, para elevá-lo de nível libertando-o de seus limites (de sua unilateralidade) (LEFEBVRE, 1991, p. 240).

O movimento de articulação entre a teoria e a prática pressupõe a mediação, o que, conforme Prates (2005), tem papel de instrumental de transformação, na

medida em que podem ser compreendidas como um conjunto de habilidades utilizadas pelos profissionais enquanto seres sociais para promover o desvendamento da realidade.

As categorias dialéticas norteiam o projeto de pesquisa para a busca de elementos da realidade que possam provocar a contradição necessária ao diálogo do pensamento com a realidade, captada, principalmente, através da coleta de dados empíricos.

Na etapa de coleta de dados, como estratégia de técnicas e procedimentos, foram utilizadas: a entrevista individual e a análise documental. As fontes para a pesquisa foram entrevistas realizadas com profissionais, usuários e familiares, além de fontes documentais, tais como: informações do DATASUS - Departamento de Informática do SUS e documentos divulgados pela Secretaria Estadual da Saúde.

As entrevistas seguiram os critérios do tipo semi-estruturada com roteiro (Apêndice 4, 5 e 6) que, segundo Prates (2003), caracteriza-se por ser constituída de “questões orientadoras, livres ou ainda com a possibilidade de inclusão de novas formulações durante a realização da coleta”.

Concebe-se entrevista como “um encontro entre duas ou mais pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 94).

A elaboração das questões dos roteiros das entrevistas tiveram como parâmetro a legislação vigente em saúde mental, os objetivos e questões norteadoras da pesquisa, para desta forma se garantir coerência entre o que está contemplado nos documentos oficiais e o que está sendo investigado na pesquisa.

Os roteiros foram submetidos à testagem prévia para posterior aplicação com o consentimento de sujeitos, mediante termo de consentimento assinado para a coleta documental. Como procedimento de registros foram utilizados o diário de campo e a gravação. Foram realizadas abordagens no hospital (diretor e equipe), serviços da rede e usuários.

Para análise do material produzido, a partir da realização das entrevistas, optou-se pela análise da prática discursiva, à luz dos pressupostos metodológicos de SPINK. A interpretação, assim é compreendida, como um processo de produção de sentidos, o que nos leva a dialogar com o material e informações, buscando priorizar, selecionar, buscar novas informações, produzindo um processo de

interpretação durante todo o percurso da pesquisa (SPINK, 2000).

O desafio com esta forma de análise era ir além da elucidação de categorias, para dar visibilidade à produção de sentidos no encontro entre entrevistador e a voz do entrevistado e entre pesquisador e seus pares num movimento espiral da interpretação, produzindo dialogias, desconstruções, reconstruções, consensos-antagonismo-conflitualidade assegurando-se o rigor entendido sempre como a objetividade possível no âmbito da intersubjetividade (SPINK, 2000, p. 104).

Utilizam-se técnicas de visualização como atividades-meio para o diálogo entre as informações e o pesquisador à luz das categorias e informações contextuais e atividades-fim são apresentados os sentidos resultantes do processo de interpretação através de técnicas de visibilização. Foi desenvolvida a leitura flutuante, se deixando aflorar os sentidos, mas sem se prender às categorias, o que não significa abandoná-las.

A lógica é de que essas categorias não sejam centralizadoras do processo, mas sim integrantes de um diálogo que busque sentidos. Na prática discursiva, o diálogo entre os sentidos que emergem promove o encontro dos conhecimentos prévios do pesquisador com os sentidos produzidos durante a pesquisa.

Para dar visibilidade a estes sentidos, foram utilizados os mapas de associações de idéias. Segundo Spink (2000), os mapas servem para compreensão dos sentidos que estão implicados para além da objetividade das palavras, a intersubjetividade posta nos diálogos e o encadeamento da prática discursiva preservando-se a seqüência e o contexto das falas. Um dos mapas é trazido como exemplo no apêndice 7.

O município escolhido

A pesquisa se desenvolveu em um município gaúcho que possui cerca de 40.000 habitantes. Sua história remonta o século XVIII, com colonização predominantemente portuguesa e alemã. Situado junto à Lagoa dos Patos tem na generosidade da natureza uma praia de água doce. As principais atividades da economia são: o turismo, o comércio e a produção agropecuária.

Conhecido pela sua trajetória no desenvolvimento de serviços extra-hospitalares em saúde mental, voltados para a lógica da atenção integral em saúde mental, o município é um dos pioneiros no Estado a implementar uma rede de

serviços de atenção em saúde mental, bem como a oferecer leitos para internação psiquiátrica em hospital geral.

Sua rede de saúde contempla rede básica; Estratégia de Saúde da Família; Programa de Agentes Comunitários de saúde; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I, AD e infantil²¹; hospitais gerais.

Nesta rede o hospital escolhido para realização do estudo de caso oferece atendimento em saúde mental desde 1987 para população do município e da região atendendo tanto transtornos mentais e comportamentais quanto transtornos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

A equipe de atendimento do hospital compreende os seguintes profissionais como equipe fixa: médico clínico e psiquiatra; psicólogo; enfermeiro; acompanhante terapêutico; técnicos em enfermagem; utiliza demais profissionais da instituição como um todo conforme necessidade de interconsulta: fisioterapeuta, nutricionista, nefrologista, entre outros.

O hospital atende todas as demandas de saúde mental, independentemente do grau de comprometimento da patologia. Atualmente conta com 10 leitos cadastrados como psiquiátricos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e está em fase de ampliação de leitos, quando então irá oferecer mais 10 leitos clínicos destinados especificamente ao atendimento de álcool e outras drogas.

A instituição pesquisada atende, hoje, em conjunto com a rede, praticamente toda a demanda de internações em saúde mental, do município e parte da região, não referenciando nenhuma pessoa para fora do município. A média de permanência nas internações é de 7 a 10 dias, e durante as internações a rede extra-hospitalar é acionada para manutenção do vínculo e realização de atividades conjuntas.

Para realização desta pesquisa o projeto foi discutido em equipe, e marcada, posteriormente, a visita de campo, para conhecimento da rede e realização das entrevistas.

A escolha desse serviço considerou sua trajetória no atendimento do portador de sofrimento psíquico, o fato de ser um serviço de referência, de receber profissionais para capacitação, e poder servir de modelo para o atendimento em

²¹ CAPS tipo I é um Centro de Atenção Psicossocial, um serviço extra-hospitalar especializado no atendimento em saúde mental, que funciona nos dois turnos diários oferecendo atendimento individual, grupal, oficinas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias. O tipo AD é especializado em transtornos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e o infantil em atendimento de transtornos em crianças e adolescentes. Mais informações ver Portaria nº 336, de 2002.

saúde mental em outros hospitais gerais.

Foram utilizados como critérios de inclusão na escolha:

- ser um hospital geral com mais de dez anos em atendimento na área de psiquiatria no RS;
- hospital localizado em município com CAPS como referência;
- município não ser sede de hospital psiquiátrico;
- hospital com média mínima de quatro internações/mês.

Os sujeitos da pesquisa

Foram escolhidos para entrevista, por livre adesão, profissionais que compõem a equipe de saúde mental do hospital geral com leitos psiquiátricos selecionados, profissionais da equipe dos CAPS de referência para este hospital, usuários destes CAPS e familiares.

Os critérios de inclusão considerados para entrevista foram:

- usuários dos CAPS que já tiveram internações em hospital psiquiátrico e no hospital geral selecionado para o estudo;
- profissionais do CAPS de referência para o hospital selecionado;
- familiares de usuários com histórico de internações psiquiátricas em hospitais psiquiátricos e nos hospital geral selecionado.

Foram entrevistados a partir desta escolha:

- um diretor do hospital selecionado;
- dois componentes de equipe de saúde mental do hospital selecionado;
- um profissional do CAPS localizado no município;
- dois usuários que já passaram por internações psiquiátricas no hospital selecionado e que freqüentam o CAPS;
- um familiar de usuário.

4 O HOSPITAL GERAL COMO UM LUGAR POSSÍVEL

“Hospital geral é segurança, é refúgio, nunca negaram atendimento [...] eu ia sozinha, era fácil [...] o porteiro já conhece” (MARIANA).

O fragmento da fala de Mariana (M), que aqui tem este nome fictício, é o depoimento de uma usuária de Saúde Mental, sujeito da pesquisa. Os fragmentos de falas destas pessoas dão visibilidade às dialogias de testemunhos vivos do processo de sofrimento mental vivenciado por inúmeras pessoas que têm diante de si uma marca social, a do estigma da loucura.

Indagada sobre como é o atendimento em saúde mental que tem recebido hoje em seu município, Mariana que já vivenciou em seu passado internações em hospitais psiquiátricos e atualmente utiliza o hospital geral, tem possibilidade de fazer comparativos de sua experiência, mas mais do que isto, fazer escolhas.

O hospital geral em questão articula-se com a rede extra-hospitalar, com uma história marcada pelo sucesso e pioneirismo no atendimento em saúde mental, o que o faz ser referência de atenção para seu município e municípios vizinhos, mas também para a formação acadêmica em saúde mental e para outras experiências do país.

A proposta do hospital geral com atendimento em saúde mental como um lugar possível é discutida aqui com o intuito de não medir ou quantificar, mas sim de buscar compreender o que o torna um local de referência na sua rede de abrangência, quais os diferenciais que o fazem manter a mais de vinte anos o atendimento e querer ampliá-lo.

Neste capítulo, ao socializar os resultados da pesquisa, pretende-se provocar a reflexão frente às indagações das questões norteadoras, elencadas anteriormente: Como se dá o acesso ao hospital geral como referência para internação psiquiátrica? Qual o modelo de atenção em Saúde Mental seguido pelos profissionais de saúde mental que compõe as equipes hospitalares? E como as equipes se estruturam? Como se dá a relação do hospital geral com a rede de Atenção Integral em Saúde Mental para a internação destes sujeitos? Como as políticas públicas de Saúde Mental influenciam no acesso às internações psiquiátricas em hospitais gerais?

São apontados os principais achados revelados com a pesquisa, tanto em relação ao acesso, ao modelo de atenção que norteia as práticas profissionais da equipe do hospital, o cuidado e a autonomia como elemento fundamental no processo de atendimento, assim como as estratégias de integração na rede das ações de gestão e assistência.

4.1 INDICATIVOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACESSO E DO CUIDADO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

No capítulo 3, foi iniciada uma discussão sobre o acesso como direito, acesso este que não é garantido pela simples oferta de serviços.

O acesso ao atendimento em saúde mental nem sempre foi encontrado na maioria dos municípios, pois por muito tempo, a única opção de atendimento em saúde mental foram hospitais psiquiátricos, na maioria afastados das cidades, longe dos olhares da sociedade, com internações involuntárias e por tempo indeterminado.

A criação de uma rede de serviços, bem como o atendimento de saúde mental em hospitais gerais, traz consigo uma outra possibilidade de atenção, agora na lógica da integralidade e não mais do enclausuramento.

O hospital geral dentro do sistema de saúde tem a função de tratamento específico depois de esgotadas as opções na atenção básica e ambulatorial especializada; tem o tempo de atendimento marcado para resolução da situação específica da crise, focalizando as ações por um tempo determinado e de curta duração, como complementação da atenção de outros serviços de menor complexidade na rede extra-hospitalar.

Além do direito ao acesso conquistado, o usuário de saúde mental deve ter respeitado o seu direito de escolha sobre o seu tratamento, a menos que esteja correndo risco de vida para si ou terceiros. Este direito de escolha sobre sua internação se traduz entre outros direitos, de acordo com a Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001a), na determinação de que as internações psiquiátricas possam ocorrer sob três formas: voluntárias, involuntárias ou compulsórias. Internação Voluntária seria a internação com o consentimento do usuário com assinatura de uma declaração de consentimento; involuntária seria a internação sem o consentimento do usuário, mas a pedido de terceiros, devendo ser comunicada ao Ministério Público; e a internação

compulsória seria aquela determinada pela justiça por solicitação do próprio usuário ou familiares para garantia de acesso.

Acesso e direito caminham juntos para sua efetivação, pois o direito é fundamental para garantia do acesso que deve se dar não só para que o atendimento ocorra quando necessário, mas para que este ocorra de forma digna, que respeite o usuário como sujeito com necessidades de atenção integral.

Uma pessoa pode ter acesso ao atendimento em saúde mental tanto em um hospital geral quanto em um hospital psiquiátrico, o que irá diferenciar como se dá este acesso envolve questões pertinentes à garantia dos direitos, ao modelo de atenção, à forma como se acessa o serviço, à forma de inclusão e de relação com a rede de serviços extra-hospitalares, bem como a repercussão social de sua internação como um estigma social.

Quando se anunciam indicadores para avaliação da qualidade do acesso e do cuidado nos serviços de Saúde Mental, a intenção é de ampliar o olhar do profissional que trabalha tanto no campo da gestão como da assistência para repensar a organização da rede e das ações em saúde mental desde o acesso.

Para se pensar a qualidade do acesso aos serviços de saúde mental, poderíamos seguir os seguintes critérios propostos por Sávio e Guljor (2006):

- a) a localização geográfica do serviço que denota a facilidade do usuário de chegar ao serviço;
- b) o tempo de funcionamento em que o serviço permanece aberto em dias e horas da semana suficientes para atender as necessidades do usuário;
- c) os programas que o serviço oferece e que estão acessíveis (como atividades de inserção social, lazer, hospitalidade assistida, trabalho, entre outros).

Porém, na riqueza das falas dos usuários, sujeitos dessa pesquisa, a contribuição daqueles que recorrem cotidianamente, há vários anos, a serviços de saúde, percebe-se que para eles acesso é mais do que uma questão geográfica, horário de funcionamento ou números/tipos de programas.

Para eles acesso é:

- o modelo de atenção em saúde mental exercido pela equipe;
- relação com rede;
- relação serviço usuário-centrado;
- a resolutividade do serviço.

Essas condições emergiram e foram elencadas a partir da compreensão

elaborada na escuta das “vozes” de usuários e familiares entrevistados durante a pesquisa. Alguns dos exemplos de falas, bem como a própria percepção de sua dialogia podem ser percebidos pelo leitor como correspondente a mais de um dos critérios elencados como indicativos para percepção da qualidade do acesso e do cuidado nos serviços de saúde mental.

Compreende-se que esta correlação traduz a integralidade pertinente à condição da atenção em saúde e que o acesso e o cuidado não podem ser vistos apenas como um ponto delimitado do processo na compreensão de rede. Destacam-se estes indicativos pelo seu caráter de construção que ocorreu a partir da organização da coleta de dados das percepções sobre o acesso e o atendimento expressadas pelos próprios usuários, o que dá ao trabalho a concretude necessária para identificação de como se configura, na prática, o acesso na lógica do cuidado. Adensando o que foi expresso na fala destacam-se.

O modelo de atenção em saúde mental exercido pela equipe. O modelo de atenção traz para o repertório das práticas profissionais da equipe o posicionamento ético-político da mesma, a forma como compreende o conceito de saúde e de saúde mental, de forma a refletir no seu modo de propor ações.

Mostra a possibilidade de o local ser uma referência para o usuário e sua família em qualquer situação, mas em especial nas situações de crise nas quais se necessita de acolhimento imediato. Ou, em sentido oposto, também pode explicitar contradições em um local que mesmo sendo referência na rede funcione de forma mais burocratizada e impessoal não permitindo a existência de um grau suficiente de confiança onde o acolhimento precisa ser “agendado”, por exemplo.

Os fragmentos a seguir anunciam o que é mais importante e mais significativo para estes usuários da rede de atenção integral em saúde mental:

“Hospital geral é segurança, é refúgio, nunca negaram atendimento [...] eu ia sozinha, era fácil [...] o porteiro já conhece” (Usuário).

“Na hora que preciso e também na hora que não preciso. Digo que tô bem” (Usuário).

O reconhecimento do hospital geral como um local onde se tem a garantia da referência para ser atendido, reconhecido e respeitado, em um local disponível está no núcleo desta fala. A confiança no serviço traz consigo a possibilidade de escolha, de autonomia e de discernimento sobre o próprio tratamento e denuncia o oposto:

“Deixa eu ficar aqui que é melhor. O Hospital Psiquiátrico é triste demais! Eles tóco muito

remédio, aqui eles não tóco muito remédio, porque a gente pede aqui de manhã eles dão os remédio que eu tomo em casa” (Usuário).

Na lógica manicomial, a medicação é uma forma utilizada, muitas vezes, para acomodar as pessoas mais agitadas, e é comum a impregnação medicamentosa. Muitas vezes há orientações medicamentosas previamente prescritas para serem aplicadas em situações similares independente de quem é o usuário e o motivo de seu desconforto.

“Ao chegar ao pronto-atendimento ele é atendido na recepção/secretaria, [...] encaminhado ao plantão clínico, [...] se é um paciente encaminhado pelo CAPS já faz a internação, se é de demanda espontânea solicita avaliação psiquiátrica [...] fica de responsabilidade do plantão” (Profissional do hospital).

O modelo de atenção proposto inclui todos os profissionais percebendo a saúde mental como mais uma área do hospital, diante das clínicas oferecidas. A garantia de respeito ao sujeito, estende-se à família, que tem também seu acesso ampliado, diferentemente da lógica tradicional de atenção em saúde mental.

“A família sempre junto, nunca fica longe, nas primeiras 24 horas não pode ficar sozinho independente se for álcool, drogas, ou transtorno mental” (Profissional da equipe do hospital).

A condição da presença da família previne o isolamento familiar, estigmas e culpabilizações.

Relação com a rede. Mostra como o serviço do hospital se relaciona com os demais serviços da rede de saúde e saúde mental estabelecendo fluxos e regulação com porta de entrada diversificada, estabelecendo conexões de acompanhamento, além da possibilidade de circulação do usuário nesta rede.

Na fala de um familiar de usuário de saúde mental da rede expressa seu sentimento em relação ao atendimento de saúde mental no hospital geral, como um local que quebra estigmas e cria possibilidades de circulação e liberdade.

“[...] eles não vão se sentir tão excluído, não, lá não é louco; [...] o horário da visita é livre” (Familiar).

No manicômio, a lógica do isolamento é preponderante e o estigma é parte constituinte da relação com o sujeito que sofre. No trabalho baseado na integralidade e no direito como norteador do acesso à cultura do hospital psiquiátrico como local de atendimento é desconstruída e dá-se lugar ao hospital geral como um

local possível, como um local interligado aos demais serviços de atenção à saúde, onde o sofrimento psíquico passa a ser visto como doença e não como “desrazão”, não mais se é o “louco da cidade”, mas alguém com sofrimento que precisa ser tratado e acompanhado dentro de uma rede de serviços.

Relação serviço usuário-centrado. Ou seja, a relação estabelecida entre profissional e usuário é percebida como uma relação de aceitação do outro como sujeito, como alguém e não como um mero diagnóstico, o que possibilita construção de confiança, liberdade, escuta e autonomia na mudança de um “modelo de atenção corporativo-centrado para um usuário-centrado” (MERHY, 2002, p. 116).

“Eu mesmo tenho a minha carteira e mesmo me baixo [...] eu entro, eu mesma” (Usuário do CAPS e do Hospital geral).

“[...] quando precisa interna. É fácil, quase sempre ele, ele mesmo sente que não tá bem, ele mesmo pede pra ser internado” (Familiar de usuário do CAPS e do hospital).

É a apropriação de si, do seu corpo, dos seus sentimentos, e é a possibilidade de reconhecer e buscar aquilo e aqueles que poderão ajudar a prevenir maior sofrimento.

Quando acolhido e respeitado em sua singularidade pode desenvolver um outro olhar para si, uma outra compreensão de si, se perceber como um ser de possibilidades. É o lugar da credibilidade que se reconstrói na imagem social do sofrimento psíquico, para muitas pessoas desacreditadas por si e pelos outros.

“Sinto bem, as outras pessoas são minhas colegas, me ajudo [...] eu tenho bolachinha aqui te dô” (Usuário).

O atendimento proporciona um espaço continente de atenção, onde o usuário tem a possibilidade de sentir-se “igual, incluído, pertencente”, com possibilidade de interação em relação às outras pessoas internadas e também de reconhecer-se como sujeito, de aprender a lidar com seu processo saúde-doença.

A resolutividade do serviço. É a compreensão de quanto este serviço efetivamente pode auxiliar o usuário e seu familiar no momento de crise considerando a garantia de atendimento com rapidez e eficácia para alívio do sofrimento.

“Acesso não é nada demorado, se precisar marcar” (Familiar).

Dentro do item resolutividade do serviço é possível, ainda, identificar o quanto este serviço é capaz de cumprir seu maior desafio: a promoção de autonomia.

Um resultado muito significativo desta pesquisa está expresso no quadro abaixo e se refere aos indicativos para observação da qualidade da promoção de autonomia dos sujeitos nas práticas dos serviços de saúde mental.

O Quadro 3 apresenta, algumas estratégias de autocuidado estimuladas pelos profissionais de saúde mental tanto no trabalho do hospital como dos serviços extra-hospitalares, e que foram elaboradas a partir das falas dos sujeitos.

Quadro 3 - Indicativos de promoção de autocuidado e autonomia dos usuários nos serviços de saúde mental

ESPAÇO SINGULAR	ESPAÇO PÚBLICO
<ul style="list-style-type: none"> - Autopercepção sintomas - Diminuição da intensidade das crises. - Espaçamento entre reinternações - Preservação dos direitos de ir-e-vir - Participação na construção do seu projeto terapêutico. - Busca de acesso quando se percebe em crise. 	<ul style="list-style-type: none"> - Maior credibilidade e respeito ao usuário diante de sua família - Possibilidade de circulação - Aumento do convívio e inserção social - Construção e/ou participação de espaços inclusivos como cooperativas, associações, conselho, rádio etc. - Identificação de locais de referência para atendimento - Garantia de acesso

Fonte: Monteiro, Jaqueline. Elaborado a partir da pesquisa. 2009.

4.2 ACESSO: FIO CONDUTOR EMANCIPATÓRIO

Acessar algo ou alguém não é um processo estanque, único, unilateral. É possível buscar o acesso em diferentes momentos e direções. Pensar o acesso não só na entrada do usuário na rede, mas também em suas possibilidades de circulação pela rede e de criação de outras possibilidades distintas com as quais estava acostumado em sua rotina, faz com que este se efetive pela sua possibilidade de produzir conexões importantes para produção de cuidado e de autonomia na vida dos usuários de saúde mental.

O processo de cuidado não só é produtor de saúde como também de autonomia na medida em que auxilia o sujeito no autoconhecimento, inserção, acesso e exercício de direitos. Nesse sentido, o acesso é como um fio condutor emancipatório, condutor de energia de vida, estabelecendo a construção ou reconstrução de caminhos possíveis.

O desafio maior dos trabalhadores de saúde mental é o aumento da autonomia e não a cura. Para Knoshita (1996), a autonomia consiste na capacidade de o sujeito

gerar normas para sua vida conforme as situações com as quais se confronta.

O trabalho de autonomia com o sujeito usuário do serviço é realizado por todos os profissionais na busca de ampliação da capacidade de autoconhecimento, diante da suas possibilidades, e também de como lidar com a doença, diminuindo assim as reinternações ou até mesmo a intensidade das crises, como é apontado na fala de uma usuária entrevistada:

“Eu ia sozinha interna, eu ia de noite pro plantão” (Usuário).

Um impacto importante deste modelo de atenção é sem dúvida é a criação de perspectivas de futuro para as pessoas:

“Comecei a interna eu não tinha a menor esperança na minha vida, trabalhando eu faço limpeza agora” (Usuário).

Ao invés de fazer do hospital um lugar de intervenções o grupo de profissionais propôs-se a fazer do hospital um lugar de interlocução com os demais serviços que compõem a rede, mas principalmente com a cidade como lugar primeiro que desse à “loucura” um outro lugar de percepção e de atendimento, que não a clausura. Foi um “não esconder dos olhos”, mas enfrentar a situação e participar da construção de soluções.

Na medida em que o hospital possa ser um local de acesso fácil, onde as pessoas têm garantia de atendimento e confiança de que ali se configura um modo de atenção capaz de aliviar seu sofrimento, se constitui como referência primeira produtora de cuidado. Pois, existência, por si só, de serviços não é garantia de acesso aos mesmos, conjugam-se a resolutividade dos serviços traduzida na maneira como as pessoas enfrentam dificuldades de acesso e como efetivamente utilizam os serviços de saúde (COHN et al., 2006).

Esse acesso facilitado e digno está em consonância com o artigo 2º da Lei Nacional de Saúde Mental nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001a) que são elencados os seguintes direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - 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;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a

- necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Falar de acesso em Saúde Mental, como já foi discutido anteriormente, requer pensar a qualidade deste, de forma que se possa identificar o que o faz efetivamente repercutir na vida das pessoas. Os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, colocados na lei nacional, consolidam a escolha de um modelo de atenção balizado pelos princípios da integralidade de ações, fruto de discussões de diferentes seguimentos sociais.

É preciso, portanto, que o modelo seja garantido através de ações de cuidado, com respeito, proteção, liberdade, ambiente terapêutico, informação, humanidade. É preciso que se reconheça a necessidade de inserção do portador de sofrimento psíquico com cidadania na sociedade, em uma busca de rompimento com o modelo hospitalocêntrico da lógica manicomial cujas intervenções objetizam o sujeito, são produtoras de institucionalização e não constroem caminhos de rede para reabilitação psicossocial.

Para Cunha (2007), a compreensão do modelo da inserção reconhece o usuário como sujeito demandante de intervenção que:

Também é co-produzido dialeticamente. Quando ele procura o cuidado, é porque está sob algum tensionamento no seu equilíbrio singular constitutivo, independente da presença ou da ausência de classificação diagnóstica (CUNHA, 2007, p. 44-45).

A partir do conceito ampliado de saúde como resultante das condições de vida a saúde mental, por conseguinte faz parte desta perspectiva a necessidade de que as práticas profissionais reconheçam outras dimensões constituintes do processo de sofrimento psíquico, além do biológico, tais como: o contexto, as condições econômicas, saneamento, estrutura familiar, cultura, desejos, “a partir do reconhecimento de dimensões individuais e coletivas, o sujeito que se apresenta para a clínica é ao mesmo tempo um indivíduo e vários coletivos” (CUNHA, 2007, p. 45).

Este redimensionamento da clínica tradicional para clínica ampliada na saúde mental, impulsiona a dimensão de superação do trabalho em saúde para além dos diagnósticos de mera classificação de doenças, no reconhecimento do universal para se compreender o singular, para assim

planejar projetos terapêuticos que considerem as diferenças singulares do sujeito doente (CUNHA, 2007, p. 97).

É preciso pensar o território²², tendo em vista a lógica do cotidiano das pessoas e não em torno da necessidade da instituição de saúde. A mudança começa também pelas práticas profissionais que, desde a primeira crise, podem contribuir para que o destino seja o hospital psiquiátrico tradicional, ou o hospital geral vinculado ao serviço de saúde regional. E a família, por desconhecimento de outras possibilidades, tem dificuldade de escapar desta lógica (DALMOLIN, 2006). A rede constitui-se não só dos serviços institucionais de saúde, mas da integração inter-setorial e interdisciplinar, além dos dispositivos²³ informais da própria comunidade, como os locais de acesso à cultura, religião, cooperativas, Ongs. Enfim, por onde a vida circula cotidianamente, construindo identidade e subjetividade para os sujeitos.

A participação da comunidade no processo de promoção da saúde é preconizada pelo SUS, que estimula a participação da população na formulação, controle e execução de políticas²⁴, ultrapassando as fronteiras da participação específica, como Conferências e Conselhos de Saúde, pois diz respeito ao acompanhamento diário da efetivação da saúde como direito de todos. A integralidade pressupõe a incorporação do saber popular e da participação dos cidadãos no seu processo de cuidado em saúde para construção de práticas, em saúde, mais dignas e condizentes com as necessidades de todos.

4.3 O QUE FAZ DO HOSPITAL GERAL UM LUGAR POSSÍVEL DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Mesmo um hospital geral pode funcionar em uma lógica manicomial. Um

²²“A territorialização da saúde consiste na delimitação das unidades fundamentais de referenciamento a partir das quais serão estruturadas as funções relativas ao conjunto da atenção à saúde envolvendo a organização e gestão do sistema [...] assim a territorialização como processo de delineamento da configuração espacial da interação de atores que fixa as linhas e vínculos de estruturação do campo relacional subjacente à dinâmica da realidade sanitária do SUS no nível local” (FLEURY; OUVREY, 2007, p.125).

²³ A palavra dispositivo é utilizada pelos trabalhadores da área saúde para designar recursos formais (instituições) e informais (da comunidade), como ações, serviços, estratégias capazes de serem utilizados como espaços de cuidado na promoção da saúde, como por exemplo, um hospital, uma legislação, um grupo, uma associação, uma festa, etc.

²⁴ O Controle Social é garantido através da Lei nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

profissional, na rede extra-hospitalar, pode também repetir e perpetuar práticas “surdas”, que não promovam escuta nem produção de autonomia dos sujeitos. O rompimento desta relação que, muitas vezes, mostra-se como uma relação de poder de quem tem a informação e o conhecimento, e de quem está fragilizado pelo sofrimento e precisa de cuidado, requer a disposição e abertura das instituições e dos profissionais.

Tarefa não muito simples e que necessita de amadurecimento das relações do grupo e da rede para vencer obstáculos, dificuldades e desafios que se sobrepõem ao provocar modos distintos de cuidar, geralmente diferentes daqueles propostos por uma clínica tradicional. Quando se pensam projetos terapêuticos singulares para os sujeitos atendidos, provoca-se, na equipe, a necessidade de discussão e, principalmente, a necessidade do movimento de olhar para o outro enquanto alguém, com um nome e uma história, com desejos e particularidades que conseqüentemente demandam “mais trabalho”.

O hospital tem culturalmente a imagem do lugar da morte, onde as pessoas buscam atendimento por um motivo grave que não pode ser tratado em unidades de menor complexidade de atenção em saúde extra-hospitalares, o que estabelece um tempo das relações terapêuticas diferente da atenção básica (CUNHA, 2007). Este tempo é o tempo da resolução da crise, suficiente para que o sujeito possa retornar à sua rotina ou a outros serviços de contra-referência e que influencia na dinâmica das práticas em saúde, determinando ações voltadas para o resultado imediato, onde o sujeito está numa situação *in vitro* e há o predomínio da intervenção no corpo.

Para romper com esta cultura o hospital geral pesquisado necessitou buscar a diferença da abordagem, influenciado pela lógica da escuta e autonomia construídos na experiência do CAPS²⁵ que desencadearam no município, bem como da rede de atenção que foi sendo constituída ao longo do tempo.

Na trajetória, os embates principais se deram frente às resistências...

Na trajetória do hospital existiram dificuldades que, na sua maioria, mostraram-se muito mais através de resistências do que por dificuldades propriamente ditas, na

²⁵ CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – as funções do CAPS foram discutidas no capítulo FÔRMAS E FORMAS: REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL.

realização do trabalho com os usuários.

A dificuldade inicial encontrada na resistência de alguns trabalhadores do próprio hospital pela falta de familiaridade e desconhecimento de como lidar com a “loucura”, provocando temores.

“Dificuldades, tem claro que sim, aqui eu acho que já se passou assim um pouco por essa fase falando de equipe [...] ainda existe a cultura de que esse paciente possa oferecer algum risco, o medo dessas pessoas” (Profissional da direção do hospital).

Para vencer esta dificuldade, no processo de construção, foram elaboradas algumas estratégias de sensibilização, capacitação e de envolvimento de todos os profissionais do hospital no processo de atendimento. Mesmo que os profissionais tenham preferências por áreas de trabalho no hospital, o plantão de emergência atende qualquer tipo de intercorrência que der entrada nas 24 horas. Profissionais da equipe de Saúde Mental, no hospital, salientam que, ainda hoje, o reconhecimento deste hospital, como lugar possível de atendimento, mobiliza os trabalhadores para a escolha, caso necessitem de atendimento em saúde mental para si ou seus familiares.

Outra estratégia utilizada foi a contratação de profissionais que trabalham na rede extra-hospitalar do município, como, por exemplo, nos CAPS, garantindo a continuidade do tratamento e o conhecimento dos usuários que internam. Além disto, profissionais do hospital participam de reuniões na rede básica, com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), transversalizando assim a temática da saúde mental no campo da saúde.

Foram maiores as resistências iniciais dos profissionais do que as encontradas na própria comunidade que, ao identificar a referência para atendimento no hospital, logo trocou as internações em hospitais psiquiátricos, em outros municípios, pelas internações no próprio município com possibilidade de acompanhar de perto seus familiares. Paralelo ao trabalho, no hospital, foi organizado uma série de ações que envolveram a comunidade para a inclusão social do portador de sofrimento psíquico, com discussões, atividades culturais, geração de renda, entre outras, que serão melhores explicitadas posteriormente.

“[...] o primeiro local foi destinado para psiquiatria [...] um canto do Hospital [...]; então se precisou vencer tudo isso inclusive, a colocação na época, a localização física desses pacientes e com isso a equipe então como é que funcionava; nós tínhamos duas ou três pessoas da equipe que tinham uma afinidade com esse tipo de doente e que acabavam

também que já trabalhavam no CAPS já naquela época. Então esses tu poderia contar no hospital como cuidadores desse setor. Mas os demais foi bastante complicado, foi preciso passarem por processos de capacitação [...]. Hoje não se tem problema teoricamente de maior escala, tu podes colocar alguém de qualquer outro setor lá, que não vai ter problema, mas não foi assim desde o início” (Profissional da direção do hospital).

Os usuários de saúde mental, geralmente, ao internarem, têm uma postura diferente em relação ao leito, por não estarem debilitados fisicamente. Isto os faz querer circular pelo hospital, evitando a passividade. Algumas pessoas se sentem incomodadas. Para resolver este tipo de dificuldade sempre alguém da equipe monitora esta circulação. Durante o dia, aqueles que estiverem em condições de sair do leito são levados e buscados para participar de oficinas e grupos nos CAPS na cidade, mantendo assim o vínculo com os serviços. A destinação de um pátio e/ou salas para jogos, televisão, grupos, oficinas de expressão, auxiliam bastante para a realização de atividades lúdicas e terapêuticas durante a internação.

“[...] alguns pacientes se repetem, então a gente acaba conhecendo. Tem um que ele caminha o tempo inteiro 24 horas do dia, então a gente já sabe que quando ele tá aqui internado a gente tem que revezar a equipe, porque a equipe se cansa muito mais do que ele, embora a gente procure fazer esse acompanhamento eles têm livre acesso, não existe porta no setor da psiquiatria que vá separa dos demais, mas a equipe fica fazendo um monitoramento de perto acompanhando, agente brinca que a equipe se cansa antes dele” (Profissional da direção do hospital).

Alguns municípios que tomam como referência para internação a região e buscam o hospital, quando não têm uma rede bem estruturada de saúde mental, querem apenas se livrar do problema (segundo profissionais do hospital), dificultando bastante o trabalho que se estrutura de maneira a manter ou construir vínculos com a rede extra-hospitalar. Este tipo de dificuldade tem envolvido o campo da gestão em saúde mental e a educação permanente como estratégias importantes de fortalecimento das redes locais de saúde mental na região.

“[...] se tu considerares os municípios vizinhos acho que se precisa avançar muito com esses municípios, aqui dentro da Cidade a Rede funciona bem, os serviços funcionam bem, mas como os municípios vizinhos se precisa fazer um trabalho bem grande, porque na verdade a sensação é de que eles acabam mandando para cá, e aí o problema vem pra cá e passa a não ser mais deles, acho que esse é um trabalho bem grande que deve ser feito, porque que quando for cadastrar na micro-regional isso tudo tem estar pronto já”

(Profissional da equipe de saúde mental do hospital).

O abandono por parte de algumas famílias em relação aos seus familiares também é apontado como uma das dificuldades encontradas, embora o município tenha uma trajetória pioneira de construção de serviços de saúde mental que incluem a família como parte fundamental no processo de cuidado. A alternativa utilizada é o livre horário de visita e a exigência de acompanhantes na internação. As situações específicas, como no caso de uso de álcool e outras drogas, são sempre discutidos de forma singular, de modo a que se tenha sempre um projeto terapêutico individualizado para cada pessoa que interna.

“Dificuldade, o principal é o abandono da família. A família abandona o paciente na verdade é a maior insistência que a gente faz na internação” (Profissional da equipe de saúde mental do hospital).

A direção do hospital cita que os valores de Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) pagos pelo SUS são baixos. Porém, se comparadas a outras especialidades, a psiquiatria ainda é uma das diárias melhor remuneradas. Além disto, o incentivo estadual da Secretaria Estadual da Saúde tem sido um auxílio importante para ampliação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais no RS. Pelos relatos se destaca ainda a compreensão da direção do hospital em relação à manutenção do familiar junto, durante a internação que considera o custo extra com alimentação e estadia, compensado pelos resultados obtidos durante o tratamento.

“[...] uma forma diferenciada de pagamento, é pagamento diário, enquanto que para os outros é em forma de pacote, de doença e tu recebe como um bolo. A psiquiatria tu recebe por diária, hotelaria, exames também tem valores diferenciados digamos então que; em termos de faturamento é onde se consegue faturar melhor é o serviço de psiquiatria. É claro que tu precisa ter uma estrutura grande para que esse trabalho funcione, se tem aqui todo esse trabalho com o familiar então; tu acaba disponibilizando hotelaria pro paciente, pra família então no final digamos que tu não tem prejuízo como nas clínicas, como em cirurgias e em outras áreas, mas pelo menos tu não opera num déficit tão grande como nos demais” (Profissional da direção do hospital).

Das resistências às contradições: das mediações às superações necessárias.

O objetivo do estudo de caso era buscar na realidade subsídios suficientes para compreensão de como se dá o acesso em saúde mental naquele hospital geral e, a aproximação com os entrevistados buscou significações sobre este processo à luz das categorias norteadoras: acesso, modelo de atenção e rede.

As entrevistas foram realizadas no município sede do hospital, com profissionais do hospital e da rede, usuários, familiar e direção do hospital.

Nas falas, muitas delas com trechos exemplificando reflexões deste capítulo, é possível se constatar muitos pontos em comum, que como uma rede de conexões estabelece um modelo de funcionamento centrado no usuário.

As falas são carregadas de história, sentimentos, cumplicidade e também apresentam as contradições inerentes à realidade, que revelam desafios a serem superados. Nas entrevistas dos trabalhadores, estes se mostram extremamente engajados com o trabalho, como algo em que acreditam, compartilham idéias, apostam e compreendem seu processo atual como uma construção histórica que precisou de inúmeras mediações para conquistar a qualidade, a confiança e credibilidade que hoje possuem.

Nem sempre tiveram espaço no hospital, foi preciso um trabalho de convencimento, com apoio político de gestores e comunidade. No início se tinha um “canto” do hospital e se avançou tanto em espaço físico como virtual aos poucos. O espaço virtual se refere às contradições dentro da instituição com outros profissionais, que não aceitavam, gostavam ou toleravam o trabalho em saúde mental e que talvez, até hoje, ainda o sintam dessa forma.

Não se pode esquecer que o hospital é uma instituição que necessita, obrigatoriamente, manter-se. Este fato determinou, ao longo do tempo, altos e baixos financeiros, demissões por contenção de gastos, falta de profissionais na equipe, reorganização do espaço físico, mas que, contudo, manteve a oferta do atendimento em saúde mental e reconhece a necessidade de bancar custos, inclusive com familiares acompanhantes na internação.

Os hospitais são tradicionalmente vistos como lugar da doença, constituídos historicamente como local rígido, de padrões autoritários de relação entre profissionais de saúde e doente, como espaço onde as regras que regulam a vida dos pacientes hospitalizados nem sempre tem justificativa terapêutica e servem para reafirmar relações de poder da instituição para com o paciente e a centralidade do trabalho em saúde está nos procedimentos, exames e medicações adequados a

cada patologia (CUNHA, 2007).

Este hospital tem uma equipe de saúde mental com profissionais em comum com a rede extra-hospitalar, o que contribui para a quebra de paradigmas na cultura hospitalar, que ainda encontra resistências, principalmente, com outros profissionais e também com alguns pacientes. Embora a comunidade seja parceira das ações da Saúde Mental, neste município, não só reconhecendo o hospital como referência, mas participando de embates no controle social e em eventos, por exemplo, para garantia dos direitos dos usuários portadores de sofrimento psíquico.

Nos depoimentos de profissionais apontam o hospital aparece como referência para região, atendendo pessoas de outros municípios que, ao mesmo tempo, em que encaminham para atendimento, parecem querer se livrar do usuário sob sua responsabilidade, repetindo a cultura manicomial de largar o usuário em um hospício e esquecê-lo como se resolvesse assim um problema.

A rede é vista como efetiva no acompanhamento, mas é percebido pelos profissionais o quanto ainda é preciso avançar no encontro entre os níveis de complexidade da atenção entre atenção básica e especializada, ou seja, encontro de ações entre a estratégia de saúde da família, os CAPS e o hospital. É expresso o sentimento em relação à Atenção Básica, como um lugar que tem dificuldades de reconhecer suas próprias ações de saúde mental, em incluir esta temática nas discussões, e apostar em suas potencialidades. Relatam que atualmente encontros na rede em que se está passo a passo ampliando a discussão.

Nas vozes dos usuários e familiar o hospital é visto como um local de atendimento, capaz de acolher com respeito. Reconhecem a liberdade vivenciada neste modelo e principalmente expressam comparativos entre as internações ali realizadas e as anteriores vivenciadas em hospitais psiquiátricos.

Percebe-se tanto nas falas dos profissionais como na dos usuários o quanto o processo de autonomia é delineador das práticas, ampliando possibilidades de exercício de cidadania e inclusão. Os usuários compreendem sua doença como constituinte de seu cotidiano o que não os impossibilita de acreditar em si, de participar e conviver de situações coletivas.

Seus sentimentos são de alívio e confiança, na medida em que possuem um local de referência, diferente do hospital psiquiátrico, que lhes confere liberdade de escolha. Assim, como o familiar que nem sempre sabe como lidar com a doença, a diferença e se depara com seus sentimentos conflitantes de amor, ódio, preconceito,

vergonha, porém encontra acolhida nos serviços locais e identificação nas representações como a associação de usuários e familiares.

As vozes que surgiram do repertório de entrevistas deram vida ao estudo que se propôs, com toda dinamicidade condizente com a realidade em questão. Através delas foi possível se avançar muito além das categorias iniciais propostas, as significações emergidas das falas deram conta de mostrar como as pessoas que de alguma forma passam, trabalham ou usufruem do atendimento no hospital compreendem o funcionamento de um serviço de Saúde Mental pela ótica de uma rede de atenção integral, não manicomial.

A abertura a que se dispuseram os sujeitos da pesquisa contribuiu para que se construíssem resultados que podem subsidiar outras instituições, profissionais a pensarem ou repensarem suas práticas e estabelecerem relações de conexões com a rede e com a própria comunidade.

4.4 AS PARTICULARIDADES DO MODELO DESTE HOSPITAL GERAL QUE FAZEM DELE UM LOCAL POSSÍVEL DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Talvez este sub-capítulo contenha a principal elaboração desta pesquisa e merece destaque pela densidade que concentra, pois trata da síntese de observações e percepções sobre a lógica do atendimento no hospital onde se realizou o estudo de caso. Este item traz consigo elementos para que se possa responder a principal pergunta do estudo: compreender como ocorre o acesso do usuário portador de sofrimento psíquico à internação no hospital geral e como é ali acolhido. Assim como grande parte das questões norteadoras da pesquisa, resgatadas no início deste capítulo, também pode encontrar continente nesta síntese. A preocupação aqui é tentar garantir a riqueza de informações e conhecimento que a pesquisa proporcionou, pelo comprometimento que se sente em relação aos sujeitos que se colocaram à disposição e contribuíram com sua vivência.

Por isso, é possível, a partir destes apontamentos, identificar como o hospital se organiza quanto:

- à porta de entrada das internações;
- ao modelo de atenção e Dinâmica do trabalho;

- aos fluxos de conexões possíveis estabelecidos com a rede.

Será apresentado a seguir o que foi percebido a partir das falas e observações e que comportaria as formas de realização do trabalho de acordo com o modelo de Atenção em Saúde Mental, realizado no hospital.

Porta de entrada das internações

- a) Acesso fácil;
- b) Diversidade de acesso: rede e emergência 24 horas.

Modelo de atenção e dinâmica do trabalho

- a) Saúde Mental é vista como mais uma área do hospital;
- b) Crianças internam na Pediatria;
- c) O paciente tem a opção de interromper o atendimento;
- d) Relação técnico-paciente como sujeito;
- e) Rotina de reuniões semanais com discussão das dificuldades;
- f) Todos os profissionais do hospital são capacitados para atendimento em saúde mental;
- g) Interconsultas entre setores do hospital;
- h) Reformulação de práticas de todos os trabalhadores;
- i) Inclusão da família no processo de cuidado;
- j) Utilização de exames complementares aumentando a qualidade e integralidade da atenção;
- k) Atenção às intercorrências clínicas;
- l) Diagnóstico com rapidez;
- m) Rápida e fácil identificação da ruptura de direitos durante a internação;
- n) Permanência média de sete dias;
- o) Predominantemente internações voluntárias;
- p) Circulação acompanhada do usuário dentro do hospital.

Fluxos de conexões possíveis estabelecidos com a rede:

- a) O projeto terapêutico é construído em conjunto com a rede extra-hospitalar;
- b) Hospital é parte da rede de atenção em saúde mental no município e região;
- c) Necessidade constante de combinar e reformular ações com a rede municipal/regional;
- d) Realização de atividade (como grupos) na rede durante a internação;
- e) Fortalecimento do vínculo com a rede para pós-alta;
- f)-Telessaúde mental.

Embora acesso e acolhimento sejam realizados 24 horas, não identifica no hospital a referência de primeiro recurso ao usuário, pois o acesso está dentro de uma lógica de integralidade e de complexidade de atenção, onde o CAPS é o principal recurso de busca de atendimento mesmo em situações de crise. A diferença é que o usuário tem autonomia, ao saber que pode buscar os locais e ter garantido o atendimento.

A internação é problematizada pelos profissionais junto com o usuário, para que seja utilizado o dispositivo de complexidade²⁶ necessário naquela situação. O recurso da observação é utilizado à noite e nos finais de semana pelos profissionais que estiverem no plantão. Nesse mesmo sentido, todos os profissionais do hospital são capacitados para lidar com as intercorrências que surgirem na emergência, o que facilita o acesso, o vínculo e a identificação de reinternações. Isto provocou, e ainda provoca, uma reformulação de práticas de todos os trabalhadores desde os técnicos até as pessoas que trabalham na recepção, limpeza e nutrição.

“Nós temos trabalhadores que lidam bem com o atendimento em psiquiatria e têm outros que não gostam, mas as facilidades que nós temos com atendimento, é que a possibilidade de tu trabalhar com diagnóstico com rapidez, de combate ao episódio, diagnóstico diferencial às vezes porque nós temos um leque de exames complementares que é feito, inclusive geralmente no hospital psiquiátrico não tem disponível, o acesso a clínicos, cirurgias tem ali dentro, tem um olhar diferente pra questão do indivíduo na sua totalidade” (Profissional da equipe de saúde mental do hospital).

As Interconsultas são utilizadas dentro do hospital como uma forma de troca, construção de interdisciplinaridade e também como um modo de inclusão da saúde mental como mais uma área do hospital. Além disto, a possibilidade destas trocas auxilia a identificar intercorrências clínicas, elaborar diagnósticos rápidos e utilizar recursos terapêuticos que não seriam possíveis em hospitais psiquiátricos. Pode-se compreender que “a Interconsulta é um instrumento metodológico utilizado por um profissional de Saúde Mental no trabalho em instituições de saúde, visando compreender e aprimorar a tarefa assistencial” (BOTEGA, 1995, p. 56). Saliencia-se ainda que, embora existam diferentes compreensões sobre a interconsulta, um dos

²⁶ “A formulação de uma política voltada para a organização de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo requer para o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população a realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. O modelo atual de organização da atenção encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde - atenção básica, de média e alta complexidade”. Ver Portal da Saúde em: http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=828.

objetivos comuns é “modificar a estrutura assistencial centrada na doença para uma forma de trabalho centrada no paciente” (BOTEGA, 1995, p. 56).

O lugar que a dor ocupa no hospital é por tradição uma dor física. A escuta no momento em que mais se precisa de cuidado pressupõe a disponibilidade dos profissionais para compreender o outro como sujeito, quando a dor subjetiva tem tanto valor quanto a dor física e que repercute no cotidiano das pessoas deixando marcas sociais de estigmas. O reconhecimento do “paciente” como sujeito que possui um nome e não um número de leito ressignifica a relação entre trabalhadores e os usuários.

Não se desconsidera nem desqualifica o sofrimento psíquico como na lógica manicomial onde há descredibilidade na fala de quem sofre, por estar “desarrazoado”, e a medicação se torna o principal componente do tratamento. Ao contrário, na lógica da atenção integral o que se modifica é a compreensão do sujeito que sofre como alguém imbuído de desejos, escolhas, capacidades, com necessidade de credibilidade. Isto faz com que os trabalhadores se deparem com sucessos, mas também com fracassos cotidianos, pois o outro não é alguém em quem se devem depositar expectativas baseadas em conceitos de cura, mas sim alguém que deve ser aceito com dificuldades, limitações e possibilidades próprias.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990b), toda criança tem direito a um acompanhante durante sua internação e no caso do hospital em estudo, leitos da pediatria são utilizados quando necessários à internação destes.

No modelo da pediatria o acompanhante é fundamental para o tratamento do usuário, técnica dita pelos profissionais da equipe que tem auxiliado no processo de cuidado também em saúde mental com adultos. A lógica é da participação e acompanhamento do familiar em sofrimento no processo de cuidado.

“[...] outra grande vantagem que nós temos é que nós copiamos o modelo da pediatria e nós temos acompanhante para grande maioria dos pacientes, se exige disso, então, tem vantagens bem interessantes” (Profissional direção do hospital).

A rotina de internação é de conhecimento de todos, principalmente da família, que tem papel fundamental no processo de cuidado e que também precisa de cuidado. É compreendido pela equipe que, no momento de crise, é que mais se precisa de auxílio para aprender a lidar com a diferença, a angústia,

democratizando-se assim o saber técnico.

“A diferença é muito grande né porquê aqui, tu é livre pra visita [...] porquê pra o paciente que tem esse problema é muito importante a presença dos familiares, eles si sente amados né, e nesses hospitais que nem psiquiátrico lá, disso tu não consegue acompanha teu paciente até o quarto, porque lá eles ficam, são amarrados, ele foi amarrado várias vezes. Lá eles deixam a alimentação; comeu; não comeu problema é deles, não é que nem no hospital que nem aqui, eles vão pra li a gente leva fruta, a gente faz come, a gente leva coisa diferente quando não é uma coisa a gente leva outra né e no psiquiátrico tu fica [...] ah! de 15 em 15 dias pra visita muitas vezes só daqui um mês [...] entendeu” (Familiar).

As internações seguem o preconizado pela legislação vigente de reforma psiquiátrica no país e o predomínio das internações se dá de forma voluntária, sendo respeitado o direito do paciente de interromper o tratamento. As internações involuntárias têm entre suas funções além da proteção, o objetivo maior de preparar o usuário para que a sua internação se torne voluntária. Segundo a equipe, a confiança no direito de ir-e-vir respeitado faz com que as pessoas busquem o hospital e raramente há uma desistência da internação. Paralelo a isto, a equipe não desiste do usuário sendo acionada a rede de saúde para que o usuário seja sempre atendido, principalmente em seus momentos de crise.

“[...] como são unidades com poucos leitos o controle de qualidade é muito grande, a ruptura com os direitos do usuário é diagnosticada imediatamente. É difícil cair em situações onde os direitos do usuário são burlados sem que não se veja” (Profissional da equipe do hospital).

A permanência média das internações por usuário é de sete dias. Durante a internação o serviço extra-hospitalar acompanha a internação, para manutenção do vínculo e continuidade do acompanhamento. Algumas atividades de grupo são realizadas ainda durante a internação nos CAPS do município, que se responsabiliza pelo transporte e acompanhamento dos usuários.

A telessaúde mental é uma outra proposta que está sendo utilizada pelos técnicos da equipe de saúde mental do hospital, auxiliando não só a sua própria rede local, como a regional, para atendimentos em saúde mental. É realizada através do computador com uma câmara de vídeo utilizando o sistema Skype, programa que realiza ligações telefônicas e videoconferências pela Internet.

A trajetória do atendimento em saúde mental no hospital em questão data de mais de vinte anos de implantação, sendo um dos pioneiros no estado a oferecer

este tipo de atendimento, o que não desconsidera a existência de dificuldades e um constante processo que reconhece a necessidade de reavaliações do percurso por parte da equipe das contradições.

A construção do modelo de atenção integral no município foi desencadeado por um grupo de profissionais de saúde apoiado pelas instâncias de gestão municipal num momento histórico do país, articulados com a reforma sanitária e psiquiátrica. Este processo foi e é importante para mudança do paradigma em Saúde Mental e de construção de novas abordagens ao sofrimento psíquico que tenham como objetivo maior o cuidado.

A forma como os profissionais se sentem motivados para o trabalho demonstra ruptura de modelos tradicionais de abordagem e gestão de práticas em saúde, bem como da possibilidade de autonomia na criação de ações. Um aspecto que chama atenção na experiência da pesquisa é que o nome dos Programas, serviços extra-hospitalares e atividades, como, por exemplo, dos grupos realizados no hospital, que não são revelados aqui por questões éticas de metodologia, embora sejam motivos de orgulho para as equipes, são nomes com temáticas regionais.

Os nomes são acolhedores e populares e aproximam as pessoas do espaço onde a cientificidade com seus jargões técnicos assustam qualquer ser humano que necessite auxílio, diminuindo assim o distanciamento técnico-usuário e a fragilização no momento de sofrimento. Há o rompimento assim da utilização de nomes tradicionalmente usados em manicômios, tais como: grupo de psicóticos, grupo de dependentes químicos, grupo de depressivos, que identificam as pessoas pela doença e não pela possibilidade de saúde.

Pela trajetória da rede local de saúde mental instalada e das mobilizações sociais que envolvem toda cidade, este local atualmente tem servido de exemplo para muitos outros locais que buscam experiências que deram certo para desencadear ou avançar em seus processos de cuidado no campo da saúde mental. Há a organização dos serviços da rede como campo de estágios curriculares e extracurriculares para qualquer campo de formação profissional, na compreensão de que todas as profissões de uma forma ou de outra podem participar de projetos de Atenção Integral em Saúde Mental (AISM).

No município foi desencadeada uma rede articulada, formal e informal, de atenção em Saúde Mental, onde estão incluídas Secretarias Municipais de: Saúde, Cultura, Turismo, Desporto. A rede inclui serviços como: CAPS, Unidades Básicas de

Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família, Economia Solidária, Associações de Familiares e Usuários, Representações no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara de Vereadores, Cooperativas, Rádio Comunitária com programa montado e apresentado por usuários de Saúde Mental, Comunidade. Ações incluindo passeatas, caminhadas na praia, encontro de luta antimanicomial, entre outras.

Na resposta de um familiar sobre sua participação em associações de usuários e familiares, ou outro tipo de organização, é possível perceber o envolvimento no processo de promoção de saúde mental como conquista de espaço e respeito enquanto controle social.

“No caso assim teria uma diretoria de familiares né, e essa diretoria tinha que fazer promoções tem uma cadeira na câmara de vereadores pra direito a voto e coisa tudo isso aí a gente conseguiu, né [...] eu fui presidente, né, num período depois tive que me afastar, gosto muito de trabalhar lá, me esforço bastante até porque a gente aprende muito, né” (Familiar).

A rede social que se configurou no município merece um destaque especial pela forma como a comunidade é hoje envolvida em atividades de saúde mental, que além de promover ampliação do espaço de participação, possibilidade de geração de renda com projetos de economia solidária, democratização da informação em saúde, gerou também espaços de inclusão da diferença com eventos abertos e organização de todos.

A Saúde Mental é vista na cidade como algo que ultrapassa a questão da “loucura”. Há o entrosamento com outros grupos atendidos na rede de saúde, como grupos de idosos, geração de renda, além de eventos que são promovidos pelo CAPS para participação de todos.

A articulação da rede demonstra o rompimento da lógica fragmentada, e centra sua ação na escuta, no acolhimento, na referência social para comunidade dos serviços como local de atenção. Todos que chegam têm a garantida de que serão atendidos.

O hospital se torna um lugar possível pela lógica do Acesso que se dá pelo cuidado e pela inserção de todos no processo de cuidado

Para Cunha (2007) há diferenças marcantes entre o funcionamento das práticas em saúde do hospital e da Atenção Básica em Saúde (ABS). No hospital a centralidade do trabalho em saúde está nos procedimentos, exames e medicações

adequados a cada patologia, que predispõem os sujeitos a uma maior submissão e relações de poder entre profissionais de saúde e doente. O hospital é para o momento agudo e o critério de eficácia é a alta hospitalar. Enquanto que na ABS, a submissão do sujeito doente é infinitamente menor, já que a aplicação das condutas depende dele mesmo, longe do profissional e do serviço de saúde. O diagnóstico e a respectiva conduta são apenas uma parte do projeto terapêutico; o critério de eficácia é a qualidade de vida e em grande parte dos problemas de saúde de uma população sob responsabilidade de uma equipe de saúde na AB, será impossível fazer alguma intervenção efetiva sem conquistar a participação e a compreensão das pessoas o que faz a capacidade de diálogo na AB ser realmente essencial.

Estas considerações são trazidas para identificar o modelo de atenção que sobrepõe as práticas do hospital em questão e que demonstram uma forte influência da atenção extra-hospitalar, constituindo um modo diverso de fazer em saúde.

O cuidado é o objetivo primeiro em saúde mental, pois os profissionais podem cuidar para aliviar impacto do sofrimento não físico, que também é dor (LACERDA; VALLA, 2006).

Para o profissional identificar o sofrimento e ajudar os sujeitos, é preciso escutá-los, saber o que sentem e temem e assim validar seus relatos.

Para Pinheiro e Guizardi (2006):

Quando nos reportamos à noção de cuidado, não a apreendemos como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser, é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p. 21).

No depoimento do familiar citado a seguir é possível resgatar vários sujeitos envolvidos no processo de cuidado em saúde mental, que diz respeito não só a quem precisa de cuidado, quem sofre, mas também de quem cuida, seja familiar ou profissional.

“Acompanhando o tratamento aqui a gente tá aprendendo a lidar com esse tipo de pessoa que na verdade os familiares acabavam judiando dele! Porque não sabiam também como tratar; até apanhá, ele apanhando dos dois irmãos meus lá, né, entendeu de relho, porque ele tirava fora do sério mesmo! As pessoas não sabiam, os guris achavam que era sem-vergonhice e tal” (Familiar).

A construção de um projeto terapêutico é complexo e implica disposição e

técnica para escuta, com tolerância e aceitação do outro e de seus saberes para que realmente se promova qualidade de vida. Há, então, o incentivo à mudança no hábito de vida e o estímulo à participação ativa da pessoa/família frente ao processo saúde-doença (CUNHA, 2007).

4.5 UMA PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO ENTRE GESTÃO E ASSISTÊNCIA NA EFETIVAÇÃO DA GARANTIA DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL

A oferta de serviços de saúde é organizada e regulada pelos gestores públicos, com pactuação junto às instâncias governamentais e o controle social. O que, portanto, requer que estes estejam atentos aos potenciais de sua rede, as necessidades e prioridades, assim como às possibilidades de ações intersetoriais.

O planejamento em saúde é um dos recursos mais importantes para que se possam utilizar os recursos públicos de forma coerente, a fim de ampliar o acesso e forma equânime, contemplando a regionalização e diminuindo disparidades e desigualdades.

A ampliação da rede é fundamental, pois a abertura de leitos como ação isolada desequilibra a oferta de acesso em saúde mental. O hospital geral é um recurso de maior complexidade que deve ser utilizado para o momento de crise, depois de esgotadas as outras possibilidades extra-hospitalares. Um indicador de resolutividade dos serviços de saúde mental da rede extra-hospitalar a ser considerado é a diminuição das internações e reinternações, ou mesmo da média de permanência destas após um determinado período de acompanhamento, porque depois de um determinado período de acompanhamento, porque a tendência ao se abrir um serviço é de que se amplie o número de atendimentos inicialmente. Por exemplo, um local que antes não tinha leitos para atendimento em saúde mental e abre CAPS e leitos, no hospital geral, passará a atender pessoas que estavam sendo encaminhadas para outros locais de acesso ou estavam fora desta linha de acesso por inúmeras causas.

Na medida em que as pessoas se vinculem a serviços extra-hospitalares a tendência é de que se diminuam as internações e reinternações, conforme comprovado por inúmeras experiências no país²⁷.

²⁷ O programa Avaliar CAPS do Ministério da Saúde/Saúde Mental tem como objetivos o

O planejamento da ampliação de leitos de atenção integral em saúde mental, em hospitais gerais, deve seguir um planejamento²⁸ que considere a real necessidade de leitos de uma região, a existência de uma rede instalada para conjugar ações de cada município ou região:

Os parâmetros estabelecidos para os leitos de atenção integral em saúde mental (Leitos de Hospital Geral, CAPS III e emergências) nas Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI) são: a) de 0.1 a 0.16 leitos de atenção integral por 1.000 habitantes, onde existir rede de atenção integral efetiva; e b) até 0.24 leitos de atenção integral por 1.000 habitantes, em municípios ou regiões com baixa resolutividade da rede (BRASIL, 2008a, p. 20).

A proposta da diminuição progressiva de leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos não exige a criação de igual número de leitos em hospitais gerais, pois o objetivo maior é a superação do modelo hospitalocêntrico manicomial para o modelo de uma rede de atenção integral em saúde mental (RIO GRANDE DO SUL, 1992). Neste sentido, o cuidado cotidiano nos serviços extra-hospitalares é fundamental para promoção de inserção e diminuição de crises que necessitem de internação. E, quando estas internações forem necessárias, devem acontecer por períodos suficientes para o atendimento da crise, proporcionando assim que o usuário possa retornar ao serviço no qual esteja vinculado o mais breve possível.

As redes de serviços propostas precisam contemplar a flexibilidade necessária à atenção em saúde mental, pelas suas particularidades (já discutidas no capítulo 2) e a escuta de todos os sujeitos envolvidos no processo é fundamental para construção de soluções democráticas, eficazes e inclusivas.

Portanto, para que se efetive o acesso regionalizado:

[...] a gestão de redes implica a gestão de interdependências, o que determina por aproximar os processos de formulação e implementação de políticas e exige o desenvolvimento de formas de coordenação e controle (FLEURY; OUVREY, 2007, p. 29).

A integração de gestão e assistência para programação de ações que num primeiro olhar pode parecer sem sentido, burocratizante, entre áreas completamente

levantamento de informação sobre estes serviços, possibilitando a caracterização dos CAPS, o acompanhamento, a estimativa de qualidade da assistência prestada e a proposição de indicadores. Em 2008 aconteceu em Pelotas/RS o encontro CAPSUL como um momento de apresentação de resultados de pesquisas sobre CAPS da região Sul do país. Maiores informações acesse o site: <http://www.ufpel.edu.br/feo/capsul/capsul.php>.

²⁸ O Manual de Diretrizes da PPI pode ser encontrado no seguinte endereço eletrônico: http://portal.saude.gov.br/SAUDE/area.cfm?id_area=993.

distintas pelas especificidades de cada campo de atuação, é extremamente necessária para garantia do acesso. A gestão não tem como programar os investimento e ações sem olhar para as necessidades da rede, assim como a assistência não tem como ampliar seus recursos, estabelecer seus fluxos de encaminhamento na rede sem pactuar na gestão.

O pesquisador tem o compromisso ético de apresentar algumas proposições estudo, e assim, a seguir apresenta-se uma construção elaborada a da análise dos achados e que merece destaque, pois propõe ações possíveis no campo das políticas públicas de saúde mental, para auxiliar gestores, trabalhadores e controle social na programação de ampliação de sua rede de saúde mental, em especial para oferta dos leitos em hospitais gerais.

São estratégias elaboradas nesta pesquisa para programação e realização de ações combinadas entre gestão e assistência em saúde mental e que estão fundamentadas em propostas com base nas Políticas Nacional e Estadual de Saúde Mental, na legislação vigente, nas diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira, bem como a partir da observação da realidade local do município pesquisado.

O Quadro 4 apresenta as estratégias em forma de item e abaixo cada uma delas é explicitada de forma mais aprofundada de foram a auxiliar a compreensão.

Quadro 4 - Integração gestão-assistência em saúde mental para o atendimento de saúde mental em hospitais gerais

Recursos públicos centrados na atenção extra-hospitalar.
Incentivos financeiros para atenção de saúde mental em hospitais gerais.
Ampliação e fortalecimento da rede de serviços em saúde mental.
Criação de novos dispositivos de atenção para municípios de pequeno porte.
Regulação das internações psiquiátricas pelo gestor público.
Qualificação da educação permanente na saúde voltada para integralidade.
Maior participação da população no processo de ampliação das redes locais de saúde mental.
Ampliação da informação em saúde mental.
Estratégias intersetoriais para o desenvolvimento de ações conjuntas.

Fonte: Monteiro, Jaqueline. Elaborado a partir da pesquisa. 2009.

Recursos públicos centrados na atenção extra-hospitalar: necessidade de aceleração do ritmo de ampliação de aplicação dos percentuais de recursos financeiros utilizados em serviços extra-hospitalares em saúde mental.

Incentivos Financeiros para atenção de saúde mental em hospitais gerais: importância da utilização de recursos financeiros para ampliação e manutenção da rede de saúde mental em hospitais gerais, desencadeando acesso, mas também cultura de atenção nestes hospitais a fim de desestigmatizar o sofrimento psíquico e sua forma de atendimento.

Ampliação e fortalecimento da rede de serviços em saúde mental: o hospital é apenas um componente da rede e muitas vezes um recurso de abrangência regionalizada. Sozinho como recurso não é capaz de desencadear processo de cuidado na lógica da integralidade. É necessária a ação conjunta de uma rede de serviços, desde a construção de projetos terapêuticos dos serviços até o acompanhamento do atendimento aos usuários. A existência de serviços extra-hospitalares para atenção em saúde mental é comprovadamente responsável pela diminuição e espaçamento de crises que necessitam o atendimento no hospital. A ampliação e fortalecimento da rede de serviços é um recurso indispensável no avanço da atenção integral em saúde mental no Brasil hoje. Um exemplo importante para o fortalecimento da rede de saúde mental tem sido a criação de fóruns locais ou regionais de saúde mental, que são organizados por trabalhadores, abertos à comunidade para discussão, troca e combinação de ações conjuntas.

Criação de novos dispositivos de atenção para municípios de pequeno porte: a maioria dos municípios do país possui, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), menos de vinte mil habitantes, o que configura a necessidade de estratégias de menor complexidade em que a Atenção Básica é o principal recurso de atenção nestes locais. Ações como equipes matriciais, capacitações, acompanhamento da estratégia de Saúde da família, agentes comunitários de saúde, acompanhantes terapêuticos, oficinas terapêuticas podem auxiliar para que a transversalidade da saúde mental na saúde seja percebida também nas práticas dos serviços.

De acordo com a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para que atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF) e têm por objetivo ampliar a abrangência das ações da atenção básica, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008b).

Regulação das internações psiquiátricas pelo gestor público: “o conceito

de regular em saúde está relacionado à tarefa de disciplinar, estabelecer regras, ordenar e organizar o fluxo dos pacientes através do Sistema” (RIO GRANDE DO SUL, 2006, p. 40) para que se efetive a regionalização da saúde, como um dos princípios do SUS. A regulação do acesso à internação em saúde mental tem por objetivo maior aproximar os usuários dos serviços de saúde mental, a fim de que ao passarem por serviços da rede extra-hospitalar possam estabelecer vínculos de acompanhamento e, assim, ampliar seus espaços de circulação e inclusão social. Atualmente, as internações em hospitais psiquiátricos são reguladas através do acompanhamento das coordenadorias regionais de saúde. Os hospitais gerais ainda mantêm várias formas de entrada para os usuários, porém, ao envolverem os serviços extra-hospitalares no processo de internação, estarão contribuindo para que a atenção integral se efetive e que estas pessoas sejam acompanhadas não só no seu momento de crise, mas também no seu cotidiano. O direito de acesso deve ser sempre mantido como premissa maior, a mudança está no envolvimento dos serviços extra-hospitalares, seja na referência de encaminhamento para internação ou durante a internação.

Qualificação da educação na saúde voltada para integralidade: a Política de Saúde no Brasil, legitimada pela Lei 8.080 (BRASIL, 1990a), prevê, em seu artigo 14, a criação de comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Entende-se, portanto, que a educação não deve ser algo estanque, mas deve ter prosseguimento, continuidade e, principalmente, interlocução com as instituições de ensino, gestores, controle social e trabalhadores, a fim de aproximar as práticas dos saberes, ou melhor, dissipar suas dicotomias. A Educação Permanente é um mecanismo de mudança na formação de recursos humanos para o SUS, pois ultrapassa o cenário das instituições de ensino e chega à realidade local de cada município²⁹, uma vez que envolve propostas de educação em saúde a partir da identificação das problemáticas e necessidades locais.

As capacitações são um instrumento importante para que os profissionais e os

²⁹ A Portaria nº 1996/2007 reafirma os princípios da Educação Permanente em Saúde como norteadores para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde e das ações educativas na saúde. Resgata a questão de que as demandas para a formação e desenvolvimento sejam implementadas a partir das necessidades de saúde da população, dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e das práticas do trabalho e estabelece o valor do Teto Financeiro Estadual para desenvolvimento das ações. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1996_20_08_2007.pdf.

serviços de saúde e saúde mental possam promover práticas voltadas para a atenção integral num processo constante de avaliação do cotidiano.

Maior participação da população no processo de ampliação das redes locais de saúde mental: a população pode participar na ampliação das redes de atenção em saúde mental, bem como do processo de avaliação das práticas em saúde, através das instâncias legais, como os conselhos de saúde, as conferências, assim como outras formas de organização, como associações, cooperativas, fóruns, manifestações. O SUS nasceu de um processo de democratização do espaço da saúde e tem nas suas prerrogativas a garantia e a necessidade de ampliação da influência e participação da população na construção e avaliação das políticas de saúde.

Ampliação da informação em saúde mental: a cultura da atenção em saúde mental ainda é muito marcada pela lógica secular do manicômio como lugar específico para atendimento. As mudanças do modelo de atenção em saúde mental ocorreram no país que preconizam a existência de serviços substitutivos têm pouco mais de vinte anos, tempo insuficiente para que a população e os trabalhadores em geral tenham modificado seus referenciais diante do sofrimento psíquico. O dia dezoito de maio é o dia nacional de luta antimanicomial e tem sido uma data de mobilizações e sensibilizações para outras formas possíveis e dignas de atendimento a estas pessoas.

Os municípios são o lugar primeiro onde as pessoas se encontram, residem, estabelecem relações afetivas, de trabalho, de circulação, entre outras. É neles, portanto, que se podem multiplicar as informações em saúde e saúde mental de tal forma que as pessoas sintam-se parte do processo, apropriem-se das informações e façam delas possibilidades reais. Se a comunidade é o lugar das trocas, é através dela que se podem aproximar saberes e práticas, através de estratégias simples e convidativas à participação. As festas, as rodas de conversa, as rádios comunitárias, os grupos de teatro, a cultura, a economia solidária, as visitas dos agentes de saúde, são exemplos de ações locais com grande repercussão na qualidade de vida das pessoas.

Estratégias intersetoriais para o desenvolvimento de ações conjuntas: se saúde é resultante das condições e da qualidade de vida, portanto não se resume ao espaço dos serviços de saúde e muito menos à ausência de doença. Tanto as estratégias formais, governamentais quanto as informais propostas pela comunidade

devem promover o encontro dos esforços para que se multipliquem as ações e a informação. Diferentes secretarias como educação, saúde, habitação, assistência podem ser acionadas para a atenção específica de um determinado caso de sofrimento mental, mas para isto é preciso que se estabeleçam as conexões necessárias para possibilitar esta circulação de cuidado. Unir esforços além da economia de recursos, que são potencializados, aproxima-se da resolutividade, da possibilidade de soluções antes inimaginadas nas lógicas manicômias onde o isolamento social era utilizado como recurso. Na atenção integral é preciso buscar alternativas possíveis de inclusão, acesso, e ampliação da autonomia.

A integração entre gestão e assistência em saúde mental diz respeito às formas de se governar e estabelecer políticas e gerenciá-las em consonância com a oferta de serviços, onde ambos podem colaborar e ser potencializadores da efetivação dos princípios do SUS.

Ao considerarmos o conceito ampliado de saúde, já discutido anteriormente, cujas condições de vida são determinantes importantes no seu processo de saúde e doença, são necessárias práticas norteadas pela integralidade que auxiliem os sujeitos a criar espaços de circulação para o exercício de cidadania, bem como para os profissionais discutirem seus projetos profissionais e societários.

Práticas que considerem o saber popular fundamental na composição da atenção, onde o sujeito torna-se também sujeito na construção de seu próprio projeto terapêutico. É no contexto dos territórios por onde a vida circula que se encontram os locais primeiros de possibilidades, onde se tece a rede formal e informal capaz de dar suporte ao portador de sofrimento psíquico como sujeito de direitos. Dessa forma, a integralidade constitui-se em uma forma de agir em saúde permeada pelo campo político, capaz de promover “novos arranjos sociais e institucionais em saúde” provocados pelas indagações de diferentes sujeitos diante de saberes e práticas centrados na doença, balizados por uma clínica tradicional.

De acordo com Pinheiro e Guizardi (1996), a integralidade que surge a partir da escuta da pluralidade do cotidiano é:

[...] assim concebida, como um termo plural, ético e democrático, sendo o dialogismo um dos seus elementos constitutivos, pois sua prática resulta do embate de muitas vozes sociais (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p. 22).

O hospital geral neste aspecto é mais um componente dentro da rede e precisa adaptar-se a esta dinamicidade de tal forma a ser um local que não engesse o

trabalho vivo – momento do trabalho em si (MERHY, 2002) com suas normas e regras, muitas vezes sem sentido, ou melhor, com sentido de manter relações de poder. O cuidado se produz sempre em rede, pelo menos em três níveis: comunicação entre serviços, entre micro unidades de um serviço e a rede entre os trabalhadores de uma equipe em atividade (FRANCO, 2006).

O funcionamento em rede traz segurança para usuários e trabalhadores, na medida em que se constitui como local de referência para os primeiros, e também de suporte e pertencimento para as equipes que ao trabalharem estabelecendo fluxos-conectivos – expressão utilizada por Túlio Franco, encontram conexões capazes de multiplicar potenciais de cuidado.

Segundo Franco (2006):

Em certas situações é possível perceber redes em que estão presentes cenários de práticas serializadas, não singulares e com baixo nível de fluxos-conectivos; e, ao mesmo tempo, no mesmo cenário, redes rizomáticas operando subjetividades desejantes em alta potência com o trabalho vivo em ato. Por essa constatação, pode-se perceber o quanto é diverso o processo de trabalho no interior de uma equipe ou unidade de saúde, onde instituído e instituinte estão presentes, significando processos de permanente disputa. Isso é particularmente mais forte em momentos de mudança, que sugerem sempre períodos de transição entre o velho e o novo, quando os cenários se confundem na sua conformação (FRANCO, 2006, p. 467).

Para que haja cuidado na lógica da atenção integral faz-se necessário uma rede de suporte, seja ela composta por serviços de saúde, como por redes de inclusão informais, como os espaços de convívio social, como a cultura, a educação, o acesso à qualidade de vida, enfim, espaços capazes de produzir autonomia, confiança e pertencimento. A ampliação de leitos não é nem será garantia de atenção integral sem saúde mental e cuidado, pois é apenas parte constituinte da rede de atenção e como tal deve estar integrada aos demais serviços. Nesta balança de oferta de serviços é preciso sempre pensar que outras possibilidades se podem ter diante das necessidades diárias de acompanhamento, onde a internação é somente um momento dentro do processo de sofrimento psíquico.

Cada hospital e no caso cada equipe de saúde mental de um hospital geral deve descobrir-se gradualmente, sem se preocupar em seguir modelos prontos, mas acreditar em suas potencialidades, experimentar, buscar o conhecimento, achar soluções próprias para superar dificuldades e principalmente buscar recursos

externos em seu contexto de apoio e troca. Nenhum serviço acontece sem dificuldade alguma, nenhum serviço acontece sozinho, porque a vida é assim:

“Cair sete vezes levantar oito” (Dito popular).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Hospital geral é segurança, é refúgio, nunca negaram atendimento [...] eu ia sozinha, era fácil [...] o porteiro já conhece” (M. usuário de saúde mental).

Quando um lugar se constitui como referência, citado como lugar de refúgio, segurança, com certeza carrega consigo uma significação importante para quem assim o considera. Isto é possível hoje porque muitos profissionais, usuários, familiares, gestores e a própria sociedade brasileira acreditaram e possibilitaram que se experimentassem e criassem outras formas de cuidar. É possível porque se buscou a superação do modelo manicomial promotor de exclusão e isolamento.

Os avanços na atenção em saúde mental no Brasil, ao longo dos séculos XX e XXI provocaram mudanças significativas nas políticas de atenção, na cultura, na oferta de serviços. Muito se conquistou em termos de legislação, de destinação de recursos, porém estas conquistas não têm sido ainda suficientes para efetivação da superação do modelo manicomial. Práticas, pensamentos, políticas, serviços, hospitais gerais podem ser tão manicomiais quanto o mais fechado e cerceador dos hospícios.

A expansão do hospital geral, no contexto da atenção em saúde mental, no país, tem pouco mais de 50 anos e no RS em especial, nesta última década, temos testemunhado um crescimento progressivo que contempla hoje cerca de 60% da oferta de leitos para atendimento de saúde mental em hospitais gerais diante dos outros 40% em hospitais psiquiátricos. A lei estadual do RS de Reforma Psiquiátrica existe desde 1992, e ainda é preciso avançar para superação completa do modelo manicomial no Estado.

O hospital geral abre cada vez mais espaço para o atendimento em saúde mental, reconhece desafios e dificuldades, amplia o número de leitos e se articula com a rede de serviços como componente dela. Profissionais buscam cursos, conhecimento, trocas, fóruns de discussões para propor ações locais que dêem conta das necessidades de cada região.

Nesse sentido, esta pesquisa foi proposta com o intuito de conhecer de perto o que tem feito de hospitais gerais como o do estudo, um lugar possível na rede de

cuidados em saúde mental.

O hospital geral escolhido para a realização do estudo de caso possui grande experiência no atendimento em saúde mental e faz parte de uma rede de serviços no município, sendo um dos pioneiros deste tipo de atendimento no estado do RS. Este hospital articula-se com a rede extra-hospitalar e a comunidade de tal forma em que se constitui como referência reconhecida e legitimada principalmente pelos usuários do serviço.

Dessa forma, há muitos anos, nenhum usuário que é atendido tanto no CAPS quanto no hospital geral da cidade é encaminhado para hospitais psiquiátricos. O hospital é referência para demais municípios na região.

A proposta do estudo de caso com um hospital geral, que oferece atendimento em saúde mental, surgiu como temática de dissertação do Mestrado do Programa de Pós Graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Com formação acadêmica em Psicologia e hoje inserida no campo da gestão em Saúde Pública e Saúde Mental como sanitarista foi possível encontrar no PPGSS, pela particularidade de seu programa, a possibilidade de estabelecer pontos de reflexão e tensão importantes sobre as políticas públicas, que problematizassem e qualificassem a prática profissional.

A pesquisa buscou conhecer, investigar, principalmente como se dá neste contexto o acesso à internação psiquiátrica neste hospital, a fim de que, mesmo que tenha se desenvolvido como um estudo sobre uma realidade específica, pudesse se organizar informações e reflexões que possam contribuir para que outras realidades possam ser pensadas ou repensadas como locais possíveis de atendimento em saúde mental.

Para que se pudesse realizar a pesquisa empírica foram utilizadas informações sobre a rede de saúde mental, através do DATASUS, legislações, bem como entrevistas com profissionais, usuários e familiares que hoje compõem a equipe e utilizam o atendimento do hospital pelo SUS.

Das falas, emergiu um riquíssimo material para análise, que muito além de trazer respostas sobre as questões norteadoras da pesquisa, proporcionaram reflexões, questionamentos e significações dinâmicas para que se pudesse perceber o que realmente torna aquele hospital um lugar possível como referência de atendimento em saúde mental.

A realização da pesquisa possibilitou concluir que as ações de saúde mental

ainda precisam avançar para o fortalecimento da rede na compreensão de todos os seus níveis de complexidade, com ações intersetoriais para que não se perpetuem modos excludentes e segregadores de atenção.

É possível destacar as grandes contribuições da pesquisa, a saber:

- Concepção ampliada de acesso.
- Produção de Autonomia;
- Modelo de atenção em saúde mental do hospital;
- Relação gestão-assistência para produção de práticas integrais em saúde mental.

A concepção ampliada do acesso foi discutida a partir da reflexão que se propôs com base na revisão de literatura e análise das falas dos sujeitos, produto das entrevistas. A concepção ampliada do acesso se traduz na forma como o acesso é compreendido e que envolve as relações que o serviço estabelece com a rede, com o próprio usuário, como se organiza para ser um serviço realmente resolutivo.

Dessa forma, principalmente a partir das percepções acolhidas nas falas dos próprios usuários, se construiu itens que servem como indicativos para avaliação da qualidade do acesso e do cuidado em saúde mental. Consideram-se estes itens a construção de uma concepção ampliada pela integralidade que envolve, não se resumindo à porta de entrada no sistema de saúde, mas congregando uma série de detalhes que dizem respeito à qualidade de como ocorre este acesso, como ele é proporcionado, o que isto realmente repercute e significa na vida das pessoas que precisam do atendimento do hospital geral.

O segundo destaque de resultado da pesquisa foram os indicativos para avaliação de práticas que promovam autocuidado e autonomia dos usuários nos serviços de saúde mental. Sob a ótica de que o objetivo da atenção em saúde mental não é a cura, mas o aumento da autonomia dos sujeitos, a partir das percepções sobre algumas repercussões do processo de cuidado proporcionado pelo modelo da atenção integral. Repercussões estas, tanto no espaço singular quanto no público, que desencadeiam melhoria das condições de autonomia e autocuidado na vida dos sujeitos para lidar com seu processo saúde-doença e estabelecer referências de cuidado e inserção.

O terceiro destaque dado pela pesquisa, considerado o mais importante, se refere ao modo como o hospital geral do estudo se organiza, qual o modelo de atenção que utilizada e, principalmente, como estabelece fluxos com a rede, de tal

forma que possa ser realmente um local de atenção em saúde mental de referência tanto para atendimento de transtornos mentais quanto de transtornos relacionados a álcool e outras drogas para seu município e região. A forma como são colocadas as informações nestes tópicos não são como receita que pode ser seguida por demais instituições, mas pode balizar discussões e nortear caminhos próprios a serem construídos.

Por fim, o último destaque apresentado na pesquisa diz respeito às possibilidades de integração entre gestão e assistência para efetivação de redes de saúde mental, em que se inserem os hospitais gerais com leitos de atenção integral em saúde mental. O objetivo deste tópico é dar visibilidade a políticas atuais de saúde mental, no país e no RS, que podem ser acessadas para potencializar redes locais e regionais de saúde mental.

Apresentado como integração entre gestão e assistência o quadro propõe mais do que a visibilidade, o encontro entre o planejamento, a articulação, a execução e a avaliação das ações, na medida em que os diferentes atores que fazem parte do processo de cuidado: gestores, trabalhadores, prestadores e principalmente usuários devem compor junto as discussões e decisões sobre as políticas em todos os níveis (municipal, estadual e federal).

Para muitos trabalhadores, que atuam na assistência direta aos usuários, nos serviços, ainda não é claro o papel da gestão em saúde. Diferenças como estas devem ser minimizadas, principalmente, pelo fato de que gestão e assistência estão intimamente ligadas. Por exemplo, não há como planejar em saúde sem que se considerem as necessidades de cada município/serviço, assim como não há como abrir e manter serviços sem planejamento, garantia de recursos e regulação dos fluxos de encaminhamentos.

Todo o trabalho apresentado foi atravessado pelo resgate histórico das mudanças construídas ao longo do tempo, que permitiram um contexto favorável para o hospital geral hoje poder ser pensado e efetivamente tornar-se referência em saúde mental.

Durante os dois últimos séculos, cada época de governo, com suas características específicas, em alguns momentos mais em outros menos autoritários, mais ou menos democráticos, possibilitou avanços e retrocessos nos direitos para a construção dos modelos de atenção em saúde e saúde mental. Essas modificações no campo da saúde mental, principalmente ao longo das últimas duas décadas têm configurado o

cenário das políticas públicas, a configuração dos serviços de saúde mental, o exercício do controle social e da cidadania, bem como das práticas profissionais.

Há mais de 20 anos de existência da Constituição Federal e ainda não se tem a garantia de todos os direitos elencados efetivados na prática, da mesma forma a Reforma Psiquiátrica no Brasil é um processo histórico, e como tal, precisa apontar as contradições e os avanços necessários, com o reconhecimento do que se construiu.

Se pensarmos o que se avançou, comparando, principalmente, a partir do século XX , como demarcação de um período de aceleração das mudanças no nosso país, em todos os cenários, tais como da cultura, economia, social, dos direitos, enfim, seria inimaginável pensar a rede de serviços de saúde e de saúde mental atuais.

Ainda há polêmicas quanto ao atendimento de saúde mental no hospital geral, mas o que se pode observar é que municípios que possuem hospitais gerais que estão atendendo há um tempo maior, articulados com a rede extra-hospitalar, têm conseguido diminuir consideravelmente o número de internações psiquiátricas, chegando em alguns casos a zerar o número de internações psiquiátricas em hospitais psiquiátricos, como é o caso de alguns municípios no RS.

A experiência tem mostrado que o hospital geral, com maior diversidade de profissionais e trocas com a rede, tem proporcionado o atendimento da crise e vinculação dos usuários e seus familiares à rede extra-hospitalar para acompanhamento. Nesta lógica, o foco não é a “doença”, mas o sujeito enquanto cidadão, como sujeito de direitos, com direito à saúde no seu conceito mais amplo, como resultante das condições de vida, conforme preconizou a VIII Conferência Nacional de Saúde.

Os depoimentos, reflexões, construções dos sujeitos pesquisados desvendam a realidade, de tal forma que é possível visualizar as conquistas realizadas com o tempo, mas também as dificuldades, muitas delas existentes até hoje. Em um primeiro momento pode se ter a idéia de que tudo “são flores”, que não há contradições, que tudo é fácil, é importante salientar o quanto é perceptível, no hospital e nos trabalhadores, o engajamento com o trabalho de saúde mental na rede e não só no hospital. Há o desejo e o trabalho para que este seja um local possível e as dificuldades sejam enfrentadas como desafios a serem superados.

Portanto, profissionais de outros hospitais, ao lerem este relato não devem se sentir desestimulados com a idéia de iniciar um trabalho em saúde mental. É

importante conhecer sua realidade como uma realidade única, perceber seus potenciais e reconhecer que o resultado se conquista a cada passo que se dá.

As contradições que se colocam na atenção em saúde mental, no Brasil, hoje, diante da pressão da mídia e da aclamação social por mais vagas para internações em saúde mental, impulsionadas pela grande demanda do aumento do uso de drogas em especial o *crack*, apontam para a internação como solução das políticas de saúde, desconsiderando a compreensão da integralidade do sujeito.

Pouco resolve ampliar leitos como um ponto isolado do processo se não houver ações intersetoriais, congregando as várias nuances do problema, onde é posta uma questão social mais ampla.

A tendência no país é que cada vez mais o hospital geral seja a referência para internação em saúde mental aliado a uma rede extra-hospitalar em substituição aos hospitais psiquiátricos. O hospital tem papel importante na rede de serviços de saúde, mas não deve ser o tipo de serviço central de atendimento, visto que se trata de um dispositivo de alta complexidade na atenção e, portanto, deve servir de retaguarda para situações agudas da rede básica e especializada de serviços extra-hospitalares.

Pensar políticas de atenção em saúde mental requer pensar uma gama complexa de ações e serviços, considerando o que o município tem ou pode vir a desenvolver, na medida em que é o local primeiro de identificação e referência para os usuários. E o funcionamento de um serviço de saúde mental, inserido na comunidade, deve possibilitar espaço de circulação e autonomia.

Muito ainda há que se avançar, para romper práticas cronificantes, fragmentadas, excludentes, rever e criar políticas para ampliação da rede, porém é importante que se reconheça a construção histórica que representou avanços em saúde e saúde mental, no país, tanto no que diz respeito aos tipos de serviços e acesso, quanto às formas de financiamento, representando aquilo a que se propõe o SUS: a melhoria da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BARROCO, Maria L. **Ética e Serviço Social**: Fundamentos ontológicos. São Paulo: Cortez, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: MS, 1990a. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/civil/leis/L8080.htm>>.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: MS, 1990b. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/civil/leis/L8069.htm>>.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: MS, 1992a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 224**, de janeiro de 1992, que define os parâmetros para funcionamento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Brasília: MS, 1992b. Disponível em: <www.saude.gov.br/saude mental.htm>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS nº 147**, de 25 de agosto de 1994. Brasília: MS, 1994. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versaoimpressao.php?id=7538>>.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216**, de 06 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. Brasília: MS, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS. Coordenação Geral de Auditoria. Coordenação Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica. **Orientações sobre aplicação de recursos financeiros do SUS repassados fundo a fundo**. Brasília: MS, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 816**, de 30 de abril de 2002. Brasília: MS, 2002a. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/comunidades-terapeuticas-e-servicos-para-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/portaria_0816.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: MS, 2002b. Disponível em: <www.saude.gov.br/saúdemental.htm>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 52**, de 20 de janeiro de 2004, institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção. **Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília: MS, 2007a. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/blob/177.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental em Dados**, Ano II, n. 4, ago. 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 45**, de 12 de janeiro de 2007. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília: MS, 2007c. Disponível: <www.saude.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007d. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: MS, 2007d. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria1996-de20deagosto-de-2007.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**: com dados para análise da rede em grandes cidades, ano III, n. 5, out. 2008. Brasília: MS, 2008a. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudental>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008 Institui a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília: MS, 2008b. Disponível: <<http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf>>.

BOCK, Ana M. Psicologia e Saúde: desafios às políticas públicas o Brasil. In: ROSA, Edinete et al. **Psicologia e saúde**: desafios às políticas públicas o Brasil. Vitória: EDUFES, 2007.

BOTEGA, Neury José; DELGALARRONDO, Paulo. **Saúde mental no hospital geral**: espaço para o psíquico. São Paulo: Hucitec, 1992.

BOTEGA, Neury José (org.). **Serviços de saúde mental no hospital geral**. Campinas: Papirus, 1995.

CAMPOS, Gastão Wagner S.; CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner S.; AMARAL, Márcia. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 12, v. 4, p. 849-59, 2007.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 435- 44, 2001.

CASTEL, Robert. **Desigualdade e questão social**. São Paulo: Educ, 1997.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert. Educação na Saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-45, 2001.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2000. Cap. 6 A Liberdade. Disponível em: <[http://br.geocities.com/mcrost02/convite a filosofia 41.htm](http://br.geocities.com/mcrost02/convite_a_filosofia_41.htm)>.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. **A implantação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: MS, 1999. Disponível em: <<http://www.consaude.com.br/sus.htm>>.

COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

COUTO, Berenice R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

DALMOLIN, Bernardete Maria. **Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DELGADO, Pedro Gabriel et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, Marcelo Feijó; MELLO, Andrea A.F.; KOHN, Robert (orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

DIAS, Míriam Thaís Guterres. **Os (des) caminhos da política de saúde mental no Rio Grande do Sul: uma análise da implantação da Lei de Reforma Psiquiátrica**.

Porto Alegre: PUCRS, 1997. 147 p. Dissertação - Faculdade de Serviço Social – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 1997.

FALEIROS, Vicente de P. **Estratégias em Serviço Social**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

FLEURY, Sônia; OUVÉRY, Assis Mafort. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FOUCAULT, Michael. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (orgs.). **Gestão em redes Práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

FREITAS, Fernando Ferreira P. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 14, v. 1, p. 93-106, janeiro, 1998.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

HOLANDA, Sérgio. Buarque de. **Raízes do Brasil**. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

IAMAMOTO, Marilda. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Prefácio. In: COUTO, Berenice R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

_____. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

KNOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

LACERDA, Alda; VALLA, Victor V. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (orgs.). **Cuidando as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, Abrasco, 2006.

LEFEBVRE, Henri. **Lógica formal e lógica dialética**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

LIMA Jr., Jayme. O caráter expansivo dos direitos humanos na afirmação de sua indivisibilidade e exigibilidade. In: PIOVESAN, Flávia (org.). **Direitos humanos, globalização econômica e integração regional**: desafios do Direito Constitucional Internacional. São Paulo: Max Limonad, 2002.

MARCONI, Marina de A.; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MATTOS, Ruben; PINHEIRO, Roseni (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco, 2006.

MENDES, Jussara R. Tendências teóricas, epistemológicas e metodológicas para a formação profissional do assistente social no Brasil. In: **La Cuestión Social y La Formación Profesional em Trabajo Social en el Contexto de las Nuevas Relaciones de Poder y La Diversidad Latinoamericana**, São José, Costa Rica, p.117-33, 2004.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

OLIVEIRA, Íris. Direitos, cultura dos direitos e assistência social: ou ética pública e cultura de direitos. **Serviço Social e Sociedade**, n. 89, mar. 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. Prefácio. In: NUNES, Tânia Celeste Matos. **Democracia no ensino e nas instituições**: a face pedagógica do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA-FILHO, Naomar (orgs.). **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini. Cuidado e integralidade: por uma

genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, Abrasco, 2006.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antônio (org.). **Saúde e Loucura**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

PITTA, Ana (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

PIOVESAN, Flávia (org.). **Direitos humanos, globalização econômica e integração regional: desafios do Direito Constitucional Internacional**. São Paulo: Max Limonad, 2002.

PRATES, Jane. O método e o potencial interventivo e político da pesquisa social. **Revista Temporalis**, Porto Alegre, ABEPSS, n. 9, 2005.

_____. O planejamento da pesquisa. **Revista Temporalis**, Porto Alegre, ABEPSS, n. 7, 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Lei nº 9.716**, de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1992.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Guia de serviços de Saúde Mental**. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br>. Porto Alegre, 2002.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução CIB/RS nº 140**. Estabelece o incentivo financeiro para leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Porto Alegre, 2005.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Política de Saúde Mental**. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br>.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução CIB/RS nº 130**. Estabelece o incentivo financeiro para leitos de saúde mental: psiquiátricos e álcool e drogas em hospitais gerais. Porto Alegre: SSRS, 2008.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana (orgs.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001; p. 17-59.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. [Série Saúde Loucura].

SÁVIO, Domingos; GULJOR, Ana Paula. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, Abrasco, 2006.

SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

TESTA, Mário. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 288p.

VALENTINI, Willians. Nenhum ser humano será bonsai. In: VALENTINI, Willians; HARARI, Angelina (orgs.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

YASUI, Silvio. A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico: reflexões e algumas comparações. In: AMARANTE, Paulo (org.). **A loucura da história. Seminário sobre história da psiquiatria, encontro dos estudos e pesquisas em história da psiquiatria, psicologia e saúde mental**. **Anais...**, p. 219-25. Rio de Janeiro: Laps/Ensp/Fiocruz, 2000.

YIN, Robert. **Estudo de caso planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE 1 – Resumo dos Principais Acontecimentos que Constituíram as Mudanças em Saúde Mental no Brasil e no Rio Grande do Sul

Período: 1900-2008

BRASIL	RIO GRANDE DO SUL
<p>1903 – Primeira Lei dos Alienados 1903 - Juliano Moreira incinera camisas de força Separa pavilhões em classes sociais, gênero, crianças e patologias 1904- Início da Faculdade de Enfermagem 1923 - Liga Brasileira de Higiene Mental 1930 - Criação de Hospitais Públicos 1934 - Lei 24.559 – Assistência às pessoas e aos bens dos psicopatas. 1946 - Convênio para ampliação de hospitais psiquiátricos. 1948 - ONU – Declaração Universal dos Direitos Humanos. Década de 50 - Aparecimento de psicofármacos. 1964 - Período da ditadura –Presos políticos em manicômios. 1972 - OPAS e Ministério da Saúde assinam Acordo para execução de um Programa de Saúde Mental no Brasil. 1973 - INAMPS valoriza a psiquiatria comunitária. 1978 – PISAM - Plano Integrado de Saúde Mental. 1979 - 1º Congresso Nacional de Trabalhadores em SM. 1980 - 2º Encontro Nacional de Trabalhadores em SM. 1986 - Congresso de Trabalhadores de SM em Bauru. 1986 - 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1987- 1ª Conferência Nacional de SM. 1988 – Constituição Federal. 1990 - Lei 8.080 SUS. 1992 - 2ª Conferência Nacional de SM. Década 1990 a 2006 - Ampliação de serviços extra-hospitalares e de legislação em SM nas três esferas de governo. 2001 - Lei Nacional 10.716 Proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais. 2006 - Reversão dos gastos com serviços hospitalares em relação aos extra-hospitalares.</p>	<p>1884 - Criação do 1º Hospital Psiquiátrico - HP São Pedro. 1924 - Decreto 3.356 Internações no HPSP requisitadas por intendentess municipais. 1925 - Criação do Manicômio Judiciário (2º no país) IPF. 1926 - Criação do Hospital Espírita de Porto Alegre. 1929 - Congresso de Higiene e Hospitais em Rio Grande discute criação de anexos psiquiátricos em Hospitais gerais. 1931 - Criação da Clínica Olivé Leite em Pelotas. 1937 - Decreto 6.880 subordina IPF à instância jurídica. 1937 - Dr. Godoy cria a carreira de psiquiatra. 1937 - Criação escolas -Enfermagem e Assistência Social. 1940 - Criação do Hospital Colônia Itapoá – leprosário. 1948 - Criação do Sanatório espírita de Pelotas. 1949 - Criação do HP Vicença da Fontoura em Rio Grande. 1956 - A secretaria de Saúde contrata uma Assistente Social em Santa Maria para fazer triagem para o HPSP. 1959 - Convênio para manutenção dos HP. 1960 - Criação da Clínica Pínel em POA. 1962 – Notificação obrigatória de casos. 1962 – Criação da ESP. 1964 - Criação de ambulatórios de SM em 18 municípios. 1972 – Criada a equipe central de SM na SES. 1973 - Criação Central de Psiquiatria em POA. 1981 - Manual de treinamento em cuidados primários SM 1987 - Delineamentos Política SM SES. 1987 - Novos contratos e convênios da SES para HG. 1988 - 1º Curso de Aperfeiçoamento em Administração em Serviços de SM em POA. 1988 - II Encontro Estadual SM. 1989 - II Curso Aperfeiçoamento em Saúde Mental. Década 1980-2007 - criação/ampliação serviços extra-hospitalares. 1991 - Fórum Gaúcho de Saúde Mental. 1992 - Lei de reforma Psiquiátrica. 1992 -95-97 Revista Fórum Gaúcho SM. 1993 - Construção Projeto São Pedro Cidadão. 1999 - Retomada Projeto São Pedro Cidadão e Residência Integrada em SM. 2000 - Projeto Morada São Pedro. 2000 - Resolução CIB/75 referência para internação psiquiátrica. 2005 - 06 Resolução CIB/140 Ampliação leitos SM em Hospital Geral. 2006 - Resolução CIB/169 estabelece novas referências para internação e regula internações em HP. 2007 - Grupo de Trabalho desinstitucionalização IPF. 2008 - Resolução CIB/130 Incentivos para ampliação leitos SM em Hospitais Gerais.</p>

FONTE: AMARANTE (1995); CHIORO; SCAFF (1999); CARVALHO (2001); HOLANDA (2004); DELGADO et al. (2007); DIAS (2007); MS (BRASIL, 2008). Além dos autores citados foram utilizadas como fonte para construção deste quadro compilações das aulas das disciplinas: Saúde no Brasil: Política, Dilemas e Perspectivas ministrada pela profª Maria Isabel Barros Bellini no 2º semestre de 2007 e Economia, Política Estado e Sociedade ministrada pelo prof. Dr. Carlos Nelson dos Reis no 1º semestre de 2008, ambas do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS.

APÊNDICE 2 - Carta de Autorização da Instituição**Carta do Chefe do Serviço**

Porto Alegre, de de 2007.

Ao
Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS
N/Universidade

Eu, _____, Chefe do Serviço _____, conheço o protocolo de pesquisa intitulado Rede de Atenção Integral em Saúde Mental - Acesso às Internações Psiquiátricas em Hospitais Gerais no RS, desenvolvido pela mestranda Jaqueline da Rosa Monteiro.

O início desta pesquisa no Serviço _____ poderá ocorrer a partir da apresentação da Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Atenciosamente

Chefe do Serviço

APÊNDICE 4 - Roteiro de Entrevista

PESQUISA ACESSO A INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAIS GERAIS

Sujeitos: HOSPITAIS GERAIS, DIREÇÃO E EQUIPE TÉCNICA.

1. Dados de identificação:

- 1.1. Nº leitos totais no hospital:
- 1.2. Nº total de leitos de psiquiatria SUS:
- 1.3. Tempo de existência deste serviço:
- 1.4. Tempo de oferta de atendimento de psiquiatria no hospital:
- 1.5. Nº médio de internações psiquiátricas SUS no hospital por mês:
- 1.6. Ocorrem internações: () involuntárias () voluntárias () compulsórias

2. Acesso e internação:

- 2.1. Qual o caminho para a internação do usuário de saúde mental no hospital?
- 2.2. Qual a rotina da internação psiquiátrica no hospital desde a baixa até a alta do usuário?
- 2.3. Por quê o hospital oferece leitos de psiquiatria?
- 2.4. Quais as maiores dificuldades e possibilidades identificadas neste tipo de atendimento no hospital?
- 2.5. Quais diferenças você percebe entre a internação psiquiátrica em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos?
- 2.6. Quais os principais motivos de internação psiquiátrica no hospital?
- 2.7. O que é para você ter acesso em saúde mental?
- 2.8. O que é para você atenção integral em saúde mental?

3. Equipe:

- 3.1. Como é composta a equipe técnica que atende as internações psiquiátricas?
- 3.2. Quais documentos legais são parâmetros para guiar o atendimento nas internações psiquiátricas?
- 3.3. Acontecem reuniões na equipe? Como é a dinâmica?
- 3.4. Há ou já aconteceu algum tipo de capacitação para equipe do hospital só ou em conjunto com a rede de serviços? Comente:
- 3.5. Formação do Coordenador da equipe:

4. Rede de serviços:

- 4.1. Que entidades compõem a rede de atendimento em saúde mental?
- 4.2. Durante a internação há alguma comunicação do hospital com serviços da rede? Comente:
- 4.3. Após a alta do usuário há algum tipo de comunicação do hospital com serviços da rede?
Comente:
- 4.4. Há algum tipo de atividade realizada em parceria com serviços da rede?
Comente:

APÊNDICE 5 - Roteiro de Entrevista

PESQUISA ACESSO A INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAIS GERAIS

Sujeitos: CAPS, COORDENADOR OU OUTRO COMPONENTE DA EQUIPE.

1. Dados de identificação:

- 1.1. Nº médio de usuários atendidos no mês:
- 1.2. Tempo de oferta de atendimento de psiquiatria no hospital:
- 1.3. Nº médio de internações psiquiátricas encaminhadas ao hospital por mês:
- 1.4. Tempo de existência deste serviço:
- 1.5. As internações de um modo geral ocorrem:
 involuntárias voluntárias compulsórias
- 1.6. Formação do Coordenador do CAPS:

2. Acesso e internação:

- 2.1. Qual o caminho para a internação do usuário de saúde mental no hospital?
- 2.2. Qual a rotina da internação psiquiátrica no hospital desde a baixa até a alta do usuário?
- 2.3. Por que o hospital oferece leitos de psiquiatria?
- 2.4. Quais as maiores dificuldades e possibilidades identificadas neste tipo de atendimento no hospital?
- 2.5. Quais diferenças você percebe entre a internação psiquiátrica em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos?
- 2.6. Quais os principais motivos de internação psiquiátrica no hospital? (motivos de internação)
- 2.7. O que é para você ter acesso em saúde mental?
- 2.8. O que é para você atenção integral em saúde mental?

3. Equipe:

- 3.1. Como é composta a equipe técnica que atende as internações psiquiátricas?
- 3.2. Como você acha que deve ser composta a equipe técnica que atende as internações psiquiátricas em hospitais gerais?
- 3.3. Quais documentos legais são parâmetros para guiar o atendimento nas internações psiquiátricas?
- 3.4. Há ou já aconteceu algum tipo de capacitação para equipe do hospital só ou em conjunto com a rede de serviços? Comente:

4. Rede de serviços:

- 4.1. Que entidades compõem a rede de atendimento em saúde mental?
- 4.2. Durante a internação há alguma comunicação do hospital com serviços da rede? Comente:
- 4.3. Após a alta do usuário há algum tipo de comunicação do hospital com serviços da rede?
Comente:
- 4.4. Há algum tipo de atividade realizada em parceria com serviços da rede?
Comente:

APÊNDICE 6 – Roteiro de Entrevista

PESQUISA ACESSO A INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAIS GERAIS

Sujeitos: USUÁRIO e FAMILIAR.

1. Dados de identificação:

- 1.1. Idade:
- 1.2. Nº total de internações psiquiátricas neste ano:
- 1.3. Nº internações em hospitais psiquiátricos:
- 1.4. Tempo de oferta de atendimento de psiquiatria no hospital:
- 1.5. Tempo que frequenta o CAPS:
- 1.6. As internações foram:
 - () involuntárias (sem consentimento do usuário)
 - () voluntárias (com consentimento do usuário)
 - () compulsórias (com solicitação judicial)

2. Acesso e internação:

- 2.1. Qual o caminho para a internação do usuário de saúde mental no hospital?
- 2.2. Qual a rotina da internação psiquiátrica no hospital desde a baixa até a alta do usuário?
- 2.3. Quais as maiores dificuldades e facilidades identificadas neste tipo de atendimento no hospital geral?
- 2.4. Se você/seu familiar já passou por internações em hospitais psiquiátricos quais diferenças você percebe na internação psiquiátrica em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos?
- 2.5. Por quê você procura o hospital geral? (motivo de internação e escolha do hospital geral)
- 2.6. Você conhece alguma lei ou portaria sobre saúde mental? Quais e sobre o que dispõe?
- 2.7. O que é para você ter acesso em saúde mental?

3. Equipe:

- 3.1. Como você acha que deve ser composta a equipe técnica que atende as internações psiquiátricas em hospitais gerais?

4. Rede de serviços:

- 4.1. Que entidades compõem a rede de atendimento em saúde mental?
- 4.2. Durante a internação há alguma comunicação do hospital com serviços da rede?
Comente:
- 4.3. Após a alta do usuário você foi encaminhado ao CAPS?
Comente:
- 4.4. Você participou de algum grupo no hospital durante a internação? Comente:
- 4.5. Você participa de algum tipo de grupo de familiares ou usuários de saúde mental como uma associação, cooperativa ou Ong?
Comente:

APÊNDICE 7 – Mapa de Associação de idéias de uma das entrevistas.

Mapa de Associação de idéias de –entrevista A

Objetos (pergunta)	Primeiras associações (resposta)	Explicações das associações (da resposta)	Qualificadores (emocionais)
Qual é o fluxo pra internação no hospital de usuário de saúde mental?	Tem demanda espontânea, que chegam buscando o pronto - atendimento nas 24 horas e também os encaminhamentos de secretarias municipais de saúde da região e de outras regiões e os encaminhados pelos CAPS.		
Qual a rotina da internação psiquiátrica desde a alta até a baixa do usuário?	C: Ao chegar ao pronto – atendimento ele é atendido na recepção/secretaria, ele é encaminhado ao plantão clínico, esse plantão, se é um paciente encaminhado pelo CAPS já faz a internação, se é de demanda espontânea solicita avaliação psiquiátrica que será realizada nas 24 horas seguintes, então no período de até 24 horas é feito essa avaliação, até então fica de responsabilidade do plantão.		
Porque que o hospital oferece este tipo e atendimento?	Isso é uma demanda que foi surgindo na medida em que foi criada a rede de saúde mental do município o primeiro CAPS	<p>havia naquela época em 88 já, 87, 1987-1988 uma tendência que os pacientes que tinham crises psicóticas, estavam quase em delírio pleno eles eram encaminhados aos hospitais psiquiátricos em Pelotas ou em Porto Alegre.</p> <p>No momento que começamos a fazer intervenção no ambulatorial, com a criação de um centro de saúde mental comunitário nós estabelecemos uma parceria com o hospital de tentar ficar com esses pacientes de 24 até 72 horas na tentativa de coibir aquele episódio que justificaria uma internação. Com isso, a resposta foi extremamente positiva e foi estabelecida</p>	

		<p>uma parceria com o hospital que foi evoluindo ao ponto de que os dois leitos de saúde mental que tinha foram evoluídos para uma unidade numa ala antiga do hospital e que com o passar do tempo foi passada pra atual unidade que tem dez leitos.</p>	
<p>Aponta as dificuldades e as possibilidades do atendimento de psiquiatria no hospital geral.</p>	<p>As dificuldades? As dificuldades é o seguinte: de início eram muito maiores, a familiaridade com a loucura, com o transtorno mental era muito temerária os próprios trabalhadores não tinham contato, que é, eram pacientes que chegavam na emergência e eram imediatamente encaminhados pra hospitais psiquiátricos muitas vezes mal eram vistos que como já tinham essa história de chegar em crise eram encaminhados; era assim,</p> <p>Nós temos trabalhadores que lidam bem com o atendimento em psiquiatria e têm outros que não gostam, mas as facilidades que nós temos com atendimento, é que a possibilidade de tu trabalhar com diagnóstico com rapidez, de diagnóstico rapidez de combate ao episódio, diagnóstico diferencial às vezes porque nós temos um leque de exames complementares que é feito, inclusive geralmente no hospital psiquiátrico não tem disponível, o acesso a clínicos, cirurgiões tem ali dentro, tem um olhar diferente pra questão do individuo na sua totalidade, outra grande vantagem que nós temos é que nós copiamos o modelo da pediatria e nós temos acompanhante</p>	<p>então as pessoas dentro do hospital imaginavam tinham o imaginário que a loucura não era para ficar ali, com o tempo isso foi aumentando, foi aumentando essa intimidade, essa desensibilização, esse medo foi reduzindo claro que toda vez que tem um paciente com um quadro mais agitado mais florido, vamos dizer, sempre tem algumas manifestações que são de questionamento por que é que tá aqui, mas ao longo do tempo a população já tá acostumada.</p>	

	para grande maioria dos pacientes, se exige disso, então, tem vantagens bem interessantes. O nosso tempo de permanência é curtíssimo de sete a dez dias, então é, eu vô dizer assim: é totalmente diferente de quando eu tive experiência de trabalhar em hospital psiquiátrico		
O quê que foi mais difícil: pra população/comunidade ou pra equipe?	Acho que foi mais assim, porque o início, isso foi um processo, no processo inicial a equipe do hospital era sestrosa com a psiquiatria dentro do hospital hoje em dia não, hoje em dia nós temos uma boa penetração comparado a outros hospitais dentro da equipe,	claro que tem níveis de tolerância lá dentro, têm alguns da equipe geral que toleram menos, mas pra ter uma idéia assim, acho que nenhum dos trabalhadores do hospital se tivesse um familiar com transtorno mental gostariam de encaminhar pro hospital psiquiátrico e sim fariam de tudo pra que fossem atendidos dentro do hospital geral.	
Quais as diferenças mais marcantes entre o hospital geral e o hospital psiquiátrico?	É totalmente diferente, acho que o hospital psiquiátrico a meu ver deveria ser totalmente substituído por unidades e leitos em hospitais geral,	então eu acho que a nossa grande saída pra realidade que mesmo tendo CAPS, mesmo tendo serviços residenciais terapêuticos, mesmo tendo caps 24 horas nós vamos ter pacientes que vão precisar do hospital por essa totalidade de recursos, eu acho que nós teremos que incrementar, nós precisamos incrementar, precisamos fazer de forma rápida incentivos verdadeiros pra multiplicar essas unidades porque acho que é uma alta complexidade.	sonho com uma sociedade sem manicômios,

<p>Qual a diferença do atendimento?</p>	<p>O atendimento é global é integral o hospital geral ele tem a possibilidade de se fazer um atendimento completo</p>	<p>e acho assim: que como são unidades com poucos leitos o controle de qualidade é muito grande, a ruptura com os direitos do usuário é diagnosticada imediatamente. É difícil cair em situações onde os direitos do usuário são burlados sem que não se veja.</p>	
<p>Quais os principais motivos de internação que vocês têm percebido no hospital geral?</p>	<p>Os mesmos gerais, predominância álcool, transtornos depressivos e ansiosos em fase bem aguda, nós internamos muitos transtornos bipolares, muito pessoal com quadro de euforia e casos ligados a uso outras drogas, atualmente está sendo crescente o número de internações por crack.</p>	<p>Internação complexa, mas que também está aberto o hospital pra isso também, não tem problema, usamos a mesma tecnologia, não vamos conter ninguém, se o cara ficou, se não vai embora e volta outra hora vai ter o dia dele a porta ta aberta para quem quiser passar, e aí nós vamos continuar com essa filosofia. Claro que com uso de crack e com outras drogas nós temos um dispositivo de controle, que a chance de entrada de droga pra dentro do hospital aumenta, mas nós estamos atendendo todas as demandas de transtorno mental que exige internação. Às vezes são situações até, por exemplo, do CAPS, houve uma ruptura com da relação com família, do paciente que está no Capes, ele acaba tendo um acolhimento noturno, então essa soma CAPS com Hospital vira um CAPS três a finalidade de, por exemplo, chegou o fim de semana o usuário x chegou lá no hospital, porque brigou de noite com o familiar e foi pro hospital sabe o caminho e, lá são acolhidos agora mesmo teve duas semanas seguida uma paciente nossa, ela</p>	

		<p>teve problemas no fim de semana eles passam a semana no CAPS, chega o fim de semana encontram alguns familiares que tem conflito repete o transtorno familiar lá, a briga e ela corre pro hospital aí fala com o plantão, pede acolhimento, no dia seguinte a coisa ta mais calma me liga o plantão, o plantão de enfermagem se fala com o plantão médico fala: pode liberar que ela vai pra casa e, vai pra casa. Ficou ali 12 horas num caráter de observação, como esse fim de semana disse: “tenho que ir embora porque eu não trouxe meus remédios”, e no plantão estava escrito que ela tava preocupada que os remédios dela eram muitos. Então é assim, pra uma comunidade como a nossa foi possibilidade desse hospital atender todas essas demandas que exigiriam internação ou que teriam como fim uma internação aqui.</p>	
	<p>Vocês acabam atendendo todas essas demandas sem re-encaminhar nada para o hospital psiquiátrico.</p>	<p>Há muito tempo, eu não temos paciente internado no hospital psiquiátrico, há mais de dez anos,</p>	<p>se tiver eu vou lá buscar, eu fico indignado quando tem alguém querendo ir pro hospital psiquiátrico, não tem, não precisa.</p>
<p>Como é composta a equipe técnica que aqui atende as</p>	<p>C: Nós atualmente assim: temos todo o plantão médico 24 horas que são clínicos, cirurgiões, que fazem o plantão de emergência, a equipe de enfermagem,</p>	<p>nós temos o plantão de enfermagem do</p>	

<p>internações?</p>	<p>nós temos uma enfermeira da unidade que tem diariamente um turno que fica na unidade, o acompanhante terapêutico e por cada turno técnicos de enfermagem, hoje nós estamos com quatro fixos mais, um por turno, nós temos quatro que são da própria enfermagem da própria unidade e os folguistas que são das outras unidades, praticamente todos os trabalhadores de enfermagem do hospital passam pela unidade ou pelos leitos, porque nós temos dez leitos que atende principalmente demanda psiquiátrica, mas álcool, não há a necessidade de ficar ali, claro se tem leito vago acaba ficando ali na unidade, mas se não fica nos leitos clínicos ou a gente faz remanejo e, também tem a coisa que os médicos na internação na emergência se eles quiserem ficar com o paciente que eles internaram eles ficam num programa de consultoria fica vendo paciente orientando trocando medicação e com isso foi criando uma cultura nova.</p>	<p>hospital que vê a área da psiquiatria como as outras áreas,</p> <p>Hoje dificilmente alguém ali do hospital não sabe manejar um alcoolismo, um delírio, um quadro psicótico, então com todos os trabalhadores e funcionários do hospital têm profissionais da equipe médica que gostam de atender, outros que não gostam isso é respeitado, mas na emergência atendem todos.</p>	

	<p>E têm profissionais em conjunto com a rede? Nossos profissionais quase todos.</p> <p>Tem sim. Tem assim ó: tem a enfermeira, psiquiatra em conjunto com a rede, tem uma técnica de enfermagem junto com a rede,</p>	<p>então há sempre essa ligação entre a unidade e a rede, inclusive tem pacientes que ficam um turno na unidade outro turno no CAPS, ou passa o dia no CAPS só vai de noite pro hospital.</p>	
	<p>E profissional pra alguma atividade dentro do hospital enfim alguma oficina, Assistente Social, Fisioterapeuta?</p> <p>Têm tudo, todos esses serviços. Agora nesse período ta sem um psicólogo, saiu o psicólogo já faz um tempo, hoje mesmo tava falando em contratar um psicólogo pro hospital, mas tem fisioterapeutas, tem todas essas atividades o que tem oferecido pro hospital é recurso pra unidade, pro atendimento em saúde mental.</p>		
	<p>E dentro da rotina de internação tem alguma atividade, uma oficina realizada durante a internação dentro do hospital?</p> <p>Não. A rotina de trabalhos laborais é mais recreação. É muito curto o tempo de permanência, então o que tem assim são atividades, o acompanhante terapêutico ele trabalha na parte de jogar, faz algum tipo de recreação, lê jornal, não tem práticas de terapia ocupacional, isso não tem. Tem às vezes alguém que vai lá tocar violão, alguma coisa assim nesse sentido.</p>		

	<p>Tem atividade que são realizadas no CAPS mesmo durante a internação</p> <p>Durante a internação, representantes do CAPS AD tanto do CAPS XXXX então, por exemplo, quartas-feiras vêm uma Combi pega todos os usuários de álcool e droga leva pra um grupo que tem no CAPS AD ou eles almoçam no CAPS AD, alguns almoçam outros vem de manhã mesmo de volta conforme eles ficam ali, os familiares vão junto com o grupo pra essa atividade, têm outros que passam o dia no CAPS AD voltam só à tardinha, têm outros que passam o dia no CAPS XXXX e voltam só a tardinha, ficam um turno vão fazendo um revezamento.</p>		
<p>Quais os documentos legais e legislação são parâmetros pra guiar o atendimento das internações?</p>	<p>Olha, praticamente toda legislação de saúde mental do Ministério da Saúde, até a 2.116, legislação do RS, as portarias vigentes, nós usamos todo o arsenal de legislação que tá disponível no campo de saúde mental.</p>		
<p>Acontecem reuniões na equipe? Como é a dinâmica dessas reuniões?</p>	<p>Principalmente assim: é uma rotina as reuniões de semanais que são dentro da rotina do hospital, com o grupo de enfermeiros do hospital mais os enfermeiros da nossa unidade, a mensal da área de enfermagem e, todas as reuniões que forem necessárias fazer com a equipe, extraordinárias ou não.</p>		
<p>Teve algum tipo de capacitação pra equipe do hospital, seja em conjunto coma rede ou</p>	<p>Olha o que aconteceu assim: o hospital já teve alguns momentos de capacitação interna e, também nós já tivemos muitos contatos com a rede, com capacitações gerais que têm na cidade o pessoal participa e principalmente porque é o</p>		

sozinha?	nosso pessoal que ta na unidade é um pessoal bastante antigo no serviço e, tanto os da manhã e da tarde são funcionários também da prefeitura na parte dos CAPS, então tiveram um período dentro dos CAPS, então tem contato sim em momento de curso, já aconteceu muito aqui em XXXX no sentido de formação é aberto também para participação do pessoal da unidade.		
Quais as entidades que compõem a rede de saúde mental aqui no município?	Nós hoje temos assim: o hospital geral, três CAPS, um CAPS tipo um AD e um infantil e, mais um serviço de introdução ao mundo do trabalho uma cooperativa,	um serviço cooperativado de reabilitação ao campo do trabalho que se chama Locomotiva é no centro, junto ao ponto de cultura, é onde todos os usuários que não tem mais porque freqüentar o caps de forma intensiva ou semi-intensiva eles passam a participar dessas oficinas que também tem parte de remuneração, eles dividem a parte dos ganhos.	
Durante a internação e após-alta então tem comunicação com a rede de serviços.	Sim, todo tempo. Sim e, aí a alta é acompanhada pelos CAPS, já sai direto pro CAPS, tanto pro AD, pro CAPS xxxxx, pro CAPS I, quando é criança interna na pediatria já sai pro CAPS.		
Existe algum outro tipo de atividade além dessas de referência e contra referência e durante a internação, tem algum outro tipo	É eu acho que, deixa eu ver, por exemplo, agora mesmo, nós vamos montar um evento, o hospital ta envolvido no (evento X), então o próprio hospital, os funcionários do hospital vão trabalhar e, algumas atividades do evento X é totalmente ligado a isso aí, então o pessoal, tem período que o hospital ficou com a cozinha do evento X, outra		

de parceria?	vez ficaram coma recepção, parte de documentação, então existe sempre um contato, sempre junto, até mais porque a gente também faz parte dos dois lados		
Como tu conceituaria a atenção integral em saúde mental??	Eu acho que nós temos assim, que trabalhar também com o processo de integralidade, nós precisamos trabalhar num processo que nós damos promoção, prevenção, ataque as necessidades de cuidado nas crises da própria patologia e, todo esse processo de reabilitação que tem que se ter que é no campo do morar, no campo do trabalho, divertimento, campo da vida das pessoas	é ver o indivíduo não de forma somente assim sujeito CID 10f alguma coisa, é mais ao invés de ser um sujeito CID é um sujeito cidadão.	
E o quê que é acesso pra ti?	O acesso é essa possibilidade que se tem de forma mais fácil possível de se ver satisfeita aquela nossa necessidade, eu acho que quando nós chegamos mais rapidamente aquilo que nós precisamos nós temos acesso, o acesso fácil,	então eu acredito que isso é uma das coisas que aqui em XXX tem, o acesso não é difícil, o sofredor mental ele tem possibilidades 24 horas para poder chegar em algum lugar que ele tem essa acolhida.	
Mais alguma coisa a ser dita sobre o leito psiquiátrico no hospital geral?	Que é muito bom, eu sugiro que multipliquem, mas pra ontem Querer fazer com que um hospital geral atenda demandas que são culturalmente adversas a	e, não vai haver multiplicação de leitos e atenção em saúde mental em hospital geral sem dinheiro	

	<p>cultura do hospital geral sem dim dim nunca dá. Não vai ter, não tem essa parceria, parceria resolve com dinheiro, certo?</p>	<p>Mas dinheiro mesmo, não é dinheiro assim, prometido, dinheiro pago, na conta, conseguir que, por exemplo, eu trabalho com amor e ira, mas também tenho ira de receber R\$ 3,00 por dia pra atender um paciente psiquiátrico, como eu teria para atender um paciente cardiológico, então o quê que nós queremos dizer assim ó: os médicos não querem atender pacientes psiquiátricos no interior, mentira, atende os particulares, qualquer clínico geral em qualquer cidade do interior atende alcoolista, deprimido, esquizofrênico nos leitos privados, mas receber dois reais, três reais por dia ninguém recebe, não tem porque dá muito trabalho e, como mudança cultural não se vence se convence tem que ter capacidade de convencimento, então não tem como, então se gasta dinheiro levando pra POA, transporte de ambulância diário, se pega esse recurso e concentra-se em pagar bem os serviços não iam pagar tantas ambulâncias pro hospital psiquiátrico, que esse barato sai caro pra caramba.</p>	<p>a Ana Pitta disse e diz: “saúde se faz com amor, ira e dinheiro”. Nós trabalhadores em saúde mental do RS temos amor e muita íra, mas falta dinheiro.</p>
--	--	--	--

ANEXO 1 - Autorização do Comitê de Ética da PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício 339/08-CEP

Porto Alegre, 08 de abril de 2008.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 08/04108, intitulado: **“Rede de atenção integral em saúde mental - acesso a internação psiquiátrica em hospitais gerais do RS”**.

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser entregues encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Profa Maria Isabel Barros Bellini
N/Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep