

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

JAQUELINE DA ROSA MONTEIRO

**ENTRE QUATRO PAREDES: DESAFIOS DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO
HOSPITAL GERAL**

Porto Alegre

2013

JAQUELINE DA ROSA MONTEIRO

**ENTRE QUATRO PAREDES: DESAFIOS DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO
HOSPITAL GERAL**

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutor, pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Jussara Maria Rosa Mendes
Coorientador: Prof. Dr. José Neury Botega

Porto Alegre

2013

JAQUELINE DA ROSA MONTEIRO

**ENTRE QUATRO PAREDES: DESAFIOS DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO
HOSPITAL GERAL**

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutor, pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Jussara Maria Rosa Mendes (Orientadora UFRGS)

Prof. Dr. José Neury Botega (Coorientador UNICAMP)

Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado (UFRJ)

Prof^a. Dr^a. Analice Palombini (UFRGS)

Prof^a. Dr^a. Esalba Maria Carvalho Silveira (PUCRS)

Dedico esta tese aos trabalhadores de saúde mental que acreditam no cuidado singular.

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.

Aos profissionais, usuários, familiares, que confiaram a mim suas percepções, abriram suas experiências, seus locais de trabalho, seus momentos frágeis para auxiliar um processo de reflexão.

À Secretaria Estadual da Saúde, meu local de trabalho e construção, tanto ao DAHA, à Regulação Hospitalar quanto à Seção de Saúde Mental pelo apoio ao estudo. Em especial a Sandra Fagundes e Karol pelo apoio, aos meus colegas da Regulação e das Coordenadorias, e à Ana Carolina por terem acompanhado o longo caminho e em muitos momentos trocarem ideias.

Aos professores e ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional/UFRGS, por terem recebido a mim e a minha orientadora, ajudando a construir outros diálogos com as trajetórias que já havíamos trilhado.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da PUCRS, onde fiz o Mestrado, e iniciei o Doutorado, experiência que possibilitou o desejo de seguir estudando, além de contribuir para qualificação do meu trabalho cotidiano.

Aos colegas do NEST – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho, pelo acolhimento, pelos encontros, pelas contribuições, que fazem ser difícil terminar uma etapa, e que estimulam novos desafios conjuntos.

Às amigas que ficavam me chamando, fazendo convites, e só ouviam, ‘estou enlouquecida escrevendo, terminando a tese, agora não posso’, e mesmo assim não desistiram de mim, principalmente a Simone, a Andreia e a Andrea, a Ana

Guilhermina e a tia Loiva.

Agradeço o carinho, apoio e tolerância de minha família pelas inúmeras horas de ausência para que eu pudesse escrever esta tese. Meus pais, Sirlei e Paulo, que se orgulham e sempre acreditaram e me ensinaram o que é ter coragem, pois com eles aprendi que primeiro a gente tenta resolver, depois a gente pensa em desistir. Minha filha, Anna Luiza, um presente na minha vida, para quem ensino a ter coragem; para minha filha emprestada, Gisa, que o meu coração recebeu e acolheu; e para meu companheiro de vida Claudio, parceiro que a vida trouxe, que contribuiu com o afeto necessário para tantos anos de convivência com a pesquisa.

Aos professores da banca, prof. Dra. Analice Palombini que além da implicação com o cuidado singular é testemunha de parte de minha inserção na Saúde mental desde o processo da Residência Multiprofissional; ao prof. Dr. Pedro Gabriel Delgado, que representa uma trajetória das políticas sociais, com a reflexão crítica destes processos e com o compromisso ético-político, e à prof. Dra. Esalva Maria Carvalho Silveira que possui uma trajetória no campo de defesa dos direitos humanos, inserida tanto no campo acadêmico quanto na instituição hospitalar. E às professoras que participaram da banca de qualificação, Prof. Dra. Liane Righi que representa uma profissional implicada com a Reforma Psiquiátrica; e a prof. Dra. Berenice Rojas Couto que representa a discussão das Políticas Sociais e dos direitos humanos.

E, finalmente, aos orientadores, ao prof. Dr. José Neury Botega, coorientador, deste trabalho, que acompanhou a experiência gaúcha com hospitais gerais em diferentes momentos e viu nele um desafio interessante para auxiliar a percorrer um caminho de análise no campo político e epistemológico, que escolheu para sua trajetória profissional esta temática sendo uma referência, e que acolheu a proposta e auxiliou a pensar nestes anos de pesquisa. E, especialmente à professora Dra. Jussara Maria Rosa Mendes minha orientadora, sempre presente, companheira de construções e indagações, atenta e incansável, parceria de longa data no movimento social de luta antimanicomial; que, além de orientadora, é uma pessoa especial e uma amiga que sabe acolher e agregar, e que com sua simplicidade e conhecimento indiscutíveis fez possível e mais leve esse longo caminho.

RESUMO

O atendimento de saúde mental em hospitais gerais no Brasil vem crescendo em especial na última década, como resultado de políticas sociais específicas para ampliação da rede de atenção psicossocial, constituindo mais um recurso para mudança de paradigmas na produção do cuidado. Assim, um dos maiores desafios para reforma psiquiátrica brasileira tem sido a coexistência de modelos de atenção, que seguem lógicas distintas na relação estabelecida entre os modos de gestão de políticas, oferta e organização dos serviços, e na relação entre os profissionais e os usuários. O Rio Grande do Sul, em especial a política estadual, vem utilizando recursos públicos para incentivo ao atendimento de saúde mental em hospitais gerais, nos últimos três governos, com as devidas diferenças de contextos e políticas propostas, configurando, assim, um cenário de concentração de leitos em relação aos demais estados do país. Uma tese sobre as políticas sociais, que utilizam recursos públicos para complementação do Sistema Único de Saúde, no atendimento de saúde mental, utilizando leitos de saúde mental em hospitais gerais foi um desafio colocado a partir de vários outros questionamentos que envolvem esta temática; possibilitando, assim, discutir os contextos desta modalidade de atenção e em especial os modelos de atenção presentes nos processos de trabalho das equipes. Para a construção desta tese foi utilizada uma pesquisa quanti-qualitativa, com o objetivo de compreender quais modelos de atenção em saúde mental se expressam na organização e gestão da atenção, a partir da ampliação de leitos de saúde mental em hospitais gerais no Rio Grande do Sul. Para tanto foram utilizados como fontes legislações, dados do Datasus, relatórios e projetos terapêuticos de hospitais gerais, além da realização de entrevistas e grupos nominais. O cuidado na crise ainda tem no hospital uma referência muito forte; é possível encontrar nas diferentes instituições um modelo híbrido, que contempla diferentes experiências e formações, com potencial de movimento e que pode desacomodar práticas mais rígidas, promover cuidado com acolhimento e singularidade – desafios que se colocam para o trabalho em rede. Estes e outros resultados estão presentes nesta tese que reúne o trabalho de pesquisa conectado com o da experiência profissional da pesquisadora.

Palavras-chave: Hospital Geral. Atendimento de Saúde Mental. Cuidado. Gestão da Atenção.

ABSTRACT

The mental health care in general hospitals in Brazil has been growing especially in the last decade as a result of specific social policies to expand the network of psychosocial care and is another resource for paradigm shift in care production. So, one of the biggest challenges for the Brazilian Psychiatric Reform has been the coexistence of care models that follow different logics in the relationship between the modes of management policies, supply and service organization, and the relationship between professionals and user. In Rio Grande do Sul (RS), in particular, the state policy has been using public funds to encourage the mental health care in general hospitals in the last three governments, with appropriate differences in contexts and policy proposals, thus setting a scenario of concentration of beds in relation to other states. A thesis about social policies using public resources to complement the National Health System, in the care of mental health, using mental health beds in general hospitals was a challenge that arose from several other questions that surround this issue, thus enabling discuss the contexts this type of care and in special care models in the processes of work team. To the construction of this thesis we used a quantitative and qualitative research in order to understand which models of mental health care are expressed in the organization and management of attention from the expansion of mental health beds in general hospitals in RS, for this were used as sources laws, Datasus, reports and therapeutic projects general hospitals, as well as interviews and nominal groups. The care crisis in the hospital still has a reference too strong, you can find the different institutions a hybrid model, which includes various experiences and backgrounds, and has the potential of motion that can dislodge stricter practices and promote care with host and uniqueness, challenges to for networking. These and other results are presented in this thesis that meets the research work connected with the professional experience of the researcher.

Keywords: General Hospital. Mental Health Care. Care. Care Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 - HISTÓRICO DO NÚMERO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL NO RS 1991-2012.....	32
QUADRO 2 - RESULTADOS DA REVISÃO DE LITERATURA.....	33
QUADRO 3 - COMPILAÇÃO - LEGISLAÇÕES: LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAIS GERAIS BRASIL E RS - 2010/2013.....	73
QUADRO 4 - COEFICIENTES DE COBERTURA DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS EM HOSPITAIS GERAIS.....	77
QUADRO 5 - MEDIAN NUMBER OF PSYCHIATRIC BEDS PER 10 000 POPULATION IN EACH WHO REGION AND THE WORLD.....	79
QUADRO 6 - TOTAL DE INTERNAÇÕES DE SAÚDE MENTAL NO RS.....	82
QUADRO 7 - NÚMERO TOTAL E PERCENTUAIS DE INTERNAÇÕES E REINTERNAÇÕES POR TRIMESTRE INFORMADOS PELOS HOSPITAIS CONVENIADOS COM A SES.....	98
QUADRO 8 - APLICAÇÃO DOS RECURSOS DE INCENTIVOS FINANCEIROS REPASSADOS PELO ESTADO PARA OS HOSPITAIS COM OFERTA DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL.....	98
QUADRO 9 - INTERNAÇÕES POR TRIMESTRE DISTRIBUÍDAS DE ACORDO COM O TIPO DE DROGA UTILIZADA PELOS USUÁRIOS.....	99
QUADRO 10 - COMPOSIÇÃO E PERCENTUAL DE PRESENÇA PROFISSIONAL NAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL DOS HOSPITAIS.....	102
QUADRO 11 - MODALIDADES DE ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS.....	102
QUADRO 12 - MODALIDADES DE ATENDIMENTO EM GRUPO.....	103
QUADRO 13 - ACESSO A INTERNAÇÕES.....	105
QUADRO 14 - COMPOSIÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS.....	105
QUADRO 15 - CATEGORIAS EMERGENTES RESULTANTES DA ANÁLISE DAS FONTES DE DADOS.....	121

**QUADRO 16 - INTEGRAÇÃO GESTÃO-ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL
PARA O ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAIS GERAIS.....142**

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - TOTAL DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS EM HOSPITAIS GERAIS 2011.	31
TABELA 2 - LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM 25 ESTADOS-MEMBROS DA UE.	80

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 O HOSPITAL GERAL: QUE LUGAR É ESTE?.....	24
2.1 A SAÚDE MENTAL E O HOSPITAL NO BRASIL.....	26
2.2 AS PRIMEIRAS UNIDADES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAIS GERAIS.....	29
2.3 COMO SE CARACTERIZA UM LEITO DE SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL.....	30
2.4 REVISITANDO OUTRAS PRODUÇÕES.....	33
2.5 MODELOS DE ATENÇÃO, CAMINHOS E ESCOLHAS.....	37
2.6 A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	39
2.7 PERCURSO METODOLÓGICO.....	46
3 DA POLÍTICA ÀS POLÍTICAS.....	59
3.1 O CONTEXTO DO SUS E A UTILIZAÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES NA SAÚDE MENTAL.....	63
3.2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO RIO GRANDE DO SUL E A UTILIZAÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS PARA ATENDIMENTO EM HOSPITAIS GERAIS.....	67
3.3 OS PARÂMETROS DE COBERTURA RECOMENDADOS.....	78
3.4 DIREITO E ACESSO, UMA COMBINAÇÃO NECESSÁRIA.....	84
3.5 SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO.....	87
4 AS QUATRO PAREDES.....	94
4.1 RELATÓRIOS TRIMESTRAIS DOS HOSPITAIS.....	94
4.2 PROJETOS TERAPÊUTICOS.....	107
4.3 ENTREVISTAS.....	114
4.4 GRUPOS NOMINAIS.....	120
4.5 PONTOS DE INVISIBILIDADE OU ÂNGULO MORTOS.....	122
5 PARA ALÉM DAS QUATRO PAREDES.....	132
5.1 HOSPITAL COMO PRINCIPAL RECURSO EM UMA REDE DE SERVIÇOS.....	132
5.2 CUIDADO NA CRISE, QUANDO É IMPORTANTE DECIDIR NÃO INTERNAR!.....	135
5.3 FRAGMENTAÇÃO DO CORPO, CONCEPÇÕES DE SAÚDE.....	138
5.4 OS PROJETOS TERAPÊUTICOS COMO CONEXÃO COM OUTROS.....	

PROFISSIONAIS E SERVIÇOS.....	140
5.5 A UTILIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS GERAIS COMO PARTE DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	142
5.6 TRABALHO E RELAÇÕES DE PODER.....	146
5.7 MODELOS HÍBRIDOS DE FUNCIONAMENTO.....	150
5.8 POTENCIAL DE DESLOCAMENTO.....	154
6 CONCLUSÕES.....	159
TÍTULO DA PESQUISA: ENTRE QUATRO PAREDES: DESAFIOS DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL	181
I. JUSTIFICATIVA: ESTA PESQUISA É VINCULADA AO PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM.....	181

1 INTRODUÇÃO

A exclusão social produzida pela reação da sociedade às pessoas que possuem algum tipo de sofrimento psíquico se mostra de diversas formas e se reveste, ao longo dos tempos, com novas roupagens. Tal exclusão se mostra desde o cerceamento do convívio à produção do estigma, à descredibilidade, à falta de acesso até às mais perversas formas de cerceamento da liberdade e do direito de ir-e-vir.

Porém, o avanço histórico também trouxe consigo possibilidades de inclusão, lutas por direitos humanos e mudanças nas formas de convívio e de cuidado em saúde mental, através da construção de espaços, comprovando o quanto a diferença deve ser respeitada nas suas formas de expressão, que incluem também o reconhecimento do sofrimento como condição que necessita de cuidado de forma digna. Com esta percepção e compreensão da realidade, muitos usuários, familiares e trabalhadores lutam pela inclusão e por formas dignas de cuidado em saúde mental. Trabalhadores de saúde têm direcionado seu fazer profissional no campo da saúde mental, avançando na busca de estratégias de inclusão social, que de fato possam garantir o acesso ao direito à saúde e à cidadania.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil avançou principalmente nos últimos 20 anos e a ampliação da rede de serviços em substituição aos hospitais psiquiátricos trouxe consigo uma gama de possibilidades de inserção aos usuários do SUS, em especial no campo da Saúde Mental. Avançou-se em termos de legislação e do número de serviços, mas muito ainda há que se fazer não só em relação ao número de serviços, mas principalmente à lógica de atenção que reflita modelos de atenção integral, com participação do controle social verdadeiramente não manicomial.

O hospital geral tem sido um dos espaços de ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental, que tem se ampliado com o estímulo governamental, através de incentivos financeiros tanto no nível federal quanto no nível estadual, como é o caso do Grande do Sul.¹ A ampliação por si não é garantia de qualidade do acesso e de modelo de atenção voltado para a Reforma Psiquiátrica, pois coexistem

¹ “Foram criadas redes de atenção integral em saúde mental, fóruns representativos, associações de usuários e familiares, cooperativas, 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, Residenciais Terapêuticos, Pensões Protegidas, como políticas de substituição progressiva do modelo manicomial”. (MONTEIRO, 2009)

modelos que repetem lógicas fragmentadas e manicomiais.

O atendimento em saúde mental, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, deve ocorrer de forma a articular os serviços hospitalares e extra-hospitalares num trabalho em rede, com uma lógica de integralidade e de inserção. Assim, os serviços hospitalares devem ser utilizados quando os demais recursos forem esgotados, empregando-os especificamente para momentos de crise.

Nesse contexto, busca-se, através desta tese, elucidar os modelos de atenção em saúde mental presentes nos hospitais gerais com oferta de atendimento em saúde mental, que utilizam recursos financeiros da política específica por parte do Estado, no intuito de subsidiar discussões em relação ao tema. Considera-se relevante esta produção para dar visibilidade: aos modelos de atenção em saúde mental das equipes de saúde mental dos hospitais; às possíveis dificuldades de acesso; às estratégias de gestão utilizadas, além da disponibilização de incentivos financeiros envolvidos no processo de incentivos. 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, considerando seus efeitos para Reforma Psiquiátrica no RS.

Tais questões têm constituído objeto de estudo da pesquisadora, tendo inclusive resultado em uma dissertação de mestrado em 2009². Na oportunidade, realizou-se um estudo de caso em um hospital geral, que disponibiliza leitos para atendimento de saúde mental no RS. Contribuiu também, para a compreensão do tema da dissertação, a inserção profissional junto à Secretaria Estadual da Saúde no trabalho direto com os hospitais, na organização, orientação para implementação e regulação do acesso da atenção ao portador de sofrimento psíquico nestes espaços. O objetivo do estudo de caso realizado na dissertação foi o de estudar o que havia de diferente naquele hospital, o que tornava possível aquele lugar, com outra lógica: a lógica de integralidade.

Na construção do projeto de doutorado o intuito foi ampliar o conhecimento produzido anteriormente, para investigar a configuração dos demais hospitais gerais – que atendem saúde mental no RS – visto que sua ampliação se deu de maneira acelerada nos últimos anos, impulsionada por políticas de financiamento de leitos

² MONTEIRO, Jaqueline da R. **Loucura é a falta de cuidado, o hospital geral como lugar possível na rede de saúde mental**. 2009. Dissertação. Mestrado. Porto Alegre, PUCRS, 2009.

hospitalares e, também, em grande parte, pela pressão da população e da mídia. Como o processo de ampliação de leitos, através de políticas específicas dotadas de recursos financeiros é relativamente recente no país, esta é uma temática com escassa produção escrita e de pesquisa a respeito, ainda mais quando se trata de investigação sobre o campo das políticas sociais.

Ao dar prosseguimento às reflexões e estudos em relação a esta temática, na continuidade do processo investigativo, os questionamentos sobre a ampliação e a configuração do atendimento ampliaram-se, evidenciando novos ângulos: a ética e os direitos como uma questão transversal com implicações relevantes a serem consideradas no processo.

A produção acumulada já vinha neste rumo e serviu também como base para o aprofundamento da pesquisa de doutorado, bem como para realização de outra pesquisa específica em álcool e outras drogas.³ (MONTEIRO, 2009)

A escolha pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social intencionalmente marca o reconhecimento de um posicionamento ético-político da Psicologia Social, frente ao contexto social, marcado por uma Psicologia que reconhece o sujeito como produto e produtor da realidade social.

Assim, poder produzir uma tese sobre as políticas sociais que utilizam recursos públicos, para complementação do Sistema Único de Saúde, no atendimento de saúde mental, utilizando leitos de saúde mental em hospitais gerais, foi um desafio que se colocou a partir de vários outros questionamentos envolvidos nesta temática.

Qual o papel do hospital; a que necessidades se propõem, ou a quais necessidades reforçam; porque este modelo ainda é hegemônico; o que pode manter ou romper em relação aos modelos manicomial; de que forma se relaciona com os demais componentes da rede, com os usuários atendidos, com a população; o que modifica na relação da sociedade com o portador de sofrimento psíquico, na medida em que propõe o atendimento no mesmo local dos ditos “normais”, na mesma cidade, e não mais em hospitais psiquiátricos como primeira opção?

Como pensar e problematizar a questão do atendimento de saúde mental em

³ Esta pesquisadora, durante o processo de doutoramento, compôs a equipe de pesquisa do projeto: “A atenção clínica aos usuários de crack no hospital geral nas regiões macrometropolitana e macronorte do Rio Grande Do Sul-RS”, proposto através da UPF – Universidade Federal de Passo Fundo e da UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011-2012. Compreendendo-se que esta pesquisa pode contribuir com dados primários para a tese, pretende-se utilizar dados desta sobre as regiões de abrangência.

hospitais gerais, como pensar o impensado, o que possibilita esta configuração, que estigmas continuam presentes mesmo após tantos anos de mudanças nas práticas e tipos de serviços de saúde mental ofertados por políticas, que práticas existem realmente, com que modelos se legitimam, quais são as reais necessidades dos doentes mentais, o que realmente é atendido, que desafios de saúde mental se põe para todos os tipos de modelo em saúde que disputam no terreno da saúde mental, que mudanças exigem às políticas?

Que desafios se colocam na atenção em saúde mental: no campo das políticas sociais; na destinação de recursos pelos gestores para uma gama de serviços; na utilização de instituições filantrópicas; no funcionamento em rede com modelos de atenção integral, enfim, são muitas as indagações presentes neste trabalho e que obviamente não se esgotam, pois traduzem a dinamicidade de um momento histórico na nossa sociedade.

A expressão trazida no título *Entre quatro paredes* é uma provocação para que se pense este tipo de serviço que, habitualmente, tem uma lógica de funcionamento mais isolada dos demais serviços da rede de saúde e saúde mental; e, para atender saúde mental enfrenta resistências internas e externas, assim como uma cultura que reforça um lugar de local especializado e que por conta disso alimenta um imaginário de expertise, como se fosse o melhor lugar para atendimento.

Aos poucos a tese se propõe a ir desvendando as paredes, mostrando o que as constitui, desde legislações e documentos que embasam o atendimento até as relações de cuidado produzidas e diálogos possíveis com outros serviços.

Assim, o capítulo *O Hospital Geral: que lugar é este?* traz uma contextualização de como o hospital geral se constituiu como lugar de cuidado, ao longo dos últimos séculos, e como hoje acolhe o atendimento de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul; como se caracteriza um leito e como as categorias modelo de atenção e rede atravessam este contexto e traz, ainda, uma revisão bibliográfica sobre a temática.

O capítulo *Da Política às Políticas* apresenta o contexto da Política social no Brasil, as legislações que embasam os incentivos, os parâmetros de cobertura, os totais de leitos e a discussão do acesso.

O capítulo *As quatro paredes* mostra o resultado da análise de diferentes

materiais documentais que serviram como fonte para a pesquisa, relatórios, projetos terapêuticos, além das entrevistas e dos grupos nominais.

Por fim, o último capítulo, *Para além das quatro paredes*, mostra reflexões sobre o processo de trabalho, os modelos de atenção que se remodelam com novas configurações, as capturas do cotidiano, as estratégias utilizadas pelas equipes que são capazes de produzir cuidado singularizado dando o tom da tese que se constituiu.

2 O HOSPITAL GERAL: QUE LUGAR É ESTE?

Em *História da Loucura* (1999) Foucault aborda um pouco da história do nascimento do hospital geral, o qual estava muito longe de uma dimensão do cuidado. No séc. XVII toda uma leva de pessoas estava sujeita às consequências do crescimento econômico. Ampliava-se o número mendigos e, entre as respostas desta época para uma crise econômica, a solução dada pelos governos e pela sociedade era o internamento ou o banimento para terras recém-descobertas. Assim, os primeiros hospitais gerais têm a função de correção de “mendigos, desempregados, dos sem trabalho e vagabundos”, e, fora dos períodos de crise, a função seria de dar trabalho aos que foram presos, que serviriam como mão-de-obra barata. (FOUCAULT, 1999, p.67)

Dava-se uma conotação moral, uma valoração ética, que classificava os pobres em “bons e maus pobres”, os bons seriam “humildes, modestos e satisfeitos com sua condição”, os de Jesus Cristo, já os maus seriam “inimigos da boa ordem, vagabundos, mentirosos, bêbados”, os do Demônio. (FOUCAULT, 1999, p.61) A era clássica traz a conotação ética de ociosidade, que dará à loucura esse lugar de inadaptação social.

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 começam 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. Já o século XIX marca, então, a separação da loucura em asilos específicos. (FOUCAULT, 1999, p. 73)

Em *As palavras e as coisas* Foucault (2000) provoca através do poema de Borges, a ver como a nossa sociedade tem uma necessidade insana de classificar, de separar e nomear, de dar um lugar às coisas, às pessoas, às doenças. É como se assim tudo ficasse no seu devido lugar. Dessa forma, separam-se os mendigos, os loucos, os desadaptados e todos aqueles que, de alguma forma, podem perturbar

a ordem vigente, o “desenvolvimento da sociedade”. A separação que dá a impressão de organização à sociedade reforça a segregação e as desigualdades, asilando inúmeras pessoas da possibilidade do convívio, da escolha e da liberdade de ir-e-vir.

O corpo é objetivado e fragmentado, apenas um modelo do corpo vivido, fornecendo modelos normativos que não têm lugar para discussão do subjetivo, reforçados pela biomedicina. (ORTEGA, 2008) O hospital geral que mais tarde se tornaria lugar de cuidado, novamente repete sua função classificadora, na medida em que se torna lugar de cuidado do corpo, um corpo desprovido do emocional, do mental; já o lugar dos problemas mentais seria o asilo.

O século XX reclama ao mundo a necessidade de se olhar para a loucura como sofrimento e não mais como uma questão moral; são inúmeros os movimentos, Inglaterra, Itália, França, Estados Unidos, entre outros que começam a questionar as formas enclausuradoras de tratamento.

O final do século XIX e início do século XX marcam um movimento interessante de retorno da loucura ao hospital geral, agora misturada a toda sorte de patologias, como lugar da doença (FOUCAULT, 1999).

A reforma psiquiátrica propõe a substituição do modelo asilar, manicomial, pelo modelo da rede de serviços, onde o hospital geral é parte desta. O principal dispositivo de atenção em saúde mental tem sido o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, por sua relação com a comunidade, e sua forma de funcionamento aberto para a promoção do atendimento e de ações de reabilitação psicossocial. O hospital geral aos poucos vem ampliando seu espaço para o atendimento do sofrimento psíquico, no momento da crise, com a proposta de períodos mais breves de internação. Mas uma das questões importantes que se suscita é se este lugar está preparado para atender aquilo que não é do corpo, da ordem do concreto.

Nesse sentido, as concepções biologicistas da doença mental colocam o sofrimento psíquico em um lugar de equiparação às demais doenças, na medida em que podem tratá-las como uma enfermidade de um corpo. Mas como pensar em um corpo apenas, quando há inúmeras pessoas que sofrem com as consequências de sua condição, com a exclusão, a falta de oportunidades, as regras e as classificações morais, as condições de vida, de cuidado as quais são submetidas?

Assim, embora o conceito mais comum de saúde mental esteja “[...] relacionado à ideia de um campo profissional, ou uma um área de atuação”,

conceituar saúde mental requer compreender o conceito, observando cultura e época, considerando-os como atravessamentos que trazem tanto relações de compreensão de homem e de mundo como as concepções de saúde e doença. (LANCETTI; AMARANTE, 2006, p. 616)

2.1 A SAÚDE MENTAL E O HOSPITAL NO BRASIL

Data de 1841 a criação do primeiro Hospício no Brasil, o hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro. 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. (MONTEIRO, 2009).

O século XIX ficou conhecido como o século dos manicômios, em função do grande aumento de instituições psiquiátricas no mundo. (PESSOTI, 1996) No modelo manicomial, a instituição, com suas rotinas e protocolos, torna o sujeito passivo, paciente, 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.

Historicamente o hospital geral não nasceu com uma função de cuidado em saúde, mas sim de asilo aos desadaptados, desdobrando-se, mais tarde, na criação dos manicômios para os doentes mentais. Com o tempo o hospital geral constitui-se como local de cuidado do corpo e o hospital psiquiátrico como o local de cuidado da mente.

Na medida em que os hospitais gerais começam a atender questões de saúde mental, uma nova configuração se propõe, com o retorno do atendimento do que é respectivo da mente no hospital geral. Os questionamentos que nortearam a pesquisa buscam, nesta nova configuração, a compreensão da lógica a que se

propõem.

No livro *As palavras e as coisas* Foucault ressalta que, no pensamento clássico, a linguagem tem fundamental importância na construção do conhecimento; já no pensamento moderno, o objeto em si da construção do conhecimento é o próprio pensamento, o próprio homem. Pensar o impensado seria buscar um reencontro com sua essência, desocultar, desalienar, buscar a compreensão do terreno que estabelece cenários distintos para as experiências humanas.

(...) todo pensamento moderno é atravessado pela lei do pensar o impensado – de refletir, na forma do Para-si, os conteúdos do Em-si, de desalienar o homem reconciliando-o com sua própria essência, de explicitar o horizonte que dá às experiências seu pano de fundo de evidência imediata e desarmada, de levantar o véu do Inconsciente, absorver no seu silêncio ou de pôr-se à escuta de seu murmúrio indefinido. (FOUCAULT, 2000, p.451)

Comparando com o lugar que ocupa o hospital geral na relação com o processo de saúde e doença – o corpo, é consenso que este local, em se tratando das questões de saúde mental, tem a função de tratamento da crise, do momento mais crítico de um estado de adoecimento psíquico. Seu papel é restabelecer um mínimo de equilíbrio, e aqui se relembra novamente Canguilhem (2009), citado anteriormente, ressaltando o peso da norma na concepção de normal e patológico.

O embasamento principalmente pela visão fisiológica, que dissocia o processo da produção do adoecimento, veste-se de uma racionalidade, e encobre a força das normas na nossa sociedade. “O normal é o efeito obtido pela execução do projeto normativo, é a norma manifestada no fato”. (CANGUILHEM, 2009, p 205) O anormal, constituindo-se como negação do normal, contraditoriamente não sendo posterior, mas anterior, por ser a fixação das normas que proporciona a dicotomização da determinação do que é ou não normal. Na lógica da normalização, o que é mais próximo do humano vai sendo deixado de lado, a dor toma mais lugar na produção do que o prazer, e o diferente é mais um cliente, na mercadorização da saúde, em nome de uma onipotência da técnica baseada na ciência, centrada no biológico.

A lógica tradicional de cuidado em saúde baseia-se na lógica da normalização do sujeito, enquanto a lógica da integralidade propõe a atenção na perspectiva do respeito à diferença. A expectativa do tratamento em um hospital é a cura, esta é sua função, mas como, em se tratando de saúde mental, buscar uma cura? A lógica

é do concerto, retorno a um estado que não se possui, relação de objeto e não de sujeitos.

O hospital por ser um lugar de cuidados mais intensivos, lida com situações em que as pessoas estão colocadas em posição de paciente, mais vulneráveis e sujeitas aos procedimentos, são situações da ordem do corpo. Já, em se tratando das questões de saúde mental, os sujeitos geralmente não estão debilitados fisicamente, exigindo, da instituição e dos profissionais, dinâmicas distintas daquelas a que a instituição está acostumada. Ou se “cala o corpo” com contenções, ou se atende o apelo desta outra ordem.

Para pensar a representação desta nova configuração do hospital geral como um local de atenção em saúde mental, e buscar a construção do problema de tal forma a descobrir o véu, encontrar o impensado, faz-se necessário verificar: o que informam as políticas; que modelos elas propõem; que disputas são presentes neste processo; que configurações são constituídas e que conhecimentos se legitimam. Que território é este que possibilita este campo de políticas, de ações, e de novas configurações.

Pois, há um campo contínuo de disputas entre modelos de atenção em saúde mental, entre a compreensão do sujeito a partir da perspectiva da reforma psiquiátrica e a compreensão biomédica, mesmo que pela via legal se tenha legitimada uma configuração oficial da integralidade. A existência de legislação que garante legitimação de uma rede de serviços não é suficiente para manutenção de um modelo de atenção em saúde mental, pois o tensionamento ocasionado pelas disputas de interesses, entre os modelos de atenção em saúde mental, coexiste e interfere cotidianamente nas práticas profissionais e no estabelecimento de políticas.

O hospital geral, lugar “de cuidado do corpo”, se abre para a possibilidade do cuidado da “mente”, mas com o desafio que é o cuidado integral, revertendo uma lógica voltada durante séculos de funções sociais distintas.

Este tensionamento faz com que a configuração, que se estabelece no atendimento de saúde mental em hospitais gerais, possa ter resultados os mais distintos, dentro deste campo de disputas, traduzindo-se, portanto, em uma questão importante para pesquisa.

Cabe ressaltar, antes de mais nada, o papel das ciências como a Psicologia,

contribuíram para a percepção da mente, como um ente separado, como endossaram métodos disciplinares, de reconhecimento das diferenças e, portanto, de controle das individualidades num período de ascensão do capitalismo industrial, no final dos século XIX e começo do XX. (SPINK, 2003, p. 151)

2.2 AS PRIMEIRAS UNIDADES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAIS GERAIS

Através de uma visitação 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 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, ambulatorios, 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 em nosso país. (BOTEGA; DALGARRONDO, 1992)

Quanto aos hospitais psiquiátricos sabe-se que, no Brasil, existiram cerca de

60 hospitais psiquiátricos, na década de 1940, chegando a 341 na década de 1970, e ao seu auge na década seguinte com 430 hospitais, 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)

Em nosso país, no âmbito das legislações, estadual e nacional, constata-se que estas se consolidaram na direção das políticas públicas voltadas ao atendimento das necessidades de implementação da reforma psiquiátrica brasileira, que possibilitam a criação de redes de atenção integral em saúde mental, fóruns representativos, associações de usuários e familiares, cooperativas, 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, Residenciais Terapêuticos, Pensões Protegidas, como políticas de substituição progressiva do modelo manicomial.

O hospital geral, que deve ser considerado como recurso último no momento de crise, compõe a rede de serviços regida por legislação específica e deve estar interligado a outros serviços de acompanhamento, dentro das ações em saúde de promoção, prevenção e recuperação preconizadas pelo SUS-Sistema Único de Saúde.

2.3 COMO SE CARACTERIZA UM LEITO DE SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL

O Ministério da Saúde (2013) através da Política Nacional de Saúde Mental reconhece os leitos de atenção integral em saúde mental como:

[...] todos os recursos de hospitalidade e de acolhimento noturno, articulados à rede de atenção à saúde mental: leitos de Hospitais Gerais, de CAPS III, das emergências gerais, dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas. (BRASIL, 2013)

Embora o reconhecimento dos serviços como de atenção à saúde mental em hospitais gerais englobe uma gama mais ampla que o hospital geral em si, salienta-se aqui o hospital geral como lugar de cuidado em saúde mental. Esta definição contempla em si uma concepção de leito norteado por referenciais da Reforma

Psiquiátrica Brasileira. Pois contempla serviços interligados em rede, que sejam propícios a internações de curta duração, especificamente para momentos de crise e que não produzam cronificação e institucionalização, diferentemente dos inúmeros leitos de hospitais psiquiátricos que ainda mantém institucionalizadas milhares de pessoas no Brasil. Embora não sejam permitidas novas institucionalizações no país, não há garantia da aplicação da lei, caso não ocorram denúncias destas práticas pelos profissionais e familiares. No Brasil, e mais especificamente no RS, ainda existem moradores institucionalizados vivendo há muitos anos nestas instituições, desprovidos de convívio social e possibilidade de vida com dignidade.

Abaixo, o total de leitos no país.

Tabela 1 - Total de leitos psiquiátricos em hospitais gerais 2011.

UF	Nº DE HOSPITAIS	LEITOS SUS
AC	12	13
AM	1	1
AP	1	16
BA	15	116
CE	29	103
DF	2	33
ES	7	29
GO	13	156
MA	6	20
MG	42	272
MS	29	113
MT	8	10
PA	11	82
PB	17	52
PE	7	68
PI	15	42
PR	19	166
RJ	53	150
RN	5	19
RO	1	60
RR	2	11
RS	199	1086
SC	77	509
SE	3	54
SP	65	712
TO	7	17
Total	646	3910

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde –CNES, DATASUS 2011.

No material Saúde Mental em Dados nº 11 (BRASIL, 2012) os dados que mostram os leitos de saúde mental em hospitais gerais condensam informações de 2011. Porém, principalmente no período compreendido de 2008 até 2012, no RS,

foram ampliados os leitos de Saúde Mental, contemplando os atuais 1458 leitos de saúde mental em hospitais gerais; sendo que destes um total de 1249 estão cadastrados para recebimento de incentivos financeiros (estaduais e ou federais), bem como ainda existem 810 leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 - Histórico do número de leitos de saúde mental no RS 1991-2012

Ano	Hospital geral	%	Hospital psiquiátrico	%	total	%	Leitos clín. AD com incentivo
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	57%	920	57%	1.609	100%	544
2008	818	63%	810	50%	1.628	100%	562
2009	875	64%	810	48%	1.685	100%	574
2010	875	66%	810	48%	1.685	100%	671
2011	875	66%	810	48%	1.685	100%	671
2012	1458	64%	810	36%	2.268	100%	0

Fonte: CNES; Monteiro (2009). Compilação da autora (2013).

De acordo com dados do DATASUS é possível observar que o número de internações em saúde mental (transtornos mentais, álcool e outras drogas) nos últimos 5 anos no Estado vem crescendo, compreendendo mais de 60% dos atendimentos em hospitais gerais. Esta é uma lógica que até bem pouco tempo seria difícil de imaginar.

Uma das questões relevantes e que serviram de orientação para o desenho desta pesquisa foi buscar compreender este crescimento através da lógica de

funcionamento dos serviços, no lugar mesmo onde ocorre, ou seja, dentro dos hospitais, para compreender assim o modelo de atenção presente nestes hospitais.

2.4 REVISITANDO OUTRAS PRODUÇÕES

Para fins de identificação do que tem sido produzido a respeito da temática de saúde mental em hospitais gerais, foi realizada uma revisão bibliográfica.⁴

Os critérios de inclusão dos artigos na revisão bibliográfica foram: todos os tipos de artigos (revisão de literatura, pesquisa, relato de experiência, reflexão teórica, estudo de caso), dissertações e teses publicadas no período de 1992 a 2011, escritas em língua portuguesa e espanhola; identificados pelos descritores “saúde mental” e “hospital geral” e “reforma psiquiátrica”. O período foi delimitado considerando-se que no RS a lei Estadual de Reforma Psiquiátrica foi promulgada em 1992 (RIO GRANDE DO SUL, 1992), entendendo-se que esta legislação seria um fator determinante para que ocorresse um movimento maior de ampliação de outros serviços em substituição aos hospitais psiquiátricos. Assim, na busca bibliográfica contemplou-se este período como fator importante na busca.

Foram encontrados 59 artigos, sendo que destes com assunto principal saúde mental: 29; hospitais gerais: 14; unidade hospitalar de psiquiatria: 16. Foi excluído um primeiro grupo pelos títulos e após, pelos resumos, e destes, os repetidos. Foram encontrados 10 artigos, 3 dissertações, inclusive uma delas de autoria da pesquisadora, conforme quadro a seguir:

Quadro 2 - Resultados da revisão de literatura

⁴ Salientam-se neste contexto além dos achados da revisão bibliográfica as contribuições de Neury Botega e Paulo Dalgalarrodo (1992; 1995) que tem sido referenciais para muitos dos trabalhos de pesquisa publicados. As fontes de consulta foram o Banco de Teses e Dissertações, CAPES, BIREME, LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane.

Ano	Temática	Autores	Principais contribuições, conclusões informadas pelos autores
1995	Serviços de Saúde Mental no Hospital Geral	Botega, Neury José	Contribuições sobre o funcionamento, e atendimento de saúde mental em hospital geral
1996	Psiquiatria no Hospital Geral: reflexões e questionamentos.	Cassorla, Roosevelt M. S.	Discute-se, também, o paradoxo da convivência de modelos que tentam recuperar o direito de cidadão do doente mental com outros que, a partir da sacralização da ciência, tendem a perder o ser humano como objetivo da atenção em saúde mental.
1997	Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais: Situação atual e Tendências	Botega, Neury José; Schechtman, Alfredo	As UPHGs cresceram numericamente a partir de 1980, o que se acentuou na primeira metade desta década, quando passaram a ser instaladas em instituições de menor porte, públicas e filantrópicas, não ligadas a escolas médicas. As UPHGs têm-se adequado, mais frequentemente, aos pacientes psicóticos agudos e aos acometidos por transtornos afetivos. Falta de segurança e de pessoal tem dificultado o atendimento de pacientes agressivos e de idoso dependentes de cuidados de enfermagem. A internação de dependente de álcool ou drogas é preterida ou reduzida a um mínimo de tempo.
2000	Serviços de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo.	Santos, Maria Eugênia de S. B. dos; AMOR, Jafesson dos A. do; Del Bem, Cristina M e Zuardi, Antônio W.	O serviço atendeu pacientes com quadros psiquiátricos graves, em real situação de urgência, sendo observada uma ampliação das funções do serviço de emergências psiquiátricas e sua efetiva inserção na rede pública de serviços de saúde mental.
2003	Aspectos do funcionamento de uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral	Pacheco, Marco Antônio; Cataldo Neto, Alfredo; Menezes, Fernanda; Krieger, Carlos Augusto; Bersano, Lídia; Gil, Alexei.	Tentar discutir o embasamento que respalda cientificamente as condutas e manejos dentro de uma UIP poderá lançar luz ao nosso conhecimento, principalmente daqueles que estão iniciando a prática psiquiátrica, sejam estudantes estagiários ou residentes.
2007	A humanização na assistência à saúde mental no hospital geral: uma das alternativas terapêuticas da reforma psiquiátrica garantida pelos direitos humanos	Marchewka, Tânia Maria Nava	Buscou-se delinear o paradigma introduzido pela reforma psiquiátrica brasileira e seus desdobramentos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil, e traçou-se o desenvolvimento e a aplicabilidade da assistência psiquiátrica no hospital geral, de modo a demonstrar que a efetividade dos direitos humanos depende da humanização do atendimento ao paciente portador de transtorno mental.
2007	Dissertação: A (des) integralidade pela (in) diferença: um estudo sobre práticas assistenciais ao louco na emergência de um hospital "QUASE GERAL"	Araújo, Fátima Cristina Alves de.	As relações de poder no campo seguiram o modelo biomédico hegemônico, com centralidade na figura do médico. Elas foram consideradas empecilho à materialização da integralidade. A fim de possibilitar a concretização do hospital como parte da rede de serviços substitutivos julgou-se necessário investir em novos arranjos institucionais que coloquem o usuário como centro dos modos de produção de atos de saúde; inserir a dimensão cuidadora na formação e qualificação dos profissionais de saúde e, investir especificamente na dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica para que o ideário reformista deixe de circular somente os "guetos" psiquiátricos e garanta um outro lugar para o louco na sociedade.
Ano	Temática	Autores	Principais contribuições, conclusões informadas pelos autores
2008	Estudo da	Lucchesi,	A postura assumida pelo órgão gestor, que decidiu pelo

	viabilidade da implantação de uma unidade psiquiátrica em um hospital geral	Maurício.	financiamento adequado da unidade psiquiátrica e exerceu sua ascendência sobre o hospital prestador, foi decisiva para o desfecho do caso. A principal dificuldade para a implantação das unidades psiquiátricas não é o estigma presente na cultura dos hospitais gerais, mas uma limitação de ordem estratégica: a falta de uma política afirmativa para essas unidades.
2008	Dissertação: Assistência em SM: atuação dos trabalhadores de enfermagem de nível médio em uma enfermaria de psiquiatria de um HG	Zago, Karine Santana de Azevedo.	Os resultados envolvem a caracterização dos sujeitos; descrição do setor e das atividades desenvolvidas pelos sujeitos e as facilidades e dificuldades encontrados por eles para o desenvolvimento de suas atividades.
2009	Dissertação: Loucura é a falta de cuidado! O Hospital Geral como um lugar possível na rede de saúde mental.	Monteiro, Jaqueline da Rosa Monteiro.	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.
2010	Interconsulta psiquiátrica e unidades de internação psiquiátrica no Brasil: Uma revisão bibliográfica	Silva, Naiara Gajo; Oliveira, Alice Guimarães Bottaro de.	UIPHG estão em processo de consolidação no País e ainda enfrentam resistências. A interconsulta psiquiátrica e as UIPHG são alternativas para a melhora da assistência em saúde mental, sendo recomendável que a enfermagem explore esse campo de atuação. (AU)
2010	Serviço de Emergência Psiquiátrica em Hospital geral: estudo retrospectivo	Sousa, Fernando S. P. de; Silva, Cezar Augusto Ferreira da; Oliveira, Eliany Nazaré.	Estudo documental de abordagem quantitativa, que buscou o perfil de pacientes atendidos na emergência de saúde mental de um hospital geral. Pelos resultados, depreende-se o quão imprescindíveis são os serviços de saúde mental.
2010	A internação psiquiátrica em um hospital geral: o significado para os familiares	Mello, Rita Mello de.	Como resultado dessa investigação é possível compreender o significado da internação para os familiares e contribuir para que profissionais de saúde mental reflitam sobre suas ações e o envolvimento da família em uma unidade de internação psiquiátrica em HG.

Fonte: Scielo (2011). Organização da autora (2013).

A maioria dos artigos pesquisados abordam questões relacionadas ao tratamento, centrando-se na relação profissional paciente, ou ainda nos tipos de transtornos atendidos bem como sobre o perfil do paciente. Embora mencionem a questão da reforma psiquiátrica e da política nacional de álcool e outras drogas, não entram no aprofundamento sobre a lógica de funcionamento destes serviços, mesmo que alguns apontem a continuidade da presença da lógica manicomial em muitas instituições.

Dentre as produções que mais se aproximaram da temática da pesquisa o artigo de Mauricio Lucchesi (2008) aborda a questão do estigma e vontade política

de prestadores e gestores, na resistência em implantar Unidades de psiquiatria em hospitais gerais. Já o artigo de Ana Lúcia Machado, *Enfermagem e unidades psiquiátricas*, aborda a questão do paradigma da internação e as produções de Neury Botega (1992; 1995) sobre saúde mental no hospital geral, principalmente o manejo com o paciente, mas traz também um importante apanhado histórico sobre a constituição deste serviço como referência na rede.

Na busca bibliográfica sobre a temática da saúde mental no hospital geral, relacionando-a com a reforma psiquiátrica, constata-se que a maioria dos textos disponíveis refere-se ao tratamento propriamente dito. Outros textos relacionados com a humanização como estratégia política da saúde, apresentam como foco central a busca pelo respeito aos direitos humanos, aliada à atenção em saúde mental. Porém, há uma carência de estudos que abordem especificamente as repercussões da ampliação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, temática atual e relevante para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Esta carência de produções sobre a temática, com ênfase na reforma psiquiátrica, proposta por este projeto de pesquisa, também é apontado em um artigo do ano de 2010, no qual se aborda especificamente a questão dos leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral. Os autores DIAS, GONÇALVES, e DELGADO (2010) trabalham questões tais como a importância deste tipo de dispositivo, que não deve ter papel central, pois a rede implica um conjunto de diferentes ofertas de cuidado, bem como o fato de que a utilização do leito diz muito mais sobre a própria rede do que sobre a gravidade clínica dos usuários do sistema em si.

No intuito de avaliar o crescimento dos leitos no país, o Ministério da Saúde lançou em 2008 a Portaria MS/GM nº 1.899, de 11 de setembro de 2008, que propôs um grupo de trabalho para acompanhar, realizar um diagnóstico da situação e propor diretrizes para regulação da porta de entrada. (BRASIL, 2008) Nesse contexto, a experiência do RS é a que mais avançou no país em termos quantitativos, propondo a utilização de recursos financeiros para investimento na ampliação, qualificação e capacitação das equipes dos hospitais gerais, ampliando consideravelmente o número de leitos e saúde mental ofertados na rede.

A temática do acesso a internações de saúde mental 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 psíquico.

Porém, o hospital geral nem sempre teve a função de tratamento, pois nasceu enquanto instituição de reclusão a toda sorte de “desadaptados sociais”, dando origem posteriormente aos manicômios. Somente mais tarde constituiu-se enquanto lugar de cuidado do corpo enfermo, enquanto os manicômios teriam a função de cuidado da mente enferma. Dessa forma, como há muito o hospital geral tem tido a função de cuidado do “corpo”, pensar o cuidado de saúde mental nestes locais é pensar um reencontro de corpo e mente, e desvendar os atravessamentos é um exercício instigante para pesquisa.

2.5 MODELOS DE ATENÇÃO, CAMINHOS E ESCOLHAS

Para que essas ações sejam efetivamente materializadas, não basta a existência de serviços, mas mais do que isso, a gestão, a forma como são criados e mantidos e, principalmente, como se configuram processos de trabalho, são modos de fazer em saúde, que denotam modelos e concepções de atenção em saúde, pois:

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)

Nessa perspectiva, as práticas de saúde são práticas sociais operadas por profissionais de saúde. Estas práticas dizem respeito a um modo de fazer em saúde, implicado com o contexto maior, que pode contribuir assim para a produção e reprodução do instituído. (OLIVEIRA, 2008) As práticas demonstram concepções de saúde, e, por conseguinte, de direitos, de Estado, e da própria sociedade, que acabam por determinar a configuração no campo da gestão dos serviços.

Na concepção de modelo trazida por Silva Júnior e Alves (2007) são destacados também aspectos relacionados à organização das ações, à articulação de recursos tanto físicos como tecnológicos e humanos, assim: “O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas em uma dada sociedade,

as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais”. (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007, p.1)

Já para AYRES (2009) modelo poderia ser definido “[...] como a convergência de horizontes entre os diversos discursos socialmente legitimados acerca dos modos de operar as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações”. (AYRES, 2009, p 11)

Este mesmo autor destaca ainda a diferença de sua concepção de modelo de outros autores, na medida em que atribui à maioria das concepções a percepção de unicidade de ações dirigidas a uma estratégia; ele acrescenta a ideia de que o modelo pode ser entendido como a possibilidade de se estabelecer diálogos, entre perspectivas diversas, porém com interesses comuns. (AYRES, 2009)

Jairnilsom Paim (2008) faz referências às diferentes concepções de modelo em nossa sociedade, mas que geralmente e com maior força chamam para algo a ser seguido – padrão, norma. No campo da ciência estaria associada a paradigma, como uma representação da realidade, traços e racionalidades que lhe informam. Portanto, o modelo de atenção à saúde não significaria algo exemplar e único, além disso, ele distingue modelo assistencial de modelo organizacional-gerencial, sendo o primeiro relacionado às ações e o segundo, à estrutura. (PAIM, 2008)

Ainda para este autor, no Brasil, “[...] dois modelos convivem historicamente de forma contraditória ou complementar: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitaria”. O desafio ao SUS tem sido superar problemas de acesso, qualidade e ausência de integralidade, em que ambos os modelos não dão conta. (PAIM, 2008, p 555)

O modelo médico hegemônico tem entre suas características principais a ênfase no biologicismo, concepção ahistórica do processo de saúde-doença, individualismo, medicina curativa, participação passiva do consumidor – entendido como o sujeito que consome serviços médicos. O modelo sanitaria, por sua vez, seria aquele reconhecido no Brasil, como atribuído a políticas públicas, com intervenções sobre problemas e necessidades de saúde, que remetem a campanhas ou programas, muito fortemente difundido no país no século XX. (PAIM, 2008)

As distintas disputas conceituais em relação aos modelos de atenção em saúde mental põem em xeque interesses, concepções e práticas de saúde e saúde mental. As disputas são atravessadas pelo contexto econômico, que impulsiona a construção de “demandas sociais”, nem sempre reais, mas que geram todo um

movimento como procedimentos, produção e venda de medicamentos tornando a saúde uma mercadoria.

As demandas produzidas nos serviços de saúde dizem mais sobre as diferentes concepções e compreensões das demandas do que sobre elas mesmas. Canguilhem (2009), ao discorrer sobre as diversas concepções a cerca do normal e o patológico, faz aproximações, afastamentos e reaproximações das diferentes concepções que circundam a questão, encontrando diferentes estratégias classificatórias de compreensão do processo saúde e doença. Assim, olhar para as demandas produzidas requer olhar para a temática em questão e problematizá-la, fazendo aproximações e reaproximações, considerando que atualmente há concepções biologicistas e sociais que entram em choque ente o tradicional e a reforma de um sistema de políticas de atenção em saúde mental. Estes embates estão presentes enquanto modelos de atenção, que permeiam práticas profissionais em todos os tipos de serviços existentes na rede.

É preciso atentar para o fato de que concepções morais são retomadas em nome da necessidade, na medida em que outros recursos de atenção não são utilizados; bem como muitas internações, como as chamadas pelos profissionais como “baixas sociais,” servem muito mais de abrigo, asilo, refúgio, alívio para as famílias, para autoridades sanitárias e até mesmo para algumas equipes.

Situações que encobrem uma questão social, que mostram o quanto inúmeras vezes as políticas públicas têm dificuldade de dar conta de forma integrada das necessidades da população. Necessidades estas que têm o direito de escolha e, acima de tudo, de ações inclusivas para o atendimento do sofrimento.

2.6 A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

O campo da Saúde Coletiva tem sido um importante espaço desencadeador dessas mudanças conceituais, políticas e sociais e do modelo de atenção, na medida em que constitui um campo articulador de redes.

Segundo Paim (1999, p. 47), “a saúde coletiva, como campo de saber e de práticas que toma como objeto as 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”.

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)

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 intersetorialidade 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, 1974; VASCONCELOS, 2000; DELGADO et al., 2007)

Milton Santos (2006, p. 176) destaca duas grandes matrizes para a compreensão do que seriam redes: uma que considera apenas o aspecto material e outra que considera também o dado social. Assim, a primeira considera a infraestrutura, a topologia dos pontos de acesso e pontos terminais, nós de comunicação, já a segunda, tem seu caráter social pelas “[...] pessoas, mensagens, valores que a frequentam.” Dessa forma, o movimento, a valorização, a objetividade só acontece pela ação e relação humana.

Embora sejam trazidos diferentes autores para pensar a categoria rede, o enfoque dado por Milton Santos (2006) interessa em particular para nortear a construção do pensamento neste trabalho, na medida em que são as relações estabelecidas na ação humana o foco de compreensão e discussão a cerca do funcionamento em rede e da localização do hospital geral, como um ponto dentro desta rede. Pois, o autor salienta que a utilização da palavra e da ideia de rede encontra tanto nas ciências exatas e sociais, uma polissemia do vocábulo que “[...]”

afrouxa o seu sentido e, pode, por isso, prestar-se a imprecisões e ambiguidades, quando o termo é usado para definir situações”. (SANTOS, 2006, p.176)

Segundo Faleiros (2002) na relação em rede estabelecida entre profissionais de diferentes serviços as questões como perda de poder aparecem, e muitas vezes impossibilitam articulações e movimentos para fortalecimento da cidadania e da autonomia.

Assim, as conexões de uma rede de serviços também podem tender “à produção de suas normas e ao isolamento.”, na medida em que a articulação entre serviços com características semelhantes geralmente criam regras e funcionamento próprio, sem considerar outros pontos de articulação no território. (RIGHI, 2010, p.63)

Outra concepção de rede no campo da saúde é apontada por Túlio Batista Franco (2006), nos cenários de produção do cuidado, em que o autor compara as redes com rizomas, conceito que buscou inspiração em autores como Deleuze e Guatarri. Para ele, as redes podem ser estabelecidas a partir de “[...] múltiplas conexões e fluxos construídos em processos, que criam linhas de contato entre agentes sociais que são a fonte da produção da realidade.” O trabalho vivo pode ser capturado pelas normas do funcionamento de um serviço, mas mesmo assim seria capaz de manter sua capacidade rizomática, abrindo linhas de fuga para seu potencial criativo. (FRANCO, 2006, p.460)

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

Assim, são relativamente estáveis, pois precisam contemplar a dinamicidade do cotidiano em cada território, estabelecendo novos desenhos de acordo com diferentes necessidades que surgem. Dessa forma, uma rede de saúde mental precisa de movimento, de maleabilidade, que não provoque relações rígidas, dando espaço a diálogos e ações criativas que não hierarquizem relações profissionais nem serviços.

Nas concepções de rede apresentadas são envolvidos 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.

Embora a lógica de funcionamento de cada serviço dentro da rede seja diferente, e isso acaba por ser um dos maiores nós, pois alinhar diálogos possíveis com modelos às vezes tão distintos de funcionamento torna-se um grande desafio; no campo da saúde mental, por exemplo, a atenção básica não pode ser a única porta de entrada, e “[...] não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas”. (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007, p.5)

A noção de responsabilidade sobre a saúde da população é fundamental para estabelecer uma comunicação na rede, pois muitos serviços costumam reclamar da dificuldade de retorno de seus encaminhamentos por parte de outros serviços, assim como da dificuldade de ter para onde encaminhar. Outro fato importante a ser destacado é também o de que ao produzir o encaminhamento muitos serviços tem a falsa noção de resolução da situação de saúde. O encaminhamento deveria pressupor a corresponsabilização no cuidado, mas a organização hierárquica do sistema de saúde burocratiza e engessa o processo de funcionamento em rede.

No SUS, em especial, a noção de rede é trazida como uma mudança histórica na lógica de funcionamento: 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; OUVÉNEY, 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; OUVÉNEY, 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 está a

regionalização da saúde⁵, ou seja, o planejamento territorializado para delimitação 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 contrarreferência⁷ 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, 2007, p. 11)

Além disso, a estratégia de matriciamento pode auxiliar serviços de maior complexidade no trabalho conjunto de fortalecimento, qualificação e instrumentalização de serviços de menor complexidade para o atendimento de questões de saúde mental, fortalecendo assim vínculos no território. Evita-se, assim, o grande número de encaminhamentos a especialistas, como se muitas das

⁵ Sobre este assunto ver Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.

⁶ Idem.

⁷ Referências de acordo com o ABC do SUS 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. Contrarreferências entende-se o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. Disponível em: www.rebidia.org.br/noticias/saude/planloc.html. Acesso em: 4 set. 2007.

questões de saúde mental não pudessem ser acompanhadas pela atenção básica, por exemplo. (BRASIL, 2011)

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 vincule a este serviço. Por exemplo, o usuário de saúde mental que necessite 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 neste serviço.

Contudo, a construção das redes ultrapassa o âmbito formal das organizações e compõe com a sociedade um 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 pode denunciar, opinar e participar 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 deem 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

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

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, 2002a)

Nesta direção, os serviços substitutivos, na rede, constituíram 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 contrarreferências, 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, 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, 2002) O que o faz, portanto, ser um interlocutor entre os hospitais gerais, por ser um dos principais componentes da rede que deveria fazer o encaminhamento da internação em saúde mental 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)

A utilização de redes pelos usuários engloba movimentos que nem sempre respeitam uma hierarquização dos fluxos de acesso, mas, ao contrário, buscam por vínculos estabelecidos e que lhe são significativos. Da mesma forma, profissionais de saúde também criam suas redes próprias de articulação entre os serviços a partir das relações estabelecidas, que fogem à questão institucional.

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 deve depositar credibilidade, e para quem a rede comunitária é essencial para o processo de construção de espaços 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.

2.7 PERCURSO METODOLÓGICO

As questões e categorias apresentadas até agora serviram como base para a realização da pesquisa de doutorado, e significam um aprofundamento escolhido pela pesquisadora em relação ao tema das políticas de saúde mental que utilizam leitos em hospitais gerais.

Dessa forma, constituiu-se problema de pesquisa, a partir da ampliação de

leitos de saúde mental em hospitais gerais no RS, a compreensão sobre os modelos de atenção em saúde mental que se expressam na organização e gestão da atenção nestes serviços.

A indagação proposta no problema de pesquisa teve o propósito de elucidar como o usuário portador de sofrimento psíquico chega à internação no hospital geral e como é ali acolhido. Ou seja, como o hospital geral possibilita 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. Desse modo, as concepções presentes na Reforma Psiquiátrica e na concepção biomédica fazem-se presentes nas formas como se configuram os serviços ou rede de serviços, a construção de saberes, seus modelos de atenção, suas concepções de direitos humanos e como disponibilizam acesso.

A ampliação por si de vagas não é garantia de acesso com a lógica da atenção integral, na medida em que estratégias de regulação, modelos de atenção exercidos pelas equipes, interesses administrativos e econômicos coexistem com os interesses dos profissionais e da própria população usuária do atendimento do SUS.

A ideia de pesquisar qual modelo de atenção em saúde mental está presente, não teve a intenção de buscar respostas fechadas, mas identificar elementos que vem contribuindo para a consolidação e avanços das inúmeras questões e complexidades que envolvem este processo; em particular da política de atenção integral em saúde mental e dos desafios para a Reforma Psiquiátrica no Brasil e em especial no Rio Grande do Sul.

A discussão se coloca em um campo que é o campo da ética, e, ao mesmo tempo em que provoca este movimento, é uma possibilidade de chegar mais perto do próprio movimento de pensamento, de sentir-se e permitir-se, servindo para além do processo de construção do problema, num processo de exercício ético-político do pesquisador.

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. (PRATES, 2003)

Lefebvre, ao discorrer sobre a lógica concreta, retoma ideias de Hegel, do

movimento natural do pensamento na pesquisa e na discussão, onde o pensamento humano precisa mergulhar na realidade, “os pesquisadores confrontam as opiniões, os pontos de vista, os diferentes aspectos do problema, as oposições e contradições”; para superá-las e “elevar-se a um ponto de vista mais amplo, mais compreensivo”. (LEFEBVRE, 1991, p.171)

Para descrever uma metodologia de pesquisa é importante pensar em qual concepção de ciência se embasa o método. Segundo 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)

A pesquisa realizada foi do tipo quanti-qualitativa, também chamada por Creswell (2007) de método misto. A proposta da pesquisa quanti-qualitativa desta pesquisa deu-se na perspectiva de que na abordagem social não se deve separar os dados quantitativos dos qualitativos, mas sim entendê-los como complementares além de considerar a riqueza do encontro e da análise dos dados. Pois, “a dicotomia que se estabelece na prática, de um lado, deixa à margem relevâncias e dados que não podem ser contidos em números, e de outro lado, às vezes contempla apenas os significados subjetivos, omitindo a realidade estruturada”. (MINAYO, 1994, p 28; CRESWELL, 2007)

Para Minayo (1994), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, trabalha com o universo de significados, que não se capta nas equações e estatísticas. Parte-se da compreensão de que o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo, “complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação”. (MINAYO, 1994, p. 22)

Trata-se de um estudo descritivo, pois busca descrever fatos que auxiliem na compreensão da temática, a fim de que se chegue a categorias que contribuam para uma maior visibilidade da realidade. O foco deste tipo de delineamento de estudo é conhecer a realidade, aprofundando sua descrição. (TRIVIÑOS, 1987)

A proposta da temática da ampliação de leitos de saúde mental em hospitais gerais desta pesquisa baseia-se na compreensão de que a saúde está imbricada de cumplicidade com a problemática social. Segundo Minayo 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)

2.7.1 Objetivos

Segundo Minayo (1994), ao traçar objetivos busca-se responder ao que se pretende com a pesquisa, o que se almeja alcançar ao término da investigação.

O objetivo geral foi:

- Identificar quais modelos de atenção em saúde mental se expressam na organização e gestão da atenção, a partir da ampliação de leitos de saúde mental em hospitais gerais no RS.

Posteriormente, foram escolhidas questões norteadoras como problematizações auxiliares, identificadas como fundamentais para explicar, esclarecer o problema de pesquisa, indicando relações de associação e causalidade. “A questão de pesquisa parte das idéias colocadas na formulação do problema e dos objetivos da investigação”. (TRIVIÑOS, 1987, p. 107)

As questões norteadoras construídas para a realização desta pesquisa⁹ auxiliaram na construção dos objetivos específicos, que foram assim definidos:

- 1- Identificar como ocorreu o processo de política pública para a ampliação da oferta de leitos de atenção integral em saúde mental em hospitais

⁹ As questões norteadoras deste projeto têm como inspiração a continuidade do projeto de pesquisa desenvolvido na dissertação de mestrado da autora. Portanto, foram adaptadas e ampliadas a fim de contemplar a discussão proposta na construção do projeto de tese.

- gerais no RS e sua relação com a reforma psiquiátrica;
- 2- Compreender se o modelo de atenção desenvolvido pelos profissionais de Saúde Mental intervém nos hospitais gerais;
 - 3- Identificar como se dá a relação em rede dos hospitais gerais, que atendem saúde mental, com os serviços de saúde e de saúde mental extra-hospitalares;
 - 4- Compreender como usuários e familiares percebem a internação de saúde mental no hospital geral.

2.7.2 Técnicas e Procedimentos

Na metodologia de pesquisa mista, a coleta de dados envolve tanto os dados quantitativos, através de informações numéricas como de informações de textos, representando, assim, dados quantitativos e qualitativos. (CRESWELL, 2007)

Como estratégia para coleta de dados, utilizaram-se como técnicas e procedimentos: a entrevista individual e a análise documental, bem como foram realizados dois grupos nominais. Dessa forma pretendeu-se fazer a triangulação das informações, que envolvem a combinação de diferentes fontes, para busca dos dados. A integração dos dados para triangulação concomitante é feita em todos os momentos: coleta, análise e interpretação dos dados; assim, foram coletados os dados quantitativos e qualitativos simultaneamente. (MINAYO et al., 2005)

Como fonte para as entrevistas foram escolhidos profissionais que compõem a equipe diretiva e equipe técnica de saúde mental dos hospitais gerais com leitos de saúde mental selecionados, usuários que estivessem internados e familiares.

As fontes documentais contemplaram documentos tais como: relatórios, projetos terapêuticos e informações do DATASUS – Departamento de Informática do SUS, legislações, bem como documentos divulgados pela Secretaria Estadual da Saúde. São considerados documentos “quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano” (leis, regulamentos, pareceres, prontuários, cartas, memorandos, diários pessoais, autobiografias, jornais, revistas, discursos, arquivos, etc.). (MINAYO et al., 2005) Para utilização dos dados de projetos terapêuticos e relatórios de hospitais referentes ao ano de 2010 foi solicitada assinatura de Carta de Autorização (Anexo

A) na Secretaria Estadual da Saúde do RS, ocasião em que se apresentou um resumo do projeto para a Secretária Estadual da Saúde. O nome do projeto inicial era “Impactos da ampliação de leitos de saúde mental em hospitais gerais no Rio Grande do Sul”, assim como foi apresentado no ingresso no Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social – UFRGS; posteriormente, modificou-se o nome do projeto para apresentação à banca de qualificação (Anexo B).

Optou-se pela entrevista do tipo semiestruturada, que se caracteriza 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) Para a entrevista foi utilizado o roteiro de entrevista (Apêndices A e B). A elaboração das questões dos roteiros das entrevistas teve como parâmetro a legislação vigente em saúde mental; dessa forma, buscou-se garantir coerência entre o que está contemplado nos documentos oficiais e o que se propôs a investigar na pesquisa.

Ambos os roteiros foram submetidos à testagem prévia para posterior aplicação. Como procedimentos de registros foram utilizados o diário de campo e a gravação de áudio. Para execução das entrevistas foi apresentado aos sujeitos o Termo de Consentimento (Apêndice C). Ainda, foram realizadas abordagens em hospitais com diretores e profissionais das equipes, usuários e familiares. Contudo, cabe destacar que o respeito pelo direito do entrevistado de negar-se a responder foi observado, porém em nenhum momento isto veio a acontecer.

Na organização das ações de coleta de dados foram seguidos os seguintes passos:

- Identificação dos hospitais onde seriam realizadas as entrevistas para busca de carta de aceite e agendamento;
- Busca dos relatórios de trabalho e dos projetos terapêuticos dos hospitais que recebem incentivo financeiro estadual relativo ao ano de 2012;
- Identificação dos totais de aih's (autorizações de internação hospitalar) realizadas nos últimos cinco anos, período de ampliação mais incisivo dos leitos no estado;
- Realização das entrevistas nos locais selecionados;

- Realização de um encontro de grupo nominal presencial e de um encontro virtual por *Skype*;
- Análise dos dados e interpretação.

2.7.3 Universo e amostra

Escolhas são sempre necessárias, pois “ninguém pode estar no mundo, com o mundo, e com os outros de forma neutra”; (FREIRE, 1999, p.86) e a construção profissional da Psicologia, alinhada com a de sanitarista na Saúde Mental Coletiva e com a proposta do doutorado em Psicologia Social trouxeram esta necessidade, de posicionamento diante da vida e das políticas sociais. Isso pressupõe opções quanto à escolha de que função social se quer desenvolver; a escolha desta temática de pesquisa deu-se pela luta pelo respeito aos direitos humanos e a construção de políticas pautadas na democracia, na dignidade, na condição e acesso à construção da cidadania.

Assim, para chegar aos sujeitos da pesquisa optou-se pela amostra não probabilística, do tipo intencional, que é aquela regida pelo estabelecimento de critérios do pesquisador. Segundo Thiollent (1985) quando os elementos são escolhidos estrategicamente podem ser bem mais representativos, do que se tivessem sido escolhidos aleatoriamente, o que justificaria que, embora a amostra não seja estatisticamente calculada, possa ser representativa do universo.

Em síntese, o objetivo da pesquisa qualitativa é apresentar uma amostra do espectro dos pontos de vista. Diferentemente da amostra do levantamento, onde a amostra probabilística pode ser aplicada na maioria dos casos, não existe um método para selecionar os entrevistados das investigações qualitativas. Aqui, devido ao fato de o número de entrevistados ser necessariamente pequeno, o pesquisador deve usar sua imaginação social científica para montar a seleção dos respondentes. (THIOLLENT, 1985, p. 70)

Por tratar-se de amostra intencional, a opção dar-se-á pelo aprofundamento da coleta de dados; ainda utilizou-se a técnica de saturação, o que, segundo Gaskel e Bauer (2004), se percebe quando não aparecem novas surpresas ou percepções ao realizar determinado número de abordagens, por isso delimitou-se o número de hospitais a serem visitados. “Neste ponto de saturação do sentido, o pesquisador

pode deixar seu tópico guia para conferir sua compreensão, e se a avaliação do fenômeno é corroborada, é um sinal de que é tempo de parar”. (GASKEL; BAUER, 2004, p. 71) O autor destaca ainda que o limite adequado para realização de entrevista do tipo qualitativo é entre 15 e 25, em razão do volume de materiais que serão produzidos para análise do conteúdo e para que seja garantido o aprofundamento da análise.

O Estado possui 497 municípios e está dividido, de acordo com seu Plano Diretor de Regionalização (RIO GRANDE DO SUL, 2002b), em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde. Estas regiões de abrangência, por sua vez, compreendem 7 macrorregiões de saúde. Embora as Coordenadorias de saúde tenham seu território de abrangência redistribuído através do decreto nº 50.125, a pesquisa se manteve com a distribuição das coordenadorias conforme contratação dos incentivos na época da definição do projeto da pesquisa. A nova distribuição exigirá alguma revisão de referência para atendimento, porém não modifica o sentido da pesquisa. (RIO GRANDE DO SUL, 2013a)

O Universo considerado para amostra foi o total de hospitais gerais do Rio Grande do Sul que possuíam leitos psiquiátricos cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), para atendimento pelo SUS e que estavam em funcionamento entre 2010 e 2012 (período de apresentação inicial do projeto de pesquisa e de qualificação do mesmo), e que possuíam em especial incentivos financeiros estaduais oriundos do Governo Estadual. No período em que foram definidas as amostras, o RS possuía em hospitais gerais 875 leitos psiquiátricos e 671 leitos clínicos para atendimento de álcool e outras drogas. Destes, 449 leitos psiquiátricos e os 671 leitos clínicos recebiam incentivos financeiros estaduais totalizando 100 hospitais. (RIO GRANDE DO SUL, 2011)

Estes totais se modificaram nos anos de 2012 e 2013 devido à atualização das legislações, tanto no âmbito estadual quanto federal, conforme será esclarecido no capítulo seguinte.

Os critérios de escolha da amostra buscaram contemplar municípios que possuem oferta de leitos de saúde mental em hospitais gerais, para compreensão do processo de acesso das internações psiquiátricas, elucidando possíveis elementos em relação ao acesso às internações psiquiátricas e por uso abusivo de drogas em hospitais gerais; mas, principalmente em relação ao modelo de atenção em Saúde Mental seguido pelos profissionais de saúde mental que compõe as equipes hospitalares, bem como a relação dos hospitais gerais com a rede de Atenção

Integral em Saúde Mental.

O RS foi o primeiro Estado Brasileiro a lei de Reforma Psiquiátrica em 1992 e desde o final da década de 80, alguns municípios gaúchos iniciaram o processo de criação de serviços substitutivos, assim chamados na época, que conjuntamente com outras experiências no país geraram subsídios para criação de legislação específica. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no RS, bem como as estratégias de articulação, que envolveram uma complexidade de ações no campo da gestão, da cultura, da educação permanente, exercida nos campos político, técnico e administrativo, é resgatada de forma completa e detalhada por Sandra Fagundes na sua dissertação de mestrado. (FAGUNDES, 2006)

As primeiras experiências gaúchas de criação de serviços na rede ambulatorial desencadearam também alternativas locais de atenção para internação psiquiátrica nos hospitais gerais, que se consolidaram em redes oficiais que se mantêm.

Intencionalmente a escolha destes hospitais pode subsidiar através de resultados obtidos pela pesquisa outras experiências e reflexões sobre políticas específicas, para internação em saúde mental na rede de saúde pública, portanto os critérios privilegiados para escolha da amostra foram os apresentados a seguir.

2.7.3.1 Critérios de inclusão para realização das entrevistas

- Hospitais gerais com atendimento em psiquiatria e/ou álcool e outras drogas na região, que recebessem incentivos estaduais da Secretaria Estadual da Saúde do RS.
- Município que não fosse sede de hospital psiquiátrico;
- Hospitais com média mínima de cinco internações/mês;
- Hospitais com mais de 5 leitos de referência para saúde mental;
- Hospitais em regiões com maior número de leitos, com maior densidade populacional, e maior número de internações;
- Gestores e trabalhadores de saúde mental para o grupo nominal que tivessem conhecimento teórico e/ou prático na atenção de saúde mental em hospitais gerais.

2.7.3.2 Critérios para não inclusão

- Hospitais gerais localizados em municípios sede de hospital psiquiátrico;
- Hospitais gerais com número de leitos psiquiátricos inferior a 5 (cinco) leitos.

Os sujeitos da amostra, usuários e familiares, foram fundamentais dentro do processo de escuta para o levantamento dos dados. A descrição sob sua ótica, enquanto usuários do sistema de saúde, em especial de saúde mental, colaboraram para trazer dados que contribuíram para as categorias da pesquisa: o acesso à saúde, o modelo de atenção em saúde, rede de atenção à saúde e direitos sociais. São eles que efetivamente usufruem ou são privados no cotidiano do acesso às internações psiquiátricas, que percorrem a rede de serviços e têm suas vidas modificadas pela forma como são atendidos nos sistema de saúde.

Considerando os totais de entrevistas para que se chegue a um nível de saturação na entrevista qualitativa, a amostra para coleta de dados de entrevista compreende sujeitos de:

- Cinco hospitais, considerando diferentes combinações existentes (com leitos em ala fechada, em ala aberta, misturados aos demais leitos do hospital, com atendimento de todos os ciclos de vida, com atendimento de questões relacionadas ao uso abusivo de drogas, e com ala específica para atendimento de transtornos mentais).

Para realização das entrevistas foram considerados e entrevistados:

- Cinco diretores dos hospitais selecionados;
- Cinco componentes de equipe de saúde mental dos hospitais selecionados (mín. 1 ano de vínculo na instituição);
- Dez usuários dos municípios selecionados internados nos hospitais selecionados, em condições de responder à entrevista;
- Cinco familiares de usuários internados durante a visita nos hospitais selecionados;
- Dez convidados para o grupo nominal com experiência em gestão e/ou prática de atenção em saúde mental em hospital geral.

2.7.4 Amostra da parte documental para análise

A análise da amostra da parte documental contemplou os hospitais que estavam recebendo incentivos financeiros estaduais no período e escreveram um projeto terapêutico; posteriormente entregaram relatórios trimestrais referentes ao atendimento realizado em saúde mental.

Dessa forma, do universo de 100 hospitais foram analisados:

- 100% dos relatórios trimestrais entregues no ano de 2012;
- 50% dos projetos terapêuticos apresentados para habilitação no incentivo estadual (pois 50% dos projetos de cada regional de saúde já produziu saturação por região).

2.7.5 Grupos nominais

A opção de realização do grupo nominal deu-se em função de que o tema escolhido tem pouca produção acadêmica a respeito. O grupo nominal é um grupo focal em que se predefinem os participantes, considerando seu grau de conhecimento conceitual e ou inserção com a temática da pesquisa, a fim de promover um esclarecimento maior sobre o tema com informantes-chave para produção de consenso mínimo. (ONOCKO, 2010) A discussão, com um roteiro de perguntas previamente estabelecidas, teve como finalidade identificar pontos críticos pertinentes à Reforma Psiquiátrica Brasileira, no que tange ao aumento de leitos de saúde mental em hospitais gerais.

Para realização do grupo nominal foram convidados sujeitos com práticas na gestão, e/ou no cuidado em saúde mental em hospitais gerais. O encontro do grupo foi gravado mediante autorização dos componentes.

Etapas da realização do grupo nominal:

O encontro para o Grupo Nominal está estruturado da seguinte forma: os participantes (de 9 a 12) têm alguns minutos para escrever as suas opiniões sobre o tema em questão; cada participante, assim, contribui com uma idéia para o facilitador, que a registra em algum lugar visível (lousa, cartaz); sugestões semelhantes são agrupadas e, se necessário, é feito um debate grupal, só para esclarecer cada idéia; cada participante, individualmente e, em privado, pondera cada idéia (1ª. Rodada); o ranking é tabulado e apresentado; a classificação geral é discutida e é realizada uma nova ponderação (2ª. Rodada); as classificações finais são tabuladas e é feita

uma devolução dos resultados para os participantes. (JONES; HUNTER, 1995 apud ONOCKO, 2010, p. 227)

Inicialmente se pré-agendou uma data para realização de um grupo nominal presencial, porém como os componentes do grupo eram de cidades distantes umas das outras e de Porto Alegre, local em que se propôs a realização do encontro, desmembrou-se a realização do grupo em dois momentos: um virtual e um presencial.

O grupo virtual teve duração de 1h e aconteceu através da utilização do *Skype*, um *software* que permite que você converse simultaneamente com outras pessoas em qualquer lugar do mundo utilizando a Internet. Embora não haja relatos na literatura do emprego desta técnica utilizando o modo virtual, optou-se por este formato considerando a dificuldade de encontro presencial das pessoas. Este modo embora não permita o encontro presencial, possibilitou o alcance dos objetivos do grupo, bem como facilitou para que todos pudessem se colocar, pois este recurso estimula a escuta, por ser o principal modo de comunicação, já que as pessoas não estão vendo as expressões corporais umas das outras.

O outro grupo presencial também teve uma peculiaridade interessante, foi realizado aproveitando a ocasião de um evento de Saúde Mental em Alegrete¹⁰.

2.7.6 Análise do material

Para análise dos dados qualitativos foi realizada a análise de conteúdo, pautada na análise da prática discursiva, à luz dos pressupostos metodológicos de Bardin. Para esta autora as diferentes fases da análise de conteúdo abarcam a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados ou interpretação. (BARDIN, 1979) Na pré-análise o objetivo é a organização do material a ser analisado, através de: leitura flutuante, escolha dos documentos, escolha das categorias de análise e objetivos, escolha dos indicadores que nortearão a inferência sobre o material e a preparação do material (como transcrições, edições, classificação) para facilitar a manipulação da análise na etapa posterior. Na etapa

¹⁰ Salienta-se a ocasião do evento "Orgulho Louco" pela sua peculiaridade e acima de tudo pelo seu ineditismo, pois reuniu mais de 5.000 pessoas entre usuários, familiares, profissionais, estudantes e comunidade em geral, em atividades de discussão, desfile, comercialização de produtos de economia solidária, e shows de talentos com microfone aberto ao público, que congrega uma magnitude de manifestação cultural e de inclusão de um município com a questão da saúde mental.

seguinte de exploração do material é feita a codificação, enumeração (com regras específicas), categorização, para que o pesquisador possa realizar a interpretação dos dados. “Os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos e válidos.” (BARDIN, 1979, p.95) O pesquisador pode então propor inferências considerando objetivos e categorias propostos.

Para representação dos dados no relatório final, além de descrições e análises qualitativas, tanto de dados quantitativos como qualitativos, foram utilizados dentro das possibilidades de representação dos dados: tabelas, quadros e descrições para dar maior visibilidade aos dados mais relevantes.

Os dados serão devolvidos através da divulgação da pesquisa à sociedade, a partir da participação em publicações, apresentação em eventos científicos, e participação em eventos abertos aos serviços que compõem a rede de atenção integral em saúde mental.

3 DA POLÍTICA ÀS POLÍTICAS

A organização da atenção e da política de saúde no Brasil, no início do século XX, é pautada em interesses da economia agroexportadora, e desta forma propõe ações de combate a endemias e epidemias – ação que se mantém até os dias de hoje. Na década de 1930 os postos e programas começaram a ser criados para organização de ações e programas que pudessem da mesma forma combater problemas de saúde pautados na concepção de saúde a partir da ausência de doença. Assim, o modelo biologicista baseado em saberes tradicionais, que resumiam a compreensão do processo de saúde ao corpo enfermo se sobrepunha à compreensão dos aspectos sociais e culturas da população a ser atendida. (SILVA Jr.; ALVES, 2007)

Esta concepção de programas de atenção em saúde influencia as políticas brasileiras até os dias de hoje. Ainda percebem-se ações propostas pelos governos, ou no plano mais micropolítico nos serviços, que reforçam esta forma de compreensão de saúde.

As décadas de 1930-1950 reforçaram desta forma o modelo do hospital, importado principalmente dos Estados Unidos, como lugar mais eficiente de cuidado, na medida em que seria o melhor lugar de cuidado, capaz de se ter as melhores tecnologias de saúde. Porém, a década de 1970 traz, junto ao período do crescimento da industrialização no país, a evidência da insuficiência e limitações do modelo de saúde vigente, pautada na biomedicina, que não consegue dar conta das questões que envolvem o contexto para além o sintoma biológico aparente. Há assim um incremento nas tecnologias duras (uso de equipamentos), em detrimento das tecnologias leves (relação profissional-paciente). (SILVA Jr.; ALVES, 2007)

Esta percepção, porém, era presente nas discussões dos trabalhadores, em experiências de alguns governos e começa na década seguinte a crescer para construção das bases de uma proposta de universalização da saúde. Isso serviu de base para o Movimento de Reforma Sanitária. (SILVA Jr.; ALVES, 2007)

A organização de programas pautados na ausência de doença ainda é bastante presente, mesmo após a implementação do SUS – Sistema Único de Saúde – que vem como uma proposta de ampliação da concepção do processo saúde/doença e alarga o escopo de ações no campo da saúde.

A criação do SUS demarca uma mudança importante no modelo de atenção brasileiro, porque concebe o papel da sociedade no processo de compreensão de saúde-doença. Há aqui um marco importante para o rompimento das limitações da compreensão, que tinha por base o biológico como fator preponderante na construção do cuidado. Porém, mesmo com todos os avanços de legislação, construção de serviços e ampliação da percepção sobre o território, ainda há contradições que dificultam a implementação efetiva do SUS. O SUS é um sistema pensado para uma sociedade a partir da compreensão de que as desigualdades devem ser diminuídas, todos devem ter acesso garantido de atenção e de voz, inclusive na definição da própria política de saúde. Porém, vive-se em uma sociedade capitalista no Brasil, permeada pelas mudanças estruturais do mundo do trabalho, que cada vez mais produzem desigualdades e instabilidade; além disso, a saúde é também uma mercadoria, com suas tecnologias, medicamentos, cursos de formação que pressiona a sociedade.

Contudo, algumas estratégias criadas pelos governos e serviços tem sido importantes para a promoção da mudança e avanços no modelo do SUS. Aloísio Silva Jr. e Alves (2007) destacam alguns consensos entre as estratégias tais como: as noções de território como processo; a ampliação da definição de problemas de saúde, compreendendo causas e consequências do contexto; a percepção das desigualdades regionais; a participação da abordagem interdisciplinar na reorganização das práticas em saúde e da compreensão sobre os usuários; o reconhecimento da complexidade da atenção básica; articulação em rede; intersetorialidade; e organização de espaços coletivos de gestão.

Mais de 80% dos municípios tem população inferior a 20.000 hab., o que demonstra o quanto na sua grande maioria os municípios precisam pensar suas políticas de saúde, a partir de recursos locais, que geralmente têm a Atenção Básica como principal e às vezes único recurso para promoção de cuidado.

Culturalmente, a população tem a crença de que as tecnologias mais modernas, presentes geralmente nos hospitais, são a melhor opção para cuidar dos problemas de saúde. Esta concepção é reforçada por práticas profissionais que desconsideram o contexto do adoecimento como fator preponderante. Não se trata aqui de desqualificar a importância dos avanços tecnológicos para exames e procedimentos que possam promover cuidado, a grande questão é o quanto inúmeras intervenções têm por base apenas estas tecnologias, abstendo-se de um

componente superimportante – a relação profissional-paciente. Numa sociedade em que o tecnológico, o novo, o imediato é altamente valorizado, as contradições se intensificam, há o desafio para implementação de práticas em que a relação seja mais valorizada do que o procedimento.

A noção de hierarquização do sistema de saúde, que tem como base a atenção básica, recebe algumas críticas pela sua verticalidade e supervalorização do topo-alta complexidade. A atenção Básica é entendida como simplificada. (SILVA Jr. e ALVES, 2007) Por outro lado a falta de recursos (humanos, tecnológicos, de estrutura) para as equipes contribui para que a população não confie nestes serviços como efetivamente resolutivos.

Apresenta-se neste tópico, de forma sucinta, um breve apanhado histórico das políticas de Atenção em Saúde e dos Movimentos que desencadearam o SUS, a partir da mobilização da Reforma Sanitária Brasileira e contribuíram para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, em especial no RS, com base na produção de diversos autores e de legislação pertinente.

No que tange aos Modelos de Atenção em Saúde no Brasil e os desencadeamentos, toma-se, como marco temporal o início do século XX, que até a sua metade foi palco de crescimento econômico, político, cultural, social, com o aumento da concentração da população na zona urbana, atraída pela industrialização, fato que trouxe consigo problemas de saúde até então não significativos tais como: educação, habitação, saneamento, infraestrutura, entre outros. O Modelo de saúde instalado na época era o Médico Assistencial Privatista, com acesso a serviços de saúde médicos restritos a uma parcela minoritária da população detentora de recursos financeiros, cabendo à parcela da população, desprovida de condições, pagar por estes serviços a solidariedade da filantropia de Santas Casas de Caridade.

O período marcado pela influência principal do modelo norte-americano, centrado na economia, com grande estímulo ao investimento em grandes tecnologias, marcou a criação de hospitais e sanatórios para tratamento de hanseníase (conhecidos leprosários) e tuberculose, os hospitais psiquiátricos na sua grande maioria já estavam instalados desde o século anterior. Foi ainda nesta época que se instituíram os IAPS (Institutos de Aposentadoria e Pensões) no Governo de Getúlio Vargas, nos quais determinadas categorias de trabalhadores tinham direito à saúde com profissionais credenciados; e, em 1953, criou-se o Ministério da Saúde.

A década seguinte foi influenciada pela Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata organizada pela OMS – Organização Mundial da Saúde, que gerou base à formulação de estratégias para os países e populações pobres do Terceiro Mundo, resultando na efervescência de discussões sobre os modos de atenção em saúde. A partir de então começaram a se estruturar as primeiras redes de atenção primária em Saúde no Brasil, com o crescimento de ambulatórios municipais. Os trabalhadores de saúde coletiva, que vinham participando das discussões, se organizaram no movimento chamado de Reforma Sanitária, que estabeleceu diálogos importantes com América Latina e Europa, apoiados entre tantos, pela OMS – Organização Mundial da Saúde; CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde; ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva; CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; movimento de trabalhadores; movimentos populares; Igreja; lideranças de esquerda; implantação de sistemas municipais de saúde; momento político e social de democratização do país; seminários, encontros. (VASCONCELOS, 2000)

A soma dessas contribuições fez o Movimento de Reforma crescer e se fortalecer, culminando, em 1986, na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, como um grande marco de participação de toda a sociedade no debate das questões de saúde. Foi a primeira Conferência com participação aberta à população em geral, que contou com cerca de quatro mil e quinhentos participantes de todos os seguimentos, após a realização de pré-conferências nos Municípios e Estados.

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde condensou toda a discussão dos seguimentos presentes, com o acúmulo das discussões realizadas previamente em conferências municipais e estaduais em todo País; o que contribuiu, mais tarde, para que o texto da Constituição Federal de 1988 contemplasse estas demandas e para a elaboração da Lei Orgânica de Saúde, em 1990. Destaca-se, como ponto fundamental de mudança de modelo de atenção, a concepção da saúde, que passa a ser vista como direito de todos e dever do Estado, bem como a ampliação do seu conceito, compreendida numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais, dentro do princípio da integralidade. (VASCONCELOS, 2000)

3.1 O CONTEXTO DO SUS E A UTILIZAÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES NA SAÚDE MENTAL

A configuração do hospital geral, no contexto da saúde mental, tem sido influenciada por políticas públicas voltadas às demandas atuais requisitadas socialmente. A configuração da rede substitutiva de serviços com a Reforma Psiquiátrica buscou o investimento em serviços extra-hospitalares, reconhecendo como leitos os serviços: leitos de observação, hospital-dia, CAPS III, e leitos em hospitais gerais considerados leitos de atenção integral em saúde mental.

As redes de serviços extra-hospitalares têm absorvido rapidamente a ideia do atendimento em hospitais gerais, mais próximos aos territórios, porém e mesmo diante de todos os avanços da Reforma Psiquiátrica no país, ainda é presente para alguns profissionais a opinião de que o atendimento à crise se faz necessário em locais “fechados”.

O atendimento em saúde mental em hospitais gerais tem recebido demandas de transtornos mentais, mas principalmente os transtornos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas. Tem sido muito acentuada na sociedade brasileira a busca de soluções de atenção a estas questões, a partir de serviços que afastem os pacientes de seu ambiente cotidiano. Nesse sentido, as políticas têm se voltado para a internação como alternativa mais viável, embora existam propostas, e serviços extra-hospitalares para atendimento na rede como um todo.

As pressões por determinados tipos de serviços são impulsionadas por uma série de tensionamentos de modelos de atenção, preconizados pelas inserções profissionais, as quais são atravessadas pelo contexto de políticas, economia, cultura, enfim, configurando um conjunto de expressões que fortalecem ou até mesmo geram demandas sociais.

Não há como ficar alheio aos acontecimentos mundiais, sem considerar as consequências destas profundas transformações no trabalho, nas relações sociais, na saúde e nos modos de viver das pessoas, uma vez que se está incluído, no caso específico do Brasil, em uma economia de mercado, permeada por relações econômicas globalizadas. E, pensar o mercado como um dos componentes que norteia as questões de saúde, em especial de saúde pública, é de fundamental importância, pois Estado, Mercado e Sociedade Civil conformam um cenário interligado de atores em permanente interação, na promoção de desigualdades e na

determinação das prioridades de atenção por parte das políticas públicas.

Esse processo de desenvolvimento do capital tem ocupado o debate político, acadêmico e institucional na atualidade pela necessidade de subsistir esse modelo que perpetua entre o dentro das nações por medidas que permitam garantir maior equidade social e em saúde a todos os trabalhadores. Dessa forma, a ampliação da cobertura da proteção social no trabalho e pelo trabalho é uma meta que permeia as diretrizes de um conjunto de organismos internacionais [...]. (MENDES, 2008, p.138)

Vive-se em mundo de intensas transformações, em que a realidade é em grande parte pressionada por interesses econômicos que acabam por ditar normas, enquadramentos, conceitos e concepções, com impactos sobre a vida cotidiana das pessoas, no trabalho, na comunicação, e também nas demandas que constituem os serviços de saúde.

O SUS – Sistema Único de Saúde – foi criado em um momento histórico do país, de abertura à democratização, fruto de movimentos sociais, compostos principalmente por trabalhadores de saúde, que discutiam as práticas de atenção e buscavam uma Reforma Sanitária, uma nova política de saúde. Naquele momento, porém, colhiam-se consequências de uma abertura do país ao crescimento e desenvolvimento econômico, que diante de inúmeros efeitos tais como: o endividamento financeiro com o FMI, o aumento do desemprego e da inflação, as disparidades de distribuição de renda – momento da terceira onda da Revolução Industrial, agravavam as condições de trabalho como a substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto com a utilização de máquinas, degradando conseqüentemente as condições de vida. Estas são significativas expressões que configuram o cenário das vivências cotidianas e que constituem formas de exploração do trabalho e conseqüentes desigualdades, engendradas na sociedade capitalista, que dizem respeito à questão social. (IAMAMOTO, 2002)

As decisões do campo da economia interferem diretamente na forma como são direcionadas as políticas, colocando muitas vezes o Estado com o papel de facilitador da ampliação do mercado do capital. As imposições do FMI a países em desenvolvimento, tais como a abertura de seus mercados ao mercado internacional, diminuindo barreiras de subsídios a importações, diante de países desenvolvidos, com forte política de proteção ao seu mercado interno, ao invés de auxiliar o desenvolvimento, provocaram um aumento desenfreado das desigualdades,

ampliando efeitos da globalização, como a situação vivenciada pelos brasileiros.

No Brasil, assim como em muitos países, o Estado Republicano nasceu como uma representação de interesses econômicos e políticos de camadas mais abastadas financeiramente. (HOLANDA, 2007) Neste jogo de interesses não há como definir vítima e algoz para os papéis da sociedade e do Estado, pois ambos possuem uma mescla de representações; e quem sofre conseqüentemente os resultados é a grande maioria da população atingida pelas disparidades de acesso e de concentração de renda, que ficam à margem do acesso a condições dignas de vida e cidadania.

Cada vez mais testemunha-se com a globalização a diminuição do papel do Estado e a valorização do mercado, influenciando nos modos de governar e de produzir políticas públicas. (NOGUEIRA, 2004) Diante desta situação é preciso pensar de que Estado se necessita, a partir de que pacto político, bem como que tipo de formação de Estado se pode realizar permeado por uma democracia participativa em meio ao capitalismo.

No que diz respeito à saúde, tanto na Constituição Federal quanto na lei do SUS a saúde é um direito de todos e dever do Estado. (BRASIL, 1990) Portanto, o Estado deveria acolher as questões da sociedade civil, do bem-estar, do desenvolvimento de todos, para garantia dos direitos. Porém, quem é a sociedade civil, senão uma pluralidade de representações de interesses diversos?

Mesmo diante de tantas contradições, face ao contexto de ampla discussão com participação coletiva na forma como foi construído e proposto o SUS, foram norteados princípios para uma política que fosse comprometida com a população, considerando o usuário enquanto sujeito participante do seu processo de saúde-doença, desde a definição de políticas até a fiscalização da implementação das mesmas.

No cotidiano do SUS é atendida uma demanda onde se evidenciam diversas expressões da questão social, que se manifestam através das situações e necessidades de saúde: das crianças, dos adolescentes, das mulheres, dos idosos, da população em situação de rua, de pessoas com deficiência, com doenças do trabalho, com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, com sofrimentos psíquicos; enfim, cidadãos excluídos do acesso à saúde, com sede, com fome e, por que não dizer, com falta de afeto e solidariedade.

Quando se trata de saúde mental, embora já com anos de consolidação de legislações e práticas que reconhecem a reforma Psiquiátrica no Brasil, as diferentes disputas conceituais, ideológicas, políticas e também econômicas tentam constantemente retomar o hospital psiquiátrico como local de tratamento; mesmo com todos os esforços para desinstitucionalização de milhares de pessoas que perderam vínculos sociais, e tiveram suas vidas desprovidas de dignidade, sendo enclausuradas, e acima de tudo estigmatizadas por estas formas de tratamento e que ainda permanecem nestas instituições.

Embora os hospitais gerais tenham acolhido aos poucos as demandas de saúde mental, crescendo sua inserção na rede em saúde mental no país, o cuidado no momento da crise traz a discussão sobre as internações. Os desafios do cuidado, em relação aos usuários de álcool e outras drogas, reacendem na sociedade velhas formas de cuidar, pautadas em vieses higienistas, que visam limpar problemas de saúde, pinçando-os do cotidiano e isolando-os em locais fechados. Dessa forma abre-se brecha para a criação de serviços que prometem tirar de circulação por um tempo, afastando os usuários do seu cotidiano, das ruas e de suas famílias, pessoas “desadaptadas” que precisam ser reeducadas.

O leito em hospital geral acaba criando expectativas também em relação a este “limpar”. Como tem se colocado na sociedade brasileira, a questão das internações é um fator importante a ser considerado, na medida em que o leito utilizado para atendimento de crises em saúde mental, geralmente em situações como: surtos psicóticos, depressões graves, tentativas de suicídio vem se modificando diante de uma época em que a utilização das drogas, como o *crack* vem crescendo. Nesse sentido, a pressão social, principalmente por parte da mídia, estimula a criação de leitos como se esta fosse a solução para a problemática. Ao mesmo tempo em que esta pressão contribui para ampliação de vagas em hospitais gerais, reforça modelos de atenção centrados no hospital como principal e, por vezes, o único recurso.

O hospital é parte integrante da rede, mas em muitos lugares acaba sendo o principal ou único recurso reconhecido. Buscar compreender como se configura este imaginário social da população em geral, mas principalmente dos trabalhadores em saúde, fez parte da construção do problema de pesquisa que impulsionou a autora na construção da tese.

Mesmo tendo como referencial maior a legislação do Sistema Único de Saúde que propõe entre seus princípios a integralidade de ações, percebe-se na configuração dos serviços, na fala de profissionais e mesmo na proposição de políticas que a cisão saúde/saúde mental é muito presente nas práticas profissionais e na configuração dos serviços. O que é e o que não é do campo da saúde mental, é elencado como se fosse possível separá-los.

Os serviços no Sistema Único de Saúde deveriam dar conta desta complexidade, e os velhos e novos desafios postos à saúde coletiva precisam fazer diálogos com as disputas presentes na sociedade, estando atentos para as armadilhas que os jogos de interesses e de poder pontuam constantemente.

Entre outras múltiplas situações, resguardando as peculiaridades de cada território, a Saúde Coletiva envolve o cuidado com o ser humano, incluindo ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças, a vigilância e a saúde do trabalhador. (BRASIL, 1990)

3.2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO RIO GRANDE DO SUL E A UTILIZAÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS PARA ATENDIMENTO EM HOSPITAIS GERAIS

Uma das contribuições mais importantes na configuração das políticas atuais de saúde e em especial da política de atenção em Saúde Mental é sem dúvida a constituição do Sistema Único de Saúde Brasileiro, fruto da manifestação de movimentos sociais e de profissionais. Compreende-se que para falar em Reforma Psiquiátrica no Brasil faz-se necessário compreender também os desencadeamentos que abriram espaço para que se modificasse o modelo de atenção em saúde.

A aprovação da Lei Federal nº 8.080, em 19 de setembro de 1990, consolidou a criação do modelo de saúde descentralizado, com comando único, atendimento integral e participação da comunidade. Esse sistema segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal, somando um conjunto de unidades, de serviços e ações para promoção, proteção e recuperação da saúde. Os princípios doutrinários trazidos pelo SUS são: Universalidade; Equidade; Integralidade, Regionalização e Hierarquização;

Descentralização; e Participação dos cidadãos. (BRASIL, 1990)

Assim como os profissionais de saúde coletiva, em conjunto com a sociedade organizada, criaram todo um movimento que transformou radicalmente o modelo de Atenção em Saúde, os trabalhadores de saúde mental, a partir do momento histórico da mudança, organizaram-se também na luta contra modos cronificadores, institucionalizantes e estigmatizantes de tratar as pessoas nos manicômios.

As mudanças epistemológicas, filosóficas, teóricas e práticas em ciências humanas e o desenvolvimento de terapias farmacológicas, assim como a luta pelo reconhecimento de direitos humanos, principalmente na segunda metade do século vinte e início do seguinte, mobilizaram parcelas importantes da sociedade civil para a discussão do tratamento em saúde mental.

Nas décadas de 70 e 80, surgiram inúmeras experiências com a criação de serviços substitutivos no Brasil, que deram origem a legislações específicas com financiamento para ampliação de uma rede de atenção integral em saúde mental. (VASCONCELOS, 2000)

No Brasil, foi amplamente debatida e aprovada a lei Federal nº 10.216, de 6 de abril 2001 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Com as mudanças de legislação, redirecionamento de financiamento e criação de diferentes serviços extra-hospitalares, que demarcaram outra lógica de atenção em saúde mental, 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, descentralizando o atendimento que antes tinha como única referência os hospitais psiquiátricos. (MONTEIRO, 2009)

Em 2003, a discussão sobre a Saúde Mental na Atenção Básica é reacendida e a Coordenação Nacional dessa Política preconiza, então, ações como o aumento da rede de atenção extra-hospitalar, implementação de uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, redução dos leitos psiquiátricos, tratamento digno e de qualidade ao louco infrator, programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, e avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria.

A Política Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2003) guia-se pelo amplo movimento de reforma psiquiátrica do país para mudança do modelo manicomial para a rede de atenção integral e, mobilizada pela participação, implementa os colegiados de Coordenadores de Saúde Mental (CCSM), iniciados em 2003, com coordenação estadual e municipal, participação do controle social e articulação intersetorial.

A Política de Saúde Mental no RS tem passado por avanços e retrocessos em relação à ampliação de rede extra-hospitalar, centrando sua política nos governos dos anos de 2003 a 2010, em especial em políticas de ampliação de leitos em hospitais gerais e abertura de vagas em comunidades terapêuticas. (RIO GRANDE DO SUL, 2005; 2008; 2009) Embora tenha ocorrido a ampliação de CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, não houve destinação de recursos do Tesouro do Estado para serviços na rede de atenção básica e ambulatorial no período. Na gestão de 2011, as ações articuladas pela Secretaria da Saúde, constituem uma política ordenadora e sistematizadora 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. A Política de Saúde Mental em conjunto com as demais políticas de ações em saúde, fortalece então suas ações para o fortalecimento das redes de cuidado, diretriz esta tanto estadual quanto federal.

Os últimos Governos Estaduais do RS pagaram incentivos financeiros para ampliação do número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, com resolução específica desde 2006 em que diferenciavam valores de incentivos para os leitos, estimulando mais o atendimento específico para questões relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas, considerando as demandas reconhecidas e tensionadas. Os valores pagos para os leitos psiquiátricos eram de R\$ 1.500,00 por incentivo, o qual era pago por um grupo de leitos, por exemplo: quatro leitos psiquiátricos recebiam dois incentivos, cinco a sete leitos recebiam três incentivos, até um máximo de sete incentivos.

Já os leitos clínicos utilizados especificamente para demandas de crack, álcool e outras drogas tinham valor maior, de R\$ 1.900,00 por leito/mês, todos pagos além dos valores de produção.

Os incentivos eram contratualizados a partir de um contrato maior com termos

aditivos com compromissos específicos dos hospitais em relação à prestação de serviço e prestação de contas com relatórios. Um dos requisitos principais era serem hospitais públicos ou filantrópicos. Os hospitais deveriam entregar nas coordenadorias de saúde projetos técnicos a serem avaliados pelas coordenações regionais em conjunto com a vigilância sanitária e posteriormente pela coordenação estadual de saúde mental na SES, para o recebimento dos incentivos.

Com toda a orientação e avaliação das coordenações de saúde mental os hospitais acabaram preferindo os incentivos de álcool e outras drogas, em função dos valores melhores, e em alguns casos foi difícil atrelar também o atendimento de transtornos mentais sem uso abusivo de drogas. Contraditoriamente hospitais com incentivos para leitos clínicos de álcool e outras drogas não apresentaram em determinados períodos aih's com códigos específicos para o atendimento de uso abusivo de drogas, e sim, aih's com códigos de diagnóstico principal transtornos mentais e comportamentais que possuem valores maiores. Fator que acaba prejudicando o controle epidemiológico no SUS.

Já nos anos de 2012 e 2013 os valores de incentivo estadual, além de pagar os leitos de forma igualada (sem separar por tipo reconhecendo-os como leitos de saúde mental), se equiparam aos incentivos federais que possuem o valor de R\$ 5.610,11. O diferencial dos incentivos estaduais é que estes são calculados com base na existência de serviços no território de abrangência do hospital, fortalecendo o trabalho articulado em rede e a corresponsabilização das gestões municipais na oferta dos serviços, qualificação e organização do cuidado. Uma parte é paga pela existência destes serviços (R\$ 4.000, 00 ou R\$ 3.000,00 conforme a cobertura) e outra parte pelas aih's (pode chegar a R\$ 1.710,00 por leito/mês), há ainda a possibilidade de valor global ou por produção em relação às aih's, conforme descrito na Nota técnica da Secretaria Estadual da Saúde/RS, publicada em 08/05/2013. Estas legislações bem como outras que seguem descritas serão expostas posteriormente no quadro 03. A maior questão é que sendo o hospital geral o serviço específico para o momento da crise, a ampliação não se deu de forma igual para os serviços extra-hospitalares nos últimos anos, o que poderia interromper um círculo vicioso de reinternações.

A orientação política para gestão estadual, em 2011, é a ampliação de serviços em todos os níveis de atenção, considerando, assim, os recursos hospitalares e extra-hospitalares, conforme “Linha de Cuidado em Saúde Mental”

apresentada no Conselho Estadual de Saúde em outubro de 2011, bem como resoluções de incentivos financeiros para serviços de saúde mental aprovados na CIB – Comissão Intergestores Bipartite no mesmo mês.

Assim, a continuidade dos incentivos hospitalares para leitos de saúde mental teve em sua programação a continuidade, com um componente de qualificação da atenção em rede, planejando a atenção através de linhas de cuidado, onde a Atenção Primária à Saúde tem fundamental importância neste processo.

Nesta lógica compreendem-se redes de atenção à saúde como:

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada – e com responsabilidades sanitária e econômica por essa população. (MENDES, 2011, p.82)

Dessa forma, pensar a relação em rede entre os serviços de saúde mental pressupõe o envolvimento de relações não só com a comunidade, mas entre os diferentes serviços de saúde e de relações intersetoriais. As referências e contrarreferências¹¹, que precisam ser estabelecidas tem de dar conta da complexidade do cuidado de tal forma a que não seja um simples encaminhamento “ao”, mas que seja uma corresponsabilização de profissionais e serviços.

O trabalho do hospital articulado em rede, além de ser um dos principais objetivos da nova legislação estadual, tem na sua forma de remuneração um aporte específico de complementação financeira por parte do Estado do RS, que contempla valores diferenciados e maiores para aqueles hospitais localizados e referência para regiões com serviços de saúde mental extra-hospitalares.

No hospital geral, historicamente, há códigos de cadastramento e de faturamento específicos para a modalidade de atenção em saúde mental, reconhecidos como leitos de psiquiatria e para atendimento em leito clínico os transtornos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas até 2011; a partir de 2012, os códigos passam a reconhecer leitos de saúde mental.

Em função da Política Nacional de Álcool e outras drogas, nos anos de 2009 e 2010, foram reconhecidos leitos clínicos específicos para este atendimento. Os

¹¹ Idem nota 7.

leitos clínicos não eram cadastrados especificamente como leitos para álcool e outras drogas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, mas preconizava-se o atendimento nestes leitos, através do reconhecimento dos mesmos com a habilitação do hospital; enquanto Serviço Hospitalar de Referência para atendimento em álcool e outras drogas, de acordo como critérios da Portaria MS/GM nº 2.842/2010; este reconhecimento previa o pagamento de diárias de internação maiores aos hospitais que preenchessem os requisitos. (BRASIL, 2010)

Na definição dos parâmetros de funcionamento da atenção de saúde mental em hospitais gerais, para os leitos cadastrados como psiquiátricos, a Portaria SAS nº 224/1992 por muito tempo foi a principal legislação norteadora deste tipo de atenção e estabelecia que: o número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deveria ultrapassar 10% da capacidade instalada, não ultrapassando um máximo de 30 (trinta) leitos. (BRASIL, 1992b)

Esta legislação estabelecia ainda que fossem destinados, além dos espaços próprios de um hospital geral, salas para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, dentre outros). Os pacientes devem utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades socioterápicas.

Já a Portaria MS/GM nº 2842 previa um leito para cada 15.000 hab., neste sentido o total possível no RS seriam 728 leitos, pois em 2010 o estado já estaria com cerca de 10,5 milhões de pessoas segundo dados do IBGE. (BRASIL, 2011)

Para estes leitos os hospitais poderiam utilizar até 15% do total de leitos disponíveis no hospital, também não ultrapassando 30 leitos totais, lembrando que os mesmos deveriam estar inseridos exclusivamente em estruturas hospitalares de hospitais gerais. Pois, o objetivo principalmente seria a inclusão, com atenção qualificada visando uma permanência breve, com rápido retorno à comunidade de origem, buscando a continuidade terapêutica nos serviços de saúde e/ou saúde mental local. (BRASIL, 1992; 2011)

Há um grande aporte de recursos e de legislações que trazem mudanças em relação aos leitos de saúde mental nos últimos três anos em especial, na Política Nacional de Saúde Mental, conforme compilado no quadro a seguir:

Quadro 3 - Compilação - Legislações: Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais Brasil e RS - 2010/2013

BRASIL	Mudanças	RIO GRANDE DO SUL	Mudanças
As legislações de 2004 e 2009 são trazidas aqui para comparação:	-Define como locais de atenção o componente da atenção básica; componente da atenção nos CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; componente da atenção hospitalar de referência; e componente da rede de suporte social.	2009/2010 - extensão dos incentivos da resolução CIB/RS até final de 2012.	-estende incentivos de hospitais através de aditivos aos contratos enquanto não saía nova resolução estadual.
2004 - PORTARIA GM Nº 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências.	-Ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS); ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no SUS; diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas; e construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, e capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários. Aqui já aparece a estratégia de Redução de danos.	2011 - Política SM estabelece a Linha de Cuidado - O Cuidado que eu Preciso que conjuga uma série de ações e financiamentos extra-hospitalares, fortalecendo a Atenção Básica. ²⁰	-Amplia os incentivos estaduais para serviços extra-hospitalares.
2009-PORTARIA Nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.	-Institui o PEAD 2009-2010 com as seguintes finalidades: ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no SUS; diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas; e construir respostas intersetoriais efetivas; com prioridade para os 100 maiores municípios, com população superior a 250.000 hab. e 7 municípios de fronteira.	2011 - Resolução CIB/402. Instituir incentivos financeiros aos hospitais contratualizados pela Secretaria Estadual de Saúde, dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental que compreendem: Incentivos para Leitos de Internação Psiquiátrica em Hospitais Gerais; e Incentivos para Leitos Clínicos de Internação para Usuários de Álcool e Outras Drogas em Hospital Geral.	-Incentivo Estadual para fortalecer o trabalho em rede. Delimita valores de incentivo iguais para psiquiatria e AD.
2010 - <i>Plano Integrado de</i>	-Ampliar e integrar as ações voltadas à prevenção do uso,	2011 - Resolução CIB 148/12 HPPs (Hospitais de Pequeno Porte) estabelece que o incentivo financeiro para Leitos de Internação Psiquiátrica e Leitos Clínicos de Internação para Usuários de Álcool e	-Inclui a possibilidade de HPPs receberem incentivos por valor fixo de R\$ 1.900,00.

<p><i>Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas</i>¹² Considerando o Decreto No- 7179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;</p> <p>2010- Portaria MS 2.842 SHR-ad Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHRad.¹³</p> <p>2011 - Portaria 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁴</p> <p>2012 - Portaria MS 148/12. Define as normas de funcionamento e</p>	<p>tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação de familiares e a atenção aos públicos vulneráveis. Amplia redes de serviços (leitos em HG, CAPS ADIII, NASF, PET SM, Consultórios de ruas, Casas de acolhimento transitório, parceria MS e SENAD, Centros de referência em ED Permanente, CT)</p> <p>-Define normas de funcionamento para atenção em Saúde Mental voltada para leitos em HG, estendendo a possibilidade da portaria GM 1612/2005 (que restringia a municípios com mais de 200 mil hab., com CAPS AD e SAMU), estabelece o máximo de 15% dos leitos totais, e o critério de 1 leito para cada 15.000 hab. no território.</p> <p>-Institui ampliação e articulação de pontos de atenção às pessoas com sofrimento mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i>, álcool e outras drogas fortalecendo ações integradas no território. Inclui ações na ABS, Atenção Psicossocial especializada, Urgência e Emergência, Atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.</p> <p>-Define normas para leitos que atendem tanto questões de transtornos mentais quanto para necessidades decorrentes do</p>	<p>Outras Drogas, nos hosp. HPP.</p> <p>2012 - RESOLUÇÃO Nº 562/12 – CIB/RS Define a forma de organização e financiamento dos Serviços Hospitalares para Atenção Integral a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em hospitais gerais no Estado do Rio Grande do Sul.</p> <p>2013 - Nota Técnica Leitos de Saúde Mental RS publicada em 08/05/2013.</p>	<p>-Com as mudanças de legislação federal foi preciso modificar a res. CIB/RS 402/11. Os leitos passam a ser vistos como leitos de saúde mental sem distinção por morbididade. Os valores estaduais se equiparam aos federais, pois além dos incentivos Estaduais os hospitais recebem também por produção, considerando a cobertura de serviços no território. Define os leitos como um ponto na RAPS. Estabelece o máximo de 15% dos leitos totais, não ultrapassando 30 leitos.</p> <p>-Estabelece orientações sobre habilitação (global e</p>
---	---	---	---

¹² Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3g_nove_2010.pdf

¹³ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2842_20_09_2010.html.

¹⁴ Disponível em: <http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>.

<p>habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.¹⁵</p>	<p>uso de álcool, <i>crack</i> e outras drogas. Estimula internações de curta duração, com estabelecimento de fluxos de atenção entre pontos da RAPS, exigência e projeto técnico, estrutura física, utilização de leitos da pediatria, equipe técnica, em municípios ou regiões de saúde com até 100 mil hab.. Delimita 1 leito para cada 23 mil hab., não ultrapassando 15% dos leitos totais, com um máx. De 30 leitos com incentivos financeiros para implantação e custeio. Para o custeio o valor anual proposto é de R\$ 67.321,32 ou R\$5.610,11 leito/mês.</p>		<p>produção), tipos de contratos e valores, processamento e outras orientações.</p>
<p>2012 - Portaria nº 349/GM/MS, de 29 de fevereiro de 2012, que altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148/GM/MS2012.¹⁶</p>	<p>-Altera o item II do artigo 9º e os artigos 12º e 13º da Portaria nº 148/GM/MS. Define que os leitos habilitados pela portaria 2842 poderão ser qualificados pela portaria 148 desde que atendam os critérios.</p>		
<p>2012 - Nota Técnica 25/2012 ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS/DAPES/SAS/MS.¹⁷</p>	<p>-Apresenta informações sobre a implantação de Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Reafirma a importância da discussão em rede, inclusive de um projeto regional, e estabelece que o incentivo financeiro para implantação será deferido pelo Ministério da Saúde mediante aprovação de projeto encaminhado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde à Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.</p>		
<p>2012 - PORTARIA GM Nº 1.615, de 26 de julho de 2012 - Altera o item II do artigo 9º e os artigos</p>	<p>- O número de leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual</p>		

¹⁵ Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br>. Acesso em:

¹⁶ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0349_29_02_2012.html.

¹⁷ Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/mentalsaude/NotaTecnicaPT1482012LeitosSMnoHG.pdf>.

12º e 13º da Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012. ¹⁸	de 15% (quinze por cento) do número total de leitos do Hospital Geral, até o máximo de 25 leitos. Fixa o valor de incentivo de R\$ 4.000,00 para implantação por leito.		
2012 - Portaria MS 953, setembro 2012 – inclui na tabela do SCNES Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas. ¹⁹	-Modifica códigos de faturamento para leitos de Saúde Mental em todos os Hospitais gerais (não mais separa leitos psiquiátricos), mas distingue procedimentos. Apresenta também os códigos para os hospitais que se habilitarem pela port. 148.		

Fonte: Organização da pesquisadora 2013.

Obs.: As resoluções CIB/RS são encontradas em <http://www.saude.rs.gov.br>

Não foram incluídas legislações anteriores que habilitavam hospitais por se tratarem de listagens e não orientações técnicas. Porém salienta-se que em 2013 são publicadas as portarias SAS nº 361 e nº 377 habilitando uma lista de Hospitais e a Resolução CIB/RS nº 49/2013, que habilita 914 leitos com incentivo financeiro estadual e autoriza a habilitação de 335 leitos com incentivo financeiro federal.

Além destas, a Portaria GM Nº 651, de 22 de abril de 2013 que estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados de Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

¹⁸ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1615_26_07_2012.html.

¹⁹ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0953_12_09_2012.html.

²⁰ http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/244/?Linha_de_Cuidado_de_Sa%C3%BAde_Mental

Nos anos compreendidos entre 2010 e 2012 teve-se um incremento de novas legislações voltadas para os leitos, agora compreendidos como leitos de saúde mental, impulsionadas principalmente pela Política Nacional de “Enfrentamento ao crack e outras drogas” (2010b) que possibilita a portaria MS nº 2.84/2010; mas, principalmente nos anos seguintes, há uma mudança significativa na forma de compreensão destes leitos, que passam, a partir da RAPS²¹ (2011c) – Rede de Atenção Psicossocial e da Portaria MS 148/12, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência, a reconhecer os leitos, antes separados em psiquiátricos e clínicos, como leitos de saúde mental.

Esta mudança é significativa para compreensão não só da referência a serviços e usuários, mas também para equiparação dos valores de faturamento dos leitos, assim como para uma definição de parâmetros de cobertura assistencial e qualificação das ações em rede e da composição das equipes hospitalares.

A Portaria MS n 148/2012 reconhecia a capacidade máxima de 15% dos leitos totais não ultrapassando 30 leitos, num parâmetro de cobertura de 1 leito para cada 23 mil hab., já a Portaria GM nº 1.615/2012 mantém o parâmetro de cobertura, mas delimita o máximo de 25 leitos por hospital.

Então, houve uma mudança de parâmetros de cobertura de leitos para atendimento em saúde mental no país da seguinte forma:

Quadro 4 - Coeficientes de cobertura de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais

Cobertura	Referencial	Parâmetro nos hospitais	Máximo de leitos totais
0,45/mil hab.*	Port.GM 1.101/2002	Não especifica	Não especifica
Não especifica	Port. GM 224/1992	Até 10% leitos totais	Max 30
1/ 15.000 hab.	Port. MS 2842/2010	Até 15% leitos totais	Max 30 (leitos AD)
0,1 a 0,16 /mil hab. Alta cobertura rede 0,16 a 0,24/mil hab. Baixa cobertura de rede 0,16 a 0,24/mil hab. ou 1,6 a 2,4/10 mil hab.	Política Nacional de Saúde Mental -2010 Pacto Volume V, 2006, p141 De acordo com a cobertura de rede.	Não especifica	Não especifica
1/ 23 mil hab. Ou 0,43/10 mil hab.	Port. MS 148/2012	Até 15% leitos totais	Max 30 leitos (saúde mental)
1/ 23 mil hab. Ou 0,43/10 mil hab.	Port. MS 1615/2012	Até 15% leitos totais	Max 25 leitos (saúde mental)

Fonte: A autora (2013).

*Não era aconselhável contratar mais leitos psiquiátricos onde já exista capacidade de 0,45 ou mais leitos/1000 habitantes, para internação em psiquiatria.

²¹ Rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

3.3 OS PARÂMETROS DE COBERTURA RECOMENDADOS

A utilização dos leitos é muito cara para as políticas públicas, a redução do tempo médio de permanência é importante, principalmente a partir do investimento público em outros tipos de serviços de saúde mental. O desafio tem sido como oferecer internação de modo mais humano, entende-se aqui o HG como este local. (THORNICROFT; TANSELLA, 2008)

Mesmo assim, a política de ampliação de leitos tem sido uma escolha política dos governos nos últimos anos, tanto no âmbito estadual quanto federal. Embora se invista em serviços extra-hospitalares, a Política Nacional também tem colocado um aporte de recursos considerável para ampliação deste tipo de dispositivo no país. No RS, como esta política já vinha sendo investida, o momento atual é de qualificação, o que de certa forma dá a possibilidade de reavaliar a ampliação e intervir.

A questão da política para atenção aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, e em especial no Brasil o uso específico do *crack*, colocou em pauta para sociedade os modos de promover cuidado. Esta pauta tem na primeira década dos anos 2000, colocado, para Reforma Psiquiátrica Brasileira, desafios não só em relação aos serviços para promoção de cuidado, mas, também no campo cultural, pois destaca questões éticas do campo moral. Assim, velhas formas de 'cuidar', que utilizam a apartação social como tecnologia, são reacendidas e a política social responde a um tipo de problema. Modelos centrados no isolamento e na abstinência são retomados como nortes para o trabalho em saúde neste campo, desafiando não só as equipes, mas a sociedade como um todo a pensar outras formas de lidar com estas questões. E, no estado do RS a política responde diretamente com ampliação de leitos a esta demanda.

Ao olhar-se para os quantitativos de leitos no país, e no RS, vê-se que a cobertura de leitos de saúde mental, no estado, compreende um quantitativo muito superior aos outros estados, e grande parte destes leitos foi ampliada entre 2007 e 2008. Isso em resposta a políticas voltadas para atenção a usuários de drogas, por conta do momento histórico do país, pois foi um período em que se contrataram vagas em Comunidades Terapêuticas; ambas as medidas voltadas para um modelo de atenção centrado no afastamento da realidade, como modo e expectativa da política social de resolver as demandas.

Assim, leitos clínicos começaram a ser utilizados com incentivo estadual para o atendimento desta demanda, os quais atualmente são convertidos em leitos de saúde mental.

Com a atualização das legislações, em 2012, conforme já apontadas anteriormente, os quantitativos não poderiam ultrapassar 25 leitos totais de saúde mental no hospital; porém, na política estadual do RS, optou-se por permanecer com o máximo de 30 leitos, considerando que o estado já tinha uma trajetória de ampliação e a adequação implicaria redução de leitos.

Somando, então, leitos existentes de saúde mental em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos haveria uma cobertura de 1 leito para cada 4mil hab.; um parâmetro infinitamente superior ao recomendado pela legislação atual no Brasil, que prevê 1 leito para cada 23 mil hab. Mesmo considerando-se o total de leitos somente em hospitais gerais no Estado, o parâmetro de cobertura assistencial ainda assim permanece além do preconizado, compondo 1 leito para cada 7,3 mil hab. Mesmo assim, curiosamente segue a ideia de falta de leitos por parte de gestores, o que reforça modelos de atenção pautados na internação como tratamento e não como atenção à crise.

De acordo com o Atlas *Mental Health Resources in the World* (2005, p. 31) a média do número de leitos psiquiátricos por 10.000 habitantes nas regiões da Organização Mundial da Saúde e do Mundo seria a seguinte:

Quadro 5 - Median number of psychiatric beds per 10 000 population in each WHO Region and the world

WHO Regions Median	per 10 000 population
Africa	0.34
Americas	2.60
Eastern Mediterranean	1.07
Europe	8.00
South-East Asia	0.33
Western Pacific	1.06
World	1.69

Fonte: Mental Health Resources in the World (2005).

A região da Ásia seria a mais desprovida da cobertura de leitos psiquiátricos

com uma média de 0,33 leitos por 10 mil habitantes, em contrapartida da região com maior cobertura, a Europa, com 8 leitos para cada 10 mil habitantes. Ao comparar os quantitativos do RS/Brasil, em relação aos hospitais gerais, tem-se 1,3 leitos para cada 10 mil habitantes; se somados os leitos em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos, chegar-se-ia a 2,13 por 10 mil habitantes.

Tabela 2 - Leitos de Saúde Mental em 25 Estados-Membros da UE

Table 10.1 Mental health care in the 25 EU member states

	Total psychiatric beds	Psychiatric beds in mental hospitals	Psychiatric beds in general hospitals	Psychiatric beds in other settings	Number of psychiatrists	Number of social workers	National mental health programme	Latest mental health legislation	Total health budget for mental health care (%)
	Per 10,000 population				Per 100,000 population				
Austria	5.2	4.7	0.5	–	10	103	No	1997	–
Belgium	25.0	16.4	2.4	6.6	18	–	Yes	2000	6.0
Cyprus	5.2	4.7	0.6	0.0	5	25	Yes	1997	7.0
Czech Republic	11.3	9.7	1.4	0.2	12	–	Yes	1966	3.0
Denmark	15.1	4.0	3.6	7.5	16	7	Yes	1998	–
Estonia	10.2	8.0	2.1	0.0	13	0	Yes	1997	–
Finland	11.6	0.0	10.4	1.2	16	165	Yes	1990	–
France	12.1	7.3	2.3	2.2	20	–	Yes	1990	5.0
Germany	7.6	4.8	–	–	7	–	Yes	1999	–
Greece	8.7	4.3	0.3	4.1	6	56	Yes	1999	–
Hungary	9.6	2.3	7.2	0.1	9	1	Yes	1997	8.0
Ireland	11.5	10.0	1.6	0.8	5	37	Yes	1991	7.7
Italy	1.7	0.0	0.8	0.9	9	3	Yes	1998	–
Latvia	15.5	15.1	0.4	–	10	0.6	Yes	1997	5.0
Lithuania	11.8	10.8	0.7	0.3	13	–	Yes	1995	7.0
Luxembourg	10.1	7.5	3.0	0.0	12	35	Yes	2000	13.4
Malta	18.9	18.8	0.1	0.0	5	2	No	1981	9.0
Netherlands	18.7	15.4	1.0	2.3	9	176	Yes	1994	7.0
Poland	7.5	5.9	1.0	0.6	6	1	Yes	1994	–
Portugal	7.7	2.1	1.2	4.4	5	7	Yes	2000	–
Slovakia	9.0	6.0	3.0	0.0	10	–	No	1994	2.0
Slovenia	11.9	6.8	1.1	4.0	8	–	No	1999	–
Spain	4.4	3.7	0.6	0.1	4	–	No	1986	–
Sweden	6.7	–	–	3.2	20	–	No	2000	11.0
United Kingdom	5.8	–	–	–	11	58	Yes	1983	10.0

Source: WHO (2001a)

Fonte: European Observatory on Health Systems and Policies Series (2007).

Em termos quantitativos indicados, cada país tem construído suas perspectivas e, no caso do Brasil, como se pode ver, no quadro n. 4, de coeficientes de cobertura de leitos de psiquiatria, ao longo das últimas duas décadas, foram considerados parâmetros de morbidade, séries históricas e necessidade de internação²². São utilizados indicadores considerando também o fato de que as necessidades são aferidas em termos da capacidade instalada e oferta de ações e serviços; além disso, estima-se que de 7 a 9% da população terá necessidade de internações hospitalares durante o ano, em determinada região, de acordo com a Portaria GM nº 1101/2002. (BRASIL, 2002b)

²² As fórmulas para cálculo por taxas de ocupação, necessidades por especialidade e por região, podem ser encontrados na Portaria GM/MS nº 1001/2002.

Ampliando esta compreensão, na literatura é possível encontrar diferenças de cobertura bastante diversas, porém salienta-se a contribuição de Thornicroft e Tansella (2008):

De modo mais geral, enquanto há um consenso de que serviços de internação para pacientes no episódio agudo são necessários, o número de leitos requerido é altamente contingente a outros serviços disponíveis e características sociais e culturais locais, tais como a tolerância a comportamentos anômalos. (THORNICROFT; TANSELLA, 2008, p. 16)

Nesse sentido, os tipos de cobertura de base territorial de acordo com o relatório de Saúde Mental compreendem três cenários, que envolvem políticas, ações e serviços em países mais pobres, países com níveis moderados de recursos e por fim países que possuem mais recursos. (OMS, 2001)

Estas ações envolvem profissionais, medicamentos essenciais, ações voltadas para desinstitucionalização, fechamento de hospitais de custódia, integração entre os diferentes tipos de serviços de saúde mental aos de saúde em geral, cuidados comunitários, entre outros.

No trabalho de Masood Khan e Rowena (2011) são apresentados dez padrões de cuidado em psiquiatria, dentre os quais são elencados como parâmetros ideais de quantitativos de leitos em uma unidade de saúde mental um máximo de 18 leitos, mantendo-se um máximo de 85% da taxa de ocupação, para fins de melhor atender este tipo de especialidade. Neste material são abordados ainda questões como ambiente físico, espaço terapêutico, abordagem respeitosa e ética, sem uso de punições, com técnicos de referência, compartilhamento das informações e envolvimento do paciente no planejamento, inserção comunitária, acesso a atendimento de profissionais da equipe, com atendimento personalizado, que considere as questões culturais e sociais.

Segundo dados da OMS a prevalência de doenças mentais na população adulta mundial gira em torno de 10%, e destes não há um percentual específico de quantos necessitariam de internação.

Análises efectuadas recentemente pela OMS mostram que as condições neuropsiquiátricas, que incluíam uma selecção destas perturbações, registraram uma prevalência agregada de cerca de 10% para adultos (CGD, 2000). Calculou-se em 450 milhões o número de pessoas que sofriam de afecções neuropsiquiátricas. Essas afecções compreendiam perturbações depressivas unipolares, perturbações afectivas bipolares, esquizofrenia,

epilepsia, problemas devido ao abuso do álcool e de determinadas drogas, doença de Alzheimer e outras demências, pós-stress traumático, perturbação obsessiva e compulsiva, pânico e insônia primária (sic). (OMS, 2001, p. 55)

A necessidade de internação depende de inúmeros fatores, principalmente pelo tipo de cobertura de base territorial, que possam proporcionar o cuidado em saúde mental, conforme trazido anteriormente em relação ao mapeamento realizado no relatório de Saúde Mental no Mundo, organizado pela OMS em 2001. No Brasil, a Portaria MS/GM 1.101/2002 (BRASIL, 2002b) recomendava, dentro dos parâmetros de cobertura assistencial, como necessidade para todos os tipos de internações, um percentual de 7 a 9% da população; já para as questões de saúde mental, nomeadas como psiquiatria, apresenta um cálculo de necessidade por ano com uma fórmula²³ que tem em seu coeficiente uma relação com o número de aihs – autorização de internação hospitalar pagas anteriormente em sua série histórica, bem como fatores estruturais e/ou epidemiológicos, e cobertura hospitalar.

Porém, mesmo com o acesso dos municípios no estado do RS sendo organizado por regiões de abrangência, diminuindo-se as internações em hospitais psiquiátricos e aumentando-se consideravelmente as internações em hospitais gerais como pode ser observado no quadro a seguir, demonstrando que ainda há uma grande procura pela internação como forma de tratamento.

Quadro 6 - Total de internações de saúde mental no RS

Ano	Hospital Geral	Hospital Psiquiátrico
2004	10.415	16.850
2005	10.173	13.488
2006	12.429	12.696
2007	13.593	12.697
2008	13.402	12.495
2009	20.814	12.984
2010	24.170	12.791
2011	25.389	12.787
2012	22.362	13.230

Fonte: Datasus. Organização da autora (2013)

A internação, que deveria ser o último recurso na rede de serviços, acaba ocupando o primeiro lugar no circuito de acesso para muitos casos. Embora se

²³ (Pop.x 0,08) x 3,50%.

possa olhar para municípios menores, que não possuem nenhum tipo especializado de serviços em saúde mental, e prever que estes demandem mais internações, a lógica não tem sido esta: no quadro Geral de internações ocorridas nos últimos anos no estado, isso também diz de um modelo de atenção dos serviços.

Na proporção de utilização da internação como recurso, os municípios que mais internam, considerando quantitativo populacional e número de internações, são municípios mais próximos de municípios-sede de hospitais psiquiátricos.

Dessa forma, a cultura tem sido um importante viés na escolha de locais para atenção em saúde mental, além de que alguns dos municípios-sede de hospitais psiquiátricos são também locais que possuem modelos de formação de profissionais, os quais utilizam estes hospitais como locais de estágio e aprendizado profissional.

Da mesma forma, municípios-sede de hospitais psiquiátricos são os municípios que menos aderiram à Política de ampliação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, com exceção da capital do estado. Contudo, a capital compreende um índice de cobertura muito acima do preconizado pela legislação, pois entre leitos de saúde mental em hospitais gerais a capital chega a uma cobertura de 1 leito para cada 11 mil habitantes.

Questões como estas trazem uma visibilidade importante para os modelos de atenção dos serviços, ou, mais especificamente, sobre a forma como os serviços dialogam, como atendem crise, organizam atendimento noturno, entre outras questões.

A Secretaria Estadual da Saúde do RS, ao contratar os leitos de saúde mental em hospitais gerais, determinou coberturas por territórios, acordados pelos gestores nas CIR – Comissões Intergestores Regionais. Estes acordos locais entre os gestores, acertados entre os serviços em regiões de saúde, auxiliam na determinação do hospital geral como referência, e mudam de certa forma concepções culturais de utilização.

Uma estratégia utilizada pela SES – Secretaria Estadual da Saúde – tem sido a regulação do acesso aos leitos em hospitais psiquiátricos e em hospitais gerais. Após ampliar leitos e definir regiões de abrangência para cobertura assistencial em saúde mental, equipes, em parte das dezenove coordenadorias regionais de saúde e na central estadual de regulação, começaram a regular o acesso aos leitos. Projetos-piloto começaram por regular, em quatro hospitais psiquiátricos do estado,

o acesso dos municípios, sendo revistas inclusive as referências para acesso aos mesmos, através da Resolução CIB/RS nº 169/2007. (RIO GRANDE DO SUL, 2007)

A intervenção inicial demonstrou algumas dificuldades tais como acesso aos hospitais por encaminhamentos privados, em que muitos usuários não eram acompanhados por serviços no cotidiano, além disso, alguns dos encaminhamentos eram baixas por problemas sociais, de vulnerabilidade, que não preenchiam efetivamente critérios de internação. A intervenção de regulação passou a exigir encaminhamentos por serviços municipais. O passo seguinte foi o de regular vagas em hospitais gerais, e, nesse sentido, ainda não era possível ter um quantitativo de pessoal e um sistema informatizado capaz de dar conta em tempo real da regulação, mesmo assim, em alguns hospitais foram seguidas as seguintes regras: os municípios procurariam as referências de hospitais combinadas em resoluções regionais, e na falta de vagas buscariam auxílio das regionais ou central estadual.

No segundo semestre de 2010, uma equipe específica para saúde mental na regulação estadual foi montada com profissionais da SES, e, a partir de 2011, esta equipe pode trabalhar especificamente com assessoria às regionais: monitoramento e avaliação das internações, bem como com gestão de caso, para busca das vagas que não seriam encontradas dentro de hospitais nas regionais de saúde. A utilização da regulação como estratégia de melhoria de acesso foi uma tentativa de qualificar a utilização dos leitos, bem como de responder a necessidade de acesso a internações.

As maiores dificuldades detectadas em algumas regiões foram o atendimento a comorbidades (como intercorrências de saúde mental em gestantes, usuárias de drogas, ou pessoas com comorbidades clínicas como HIV e Tuberculose, ou ainda para o atendimento de menores de 18 anos).

Estas dificuldades mobilizaram a revisão de referências e a pactuação de novos incentivos com critérios mais rígidos, a fim de dar conta destas situações, conforme resolução CIB/RS nº 562/2012, já citada no quadro de legislações especificado anteriormente.

3.4 DIREITO E ACESSO, UMA COMBINAÇÃO NECESSÁRIA

Potyara Pereira (2009) ressalta na definição de Estado a presença de três

elementos constituintes: o território enquanto espaço geográfico, um conjunto de regras e condutas e um conjunto de instituições e prerrogativas, inclusive o poder coercitivo.

Assim, é importante salientar que Estado e Sociedade Civil não podem ser reduzidas a dois polos extremos de interesses, pois a Sociedade também faz parte deste Estado e tem interesses heterogêneos, que, portanto, podem em grande parte, em determinado momento histórico, compactuar com interesses hegemônicos ou não. (DAGNINO, 2002)

Nesse sentido, será tomada por base a concepção de política social e não de política pública para discussão da temática da política de saúde, optando-se pelo posicionamento teórico que compreende a política pública como algo para todos, coisa pública, que envolve tanto Estado quanto Sociedade na relação com as demandas sociais, que envolve uma relação, com conflitos e negociações. (PEREIRA, 2009)

Já a política social envolve diretamente a interferência do Estado na defesa e proteção de direitos, através de um conjunto de programas e ações para atendimento de necessidades. (CASTRO, 2011)

(...) o entendimento da política social como sendo composta por programas e ações do Estado, que se manifestam em oferta de bens e serviços e transferências de renda, com o objetivo de atender as necessidades e os direitos sociais que afetam vários dos componentes das condições básicas de vida da população, até mesmo aqueles que dizem respeito à pobreza e à desigualdade. Cabe salientar, entretanto, que bens e serviços similares aos oferecidos pelo Estado podem também ser oferecidos por entidades privadas, sejam lucrativas ou não. (CASTRO, 2011, p. 69)

O tripé da Seguridade social abarca a Assistência Social, a Previdência Social e o direito à Saúde. Assim, a política social específica para a área da saúde é apontada por Castro (2011) como sendo uma política setorial, para atender o objetivo da proteção social, a fim de reduzir riscos e vulnerabilidades produzidos pela sociedade de mercado.

A compreensão ampliada do conceito de saúde, que considera as condições de vida das pessoas e que norteou a construção da legislação do SUS, traz o desafio no campo da gestão como a “regulação dos recursos existentes, com base nas particularidades de cada local e nos princípios doutrinários e organizacionais únicos para o sistema de saúde brasileiro”. (FERLA; LEAL; PINHEIRO, 2006, p.44)

Dessa forma, a capacidade técnico-política do Estado, para atender e organizar a prestação de bens e serviços, permite que entidades privadas também participem deste processo. “Essa participação vai ser maior ou menor, conforme as condições de mercado e a oferta pública em quantidade e qualidade desejada pela população”. (CASTRO, 2011, p. 77)

O SUS organizou a oferta de serviços públicos, regionalizados, com acesso universalizado, com participação de todos os entes federados, com participação social na sua gestão, descentralizando ações, fortalecendo os municípios e o trabalho em rede. (CASTRO, 2011) Contraditoriamente a um sistema que redistribui e descentraliza poder de gestão, recursos, e serviços, com espaço para participação social na definição de ações e gastos públicos, também permite a participação de forças de mercado; não se pode pensar atualmente em uma cobertura assistencial, em uma política nacional de saúde, sem considerar interações com o setor privado, com recursos públicos. (CASTRO, 2011)

A atuação estatal na regulação da prestação de bens e serviços, tanto privados quanto filantrópicos, é então necessária para organização e controle da prestação dos serviços, de acordo com os parâmetros do SUS. No caso da prestação de serviços no campo da saúde mental, as redes de atenção em saúde mental, propostas pela política nacional, nas últimas décadas no país, que compõem atualmente a rede de atenção psicossocial, com recursos públicos, são eminentemente de caráter público, salvo exceções de terceirizações efetuadas em algumas prefeituras. Porém, no caso das internações, as instituições hospitalares no Brasil concentram o maior número de instituições e de leitos em instituições de caráter filantrópico.

No RS existem 244 hospitais de natureza filantrópica e 36 hospitais de natureza pública. Em especial, dos 114 hospitais contratados com incentivo para atendimento de saúde mental, 11 são hospitais de natureza pública e os demais são filantrópicos, conforme listagem na Resolução CIB/RS nº 049 de 2013. (RIO GRANDE DO SUL, 2013b)

O controle da prestação de serviços se dá de várias formas, desde o estabelecimento de critérios em legislação específica para os incentivos, que define equipe, projeto técnico, relação de trabalho em rede e regulação do acesso pela gestão pública, até a forma de acompanhamento do trabalho, mediante relatórios e vistorias, e a resolução mais atualizada especificamente para prestação de serviços

aos SUS com leitos de saúde mental no estado é a Resolução CIB/RS nº 562/2012. (RIO GRANDE DO SUL, 2012)

Teoricamente, o controle do estado sobre a prestação de serviços deveria garantir o efetivo funcionamento de acordo com parâmetros do SUS. Na prática, as instituições têm profissionais oriundos das mais variadas experiências profissionais, e muitas vezes desconhecem tanto a legislação do SUS quanto a lógica de funcionamento.

Dessa forma, inúmeras contradições se fazem presentes, desde o estabelecimento de uma política social que dê conta de necessidades sociais, na medida em que o direito precisa existir e ser delimitado porque não se tem direitos atendidos na sua plenitude. Outra contradição é a própria contratação de serviços privados para complementarização da prestação de bens e serviços pelo Estado, na medida em que a oferta estatal é muito inferior à demanda social. No caso das internações, em particular, o volume do espaço ocupado pelo privado na complementação da oferta de serviços de saúde é muito maior que o público.

Do orçamento executado pelo Ministério da Saúde, em 2011, para ações de saúde mental, 29,91% dos recursos foi utilizado para gastos com internações de saúde mental (contando internações tanto em hospitais gerais como em hospitais psiquiátricos). (BRASIL, 2011) Para 2012 e 2013 a estimativa de aporte de recursos contou com recursos extras, provindos do plano *crack*, proposto pelas legislações específicas para ampliação de leitos no país.

Curiosamente, muito do gasto social investido pelo Estado retorna para o próprio Estado, na medida em que as políticas sociais contribuem para certo padrão distributivo, e mais de 50% do incremento dos gastos com estas políticas acaba retornando para o próprio Estado, através de impostos e contribuições, pois:

Ao distribuir melhor a renda, os salários e os serviços, uma parte importante do gasto social permanece no país e fortalece o circuito de multiplicação de renda, pois estes estratos tendem a consumir menos importados e poupar menos, o que implica maior propensão a consumir produtos nacionais, mais vendas, mais produção nacional e mais emprego gerado no país. (CASTRO, 2011, p. 92)

3.5 SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

Saúde, direito de todos e dever do Estado, estabelece nossa Constituição, e

chegar ao acesso à atenção em saúde mental, no hospital geral, como direito do portador de sofrimento psíquico, é visitar uma história permeada pela complexidade das lutas pelos direitos do ser humano. É importante salientar a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 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)

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 categoria primordial para a pesquisa, na medida em que se compreende este 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, 1990)

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 relações intersetoriais possíveis, a corresponsabilização dos diferentes serviços na atenção, as carências da população, entre outras. As políticas de saúde apontam o “acesso” aos serviços como diretoras 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)

A discussão em torno do acesso a serviços no país tem dado cada vez mais espaço para a análise, a partir de temas como o acolhimento, evoluindo-se assim a reflexão sobre a forma como os serviços acolhem as questões trazidas pela população atendida. Pode-se perceber isso como um avanço, pois anteriormente a discussão girava em torno da cobertura assistencial, com a discussão sobre a quantidade de 'portas-de-entrada' e passa-se, então, a incluir na agenda dos gestores a preocupação com a qualidade dessas "portas". (TEIXEIRA, 2003)

Os próprios usuários constroem suas redes de circulação a partir do reconhecimento de locais e profissionais, que lhe permitem acesso de forma mais facilitada, o que de certa forma nem sempre configura o seguimento dos fluxos assistenciais estabelecidos pelo sistema de saúde, mas que se servem de estratégias como utilização de outros endereços, ou, ainda, a busca pela judicialização.

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, pela qualidade da oferta produzida. 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.

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, 1990) Mesmo diante desta conquista, os portadores de sofrimento psíquico se deparam com uma sociedade que, contraditoriamente, mesmo tendo avançado na criação de serviços que cuidem no território, ainda permite ações de atenção com isolamento, e afastamento do 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 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 profissionais²⁴.

Mas, por outro lado, a conquista de direitos como a universalização do direito à saúde, posta na legislação brasileira, denota 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, não são garantias de efetivação do acesso para uma parcela da população. (COHN et al., 2006) A não efetivação pode mostrar-se na falta de serviços, na falta de acesso aos serviços, ou até mesmo nos critérios muita vezes impostos pelos próprios serviços para o acesso como: exames, horários, rotinas e agendas, condições físicas e mentais, entre outros.

A intervenção do Estado nas políticas sociais tem relação com a efetivação do direito positivo dos cidadãos, na medida em que exige a intervenção do Estado Moderno para minimização da questão social, o que de certa forma propicia condições de “[...] manutenção e reprodução de uma parcela da população”. (FLEURY, 1994, p.11)

A ampliação dos direitos para Bobbio (1992) ocorreu de 3 formas: pelo aumento de bens passíveis de tutela; pela extensão da titularidade de alguns direitos a sujeitos diversos; e porque o homem passa a ser visto na sua concretude como especificidade (criança, idoso, doente, etc.).

Há, portanto, uma passagem da percepção do homem genérico para o homem específico; 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 alguma forma, 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.

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

²⁴ Sobre este assunto há inúmeros registros como a Mostra Itinerante Memória, ou ainda no livro **A instituição sinistra**: mortes violentas 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. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoriadaloucura/Mostra/itinerancia.html>. Acesso em: jun. 2010.

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, preconizado 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 pelas lutas 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 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)

Contudo, a conquista dos direitos sociais no Brasil, de forma antecipada aos demais, por um longo tempo acabou produzindo uma cultura do favor. Pois, considerando-se que a conquista de direitos civis e políticos serviria de base para

reivindicações dos demais, a pré-existência dos direitos sociais ofertados pelo Estado acabou desencadeando uma relação assistencialista, e, por sua vez, também excludente, na medida em que nem todos tinham direitos. Além disso, esta relação acaba sendo uma forma de individualização dos cidadãos, que desfrutam direitos como benevolência e relação pessoal.

A antecipação dos direitos sociais fez com que os direitos, por um longo tempo, não fossem vistos como tais, como independentes da ação do governo, mas como favor. A cidadania que daí resultava era passiva e receptora em lugar de ativa e reivindicadora. Destaca-se a concepção da política social como privilégio e não como direito. O que coloca novamente em relevo a lógica do favor e da benemerência. Dessa forma, ao contrário de caminhar na direção da consolidação de direito, a modalidade que irá conformar as políticas sociais brasileiras será primordialmente o caráter assistencial. (MENDES et al., 2005, p. 3)

Esta herança na conquista de direitos também contribui, por sua vez, para a forma como as pessoas buscam seus direitos, como se organizam coletivamente ou não, ou como reconhecem o espaço do controle social.

Entretanto, a conquista dos direitos é um fator essencial para a cidadania, e desta forma a garantia dos direitos tem na constituição de políticas públicas uma forma de possibilidade de materialização. As mudanças conceituais nos modos de produzir saúde têm auxiliado para que se criem políticas, programas e serviços que possam dar conta destes direitos.

A conquista dos direitos no campo na saúde é por si essencialmente coletiva, pois mesmo que a saúde tenha um atributo pessoal para cada sujeito, a sua garantia pelo Estado é realizável por meios coletivos; se torna extensiva na medida em que é conferida a um deve ser conferida a todos. Assim, o direito à saúde não se restringe a direitos assegurados, mas abre “[...] possibilidade de construção de novos direitos, tendo em vista a complexidade e a diversidade das demandas por saúde [...]”. (MACHADO, 2011, p.98)

Na legislação dos sistemas de saúde brasileiros, o direito à saúde envolve não só o direito de acesso, mas também o direito de participação social na formulação e acompanhamento das políticas, com articulação entre governo e sociedade civil. Esta é uma dimensão importante, que coloca o usuário do sistema de saúde num patamar de sujeito de direitos, preconizado tanto na Constituição Federal quanto em legislação específica sobre esta dimensão. Esta participação

tanto na formulação de políticas, como no controle de políticas se dá principalmente através das conferências dos conselhos de saúde. (FERLA; LEAL; PINHEIRO, 2006)

No campo da saúde mental as conferências têm sido uma estratégia de grande influência para formulação de políticas e destinação de recursos, que caminham cada vez mais para a lógica da intersetorialidade, o que convoca mudanças na forma de gestão das políticas sociais.

4 AS QUATRO PAREDES

Optou-se pela metáfora das quatro paredes neste capítulo para apresentar os resultados do encontro com as diferentes fontes. Entende-se que este universo da atenção no hospital como lugar é composto por pessoas, mas também por um embasamento legal que o constitui; assim, as paredes simbolizam os atravessamentos mais duros da estrutura, a legislação, os projetos escritos, os relatórios, contudo trazem algo que faz parte das paredes como: testemunhas da relação estabelecida no contato, no cotidiano, na construção do processo de trabalho que acontece dentro das instituições, mas que também se relaciona com o fora da instituição.

No capítulo anterior foi apresentada a análise documental que compreende as legislações e parâmetros, bem como a cobertura de leitos em diferentes países, através dos quais se pode contextualizar a política de utilização de leitos no Brasil e em especial no RS. A seguir serão apresentados os encontros com os seguintes materiais:

- 1-Relatórios dos hospitais;
- 2-Projetos terapêuticos;
- 3-Entrevistas com usuários, familiares, profissionais, e administradores;
- 4-Grupos nominais (um virtual e um presencial).

4.1 RELATÓRIOS TRIMESTRAIS DOS HOSPITAIS

Os hospitais gerais, que se habilitaram ao recebimento de incentivos financeiros estaduais, devem entregar documentos tais como: aprovação pelo gestor público municipal, pelo conselho municipal de saúde, pelos setores de vigilância e saúde mental das coordenadorias; resoluções de referências de abrangência em sua região, bem como projetos terapêuticos e assinar termos compromissando-se, ao atendimento em rede, a ser referência para serviços municipais de saúde, atendendo todos os ciclos de vida, sem distinção de gênero. A comprovação do atendimento é feita pelo acompanhamento sistemático das AIHS (Autorizações de Internações Hospitalares), vistorias e pela entrega de relatórios trimestrais, que representam a dinâmica e o perfil dos atendimentos de saúde mental realizados a

cada trimestre.

O critério de inclusão e análise de projetos terapêuticos e relatórios trimestrais teve como referência o fato de que são documentos não divulgados através dos sites oficiais de envio de dados, nem no cadastro dos leitos hospitalares no SCNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). No relatório trimestral, aparecem informações referentes: ao processo de trabalho, às relações e atividade com os demais serviços da rede, o tipo de droga utilizada pelos pacientes, a carga horária da equipe técnica, a utilização dos recursos de incentivos, as modalidades de atendimento, que demonstram como o hospital pôs em prática o projeto terapêutico acordado.

A entrega dos relatórios para Secretaria Estadual da Saúde – SES se dá de duas formas: uma impressa, entregue nas coordenadorias regionais de saúde de sua referência e a outra em forma de relatórios com o mesmo conteúdo, porém preenchidos *on-line*, com *link* fornecido pela SES. O recorte de análise compreende os relatórios trimestrais de hospitais gerais que atenderam saúde mental, recebendo incentivos financeiros referentes ao ano de 2011, preenchidos eletronicamente. No período houve 83 hospitais com resposta aos dois primeiros trimestres do ano, 67 hospitais com relatórios referentes ao terceiro trimestre e 65 hospitais com preenchimento dos relatórios referentes ao último trimestre. A diferença de número de instituições tem diferentes atravessamentos tais como: troca de direção, de profissionais que preenchem os relatórios, troca de coordenações de saúde mental nas coordenadorias regionais, assim como por tratar-se de um período de transição, em que se publicou nova resolução para novos contratos.

Sendo assim, dividem-se em blocos as informações fornecidas pelos hospitais, que seguiram uma padronização de respostas condensadas em números absolutos e percentuais:

a – Informações sobre condições e estrutura do serviço oferecido: (número de leitos, número de internações e reinternações no período, estrutura física, utilização do recurso estadual);

b – Informações sobre o tipo de do atendimento oferecido: (ciclos de vida, tipos de internações, tipos de drogas utilizadas pelos pacientes, atendimento à

família);

c – Equipe: (profissionais, modalidades de atenção individual e em grupo, carga horária, reuniões);

d – Rede: (região ou microrregião de abrangência, atividades em conjunto, serviços que compõe a rede, acesso, regulação e alta hospitalar).

Analisando os dados por blocos de informações pode-se considerar:

a - Informações sobre condições e estrutura do serviço oferecido:

- Porte dos hospitais (leitos totais):

- 33% possuem entre 61-100 leitos totais no hospital
- 39% possuem menos de 60 leitos
- 29% possuem acima de 100 leitos

- Leitos Psiquiátricos:

- 47% refere ter entre 1-4 leitos
- 36% refere ter entre 5-9 leitos
- 4% refere ter entre 10-14 leitos
- 5% refere ter mais de 15 leitos
- 8% refere não ter leitos de psiquiatria

- Estrutura física de distribuição dos leitos psiquiátricos:

- 36% os leitos estão em ala aberta com livre acesso às demais dependências do hospital
- 31% os leitos estão em ala fechada em que somente funcionários abrem a porta
- 33% os leitos estão junto a outros leitos do hospital

- Leitos para atendimento específico de álcool e outras drogas -AD:

- 31% refere ter entre 1-4 leitos
- 41% refere ter entre 5-9 leitos
- 16% refere ter entre 10-14 leitos
- 5% refere ter entre 15 -25 leitos
- 2% refere ter acima de 25 leitos

- 6% refere não ter leitos AD

- **Estrutura física de distribuição dos leitos para o atendimento de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas:**

- 41% os leitos estão em ala aberta com livre acesso às demais dependências do hospital

- 35% os leitos estão em ala fechada em que somente funcionários abrem a porta

- 24% os leitos estão junto a outros leitos do hospital

Portanto, a maioria dos leitos está em alas abertas, o que denota uma mudança significativa nas formas de produção de cuidado hospitalar, pois se comparado ao modelo asilar anterior, em que as internações eram realizadas prioritariamente em hospitais psiquiátricos, estes locais não concebem cuidado articulado com outros serviços, nem com alas abertas.

Embora cerca de quatro hospitais tenham mais leitos de saúde mental do que as novas legislações preconizam, os hospitais na sua maioria tem um porte médio e as unidades possuem uma média de 15 leitos dentro dos limites, levando em conta os novos parâmetros da legislação. (BRASIL, 2012)

Não obstante a legislação atual preconize o leito de saúde mental, independente do tipo de transtorno no campo da saúde mental que atender, no período em que os leitos foram criados no RS, seguiam-se os parâmetros separados de leitos psiquiátricos e leitos clínicos para álcool e outras drogas, permitindo, em alguns casos, que se tivesse apenas uma modalidade de atendimento. Assim, alguns hospitais optaram somente por leitos com incentivo para atendimento de demandas específicas de álcool e outras drogas, pois os incentivos diferenciavam valores, pagando valores muito superiores aos leitos para atendimento AD. Na prática isso dificulta bastante para o gestor a regulação do acesso mais próximo do município de origem do usuário, na medida em que setoriza o cuidado.

A distribuição dos leitos em alas abertas ou misturados aos demais leitos do hospital, mostram uma relação com o leito como mais uma especialidade integrada à vida do hospital. Já os leitos organizados em alas fechadas trazem outra lógica de funcionamento, em que a própria permanência do acompanhante durante a internação não é facilitada ou não é possível. Interessante ressaltar que, em relação aos leitos utilizados para AD, a predominância se dá em alas abertas ou ainda em

leitos misturados aos demais leitos clínicos do hospital.

Outro dado importante é o número de internações e reinternações por trimestre, de quaisquer das motivações de morbidade em saúde mental como pode ser observado a seguir:

Quadro 7 - Número total e percentuais de internações e reinternações por trimestre informados pelos hospitais conveniados com a SES

Total de internações por trimestre	Internações Psiquiatria	Reinternações Psiquiatria	Internações Álcool e outras drogas-AD	Reinternações AD
1-20	44%	72%	31%	76%
21-40	30%	1%	41%	4%
41-60	15%	0%	16%	1%
61-80	3%	0%	4%	0%
81-100	1%	0%	2%	0%
Acima de 100	0%	0%	2%	0%
Nenhuma	7%	26%	4%	19%

Fonte: Relatório dos Hospitais (2012). Organização da autora (2013).

Ao olhar para os percentuais de quantitativos de internações, verifica-se que a grande maioria dos relatórios dos hospitais (44%) teve até 20 internações com código de psiquiatria; já no campo de álcool e outras drogas, o maior número de internações (41%) está entre 21-40 internações por trimestre. No caso das reinternações, a maioria dos relatórios traz o total de até 20 casos no trimestre, demonstrando uma possível porta giratória do atendimento.

Quadro 8 - Aplicação dos recursos de incentivos financeiros repassados pelo Estado para os hospitais com oferta de leitos de saúde mental

Utilização do recurso	Percentual de relatórios que mencionam
Material para oficinas	78%
Pagamento de pessoal	89%
Melhoria infraestrutura	81%
Qualificação da alimentação	68%

Fonte: Relatório dos Hospitais (2012). Organização da autora (2013).

Em relação à utilização dos recursos do incentivo estadual, notadamente os hospitais utilizam os recursos para contratação de profissionais. Quando entrevistados, alguns profissionais têm relatado dificuldades para compra de material para oficinas e alimentação, considerando tanto os acompanhantes, quanto o fato de que os usuários internados, por não estarem debilitados fisicamente,

sentem mais fome.

A lógica hospitalar mais tradicional tem dificuldade de perceber essas necessidades no atendimento, o que faz com que as equipes tenham que fazer justificativas que demandam maiores esforços.

b - Dados do atendimento: (ciclos de vida, tipos de internações, tipos de drogas utilizadas pelos pacientes, atendimento à família);

- Atendimento a todos os ciclos de vida, sem distinção de gênero:

Esta é uma pergunta que permite mais de uma resposta, sendo assim encontram-se:

- 98% com atendimento de homens adultos
- 93% com atendimento de mulheres adultas
- 94% com atendimento de adolescentes masculinos
- 90% com atendimento de adolescentes femininas
- 59% refere atendimento a crianças menores de 12 anos

- Em relação ao local de atendimento dos menores de 12 anos:
 - 36% refere atender menores de 12 anos na pediatria com acompanhante
 - 19% em leitos separados
 - 27% refere não atender crianças menores de 12 anos com transtornos mentais
 - 18% refere atender junto aos demais leitos do hospital

Quadro 9 - Internações por trimestre distribuídas de acordo com o tipo de droga utilizada pelos usuários

Total de intern.	Álcool	Crack	Cocaína	Múltiplas Drogas	Outras drogas
1-10	36%	47%	68%	52%	36%
11-30	50%	32%	4%	19%	0%
31-50	9%	7%	1%	4%	0%
Acima de 50	1%	3%	0%	1%	0%

Fonte: Relatório dos Hospitais (2012). Organização da autora (2013).

Obs.: os percentuais não informados significam ausência do atendimento. Outras drogas foram informadas como sendo: maconha, ansiolíticos, benzodiazepínicos, anorexígenos, cola de sapateiro, tóner, tabaco, êxtase, etc.

Há hospitais que separam alas masculinas de femininas. Porém, quando perguntados sobre o atendimento dos ciclos de vida, a grande maioria refere atender

homens e mulheres, assim como a média do atendimento de adolescentes está acima dos 90% nas respostas. Em comparação com a produção de aih's do período de 2011, é possível observar que todas as regiões possuem algum atendimento de adolescentes. Porém, os hospitais acabam não fazendo atividades e alas separadas para os adolescentes, com exceção de poucos hospitais que se responsabilizam pelo atendimento de adolescentes na região de abrangência.

Quanto ao atendimento de crianças e adolescentes o Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA (BRASIL, 1990b) deixa claro o direito a acompanhante durante a internação. Pode-se perceber que os hospitais que mais atendem a população desta faixa etária são os que possuem alas abertas, em que os acompanhantes podem permanecer no quarto. A dificuldade, porém, encontra-se na falta de atividades direcionadas para estes usuários durante a internação.

Os tipos de drogas que motivam as internações têm sido objeto de atenção, tanto por parte dos gestores quanto pela mídia. Há uma forte pressão pela mídia pela busca das internações como solução para a problemática, em detrimento de uma rede de cuidados. Isso influencia a busca por velhas soluções, que tem como norteador do modelo de atenção o enclausuramento, o distanciamento da realidade como formas de promoção de cuidado, mesmo que se tenha hoje no país uma gama de serviços e recursos que estimulem o trabalho em rede.

Porém, ao observar as internações, a concentração das internações por tipo de drogas apresentam dados que mostram que as internações motivadas pelo uso de álcool acabam utilizando um número maior de internações, concentrando mais de 50% destas em torno de 11-30 internações, enquanto as internações motivadas pelo uso de *crack* estão concentradas em 47% em torno de 1-10 e apenas 4% entre 11-30 internações; a diferença está na concentração por regiões do estado. Isso fica ainda mais evidente ao isolar o uso de cocaína. Então, mesmo que haja um número maior de internações pelo uso de drogas, em relação às internações por transtornos mentais, o álcool ainda é o maior motivador da busca de internações.

Já em relação à forma como as internações são realizadas, considerando o desejo dos usuários, pode-se perceber que, para os hospitais, a condição compulsória e involuntária é inseparável e se complementa. Ao se fazer a pergunta separada de quantas internações compulsórias e quantas involuntárias, os valores ficam bem próximos. Embora a temática das internações compulsórias tenha tomado discussões em todo país, considerando projetos de lei, verifica-se que a

maior parte das internações é voluntária, assim como para alguns hospitais a voluntariedade é condição de acesso.

As internações compulsórias concentram um percentual bem menor em relação ao total de internações: 93% das internações são consideradas voluntárias; das compulsórias, 80% delas estão relacionadas com uso de álcool e outras drogas, 5% com transtornos mentais (os 15% restantes desta pergunta disseram que não tiveram nenhuma internação compulsória no por trimestre).

Assim, as internações compulsórias se multiplicam para solicitação de vagas de internação no RS, como se fosse a solução mais rápida para as pessoas acessarem os serviços. A judicialização do direito pode ser entendida como a “[...] tendência atual de recorrer a soluções jurídicas quando todos os outros meios de regulação social fracassaram”. (ROJO, 2003, p. 23)

Até bem pouco tempo os processos judiciais buscavam garantir procedimentos clínicos ou a busca de medicamentos, mas hoje a busca pela judicialização do acesso põe em evidência não só os modos de organização ou de desmobilização do controle social, mas também mostram falhas do próprio sistema de saúde, comunicações fragmentadas entre os diferentes setores, como saúde, judiciário e segurança, por exemplo.

A internação involuntária tem a função de cuidado e transformação da internação, em um procedimento voluntário, para que haja adesão ao tratamento e construção de um projeto terapêutico singular para continuidade no cuidado. O que geralmente acontece em relação a internações compulsórias é que estas ocorrem involuntariamente ao desejo do usuário, e são buscadas na sua grande maioria por familiares. De acordo com um levantamento divulgado pela Secretaria Estadual da Saúde do RS, a grande maioria os processos judiciais está relacionada ao atendimento de usuários com transtornos relativos ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

No relato de promotores e defensores testemunhado pela pesquisadora na experiência profissional, é possível observar que nem sempre as famílias buscaram um serviço para uma avaliação; a busca é realizada como uma forma de garantir a vida dos usuários, seja pelo desespero em relação a ameaças de traficantes ou ainda pelo desejo de um lugar que consiga por fim ao sofrimento ocasionado, por não se saber lidar com a situação. O desconhecimento da rede de serviços contribui para que as famílias procurem as defensorias antes mesmo de procurarem por

serviços, o que alimenta a imagem da garantia do acesso rápido e mais facilitado, tratando a situação como urgência não precisando enfrentar filas.

Algumas equipes acabam utilizando internações compulsórias como forma de garantir que a polícia participe do processo de busca de usuários em crise, tomando questões que são do campo da saúde, como de ordem da segurança. Argumentam que pela falta de aparatos de saúde como equipes e carros a polícia auxiliaria, o que contribui para uma imagem de periculosidade dos sujeitos atendidos, reforçando estigmas.

c - Equipe (profissionais, modalidades de atenção individual e em grupo, carga horária, reuniões);

Quadro 10 - Composição e percentual de presença profissional nas equipes de saúde mental dos hospitais

Profissional	Presença do profissional na equipe relatada pelos Hospitais
Médico clínico	89%
Psiquiatra	67%
Psicólogo	96%
Assistente Social	70%
Enfermeiro	100%
Terapeuta Ocupacional	16%
Educador Físico	29%
Pedagogo	7%
Técnicos de enfermagem	96%
Oficineiros	39%

Fonte: Relatório dos Hospitais (2012). Organização da autora (2013).

-Outros profissionais não mencionados:

- Consultores em dependência química, Monitores, Fisioterapeuta, Nutricionista, Acompanhantes Terapêuticos, estagiários, Farmacêutico, Bioquímico.

Quadro 11 - Modalidades de atendimentos individuais

Modalidade	Referem a existência do atendimento
Avaliação médica, psicológica e social	94%
Avaliação clínica de todos os pacientes	70%
Avaliação clínica somente por solicitação da equipe	24%
Atendimento individualizado psicoterápico	83%

Fonte: Relatório dos Hospitais (2012). Organização da autora (2013).

Quadro 12 - Modalidades de atendimento em grupo

Modalidade	Referem a existência do atendimento
Grupo terapêutico	83%
Grupo operativo	47%
Oficinas de trabalhos manuais	77%
Atividades externas ao hospital	50%
Atividades no pátio do hospital	83%
Oficinas terapêuticas	67%
Não tem atividade em grupo	4%

Fonte: Relatório dos Hospitais (2012). Organização da autora (2013).

Outros atendimentos não mencionados anteriormente:

- Plantão social, consultoria em dependência química, passeios temáticos, hora do cinema, jogo de bocha, encaminhamentos a especialistas, visitas domiciliares em conjunto com o CAPS, orientação, acompanhamento terapêutico, avaliação nutricional, etc.

A legislação estimula ainda a composição multiprofissional das equipes, não exigindo o psiquiatra quando a ala é pequena. Embora a composição multiprofissional não seja garantia de trabalho em rede, os projetos terapêuticos conseguem dialogar melhor com a rede extra-hospitalar quando a composição da equipe é mais plural.

Outro fator importante a ser resgatado dos relatórios é a carga horária dos profissionais, que apresenta muitas diferenças, em que mais de 53% dos casos há uma discrepância entre 10-40h de contrato dos profissionais.

Há instituições que seguem uma lógica de composição de equipe hospitalar mais tradicional, montando equipes com médicos, enfermeiros e psicólogos sem carga horária específica para ficar na ala.

Assim, a possibilidade de criação de atividades durante a internação, tanto no ambiente hospitalar quanto em conjunto com a rede ficam prejudicados. Pois, o ambiente hospitalar está preparado para uma lógica do paciente debilitado fisicamente e que fica no leito. A maior queixa de usuários internados quando entrevistados se dá pela falta de atividades durante a internação para passar o tempo.

Em relação aos atendimentos individuais e em grupo são citados exemplos de atividades nos quadros 11 e 12 ações que são preconizadas pela legislação, e que são sugeridas tanto para a construção dos projetos terapêuticos quanto para serem monitoradas nos relatórios. São atividades gerais que permitem a utilização de criatividade por parte das equipes, porém, são atividades obrigatórias, e que, portanto, deveriam fazer parte da rotina de todos os hospitais. O que se pode observar, em relação às práticas das equipes, é que nem todos os hospitais mantêm este padrão de atividades.

Tanto as atividades individuais quanto as em grupo dependem de equipes completas e multiprofissionais, assim como de uma interlocução com a rede de demais serviços. Quanto mais tradicional o modelo de atenção das equipes, e neste sentido entendem-se estes modelos como sendo centrados em procedimentos, numa lógica hospitalar do paciente no leito, menos atividades em grupo e diversidade de atenção aparecerão no projeto de atendimento. Dessa forma, dificulta-se também a construção de projetos terapêuticos singulares.

Os grupos são um ótimo parâmetro de avaliação dos projetos terapêuticos das instituições, pois dizem do rompimento com lógicas de cuidado que tomam o paciente com modelos mais tradicionais. Outro ponto importante a ser salientado é a existência de reuniões de equipe, como momentos de troca e construção dos planos terapêuticos singulares. Assim, pode-se perceber que 47% das equipes referem reuniões semanais, que seria o ideal de contato para trocas entre os profissionais, considerando o tempo de permanência das internações e a necessidade de um atendimento mais intensivo. Mas 16% dos relatórios mostram ainda que não há reuniões sistemáticas da equipe, dificultando, assim, a mudança dos modos de produzir saúde.

A utilização do pátio é outro requisito importante, porém há estruturas hospitalares que não possuem pátio, e precisam adaptar espaços de circulação, de ambiência para promoção de atividades. Geralmente as atividades são ligadas ao lazer, ócio, espaço para fumantes, atividades de educação física, hortas, entre outras. Uma alternativa encontrada por alguns hospitais é a utilização de espaços de praças próximos. Mas esta é uma ação que depende da forma como a equipe lida com a produção do cuidado em liberdade, a relação com a cidade e com os demais

serviços da rede.

d - Rede (região ou microrregião de abrangência, atividades em conjunto, serviços que compõe a rede, acesso, regulação e alta hospitalar).

Quadro 13 - Acesso a internações

Acesso	CRS	Município encaminha	Hospital regula	CAPS	Emergência Hospital	Central de Regulação
Percentual	59%	61%	58%	57%	54%	16%

Fonte: Relatório dos Hospitais (2012). Organização da autora (2013).

Obs.: como as vias de acesso são múltiplas os percentuais mostram formas mais acessadas.

Quadro 14 - Composição da rede de serviços

Tipo de serviços	Presença na rede
CAPS	82%
Ambulatórios de saúde mental	34%
ESF	83%
Atenção básica	78%
Comunidades Terapêuticas	50%
Atividades de matriciamento	17%

Fonte: Relatório dos Hospitais (2012). Organização da autora (2013).

- Outros serviços:

- Grupos de AA (Alcoólicos anônimos), Al-anon, Amor exigente, Conselhos Tutelares, Universidade, SAMU, Redutores de Danos, Emater, Secretaria Assistência Social, Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas, PPV (Programa de Prevenção à Violência), Secretaria de Educação, Poder Judiciário, etc.

- Exemplos de atividades realizadas em parceria com a rede:

- Cursos, consultorias, reuniões de rede, de fóruns de trabalhadores, de conselhos de direitos, eventos municipais, agendamento de atendimento para o pós-alta, visitas domiciliares em conjunto com a rede, atendimento à família, oficinas terapêuticas durante a internação, capacitações, audiências, trabalhos de prevenção, conferências, festividades, entre outros.

As formas de acesso relatadas mostram os encaminhamentos via emergência do próprio hospital, encaminhamentos por serviços extra-hospitalares do município e

região, assim como pelo acesso regulado pelo gestor público como as coordenadorias regionais de saúde e a central estadual de regulação da Secretaria Estadual da Saúde. A legislação preconiza, dentre as ações dos CAPS, que ele seja um regulador de acesso; dessa forma, as resoluções dos incentivos de saúde mental para hospitais no RS estimula esta forma de acesso.

De um modo geral, os hospitais têm aceitado a entrada das internações pelas emergências, quando possuem este serviço, assim, mais de 90% dos hospitais relatam aceitar o acesso por esta via.

A regulação das vagas tem sido uma experiência no RS, que vem trabalhando na perspectiva da organização do acesso de forma mais facilitada e territorializada. Assim, em 2007 a SES publicou uma resolução – Re. CIB/RS 169/2007 de reordenamento das referências para internação, e acesso regulado pelo gestor público, iniciando a regulação a 4 dos 6 hospitais psiquiátricos do estado, estendendo posteriormente aos hospitais gerais, através das coordenadorias de saúde. O passo seguinte foi montar uma equipe de regulação do acesso a internações e saúde mental, na Central Estadual de Regulação da SES/RS, que serve de retaguarda para Coordenadorias e municípios.

Ainda é bastante presente a regulação feita pelo próprio hospital (que regula as vagas de acordo com parâmetros de referência acordados pelos municípios nas CIR – Comissões Intergestores Regionais e aceitam também via emergência). O gestor, ao contratar um serviço do prestador para o SUS, deve ter ingerência sobre o acesso, porém, como o sistema informatizado que acompanha em tempo real as internações não está sendo alimentado pelas instituições de forma padronizada, esta ação muitas vezes é dificultada, abrindo a possibilidade de o hospital escolher atendimentos e fazer sua própria agenda.

Em relação aos serviços que compõem a rede, demonstram a diversidade de busca pelas parcerias possíveis em cada território, que utilizam tanto as redes formais de serviços e secretarias quanto os espaços específicos de parcerias construídas em cada local. Assim, a rede informal também se torna um recurso importante para construção de estratégias de cuidado. A existência de ações, em conjunto com os demais serviços da rede, entra na legislação de leitos como um requisito, a fim de fazer dialogar os diferentes dispositivos numa lógica intersetorial. Porém, assim como há instituições que produzem muitas ações em conjunto com outros serviços da rede, há ainda hospitais que não têm conseguido produzir

diálogos, fator que contribui inclusive para um aumento de internações involuntárias e reinternações em curtos espaços de tempo.

As informações apresentadas nos relatórios são preenchidas pelos profissionais das equipes dos hospitais, e servem inclusive para monitoramento e avaliação do próprio processo de trabalho; mesmo que esta prática não seja comum para muitas equipes, algumas relatam que visualizar seus dados, demandas e ações têm ajudado a pensar estratégias de intervenção. Infelizmente, para muitas instituições, estes documentos são apenas um instrumento obrigatório que não é discutido em equipe.

4.2 PROJETOS TERAPÊUTICOS

A seguir serão apresentados dados a partir da análise de conteúdo dos projetos terapêuticos dos hospitais. Sendo assim, o que segue é um resumo do que na prática os hospitais entendem e constituem como projetos terapêuticos, uma vez que para construção de um projeto terapêutico é preciso seguir os parâmetros da legislação e uma discussão dos trabalhadores em conjunto com demais serviços que compõe sua rede local de atendimento, no mínimo em saúde e saúde mental – o ideal é que os projetos sejam construídos intersetorialmente.

No caso dos projetos analisados a grande maioria foi elaborada por psicólogas, enfermeiras e assistentes sociais, raramente outros profissionais participavam. Outro detalhe é que não há a presença de protocolos na maioria dos projetos, pois se tornou exigência legal, a partir de 2012, para os novos critérios de incentivos estaduais e federais que estão em tramitação.

O material foi agrupado em três grandes blocos: Objetivos (concepção da vocação do leito e compromisso do hospital com a região); Diretrizes (questões que vão desde a concepção do trabalho, acesso, estrutura física, até as modalidades de atividades, a relação com demais serviços da rede, entre outras questões que mostram a dinâmica do trabalho); Especificações e proibições (item que surgiu a partir de questões que não eram exigências legais do projeto, e que, em alguns casos, fere princípios de direitos humanos e do SUS).

Dentre os **objetivos** alguns foram aqui destacados por apresentarem distintas funções dentro do processo de cuidado. Foram agrupados por temáticas, para

compreensão das relações estabelecidas entre os aspectos de concepção de cuidado e modelo de atenção.

a) Objetivos relacionados a ações integradas:

- melhorar a qualidade de vida;
- diminuir as reinternações;
- incluir o doente mental e o dependente químico;
- promover ações de saúde e educação
- promover reinserção social e restabelecimento da cidadania.

b) Objetivos relacionados ao cuidado dentro do hospital:

- oferecer local adequado ao cuidado;
- respeitar a integridade física e emocional do usuário;
- oferecer espaço hospitalar humanizado;
- integrar a família no processo de cuidado
- atender situações de crise;
- promover internações de curta duração;
- possibilitar a desintoxicação;
- atender com equipe interdisciplinar;
- promover a abstinência;
- recuperação de valores;

c) Objetivos que demonstram relação com o território:

- reduzir encaminhamentos para fora da região;
- reduzir o estigma;
- descentralizar e regionalizar o atendimento.

- As **Diretrizes do serviço** devem compreender a forma como o serviço é acessado, como produz vínculo, acolhida e responsabilidade, como promove o contrato de trabalho.

a) Concepção do trabalho:

- reforma psiquiátrica brasileira;
- SUS;

- abstinência e desintoxicação;
- escuta especial às complicações clínicas;
- política de redução de danos na região;
- conceito de comunidade terapêutica (Maxwell Jones);
- terapias cognitivas comportamentais, analíticas, humanista, sistêmica;
- correção de emoções;
- evitar encaminhamentos da região para fora ou para hospitais psiquiátricos.

b) Acesso

- acesso ao serviço pelo médico psiquiatra do município, pela rede (CAPS e UBS), pela emergência do hospital, pela central de regulação estadual;
- exigência de um primeiro atendimento na rede SUS;
- utilização de leitos clínicos e de leitos da pediatria;
- familiar permanece durante a internação.

c) Acolhimento

- realizado pela enfermagem;
- pela equipe;
- pelo plantão;
- outros usuários já internados ajudam a receber quem chega;
- atenção especial a complicações clínicas.

d) Estrutura física

- unidade aberta;
- unidade fechada;
- unidade mista (homens e mulheres, separados por quartos).

e) Compreensão do que seriam os direitos dos usuários

- assinatura de termo de consentimento;
- citação dos tipos de internações previstos em lei;
- utilização de prontuário único;
- citação das legislações;

- internações de curta duração;
- atendimento digno;
- acolhimento integral;
- identificação como hospital amigo do doente mental;
- possibilidade de livre circulação pelo hospital;
- direito a acompanhante no quarto;
- respeito a crenças pessoais;
- acompanhamento pelo Conselho Municipal de Saúde;
- sigilo e integridade física;
- humanização do atendimento;
- prioridade a internações voluntárias;
- possibilidade de interromper o tratamento;
- utilização do termo evasão ao invés de fuga.

f) Atividades, atendimentos e dinâmica do trabalho

- avaliação multiaxial;
- fóruns e assembleias de usuários durante a internação;
- atendimentos individuais;
- orientação;
- grupos separados por profissional;
- ausência de atividades e de grupos durante a internação;
- grupos terapêuticos e grupos de arte, artesanato, expressão corporal, (já foram citados exemplos no item dos relatórios dos hospitais);
- atividades externas à área do hospital;
- participação em festividades do município-sede;
- plano terapêutico singular – PTS em conjunto com a rede;
- ausência de PTS;
 - presença de mural com atividades, calendário e relógios para fácil visualização;
- prescrições médicas e planos terapêuticos iguais para todos;
- preparação para alta (diferentes situações, com guia de contrarreferência, com agendamento, apenas com orientação);

g) Relação entre profissionais da equipe

- a equipe recebe orientações do psiquiatra;
- grupos separados por profissionais;
- acolhimento por profissionais específicos;
- reuniões (frequências distintas – semanal, quinzenal);
- discussão de casos em reunião;
 - reflexão sobre o trabalho, acompanhamento epidemiológico e reflexão sobre reinternações com montagem de um projeto específico para estes casos;
- altas avaliadas (diferentes situações, avaliação somente médica, avaliação pela equipe, poucos referem contato por telefone com município ou serviço de origem);
- interconsultas;
 - política de cuidar dos cuidadores (cursos, eventos, supervisão, capacitações).

h) Relação com a família

- corresponsabilização da família;
- possibilidade de permanência;
- exigência de permanência;
- acesso nos horários de visita comuns ao hospital;
- atendimento individual e em grupo;
- grupos na rede extra-hospitalar.

i) Relação com os demais serviços da rede

- seminário anual de discussão com a rede de serviços, familiares e usuários;
- reunião mensal de rede;
- contato com serviços extra-hospitalares para visita durante a internação;
- família acompanhada na rede extra-hospitalar durante a internação;
- reuniões de fóruns microrregionais.

- **Especificações e Proibições** feitas por alguns hospitais, por regras próprias que mostram processos de trabalho determinados pelas equipes de profissionais e em alguns casos pela própria direção dos hospitais. Não fazem parte de um projeto estes itens, porém destaca-se a presença de questões que denotam esta característica em alguns projetos:

a) Especificações, exigências:

- exigência de exames prévios;
- exigência de acompanhantes;
- revista nos pacientes;
- cigarros e produtos de higiene pessoal guardados na enfermaria;
- advertência no Termo de Consentimento relacionada a direitos e deveres;
- interrupção do tratamento se for identificada intoxicação durante a internação;
- auxiliar na limpeza;
- obrigatoriedade de vir 'desintoxicado' para internação;
- presença de vigilantes;
- punição à quebra de regras do hospital, com perda do direito de reinternar;
- encaminhamentos para hospital psiquiátrico, se não tiver condições de ficar com o paciente pela sua agressividade;
- no Termo de Compromisso o usuário compromete-se a desocupar as dependências do hospital após a alta.

b) Proibições detectadas:

- proibido aos pacientes do SUS trazerem Televisores;
- proibido assuntos sobre "vício" entre os usuários;
- proibido chimarrão em horários de grupo;
- proibido uso de telefone;
- proibido visitas nos primeiros 7 dias de internação;
- proibido trazer alimentos.

O projeto terapêutico constitui documento fundamental para criação e/ou ampliação de leitos de saúde mental no Brasil, e tem função de estabelecer relações que ultrapassam o preenchimento burocrático de papéis, devendo demonstrar

claramente uma fotografia da forma como a instituição/hospital se organiza para o atendimento das questões de saúde mental. Porém, nem sempre os profissionais têm a dimensão deste documento enquanto processo relacional.

Túlio Batista Franco (2007) conceitua Projetos Terapêuticos como o conjunto de atos de saúde pensados para resolver determinado problema. Na organização do processo de trabalho, nos serviços de saúde, é possível compreender certo jeito de fazer em saúde. Este fazer demonstra como se constitui o processo de trabalho da equipe e da instituição, como são utilizadas as ferramentas e estratégias de ação, a interlocução entre os membros da equipe e destes com a população atendida, assim como o arcabouço de conhecimentos que norteia os fazeres.

Um projeto terapêutico pode ser considerado como um instrumento de trabalho para a equipe que souber utilizá-lo com sua devida importância. Mas para que este instrumento realmente possa contemplar este lugar, um dos pontos básicos a serem considerados é a sua elaboração, ou seja, ele deve ser elaborado de forma coletiva, com base em inúmeras discussões de um coletivo de trabalho, que essencialmente deveria incluir mais do que a equipe do próprio hospital, mas se relacionar com outros serviços que compõe a rede de saúde junto com o hospital, responsáveis pelo território. Pois, o processo de cuidado nem sempre começa, e necessariamente não deve terminar na internação, que, aliás, é ponto-chave para se pensar o projeto terapêutico. Dessa forma, a internação é um recurso que só deveria ser utilizado quando outras possibilidades de atendimento não tiveram êxito, e quando critérios de risco são preenchidos.

Pensar um projeto terapêutico dentro da instituição requer primeiramente pensar seu processo de trabalho, as formas de relação entre a instituição, os trabalhadores e o usuário deste serviço.

A equipe deve se perguntar, portanto, que lugar o hospital ocupa na rede de serviços no processo de cuidado e como pode se relacionar com os demais, o que pode realmente oferecer em termos efetivos de cuidado, como compreender o sujeito que sofre e que busca cuidado. Pois, caso contrário, podem-se ter projetos que mostram uma relação muito mais teórica e distante das reais necessidades tanto dos usuários quanto das equipes. Não que a teoria não esteja contemplada nos projetos terapêuticos, mas, acima de tudo, as concepções teóricas devem mostrar a prática da equipe, deixando claro como compreendem este sujeito que será atendido.

Quanto mais próximo os projetos estiverem de uma apresentação do que pretendem realizar, serão mais coerentes com seu modo de produzir saúde. Túlio Batista Franco (2007) diferencia projetos terapêuticos de atos assistenciais ao defini-los como momentos distintos no processo de cuidado, os projetos terapêuticos, segundo ele, constituem uma instância idealizada; já os atos assistenciais constituem a ação do trabalho ganhando concretude, configurando-se enquanto produto com valor-de-uso; assim, o conhecimento ganha materialidade com o trabalho. Portanto, os conhecimentos utilizados para formulação dos projetos terapêuticos definem as práticas em saúde.

Os projetos terapêuticos no Estado do RS seguem os parâmetros das exigências feitas pelas legislações em saúde mental. Os relatórios e os projetos terapêuticos devem ter uma correlação direta, na medida em que um mostra como planeja o trabalho e o outro como colocou em prática este planejamento.

4.3 ENTREVISTAS

Um médico falava...que eu não tinha nada,
diz que eu tava louco da cabeça.
(Usuário internado em um Hospital Geral)

As perguntas utilizadas nas entrevistas foram agrupadas em blocos: dados de identificação (sujeitos e da instituição); dados de internações (nº, tipo), acesso (informação, encaminhamentos, motivação do hospital, exigências); internação (rotina, profissionais, atividades, dificuldades, comparação com internações em hospitais psiquiátricos); equipe (composição); rede de serviços (informação, comunicação durante a internação); direitos (informação, conhecimento de legislações, documentos, participação em grupos de familiares e usuários, contato com família, horários de visita, revista, formas de controle, proibições).

As falas dos sujeitos da pesquisa dão vivacidade às informações trazidas nos projetos terapêuticos e nos relatórios nos hospitais, e permitem a triangulação das informações. Pois trazem a realidade, a constatação e, principalmente, a possibilidade de se colocar diante do estabelecido, de se posicionar e manifestar não só uma opinião, mas, a experiência de ser sujeito e objeto e produzir mudanças pelo e no processo de trabalho do hospital.

- Dados de identificação (dos sujeitos e da instituição, tipo de internação)

A seguir são apresentados exemplos de fala que surgiram neste primeiro bloco, em que se identifica o sujeito, sua demanda, a caracterização do serviço.

Estamos tentando melhorar.
 A ala antes eram misturados.
 Praticamente somos 100% SUS.
 Uma possibilidade também de o hospital crescer um pouco(...) ter um pouco de receitas... (Diretor de hospital)
 (...) hospitais como o nosso filantrópico vivem do recurso público (...) (Diretor de hospital)
 (...) não é vantajoso para ninguém aumentar o serviço SUS sem ter uma contrapartida. (Diretor de hospital – Tapes)
 (...) ah, no outro hospital tem grades isso é uma opção deles, nos não colocamos e não vamos colocar até porque tantos anos desde 2008 até agora a gente nunca teve nenhum problema do paciente agredir ou qualquer coisa. (Diretor de hospital)

-Acesso (informação, encaminhamentos, motivação do hospital, exigências)

As internações têm sido encaminhadas por serviços, como CAPS, ambulatórios especializados.

Sim, depois de muita conversa veio. (familiar)
 Porta giratória:
 (...) no caso eu penso né, já tá pegando assim por um hábito né, ele bebe lá na rua vem pra cá, daí fica aqui quinze, vinte e poucos dias daí vai lá e bebe de novo. (familiar)
 Expectativa de cura: (um usuário que ficou em uma CT isolamento)
 Porque é meu sonho da vida que ele nunca mais pensasse, mas daí ele ficou lá acho que chegou a dar o que uns 2 mês, 2 mês e pouco não quis mais veio voltou a beber de novo. (familiar)
 Assim ó no meu pensar eu luto assim pra ir prolongando a vida dele ei tenho certeza que aqui dentro ele não vai ter uma bebida né não vai ter ninguém que vai chegar com um vidro de bebida na frente dele então né a parte que ele vive e eu vivo mais um pouco também. (familiar)

- Internação (rotina, profissionais, atividades, dificuldades, comparação com internações em hospitais psiquiátricos)

No início a gente tinha medo e (...) nunca deu problema, o posto, o conselho, questionaram(...) (Diretor de hospital)

No HP eles têm grades, aqui(...) ele não se sente excluído dos outros(...) eles estão livres! (profissional da equipe hospitalar)

Tem que ser pra todos, não posso criar dois hospitais. (profissional da equipe hospitalar)

Se precisar de atendimento clínico, ficar em quarto separado com acompanhante, tem interconsulta. (profissional da equipe hospitalar)

Outros usuários participam do acolhimento no grupo e vão ajudando, situando(...) no primeiro dia não é obrigatório participar das atividades, fase de adaptação(...). (profissional da equipe hospitalar)

É uma exigência que seja internação voluntária. (profissional da equipe hospitalar)

(...) regras foram criadas a partir do que foi surgindo(...). (profissional da equipe hospitalar)

Eu quero me tratar, eu quis pedir ajuda. (usuário internado)

Me motivaram aprendi coisas, fui me adaptando, participando do grupo. (usuário internado)

Levanto, vou pra sala da TV, é uma rotina minha. (usuário internado)

Vem nos buscar para ir no CAPS(...) Poderia ter mais atividades. Se tivesse alguma atividade seria bem melhor. (usuário internado)

Escuta na frente dos outros incomoda. (usuário internado)

Meu irmão não acredita que eu ia me recuperar no CAPS. (usuário internado)

Proibido fumar à noite, não pode trazer cigarro e celular, pedem respeito entre as pessoas e quartos dos outros, se fugir só volta com ordem judicial. (usuário internado)

Enchem um prato de comida (...) a gente oferece alimentação pro acompanhante e pro paciente e eles comem bastante(...) que é uma alimentação bem diferenciada do restante dos pacientes né, eles precisam de mais alimentos e a gente sabe disso e a gente oferece(...) (Diretor de hospital)

Os outros pacientes me disseram que dá para sair. (usuário internado)

Já fez até exame lá na frente, bateu Raios-X, fez eletro e tudo exame de sangue e tudo. (familiar)

Nos primeiros dias ele tava muito agitado e deu aquela falta de álcool no organismo, abstinência daí começou e não sabia onde é que nem tava, começava a louquear e nem dava pra sair pra fora tinha que ficar mais no quarto aí com ele. (familiar)

Eles fazem caminhada, fazem jogos, pintura (...) eles fazem várias coisas assim, pra passar o tempo assim né(...). (familiar)

- Equipe (composição)

Equipe comprometida(...) a parte de psiquiatria tinham direito a repetição da comida, porque sentem mais fome, ficam acordados até mais tarde(...). (profissional da equipe hospitalar)

(...)os técnicos eles observam (...) trazem para equipe(...) suspeita do que estão usando(...). (profissional da equipe hospitalar)

Não tá bem assim, porque é difícil não ter gente aqui, alguém tem aqui pra conversar, se quiser conversar é só bater na porta que vem, sempre tem alguém é difícil não ter acho que só em domingo, mas sempre tem gente! (familiar)

Eu acho que a psicóloga era pra tá sempre ela vem todos os dias, mas eu acho que era pra ficar mais seguido né. (familiar)

O pessoal da equipe foi fazendo reuniões a gente foi conversando, mostrando pra eles que não era aquele bixo de sete cabeça que eles achavam né, tanto que hoje a gente tem funcionário que trabalha só com os pacientes de saúde mental o técnico de enfermagem que fica aqui, antes

tinha "não eu não quero cuidar" daí tu tinha que ir lá e dizer não tu vai cuidar dos pacientes isso faz parte do atendimento, hoje não, hoje tu tem funcionário que dizem "ah eu quero trabalhar nessa ala" isso foi muito legal. (Diretor de hospital)

Sim todos os nossos funcionários durante o ano eles fazem algum tipo de treinamento, enfermagem, saúde mental a gente reúne vários setores pra fazer um treinamento. Tem um cronograma anual de treinamento. (Diretor de hospital)

- Rede de serviços (informação, comunicação durante a internação);

(...)é uma vantagem poder tratar o paciente que já é do município. (profissional da equipe hospitalar)

- Contato entre os serviços

Eu acho que tem porque a médica é a mesma, a psiquiatra que atendia ele no CAPS é a mesma já conhece ele né. (familiar)

Dentro dos postos de saúde várias vezes eu fui questionada, porque eu tinha colocado os leitos, porque isso não ia dar certo. Alguns membros do conselho municipal de saúde eles questionavam então uma pessoa da equipe que(...) sempre fez parte do conselho(...) defendeu. (Diretor de hospital)

- Direitos (informação, conhecimento de legislações, documentos, participação em grupos de familiares e usuários, contato com família, horários de visita, revista, formas de controle, proibições).

Se quiser falar c a família é só pedir. (usuário internado)

Nossa eu achei bom tudo aqui né eles tratam os paciente bem perto dos outros hospitais nossa, aqui eles dão, comida na hora certa, remédio na hora certa é tudo limpo né e de noite ainda tem a janta pra eles, eles tratam bem os pacientes aqui.

Nossa eu achei bom tudo aqui né eles tratam os paciente bem perto dos outros hospitais nossa, aqui eles dão, comida na hora certa, remédio na hora certa é tudo limpo né e de noite ainda tem a janta pra eles, eles tratam bem os pacientes aqui. (familiar)

Aqui sim eu posso trocar qualquer hora de acompanhante né tem eu e meu irmão que vem, aqui nunca me barraram. (familiar)

Só tivemos uma reunião familiar né daí ela explicou a doença que ele tinha e tudo né o tratamento dele e tudo(...). (familiar)

Proibição(...) é fumar pode fumar lá fora depois das oito não pode, isso é normal né daí eles fecham a porta, não pode trazer refrigerante guaraná e nem Pepsi, isso aí e o resto é tudo liberado né(...). (familiar)

Que ficar junto assim com as pessoas pra ir se acostumando novamente com a sociedade, consegui incluir eles novamente na sociedade. (familiar)

Garantir direitos, o quê posso dizer(...) é o próprio fato de ele não tá preso aqui dentro a gente já tá garantindo uma coisa pra eles, eles não precisam fugir porque tem uns que não querem ficar. (Diretor)

A família também tem um importante papel na busca pelo serviço, na medida em que nos relatos aparece o quanto há uma conversa anterior tentando convencer o usuário da gravidade de sua situação. A possibilidade da presença do familiar traz para a internação a sensação de inclusão, de respeito e, principalmente, de reconhecimento da doença mental, como um tipo de doença como outras que demandam a procura pelo hospital geral.

Não forcemo a nada só ele que quis vim(...). (familiar)
 (...)ele tinha parado de ir dai ele se sentiu ruim e foi lá e pediu internação de certo, foi isso que eles fizeram, sei que ele foi em casa e pediu pra nós vim com ele pra ficar, é que antes não tinha como nós forçar ele não queria vim né, não tinha como nós pegar na marra e trazer sozinho né, quando vê ia até fugir e assim ele veio porque ele quis. (familiar)
 A porta fechada incomoda, porque parecer um presídio. (usuário internado)
 Atendimento ruim, a gente pede algo e as enfermeiras não dão, costum, demoram para trazer um remédio quando estou com dor. (usuário internado)

Durante a visita a um hospital localizado em um local de natureza privilegiada pela região, pode-se perceber que o hospital mantinha a ala de saúde mental em uma parte do hospital que contemplava os quartos separados da seguinte forma: uma enfermaria onde as pessoas baixavam e nos primeiros dias ficavam ali até passarem para quartos de duas a três pessoas. A enfermaria era um lugar com odor ruim, com camas velhas, já os quartos para onde passavam eram bonitos e bem equipados. A sala de TV e convivência ampla, com as paredes bem pintadas, mas completamente brancas, sem sinais de utilização para atividades com grupo. A sala de observação não ficava em frente ao posto de enfermagem, e as pessoas em observação estavam em quartos fechados à chave. Além disso, havia uma grade que isolava o posto de enfermagem da ala.

Esta experiência é trazida aqui para pensar questões importantes no processo de cuidado, tais como: a diferenciação do quarto de entrada para os outros, a conversa com alguns profissionais mostrava claramente um sistema de premiação por bom comportamento, que acarretava na troca de quartos, demonstrando uma conotação moral do atendimento, fator que certamente não é encontrado em outros tipos de morbidades atendidas no hospital.

A sala de TV e convivência, que pode ser de multiuso, pode ser um refeitório, uma sala de grupos, de arte, enfim, não havia nenhum material disponível, como jogos e revistas, que pudesse ser utilizado nos intervalos entre as atividades (que

não ocupavam muitos horários do dia); além disso, este pode ser um local de disponibilização de rotinas, informações, e até mesmo de produções das próprias pessoas que estão internadas. Pois, as paredes completamente brancas despersonalizam o local, onde a identificação no grupo pode contribuir muito para o processo de cuidado.

Porém, a distância do posto de enfermagem das salas de observação, o trancamento da porta e a grade são situações que merecem maior destaque, pois o posto de enfermagem é parte da ala e não pode ficar isolado desta. A sala de observação tem esse nome justamente porque é utilizada para situações de maior necessidade de monitoramento. Assim, trancar pessoas a chave está longe de ser um processo de cuidado e, muitas vezes, tais rotinas acabam se tornando invisíveis e naturalizadas pelas equipes.

As equipes precisam estar atentas à forma como organizam suas rotinas, de tal modo que efetivamente possam oferecer cuidado, pequenos detalhes podem fazer muita diferença na forma como alguém é acolhido.

Outro relato é o de uma visita a um hospital, na oportunidade havia movimentação de alguns usuários se arrumando, era uma festa na cidade de comemoração ao aniversário do CAPS, em que foram convidados a participar. Ao acompanhar o grupo ao passeio, tratava-se de uma festa aberta a toda cidade, com música, painel de homenagens, jogo de bingo com prêmios doados pelo comércio local, bolo, salgadinhos, etc. Durante a festa, que foi realizada em um salão comunitário (e não nas dependências do CAPS), curiosamente chegou uma funcionária do Foro local perguntando se estava acontecendo um bingo ali, a psiquiatra teve que intervir indo ao Foro, em frente ao salão, explicar que tratava-se de uma comemoração e não de um “jogo de azar”.

Destaca-se, primeiramente, a participação dos usuários internados em uma atividade festiva fora do hospital, durante a internação, relação saudável que estimula a troca e ressalta o cuidado em liberdade, mesmo o hospital optando por uma unidade fechada. Muitos hospitais relatam que não é possível o trabalho em liberdade, e que não conseguem imaginar atividades fora do hospital durante a internação. A experimentação de novos modos de produzir cuidado proporciona às equipes a possibilidade de acreditar no quanto é possível construir o cuidado junto com o usuário. Obviamente pessoas que estão recém-internadas, em recuperação, saindo de crises nem sempre se beneficiam ou conseguem participar de atividades.

Porém, os projetos singulares devem ser utilizados como ferramentas importantes para perceber as diferenças e potencialidades para o processo.

Destaca-se também a segunda situação, em que uma funcionária do Foro local olhou para a cena de um bingo de um serviço de saúde e entendeu como uma situação ilícita. Claro que o período em cena – pré-eleições municipais – ajudou a alimentar olhares mais persecutórios em relação aos serviços, mas também denotam o olhar sobre o processo do que é cuidado em saúde. As pessoas têm dificuldade de enxergar cuidado em algo que não seja remédio, procedimento, doença, pois as concepções de saúde culturalmente perpetuadas estão centradas na doença e não na promoção de saúde. E o cuidado em saúde mental requer formas de promoção de saúde, pois o seu objetivo maior é a inserção, a inclusão, o que, portanto, exige das equipes criatividade, ousadia, para trabalhar muito mais com as potencialidades dos usuários (totalidade) do que com seus momentos de crise (episódicos).

4.4 GRUPOS NOMINAIS

Da sistemática de realização dos grupos em relação ao tema das interações de saúde mental em hospitais gerais, foram extraídas questões para focar a discussão, quais sejam:

- Nós críticos, que configuram os desafios tanto para o campo da gestão quanto em termos de modelo de atenção e que podem, muitas vezes, repetir formas excludentes de atenção desvinculadas de um trabalho em rede.
- Amarração política necessária para que os leitos de saúde mental em hospitais gerais possam ser acompanhados, e funcionem de modo articulado com os demais serviços que compõem a rede de saúde mental em cada território.
- Noção de hospitalidade e hospitalização que configuram uma discussão do cuidado singular, por envolverem questões que vão além da estrutura, mas que compreendem o modo como são acolhidas as pessoas e também como se produz cuidado humanizado.
- Tecnologias que demonstram as formas como os profissionais exercem seu trabalho no cotidiano, como constroem possibilidade de conexões ou não e que demonstram também um modelo de atenção.

- Amadurecimento histórico do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e em especial no RS, que possibilita que diferentes recursos e serviços possam existir e serem articulados, assim como o amadurecimento da política de saúde mental enquanto política social.

Considerando, portanto, os materiais que foram analisados com a técnica da análise de conteúdo pode-se verificar que, em relação aos Projetos Terapêuticos, entrevistas e grupos nominais, as seguintes categorias emergentes apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 15 - Categorias emergentes resultantes da análise das fontes de dados

Grupos nominais	Projetos terapêuticos	Equipes e direção	Usuários e familiares	Categorias finais
-Acesso ao serviço	-Cuidado na crise	-Recursos financeiros		-Modelo de atenção em saúde
-Modelo de atenção	-Infraestrutura	-Modelo de atenção	-Direitos de cidadania	-Relações de poder
-Hospitalidade	-Direitos de cidadania	-Direitos de cidadania	-Singularidade	-Direitos de cidadania
-cuidado na crise	-Tecnologias em saúde mental	-Acesso à saúde	-Ambiência	-Tecnologias
-Política social	-Modelo de atenção	-Ética		-Cuidado na crise
-Relações de poder	-Rede de atenção	-Rede	-Rede de atenção	-Política social
-Direito de Cidadania	-Política social	-Concepção de saúde	-Acesso ao serviço	-Rede de atenção
-Rede de atenção				-Acesso aos serviços
-Tecnologias		-Cultura	-Normatividade	
		-Singularidade		
		-Acolhimento		

Fonte: A autora (2013).

Os apontamentos, construídos nos grupos nominais, bem como o resultado da análise de conteúdo auxiliaram e permearam o processo de análise de todos os

materiais descritos e configuraram eixos que reforçam as categorias iniciais que embasam a pesquisa. Assim, sua utilização permeou a construção teórica e a análise dos materiais, embora não sejam explicitados didaticamente.

4.5 PONTOS DE INVISIBILIDADE OU ÂNGULO MORTOS

As falas e a observação dos locais também evidenciam e dão visibilidade aos ângulos mortos (MENDES, 1999), constantes neste processo, no qual, de alguma forma, muitas informações passam despercebidas ou não aparecem formalmente nos registros e dados oficiais.

Estes ângulos mortos contribuem para ocultar, no processo de trabalho, situações e motivações que modificam a lógica de trabalho diante das exigências da legislação, como o registro de uma internação no sistema de faturamento em saúde, em que nem sempre o motivo real da internação aparece; um exemplo disso é o número de códigos de internação por transtornos mentais, relacionados ao uso abusivo de álcool ou outras drogas, que em alguns hospitais que receberam incentivos específicos para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas é inexpressivo ou até mesmo inexistente, sendo as internações registradas como se fossem transtornos psiquiátricos, com outros códigos de internação.

Outro destes ângulos situa-se na própria ocupação dos leitos, que nem sempre aparece em tempo real para o gestor público, pois o sistema informatizado interligado com os hospitais não está padronizado no Estado, e a real ocupação acaba sendo visualizada pelo gestor, através do acompanhamento da produção do hospital, com um tempo de mais de um mês de atraso. Da mesma forma a regulação do acesso aos hospitais ainda não está informatizada, sendo que os casos são encaminhados pelos serviços locais, pelas Coordenadorias Regionais de Saúde, pela Central Estadual de Regulação, pela entrada da própria emergência do hospital, ou mesmo por combinação de regiões de abrangência, o que, de certa forma, tem permitido aos hospitais 'escolherem' a demanda para atendimento.

O uso dos recursos de incentivo também fica condicionado à escolha dos administradores, que nem sempre repassam para compra de recursos para realização de atividades de oficinas e grupos, segundo relatos de alguns trabalhadores. Assim como as atividades de grupo e oficinas, que estão

estabelecidas na legislação, nem sempre são realizadas, mesmo que estejam presentes nos projetos e relatórios.

Outro ponto que compõe os ângulos mortos (MENDES, 1999) e que contribui para a invisibilidade deste processo são as especificações, regras e requisitos, criados por alguns hospitais para o acesso às internações, e até mesmo cobranças, só aparecem quando gestores municipais ou usuários reclamam da dificuldade. Muitos municípios acabam se submetendo às exigências para garantir que seus usuários possam ser atendidos. Esta é umas das dificuldades do funcionamento em rede, que permanece enquanto não se tem um sistema de regulação do acesso que dê conta da totalidade das internações.

Os fazeres profissionais reproduzem formas de compreensão do ser humano sobre sua própria realidade, e são reproduzidos e transmitidos como verdades muitas vezes incontestáveis. Alguns corajosos rompem a ordem estabelecida, e ousam experimentar outros modos de fazer, capazes de produzir conhecimento e modificar o que não é mais suficiente.

A cultura, forma de comunicação do indivíduo e do grupo com o universo, é uma herança mas também um reaprendizado das relações profundas entre o homem e o seu meio, um resultado obtido por intermédio do próprio processo de viver.[...] a cultura é o que nos dá consciência de pertencer a um grupo, do qual é o cimento. (SANTOS, 2012, p. 81)

Assim, fazer com que o lugar que o hospital ocupa, enquanto espaço de cuidado no território seja um lugar integrado, encontra desafios de uma cultura do cuidado, constituída pelos saberes e práticas que se perpetuam e refletem a ética de uma sociedade num dado momento histórico. O hospital não se constituiu no formato das redes, se constituiu como último lugar, lugar de situações agudas, como um modelo hierarquizado de produção do cuidado em saúde, o modelo da complexidade, um lugar que recebe encaminhamentos.

Nos diferentes tipos de serviços que compõe uma rede de atenção em saúde e em saúde mental, por exemplo, há certo grau de flexibilidade e movimento, na medida em que estes serviços, que são extra-hospitalares, por serem serviços separados, possuem maior grau de liberdade de criação e movimento nas suas práticas. Dessa forma, fazer com que o hospital funcione dentro de um território como um componente em movimento, é uma tarefa bastante árdua e requer um esforço redobrado dos profissionais, na medida em que o atendimento de saúde

mental do hospital geral não é o serviço, mas uma parte de um todo maior, que possui regras bem mais delimitadas.

Assim, é comum ouvir expressões “o hospital e a rede”, como se fossem algo separado, pois na verdade têm possibilidades de movimentos distintos que os tornam passíveis deste tipo de reconhecimento.

Por outro lado, em muitos hospitais, ouve-se a queixa de que teriam dificuldades de contrapor o cuidado com uma rede extra-hospitalar de serviços, considerando que muitos municípios, ao deixarem seus usuários para internação, só voltam para buscá-los ou nem isso. Tal fato reflete modelos de atenção reproduzidos em muitos serviços, que costumam encaminhar os usuários aos especialistas, sem construir movimentos que articulem efetivamente as linhas de cuidado, e que permitam acompanhar os caminhos traçados pelos usuários. Da mesma forma, em que também há serviços, e no caso específico dos hospitais, que têm dificuldades de discutir seu processo de trabalho com outros serviços e profissionais externos, dificultando circulação e participação na construção dos projetos terapêuticos singulares.

As experiências de trabalho conjunto entre serviços durante a internação são relatadas pelos profissionais como facilitadores de vínculo e de diminuição do período de internação, e pelos usuários como facilitadores de vínculo, de entrosamento. O que também justifica que as internações sejam realizadas o mais próximo possível do local de residência dos usuários, na medida em que estratégias de cuidado extra-hospitalares, para continuidade do tratamento, já podem ser construídas junto com o usuário, ainda durante a internação.

Pois o território de vida dos sujeitos comporta muito mais do que um conjunto de serviços, locais de circulação, conferindo um dado simbólico importante de pertencimento e reconhecimento. (SANTOS, 2012)

Os hospitais gerais são locais que têm a função de cuidado em situações de crise, ou que necessitem cuidados mais intensivos, e isso contribui para que os procedimentos tomem um lugar importante no processo de trabalho. Porém, o trabalho de saúde mental vem provocar outros modos de produzir saúde nestes ambientes, pois, como são pacientes que nem sempre estão debilitados fisicamente, surge uma necessidade relacional maior, e o leito acaba não sendo o principal local de permanência. Nesse sentido, muitos hospitais não estão preparados para oferecer cuidados integrais, pois ainda seguem em uma lógica do cuidado no leito.

O início da disponibilização do atendimento de saúde mental em hospitais gerais nem sempre é recebido pelas demais áreas do hospital como algo tranquilo, pois envolve pré-concepções, medos, desconhecimentos, entre outros sentimentos, além do fato de que a doença mental desperta também concepções morais na sua compreensão.

A lógica do funcionamento fragmentado nos serviços opera de tal forma que muitas vezes há a presença de resistências entre os diferentes setores do hospital em se estabelecer trocas, dificultando o processo de interconsultas, tão importante para a atenção integral às pessoas que estão em tratamento.

O hospital é um lugar onde o atendimento mostra-se bem setorizado, pois a própria divisão de setores contribui para um olhar das equipes centrado no procedimento e no adoecimento. Porém, nem sempre o paciente traz uma problemática única, sua integralidade muitas vezes conforma quadros mais complexos. Um exemplo disso são internações por transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras drogas, em que se podem ter quadros de comorbidade psiquiátrica e quadros clínicos (DST, Tuberculose, gestação de alto risco, entre outras situações).

As políticas preconizam o atendimento de saúde mental para estes quadros em hospitais gerais, justamente pela gama de profissionais e estrutura presente, mas algumas instituições ainda têm muita dificuldade de olhar para estes pacientes de forma integral. A dificuldade do trabalho com interconsulta está presente em diferentes áreas, mas em termos de saúde mental, onde não só o físico traz uma concretude ao cuidado em saúde pela forma de sua manifestação, há certa dificuldade inicial.

Romper com estes modos de cuidado fragmentados requer acima de tudo disponibilidade dos profissionais para a criação de outras possibilidades de produzir cuidado, entendendo o papel mais ativo do paciente no seu processo de cuidado. Quando entrevistados, usuários e familiares internados mencionaram a sensação de tédio pela falta de atividades durante a internação, as tentativas de se movimentar para passar o tempo.

O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre

os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 2)

O projeto terapêutico de saúde mental em hospitais precisa contemplar o espaço para a singularidade, para a humanização do cuidado, em que o paciente deve ocupar um lugar de sujeito no seu processo de cuidado. As rotinas de uma internação, independente de serem quartos separados, enfermarias ou uma ala de saúde mental, devem contemplar espaços de circulação, de entrosamento, com a possibilidade de jogos, realização de grupos, atividades lúdicas, terapêuticas, etc. As rotinas claras e expostas a todos ajudam tanto pelo fato de deixar claras as combinações, como incentivar a participação em atividades.

A mudança de rotina, de tal forma a se abrir para diferentes possibilidades de atividades, demonstra o quanto a atenção está para além do corpo enfermo, buscando, assim, a integralidade do sujeito, podendo auxiliá-lo na construção de vínculo e confiança na equipe e no serviço, pois diminui as distâncias entre os procedimentos e as pessoas, tornando menos impessoal a passagem pelo hospital, o que “implicaria garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada.” (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 2)

Pensar um projeto terapêutico requer acima de tudo uma disposição da equipe ao encontro, ao diálogo, que proporcionem refletir sobre o processo de trabalho. Nem sempre isso é algo simples, na medida em que pode trazer à tona outras questões, que dizem do funcionamento e que remetem por vezes a desencadeamentos. Mas um ponto fundamental, e que antecede este processo de construção do projeto, é a compreensão dos objetivos da sua própria existência. Embora a legislação de saúde mental já tenha trazido há bastante tempo a necessidade de projetos terapêuticos, nem sempre os serviços têm este documento, ou o atualizam. No RS, em especial, os projetos terapêuticos são requisitos para constituição de serviços, bem como para concessão de incentivos financeiros estaduais, o que, de certa forma, faz com que muitos hospitais tenham este documento como um requisito administrativo. Sendo assim, em muitos hospitais os projetos acabaram sendo construídos por um ou dois profissionais e não pela

equipe.

Desse modo, também pela rotatividade de profissionais, tais projetos acabam perdendo sentido para as equipes. Quando o projeto é construído coletivamente, é capaz de adquirir um grau de comprometimento dos profissionais que o tem como uma produção sua. E, este projeto coletivo precisa mostrar uma dinâmica, uma relação, pois não deve ser visto como um quebra-cabeça e sim como um encontro de possibilidades, que atuam para além da relação com o atendimento propriamente dito, mas que consigam demonstrar um modo de operar da equipe e de se relacionar dentro de uma rede de relações.

Uma coisa é pensar o trabalho em equipe como somatório de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal (...); a outra é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado. (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 3)

O nível de autonomia dos profissionais é estabelecido pelo grau de liberdade de iniciativa e de criação dos mesmos em relação ao processo de trabalho. Quanto mais centrados forem os processos de trabalho, menos possibilidade de autonomia os trabalhadores possuem acarretando, assim, menos possibilidades de autogestão das equipes. A centralização é determinante inclusive da hierarquização dos conhecimentos que subsidiam o processo de cuidado. Quanto mais centralizada for a construção do projeto terapêutico e a forma de organização do processo de trabalho, menos possibilidades de trocas ocorrerá, não só dentro da próprio serviço, mas principalmente em relação ao diálogo com outros serviços.

A organização do atendimento de forma isolada dos demais serviços da rede acaba funcionando como uma “porta giratória”, em que o usuário permanece internado por um período curto de tempo, suficiente para desintoxicação; e a falta de uma articulação da rede de serviços hospitalares e extra-hospitalares acaba reinternando com maior frequência. Frequentemente, seguem-se repetições de estratégias e caminhos percorridos pelo usuário e sua família, e pelo serviço; não há uma repactuação de formatos diferentes na produção do cuidado, nem um fluxo de rede articulado, que produza sentido para o sujeito. Não raro alguns serviços argumentam que não adianta reinternar em determinado hospital porque não faz

mais efeito.

Forma-se, então, o que seria um círculo vicioso de reinternações, como principal alternativa de atendimento, que se reproduz de acordo com condições que interferem neste circuito.

Figura 1 - Circuito vicioso da reinternação



Fonte: A autora (2013).

Pode-se perceber neste circuito vicioso que forma a 'porta giratória' das reinternações, que condicionantes interferem no processo de construção de linhas de cuidado distintas, tais como:

- **Condicionantes do Território** (acolhimento e vínculo dos serviços, horários de disponibilidade, circuitos estabelecidos pelo sujeito e pelos serviços ao encaminhá-lo para locais distintos, etc.);

- **Condicionantes do Hospital de internação** (trabalho articulado, rede, modelo de atenção, projeto singular);

- **Condicionantes do Sujeito** (conhecimento da sua situação, estratégias utilizadas em momentos de crise, informações sobre serviços, vínculos com profissionais e laços sociais constituídos, tipo de internação voluntária ou involuntária, e produção de sentido nos locais onde é atendido).

A rede de serviços que atende pelo SUS tem como base documental o processo de encaminhamentos dentro do sistema a guia de referência (encaminhamento) e contrarreferência (retorno), que deveria funcionar como um instrumento de diálogo entre diferentes serviços, acrescentando dados importantes para um projeto terapêutico individualizado; porém, muitas vezes acaba sendo apenas um papel burocrático com dados escassos, ou informações faltantes.

Sobretudo, a relação entre os serviços quando se resumem ao encaminhamento burocratizado, demandam ao usuário a responsabilidade sobre o seu processo de cuidado, pois o encaminhamento lhe prescreve o local ao qual deve procurar. Esta lógica fragmentada não permite o diálogo entre os serviços nem o acompanhamento sistemático ou a busca ativa dos sujeitos, na medida em que produz uma quebra no processo de cuidado. Experiências de hospitais, que articulam atividades ainda durante a internação, em conjunto com a rede, bem como a alta com atendimento agendado, têm maiores chances de acompanhamento longitudinal do usuário na rede.

Os hospitais, porém, mesmo sendo locais de atendimento específico de crises, precisam utilizar o curto espaço de tempo que lhes cabe para promover vínculos muitas vezes com outros serviços, para espaçar crises, diminuindo reinternações.

Até pouco tempo, ao perguntar para uma pessoa que passou por internações psiquiátricas em que lugares já havia internado, dificilmente se ouviria que nunca internou em um hospital psiquiátrico; ou ainda, ao perguntar para uma equipe de estratégia da Família o que fazem quando têm que lidar com um surto, dificilmente se ouviria que contam com um hospital geral no seu município ou em outro próximo. Esta realidade mostra uma mudança não só nas práticas, mas, principalmente, uma mudança cultural que se demonstra em novas referências para a população.

Cabe ressaltar que a existência desses serviços não é uma garantia de práticas, que efetivamente respeitam direitos humanos e que não estigmatizam, porém, são um passo importante para a mudança da lógica de atenção no país, compreendendo a saúde mental como parte da saúde.

O trabalho no hospital geral propicia um maior intercâmbio interdisciplinar, um atendimento melhor às intercorrências clínicas e à possibilidade de corresponsabilização com outros serviços pela produção do cuidado. (BOTEGA, 2012; MONTEIRO, 2011) Mas para que isso ocorra, os processos de trabalho devem priorizar as relações entre profissionais e usuários na promoção do cuidado.

Isso significa dizer que a estruturação do conhecimento e do planejamento do projeto terapêutico deve centrar-se nos sujeitos e não nos procedimentos, promovendo, assim, ações mais criativas e acolhedoras do momento de sofrimento psíquico para as pessoas internadas e seus familiares.

Da mesma forma, o monitoramento e a avaliação do processo de trabalho é uma ferramenta importante para as equipes atualizarem constantemente seus projetos, bem como para produzirem reflexão sobre o trabalho.

A diversidade de lógicas de funcionamento dos hospitais e de composição de redes locais não pode ser impeditiva ao acesso e à resolutividade do cuidado. Porém, as instituições precisam investir em equipes multidisciplinares, reconhecendo a importância do trabalho em rede e da organização de atividades durante a internação. A atenção em saúde mental requer projetos que compreendam a singularidade como ponto fundamental, para a busca de soluções criativas, e que construam uma linha de cuidado com redes formais e informais, com vínculos possíveis nos territórios.

5 PARA ALÉM DAS QUATRO PAREDES

O título desta tese traz a metáfora das paredes com a intenção de trazer à tona a dimensão das questões que envolvem as relações entre os serviços numa rede de saúde mental; e que, por ser o hospital uma instituição secular, com suas normas, rotinas mais rígidas e hierarquia de relações, lhe cabe o lugar da instituição de forma mais rígida. Instituição esta que obviamente não está isolada do contexto de uma sociedade e que também reflete, por sua vez, modos de lidar com as questões de saúde atravessadas por contingentes sociais. Assim, o título “entre quatro paredes” provoca, ao mesmo tempo, para olhar para as rotinas do hospital, mas também deixa o desejo de pensar mais e além das quatro paredes? O que seria possível desvendar?

Por isso, neste capítulo, a ideia é provocar uma abertura das quatro paredes, como se fosse possível movê-las. No teatro, a quarta parede é o acesso ao público espectador, uma parede imaginária entre o palco e a plateia. (FERNANDES, 2006)

E a utilização da metáfora da quarta parede fará o papel das reflexões que ultrapassam o âmbito da compreensão do atendimento dentro dos hospitais, mas pretende pensar as repercussões e as relações estabelecidas, capazes de produzir significado para trabalhadores, usuários e familiares, reforçando uma imagem para a sociedade da função social que este *lócus* pode ocupar, no cuidado em saúde mental.

5.1 HOSPITAL COMO PRINCIPAL RECURSO EM UMA REDE DE SERVIÇOS

A porta de entrada de um serviço, que tenha uma lógica hierarquizada, reconhecerá a Atenção Básica como principal componente capaz de absorver as demandas de uma população. Em termos de saúde mental, a porta de entrada poderá ser qualquer dispositivo da rede, onde o sujeito se sente acolhido ou lhe foi possível acesso na situação em que se encontrou, como uma situação de crise, por exemplo. A grande questão é que para haver uma rede flexível, com movimento e que possa ser caminho de referência para o sujeito, é preciso produzir diálogos suficientes para que efetivamente os serviços sejam reconhecidos pela população. Dessa forma, a combinação de fluxos é uma ferramenta importante para os

profissionais poderem romper com uma lógica compartimentalizada de atenção. Na prática, alguns hospitais relatam que têm muito pouco diálogo estabelecido com os serviços extra-hospitalares, na medida em que estes muitas vezes apenas levam e buscam (quando buscam) seus pacientes. Esta relação é reforçada por algumas instituições hospitalares que possuem alas fechadas, e equipes mais resistentes a trocas, porém, também ajudam a pensar como os serviços estão lidando com situações de crise, como percebem ou não a importância da elaboração de projetos terapêuticos singulares e sua relação em rede. Pois, é muito difícil para uma rede que se utiliza do hospital, como lugar central no processo de cuidado, produzir gestão do cuidado na perspectiva de uma clínica ampliada.

Há um desafio para a gestão do cuidado dentro dos serviços, na medida em que o cuidado tem se organizado de forma a estar centralizado em profissionais, e pouco se olha para o espaço e suas potencialidades em si; dessa forma, se reproduzem lógicas fragmentadas e hierarquizadas entre diferentes profissionais, em que um fazer determina os demais.

Como se a rede fosse algo externo ao hospital, assim é a descrição que se traduz na fala de muitos profissionais e gestores, quando mencionam o hospital, em expressões tais como 'o hospital e a rede' como se fossem duas realidades distintas sem identificação. A noção de rede tem um movimento que o hospital não tem, uma mobilidade e flexibilidade que permitem um grau de mobilidade de ações e interlocução capaz de produzir atenção com menos rigidez. Por outro lado, isso não é garantia de que os serviços extra-hospitalares não sejam capturados por rotinas mais inflexíveis, nem de que hospitais não tenham nenhuma possibilidade de criação e mudança de rotinas.

Algumas instituições permanecem com uma lógica herdada do século XVIII, em que a construção do hospital geral como espaço terapêutico e a definição do médico como presença determinam relações, hierarquias, distribuição dos cômodos. (FOUCAULT, 1996) Assim, as rotinas se orientam a partir das prescrições médicas como desencadeadoras de todo o restante de práticas profissionais nas equipes. Esta lógica é reforçada por profissionais de diferentes especialidades, que tanto contribuem para práticas mononucleares, centradas em procedimentos isolados, que pouco ou nada conseguem produzir de trocas para promoção do cuidado.

Para alguns hospitais a rede ainda é vista como algo externo e dissociado ao funcionamento do hospital, como se uma maleabilidade fosse presente e possível

somente no território externo. O movimento tem um ritmo e distâncias de circulação distintas dentro e fora de um serviço, que envolvem questões como a função social do serviço, expectativas dos sujeitos em relação ao serviço, ritmo do trabalho e possibilidades de produção de autonomia entre outras questões que envolvem o processo de trabalho.

A lógica da especialidade é bastante presente nas instituições hospitalares, que normalmente tem suas alas organizadas desta forma. A entrada em grande escala do atendimento de saúde mental em hospitais gerais, provocou, em algumas instituições, o trabalho de interconsulta; porém, em outras reforçou diferenças, de tal forma que há casos de hospitais gerais com alas de saúde mental que se negam a receber pacientes de saúde mental com comorbidades clínicas, tais como tuberculose, HIV, gestação, fraturas, etc.

No caso de saúde mental, embora seja uma especialidade em saúde, não exigem necessariamente tecnologias com equipamentos mais avançados, porém a possibilidade de utilização do hospital geral tem acrescentado um potencial de cuidado integral, o que neste sentido faz dele o local mais apropriado para atendimento de intercorrências comuns às áreas de clínica. A negação da interconsulta, e do atendimento de comorbidades, reforçada pelo estigma reproduz, assim, lógicas que reduzem o sujeito ao sintoma psicológico.

O funcionamento isolado de serviços, sem diálogo e fluxos, contribui para que sejam reforçados pontos hierarquizados, ao invés de construção de cuidado compartilhado. “Desse modo, [...] na realidade, nem há mais propriamente redes; seus suportes são pontos”. (SANTOS, 2006, p.178)

O lugar que o hospital ocupa dentro da rede também reforça uma identidade que é construída pelos demais serviços, pelos profissionais e também pela própria população que o reconhece como referência. A ampliação dos leitos contribuiu em parte para que algumas instituições determinassem qual sua ‘vocação’, escolhendo atender prioritariamente questões relacionadas ao uso abusivo de drogas ou aos transtornos mentais. A expressão vocação do leito é utilizada por administradores para atribuir o atendimento de saúde mental.

Apesar de o Ministério da Saúde unir conceitualmente e estimular o atendimento conjunto de questões específicas de transtornos mentais e de transtornos relacionados ao uso de drogas, na prática ainda há resistência por parte de alguns hospitais em atender aos dois tipos de demandas; a situação se

complexifica mais se envolver questões de gênero, comorbidades e faixa etária. A classificação é uma constante na vida do hospital, herança que construiu sua função social tão bem sucedida culturalmente, mas reforça separações que não condizem com a dinamicidade do cotidiano de muitos usuários que internam. Na vida não se escolhe momentos sequenciais para que os problemas apareçam, o que tem se evidenciado é o fato de que, embora estejam se adaptando, os hospitais reorganizaram os leitos como leitos de saúde mental, porém, em relação à organização dos leitos, muitos mantiveram separados por tipos de transtornos.

5.2 CUIDADO NA CRISE, QUANDO É IMPORTANTE DECIDIR NÃO INTERNAR!

No século XVIII as prescrições dadas para loucura eram o repouso, o passeio e o afastamento da cidade, o que significava, na maioria das vezes, um caminho sem volta; somando-se a isso, no século XIX, o diagnóstico e a classificação tomam lugar importante. (FOUCAULT, 1996) No século XX os medicamentos, a reabilitação e uma gama de serviços surgem para busca da integralidade. Mas o que ainda se vê, com alguns modelos de serviços de saúde mental, são práticas que repetem o isolamento como prescrição, demonstrando um paradoxo tanto no campo da formação profissional quanto no funcionamento das equipes e da organização da gestão de políticas específicas.

A hospitalização acabou assim por muitos anos sendo um recurso central no atendimento em saúde mental, provocando inclusive a institucionalização. Com a Reforma Psiquiátrica possibilitou-se a construção de uma rede de serviços e o hospital geral torna-se parte da mesma como um de seus componentes. O hospital assume a função de cuidado em situações de crise, que necessitem cuidado intensivo, articulado com ações extra-hospitalares.

Este tipo de cuidado deve ser percebido como complementar e não hierarquicamente de maior valor, como se os demais serviços não tivessem capacidade para atender situações de crise, pois a definição de onde cuidar e como dependerá sempre de uma série de questões que compõem uma avaliação de critérios. A relação é de complementariedade, no sentido de que cada serviço tem uma gama de ações dentro de suas características.

Porém, produzir cuidado na crise, com singularidade, exige uma relação de circulação, movimento, mobilidade entre os serviços e também de hospitalidade, que é diferente de hospitalização – é algo que precisa ser produzido para além dos espaços formais de cuidado em saúde, englobando formas de acolhimento na vida e produzindo possibilidades de circulação para os sujeitos.

A hospitalidade tem sido utilizada pelo Ministério da Saúde como uma concepção de cuidado humanizado, como ação realizada tanto em leitos de Hospitais Gerais, de CAPS III, das Emergências Gerais, e de Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas. (BRASIL, 2013)

Ao internar há uma falsa sensação de resolução, pois a resolução é apenas parte de um processo maior, de vida do sujeito que, ao dar alta, necessita reconstruir, ou construir laços sociais, inserções e questões que são tomadas reduzidamente apenas como sendo do campo da saúde.

Inúmeras internações são reinternações que buscam o hospital como forma de alívio para um momento de crise; assim, há uma cultura, tanto para população como para as equipes, de que a internação é a melhor e mais rápida forma de resolver as situações. A busca pela internação pode provocar um circuito giratório de repetição de internações como foi trazido em resultados do mapeamento de reinternações no capítulo anterior, o que fortalece o estigma, a redução de possibilidades de locais de circulação e a utilização das mesmas estratégias em momentos de crise.

O circuito da porta giratória da internação acaba não se interrompendo, porque muitas vezes as próprias equipes têm dificuldade de pensar e de encontrar outros caminhos, que possibilitem espaços criativos e distribuidores de relação de poder, na medida em que sejam discutidos também com os próprios usuários. Este circuito é alimentado por modelos de gestão de política e gestão de cuidado, que contém fragilização da rede, com contratações de pouca carga horária e falta de recursos para as equipes.

Esta é uma lógica que não produz autonomia, mas dependência de serviços, numa lógica do afastamento, com cuidado pontual, e não com cuidado em movimento. Não se tira logicamente a importância da internação, ao contrário, o intuito aqui é de problematizar a utilização da internação como principal forma de cuidado, pois tem crescido o número de internações e isso também deve ser pensado. Em que contextos, épocas, serviços que encaminham, demandas,

municípios, são questões que atravessam o universo das internações para se pensar na lógica de trabalho em rede.

Pois, se não se olhar para tais questões, o número de leitos jamais será suficiente para dar conta de uma demanda que reflete modelos de gestão de política e de cuidado. As demandas atendidas precisam ser questionadas não só na sua origem, mas nas alternativas mais utilizadas como resolução, pois se o sujeito busca o serviço pedindo uma internação porque não está conseguindo lidar com a fissura, será que somente a internação é o caminho para se lidar com isso?

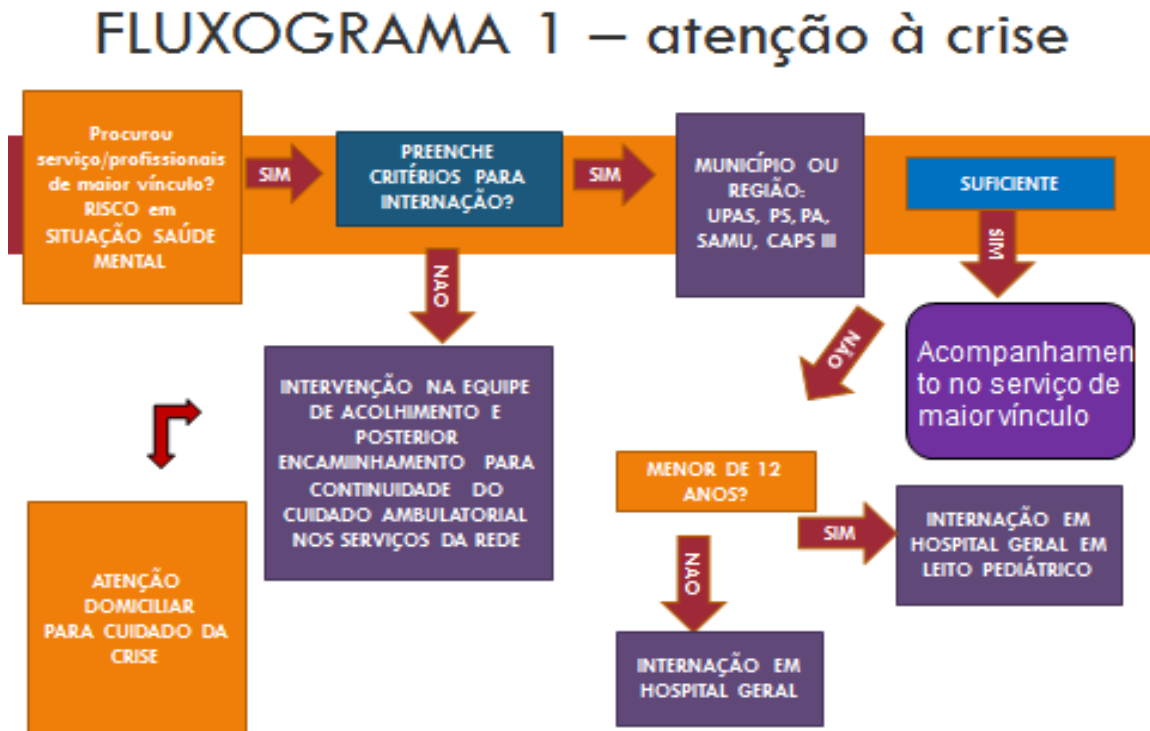
As demandas são alimentadas tanto pela cultura da população que tem no hospital a produção simbólica de um lugar de cuidado intensivo, pela sua tradição de cuidado com urgências e emergências, mas também pela cultura profissional que lida com questões de crise como situações que precisam de uma contenção, de uma resposta urgente, ao invés de uma continência, como condição relacional que exige vínculo, disponibilidade e coesão de equipes.

O desafio, portanto, é o de construir outras estratégias capazes de dar conta de situações de crise, como o matriciamento entre os serviços e a gestão do caso. A gestão do caso produz uma relação de construção de respostas singulares organizadas a partir do território potencializando os recursos locais.

A gestão de caso (*case management*) é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar. (MENDES, 2012, p. 403)

Na equipe de Regulação Hospitalar da Secretaria Estadual da Saúde no RS, foi elaborado um fluxo para orientação e gestão de casos, a fim de que se estimule o cuidado no território, o fortalecimento de vínculos e a garantia de acesso para usuários e familiares.

Figura 2 - Fluxos utilizados na rede de serviços orientados pela equipe da Central Estadual de Regulação – Leitos de saúde mental no RS



Fonte: Organização da equipe de regulação hospitalar para leitos de saúde mental SES/RS 2013.

O fluxo foi elaborado com base na observação da experiência com regulação de casos, bem como segue os parâmetros estabelecidos pela Política Nacional e Estadual de Saúde Mental e legislações específicas sobre leitos de atenção integral em saúde mental.

5.3 FRAGMENTAÇÃO DO CORPO, CONCEPÇÕES DE SAÚDE

Culturalmente, a população associa cuidados em saúde como cuidados a doenças, com acesso a medicamentos e tratamentos médicos (LUZ, 2006), o que reforça a expectativa de cura, conforme foi abordado no capítulo 1. A expectativa do cuidado na crise é o *conserto*, a *cura*, a volta a um estado anterior, que talvez nunca tenha existido. A diminuição de sintomas para prosseguimento do tratamento é a real função, mas como a parte clínica trata com a retirada da doença, como no caso da cirurgia para extirpação de um problema, a área de saúde mental no hospital sofre

com uma equiparação de expectativa que não encontra correspondente.

A concepção construída pela racionalidade biológica promove uma cisão entre doença e sujeito doente, na qual o corpo se torna um conjunto de sintomas, de taxas laboratoriais, em que o diagnóstico toma uma centralidade na compreensão do sujeito. (STELETI; PINHEIRO, 2011)

O hospital se estrutura como um lugar de cuidado, em que o biológico ocupa papel central, e mesmo com toda a inclusão de novos conhecimentos ao longo do último século neste espaço, sua forma de funcionamento ainda permanece centrada nesta lógica de trabalho. O objeto de trabalho do corpo enfermo não é único, mas também o corpo sadio, considerando que a própria concepção do corpo enfermo tem se modificado, por razões internas, relacionadas aos procedimentos e externas, relacionadas ao significado. (TESTA, 1992)

Tem-se aí mais um desafio para a produção do cuidado nos hospitais gerais, que convivem com a cisão mente e corpo, e se distanciam cada vez mais do indivíduo como um sujeito, fazendo esquadrinhamentos que montam um quebra-cabeça que e acaba afastando o processo de trabalho da produção de singularidade.

Os hospitais estão:

Organizados de acordo com uma concepção restrita de saúde, que desconhece a subjetividade, o contexto e a história de vida das pessoas. Além disso, a atenção organizada por especialidades leva à fragmentação do cuidado e à desresponsabilização, já que cada qual cuida da sua parte e ninguém se responsabiliza pelo todo. (SILVA JR.; ALVES, 2007, p.5)

Tanto serviços hospitalares quanto serviços extra-hospitalares precisam pontuar questões que são do âmbito do projeto terapêutico de um sujeito, mas também precisam ter claros os limites de sua intervenção. Pois, o usuário não precisa ficar sendo atendido por muitos serviços, ele precisa de um lugar de confiança e vínculo, que lhe ajude a resolver suas questões. Frequentar serviços para todos os aspectos da vida também o coloca em um lugar da doença, e tornar tudo uma questão de clínica, de produção terapêutica é tirar do sujeito suas possibilidades de inserção e vivência na vida como ela é. Imagine se todos nossos atos precisassem ser pensados, planejados, discutidos, como uma prescrição de rotas de circulação. Nesse sentido, manter os usuários conectados com serviços de saúde mental como principal local de circulação fora do seu âmbito familiar, com

uma rotina que se estende por muitos anos, também é uma forma de institucionalizar as pessoas.

Diferentes profissionais, ações e rotinas constituem este espaço do hospital, tarefas muitas vezes isoladas de um processo terapêutico, reafirmam, assim, uma hierarquia, contribuindo para uma decomposição do processo de trabalho. (PITTA, 1990)

O hospital é um lugar que, com suas rotinas, por si já coloca o usuário em posição de submissão aos procedimentos, determinando relações de poder de quem precisa ser cuidado e de quem detém o conhecimento do que seria melhor para o outro. Do mesmo modo os jargões, os uniformes colaboram para que as pessoas sejam identificadas com padrões de obediência. Tanto em relação aos profissionais como em relação aos usuários e familiares, há a presença de uma obediência que se traduz numa “generosidade dos que tratam versus gratidão dos tratados e suas famílias”, constituindo uma troca simbólica. (PITTA, 1990, p.52)

5.4 OS PROJETOS TERAPÊUTICOS COMO CONEXÃO COM OUTROS PROFISSIONAIS E SERVIÇOS

Os projetos terapêuticos desenham uma maneira tecnológica de agir dos trabalhadores e também da instituição; ele é capaz de demonstrar o quanto a singularidade do usuário atendido tem espaço, ou até mesmo o quanto as formas de relação com outros setores e serviços são potenciais no processo de cuidado.

Quando se reduz o sujeito a classificações nosológicas, coloca-se o projeto terapêutico no nível da padronização e generalização, em que o singular pouco ou nada tem de espaço para sua constituição. O desafio nesse sentido é exatamente como romper, como ultrapassar esta encruzilhada e produzir algo que vá além das classificações.

A coisificação do sujeito produzida pela relação desprovida de acolhimento, entre profissional e usuário, é o contrário da produção de singularidade. A determinação de relações de diferenciação entre o conhecimento do técnico versus o conhecimento do sujeito atendido produz uma relação em que:

(...)os saberes de caráter tecnocientífico frequentemente assumem uma centralidade excludente de qualquer outro tipo de discursividade no encontro assistencial. As finalidades instrumentais justificam uma clara

assimetria de poder entre os papéis de profissional e de usuário, cabendo a este um lugar subordinado. Assim, o usuário deixa-se reduzir, não sem resistências, maiores ou menores, à condição de suporte de um objeto a ser conhecido e transformado pelo profissional. (AYRES, 2009, p.21)

Estas relações são ainda mais estimuladas por rotinas naturalizadas, como a existência de portas de acesso às alas ou aos quartos, trancadas, cartazes com regras mais rígidas que outras áreas, punições ao desrespeito de normas tais como perda de direito à visita, pátio e ligações.

A seguir, são apresentados alguns exemplos de falas que exemplificam especificações, regras como:

Os leitos e quarto devem proporcionar segurança, tendo nas janelas telas e grades. (Texto de um dos Projetos Terapêuticos)
O usuário também poderá participar de atividades que promovam e colaborem com a conservação a instituição, como limpeza do pátio, serviços de jardinagem, pequenos serviços de manutenção, acompanhados pelo colaborador responsável pela manutenção do hospital. (Texto de um dos Projetos Terapêuticos)

O hospital é um lugar de maior visibilidade pela população e pelos outros serviços, e isso evidencia também as suas dificuldades, fato que em serviços que funcionam de modo mais isolado, ou seja, em que as alas de saúde mental ficam separadas, acabam muitas vezes invisibilizados ou naturalizados.

Muitas rotinas estão permeadas por relações mais rígidas na organização do cuidado, coisas que acontecem em muitas outras áreas clínicas do hospital, na área de saúde mental tomam outra dimensão, pois são os 'pacientes de saúde mental' que estão produzindo, e produzem diferentes reações por parte das equipes, em relação, por exemplo: à organização do quarto, recebimento de visitas, circulação pelas dependências do hospital, por serem pacientes mais ativos que não se submetem ao ócio do leito. Dificilmente outras áreas colocam cartazes com regras rígidas ou punem seus pacientes. Para estes pacientes, os termos de consentimento muitas vezes são termos de responsabilidade; assim, na área da saúde mental, se naturalizam normas e uma lógica de vigilância constante.

Contudo, as experiências de hospitais que dialogam com outros serviços conseguem modificar esta lógica de funcionamento, produzindo outros modos de cuidado no hospital, diferente de tudo que os hospitais estão acostumados.

5.5 A UTILIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS GERAIS COMO PARTE DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

A grande tensão na política é a disputa entre interesses particulares e gerais. Em termos de políticas sociais, as políticas de saúde constituídas pelos governos, como grupos hegemônicos em um momento histórico, implicam decisões que contém possibilidade de perdas e ganhos aos diferentes grupos sociais. (COHN, 2006)

Ao longo dos últimos sete anos, a temática das internações tem sido para pesquisadora uma convivência diária no trabalho e na discussão acadêmica. E dentro deste convívio, já na dissertação, como um dos resultados apresentados na dissertação (MONTEIRO, 2009), foi construído um quadro no qual se identificariam ações específicas para uma integração do processo de gestão e de atenção em saúde mental, para o atendimento em hospitais gerais, conforme apresentado a seguir:

Quadro 16 - Integração gestão-assistência em saúde mental para o atendimento de saúde mental em hospitais gerais

Ações para qualificação para atenção hospitalar em HG no campo da gestão em saúde mental

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 divulgação de informação em saúde mental.
Estratégias intersetoriais para o desenvolvimento de ações conjuntas.

Fonte: Monteiro (2009).

O quadro citado foi construído durante a pesquisa de mestrado da pesquisadora (MONTEIRO, 2009), em outro momento da política de utilização de leitos de saúde mental em hospitais gerais no RS, e é resgatado para avançar uma discussão sobre o que foi desencadeado nos anos seguintes em termos de política

estadual.

A decisão pela utilização da internação, como política governamental no RS, é uma estratégia que teve períodos distintos, ora utilizando a internação como principal foco da política, ora como componente complementar com uma rede de serviços.

Inegavelmente, a política de ampliação de leitos no RS trouxe uma contribuição para descentralização do cuidado, fortalecendo assim a possibilidade de cuidado na crise no território. Além disso, a ampliação de leitos de saúde mental em hospitais gerais é parte dos objetivos estabelecidos pela legislação de reforma psiquiátrica no país, como componente de uma rede articulada de serviços. Dessa forma, é um avanço a ampliação dos leitos, apesar dos desafios de articulação com demais serviços, bem como o estabelecimento de redes de saúde mental, principalmente em municípios de menor porte. Percebe-se, portanto, que nos últimos dois anos em especial a política estadual vem investindo recursos e ações para fortalecimento de outros serviços no território, priorizando a rede extra-hospitalar, seguindo diretrizes da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial.

Um dos desafios que pode ser apontado em relação aos leitos refere-se à sua distribuição, considerando que há regiões com cobertura superior ao preconizado pela legislação e regiões com pouca cobertura, conforme abordado em capítulo anterior. Outra questão importante de ser abordada como desafio é a existência das alas de saúde mental que possuem mais de 15 leitos, embora a legislação permita, fica claro que quanto maior o número de leitos em uma ala de saúde mental, mais difícil se torna a relação de singularidade, e de inclusão, o que acaba em muitos casos levando equipes a manterem as alas com portas de acesso fechadas.

Outro desafio está nos modelos de atenção em saúde que são atravessados tanto por lógicas mais tradicionais de funcionamento no campo da saúde mental, quanto pela distância da lógica do SUS.

Dentre as diferentes naturezas jurídicas dos hospitais, embora prestem serviços ao sistema público de saúde, constituem-se como empresas, e, portanto, visam lucro. Assim, um dos atrativos que motivou muitos hospitais no estado do RS a ofertar o atendimento em saúde mental, teve como base os aportes de recursos financeiros oferecidos, girando a negociação com as direções dos hospitais, antes mesmos da discussão ser realizada com as equipes técnicas.

Diante de uma etapa de reestruturação produtiva, o campo da saúde também

sofre suas consequências, não só pela entrada de equipamentos, mas pela própria modelagem da gestão do cuidado em saúde. (MERHY, 2007) O cuidado seria atravessado pela tendência a operar a produção por núcleos tecnológicos não dependentes, algo que se traduz na prática na medida em que muitas das reuniões de equipes que deveriam ser coletivas e multiprofissionais, por vezes, separam núcleos de enfermagem, por exemplo.

Além disso, as empresas, e no caso as instituições hospitalares filantrópicas, podem ser vistas sob este aspecto, quando ditam normas que podem ser mais rígidas do que aquelas constituídas pelo próprio poder público, e submetem os sujeitos que precisam do atendimento a segui-las, mesmo contra sua vontade. (SANTOS, 2012) Estas regras mais rígidas, ou até mesmo contraditórias ao que é preconizado pelo SUS, acabam sendo prática de algumas instituições, considerando o fato de que estão prestando um serviço pago pelo gestor público para complementação assistencial.

É possível perceber, tanto através de alguns projetos terapêuticos quanto em visitas a instituições, o quanto alguns requisitos (que legalmente não poderiam ser solicitados) são impostos como regras. Por exemplo: não receber visitas durante 20 dias, exigência de exames prévios, punição aos comportamentos indesejáveis com a perda do direito de reinternar, perda do direito ao pátio, entre outras sanções que caracterizam não só uma organização do privado, que desconhece a legislação pública, quanto a presença nestas exigências em algumas situações de punições de cunho moral, e que podem ser também consideradas inconstitucionais. Exigências estas que se apoiam em um conceito de moral problemático; é como se fosse um “remédio para o mal que o homem pode causar a outro”, trazendo, com isso, a construção de mandamentos, proibições, e, portanto obrigações, na medida em que, neste caso, a origem dos direitos seria, portanto, os deveres. (BOBBIO, 1992, p. 56)

O direito nesta perspectiva adquire um caráter de favor, como um paradoxo entre uma conquista a novos modos de produzir saúde em outros contextos, que não os institucionalizantes, mas por vezes pode produzir relações em que usuários e familiares coloquem-se em uma situação de submissão e agradecimento; considerando que os motivos para sua internação, como no exemplo do uso problemático de drogas, são vistos como problemas para sociedade, nem sempre percebidos como caso de saúde.

A Política de ampliação de leitos de saúde mental em hospitais gerais

responde a uma dimensão do urgente, do imediato, característica marcante na sociedade atual, que, acima de tudo, se traduz em um fortalecimento, um reforço de modelo de gestão centrado na crise, constituindo-se como uma política pontual. Mesmo que outros tipos de serviços sejam criados, o leito reforça o lugar de cuidado quando todos os outros lugares 'não foram suficientes', e na prática acaba assumido como único lugar de referência em uma situação de crise. Há, assim, um reforço de que o lugar do hospital, o lugar especializado é o melhor lugar para cuidado.

Na expressão de Castel (1987), a estrutura hospitalar é suscetível de uma 'destransitoriedade espontânea' e o risco "que o hospital permaneça preponderante é tanto maior porque ele não domina somente por suas estruturas mais fortes e rígidas, mas também por suas tecnologias". (CASTEL, 1987, p.47)

As mudanças tão necessárias no campo da formação profissional também se reforçam com este modelo, na medida em que os principais locais de formação profissional, e principalmente de formação de profissionais da área médica, ainda estão centrados em hospitais. E, no caso da psiquiatria, a existência ainda de hospitais psiquiátricos cria no imaginário social uma ideia de que como este foi o lugar que por muitos anos abrigou a atenção e a formação no campo da saúde mental, abriga para si a excelência no atendimento.

O que acaba levando serviços extra-hospitalares a utilizarem a internação como uma estratégia bem comum, exemplo relatado e também questionado em alguns casos por hospitais gerais. Em casos de transtornos mentais, a crise psicótica ou depressiva grave (inclusive com tentativa de suicídio) tem sido a maior motivadora da busca por internação, porém, já no caso de uso abusivo de drogas, o principal critério de internação tem sido a busca pela desintoxicação, principalmente se os usuários procuram voluntariamente o serviço. Assim, poder problematizar o que é uma crise, quais são os critérios de internação, e, principalmente, o que é possível construir como estratégias no projeto terapêutico singular, são questões que deveriam pautar a produção de cuidado em saúde mental.

As mudanças ocorridas com a reforma psiquiátrica em diferentes países contribuíram para a existência dos direitos, embora "[...] a luta pela cidadania não se esgota na confecção de uma lei ou da Constituição, porque a lei é apenas uma concreção, um momento finito de um debate filosófico sempre inacabado". (SANTOS, 2012, p. 105)

O acesso a hospitais gerais, no campo da saúde mental, em instituições

incluídas em uma rede articulada de atenção, contribui para ampliação de ações de respeito a direitos e acesso. Para a população produz tanto uma sensação de acesso mais fácil, como também de minimização de preconceitos, na medida em que um lugar que atende diferentes doenças dilui a questão das doenças mentais entre as demais condições de adoecimento, em um território que não é marcado pelo estigma; além de proporcionar acesso mais próximo do domicílio, o que facilita contato, vínculo, cuidado com possibilidade de manutenção de uma identidade, de um pertencimento. Questões que talvez sejam as mais importantes para reforma psiquiátrica no Brasil, pois dizem de mudança cultural, e de construção de referências no cuidado em saúde mental.

5.6 TRABALHO E RELAÇÕES DE PODER

Captar o poder em suas extremidades, em suas últimas ramificações, lá onde ele se torna capilar [...] corporifica-se em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material. (FOUCAULT, 1996, p. 182)

A instituição faz aparecer “[...] relações de dominação próprias à relação institucional”. (FOUCAULT, 1996, p. 126) Estas relações contribuem para criação de mecanismos que diminuem o espaço de participação do usuário, e vão além da diminuição sintomática, mas exercem uma regulação sobre o próprio comportamento dos sujeitos, há assim um distanciamento de sentido no processo terapêutico para os sujeitos, na medida em que os projetos são coletivos e pouco tem de singularidade.

Para Foucault (1996) o poder circula, se constitui nas relações entre as pessoas, e ao olhar para forma como se organizam e funcionam as instituições, é possível perceber mecanismos que reforçam relações de poder, que se naturalizam como se fossem regras de funcionamento, capazes de produzir diferentes formas de vigilância para sua perpetuação.

Dentre as práticas de vigilância, a disciplina é um forte instrumento de manutenção das relações, pois “exerce seu controle, não sobre o resultado de uma ação, mas sobre seu desenvolvimento”. (FOUCAULT, 1996, p.106)

A expressão *o paciente não adere ao tratamento* é comum na fala de muitos

profissionais de diferentes tipos de serviços no campo da saúde e também da saúde mental, ela traz uma relação unilateral, pois fala da produção de sentidos apenas para um dos sujeitos do processo: o profissional. Pois se alguém não adere a um tratamento, provavelmente a prescrição não lhe fazia sentido ou não lhe era possível naquele momento, mas era o caminho visualizado pelo profissional.

Do mesmo modo, a ideia de adesão torna-se frágil sinônimo de obediência. Só a aproximação de nossas tecnologias ao que é de fato conveniente para os sujeitos pode levá-los a, autonomamente, com todas as dificuldades e limites impostos pela “vida real”, aderir às suas exigências, às vezes tão penosas. (AYRES, 2009, p.20)

Qual ética de singularidade é possível perceber numa intervenção? Quais os caminhos e escutas construídos? São perguntas importantes para que as equipes possam dialogar e desconstruir práticas pautadas em prelações que reforçam o poder do conhecimento técnico. Assim, os usuários atendidos constroem suas próprias estratégias para lidar com modelos propostos, criando estratégias para subvertê-los; um exemplo disso é a relação com o ócio extremo, com a falta de atividades durante a internação, em que acabam fazendo caminhadas no pátio; com a falta de confiança e vínculo com os profissionais não falam o que realmente estão sentindo e se avisam entre os que estão internados dicas para lidar com diferentes situações que se colocam.

Entre quatro paredes, concretas ou imaginárias, o poder exercido sobre os sujeitos se multiplica através de normas que não têm fundamento de nenhuma clínica do cuidado, mas sim de uma racionalidade moral que hierarquiza e classifica os sujeitos como objetos que devem ser consertados, ou pior, que não têm conserto.

Mário Testa (1992) considera um duplo eixo para refletir sobre a categoria poder: um que considera os resultados do exercício do poder, que se refere ao que e como fazer as coisas, engloba mecanismos de dominação pessoal; e outro que diferencia tipos específicos de poder que cada atividade possui.

Assim, haveria a existência de três tipos principais de poder para discutir as questões de saúde: Poder Técnico, Poder Administrativo e Poder Político. Estes poderes são capacidades “[...] de um indivíduo, grupo social, instituição, que se refere no primeiro caso, à informação, no segundo, aos recursos, e, no terceiro, aos grupos sociais”. (TESTA, 1992, p.118)

As estratégias de poder se combinam em ações que permeiam o cotidiano, e

que podem se utilizar da experiência profissional e do lugar que se ocupa em uma equipe. Assim, o poder que se ocupa nas equipes por uns ou outros profissionais é alimentado pelas relações estabelecidas.

Quem são os trabalhadores que estão compondo as equipes dos hospitais; quais suas experiências com saúde mental, e principalmente com a atenção hospitalar? Algumas equipes não aparecem por estar diluídas no cotidiano hospitalar, às vezes atendendo também outras áreas dos hospitais, e são compostas por profissionais que em sua grande maioria não trazem a experiência hospitalar como bagagem.

Algumas equipes se constituíram mais recentemente, e com bastante rotatividade, pois a própria existência dos leitos de saúde mental em hospitais gerais no RS em larga escala é política mais recente, principalmente dos últimos cinco anos. Os psiquiatras, quando presentes nestas equipes, geralmente são profissionais que fizeram formação em instituições hospitalares e em especial em hospitais psiquiátricos, e são também dos profissionais os que menos carga horária possuem no serviço, considerando que atendem mais de uma instituição e/ou município. O que instala nas equipes relações que se constituem com base nas prescrições médicas, mas ao mesmo tempo possibilita o encontro de diferentes profissionais, que tem aí também uma oportunidade para construir novos modos de produzir saúde mental dentro do hospital geral.

O modelos de atenção ainda hegemônicos na formação acadêmica e na pós-graduação têm dificuldade de lidar com o cuidado em rede, na lógica do SUS, porém o encontro com diferentes profissões nas equipes proporciona a utilização de ousadias e de criação de outras formas de produzir cuidado diferente do que o hospital habitualmente está acostumado. Assim, coexistem resistências, iniciativas, tensionamentos que produzem uma relação ética interessante, capaz de provocar a instituição e as relações de poder estabelecidas.

As tecnologias utilizadas pelos profissionais seguem parâmetros muitas vezes e principalmente, norteados por suas categorias, profissionais, determinando um arcabouço de intervenções tecnológicas. “É certo que o tempo a considerar não é o das máquinas ou instrumentos em si, mas o das ações que animam os objetos técnicos. Mesmo assim, são estes que oferecem as possibilidades e dão os limites”. (SANTOS, 2006, p.180)

Numa pesquisa sobre o funcionamento de equipes hospitalares, Ana Pitta faz

uma leitura sobre o processo de trabalho e traz dentro dos resultados da pesquisa a consideração sobre o quanto “as tarefas dos auxiliares e atendentes são a um só tempo, as mais intensas, repetitivas e social e financeiramente pior valorizadas”. (PITTA, 1990, p. 52) Do mesmo modo, nas equipes de saúde mental hospitalares também se percebe um diferencial de remuneração, tanto em relação a profissionais de mesmo nível de formação como em relação à carga horária destes profissionais. Na grande maioria dos hospitais, as equipes multiprofissionais estão presentes em horários comerciais, ficando as noites e os finais de semana geralmente atrelados aos profissionais de nível médio e à enfermagem.

Há uma diferenciação entre trabalho de concepção e o de execução da tarefa, com pouco espaço para práticas de educação permanente, que possam contribuir para uma reflexão do processo de trabalho, produzindo captura. Mesmo que a área da saúde mental não tenha tantos aparatos tecnológicos, também constitui um território de captura do trabalho, pois os protocolos de procedimentos engessam as relações entre profissionais-pacientes.

A captura do trabalho pela atual reestruturação produtiva que vivemos é bastante presente nas instituições hospitalares, na medida em que são locais que concentram uma gama de recursos tecnológicos para intervenção no campo da saúde, mesmo no campo da saúde mental em que as tecnologias leves²⁵ são as mais utilizadas. (MERHY, 2007)

Os hospitais filantrópicos são empresas independentemente de sua responsabilidade social, e, portanto, possuem sua lógica de funcionamento, com regras, horários, custos, que interferem nos processos de trabalho e nos desenhos possíveis dos projetos terapêuticos.

O compromisso ético-político agregado pelo trabalhador de saúde ao seu processo de trabalho é sem dúvida uma das estratégias mais importantes na constituição de micropolíticas capazes de promover mudanças no modelo de atenção em saúde mental nos serviços. O comprometimento, a disponibilidade, o exercício efetivo do acolhimento por profissionais que enxergam no outro um sujeito e não mais um paciente, mais um número, é fundamental para que se tenham práticas humanizadas, acolhedoras e singulares. Dessa forma, podem-se ter

²⁵ Na concepção de Merhy: “[...] as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves ([...] produção de vínculo, autonomização, acolhimento [...]), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados [...]) como a clínica médica, a clínica psicanalítica [...]) e duras (como no caso dos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais). (MERHY, 2007, p. 49)

prontuários com vida, e não apenas com descrição de sintomas, sem singularidade, mas que mostrem uma escuta sensível. Define-se aqui como escuta sensível a forma de acolher, que esteja aberta à singularidade do outro como sujeito não passivo no seu processo terapêutico.

5.7 MODELOS HÍBRIDOS DE FUNCIONAMENTO

Que identidade os hospitais gerais estão construindo? É uma pergunta que surgiu durante o processo da pesquisa e que leva a perceber um contexto bem mais amplo. Pois, em muitos municípios o hospital geral tem se tornado peça fundamental, cumprindo uma função social de lugar de referência de atendimento em saúde mental, modificando a cultura do hospital psiquiátrico, como referência de cuidado, proporcionando acesso regionalizado, o que sem dúvida tem contribuído para o processo de Reforma Psiquiátrica. Porém, o que embora seja uma garantia de atendimento, também acaba, em alguns municípios, reforçando lógicas de cuidado em que a internação é o principal recurso, ainda mais quando a rede local ou microrregional é baixa em termos de composição e cobertura.

Nesta lógica há um retrocesso à imagem de composição dos serviços em um tempo anterior ao atual, que englobava a configuração de serviços centrados na alta complexidade, principalmente com a figura do hospital. É evidente que foram no mínimo três séculos de construção desta imagem de confiança, tanto para cultura popular quanto para formação de profissionais. Além disso, a existência de hospitais psiquiátricos por muito tempo também criou a imagem de único lugar de atendimento para as questões de saúde mental, salientando-se as devidas diferenças de constituição e organização, e função social dos dois tipos de hospitais.

Portanto, a internação tem uma imagem muito forte como resolução dos problemas de saúde, principalmente quando se pensa situações mais graves ou de crise. Mas a capilarização de serviços, estruturada a partir do século XX, contribuiu para produção de novos movimentos e redistribuição, não só de referências de cuidado como de uma gama de profissões que foram surgindo.

As mudanças trouxeram novas formas de organização, mas, não fizeram desaparecer totalmente a cultura hospitalocêntrica. Se estas mudanças pudessem ser pensadas como um movimento, talvez o mais adequado fosse o de um espiral,

em que cada circunferência sinalizasse uma passagem, um revisitar de velhas formas de organização de um processo, sob outro lugar, outro ângulo. É exatamente este outro lugar que se aproxima de antigos caminhos, mas que passa em outro distanciamento, como que uma superação do anterior, mas que ao revisitá-lo revê suas contradições. Qual identidade no meio destas voltas do espiral pode-se perceber no atendimento de saúde mental no hospital geral? Ou até mesmo será que existiria uma única imagem nas inúmeras instituições que hoje atendem saúde mental nos hospitais gerais? A pesquisa traz a confirmação previsível de que não se tem uma homogeneidade, pois as diferentes instituições e equipes não têm a mesma lógica de funcionamento, nem a mesma compreensão teórico-metodológica e política das questões que envolvem o campo da saúde mental, mesmo que estejam todos sob a égide de uma mesma legislação.

Pode-se pensar, no entanto, em elementos constituintes comuns, que pressionam uma 'generalização'; o que se coloca aqui sem a intenção de simplificar um processo que não é nada simples, mas que acaba construindo uma possível imagem de pontos em comum, mesmo que com um olhar mais aproximado se percebam muitas diferenças entre os processos de trabalho das equipes. Os hospitais gerais têm uma imagem na cultura, respondem a uma determinada expectativa de usuários e de outros serviços, estão inseridos em uma organização do cuidado no território e atendem determinadas demandas deste mesmo território.

Embora a internação seja uma estratégia de cuidado, que deveria ser utilizada para momentos de risco/crise, em que outras estratégias terapêuticas já tenham sido utilizadas, nem sempre o hospital geral é buscado somente nestas situações. Em alguns casos, outras terapêuticas sequer foram utilizadas, considerando que na cultura o hospital é visto como o lugar de cuidado na crise; assim, a velha imagem do hospital, como lugar de cuidado em saúde mental, reforça-se, quando os encaminhamentos são feitos diretamente para os hospitais gerais antes de outras tentativas.

Da mesma forma, a utilização quase que maciça da internação como principal estratégia de atenção a usuários de drogas contribui para uma desqualificação, uma destituição que desautoriza os serviços extra-hospitalares a lidar com tais situações.

Cultura forte para população e para os profissionais que, em uma lógica hierárquica, que cria valorização do local de atendimento na saúde, já buscam

determinados serviços dizendo do que precisam e reforçam as curvas do espiral que retornam a um estágio da internação como principal ponto de atenção. O interessante do retorno do espiral é que se aproxima, mas não volta exatamente para o mesmo lugar, o que de certa forma propicia a possibilidade de redesenho e saída deste lugar. As voltas de um espiral podem ser bem próximas, com curto distanciamento, ou podem produzir voltas largas e distantes, como num movimento mais acelerado, assim se pode perceber o processo como histórico, revisitá-lo, superá-lo ou repeti-lo.

As equipes começam a modificar a sua composição, modificando assim lógicas de funcionamento institucionais comuns ao hospital, lugar mais acostumado com o cuidado do corpo. Com a temática da saúde mental mexem com um “equilíbrio previsível”, em que é possível controlar rotinas de funcionamento.

A inclusão de outras profissões nas equipes que não fazem parte do cotidiano de outras áreas do hospital, como terapeutas ocupacionais, profissionais de educação física, pedagogos, entre outros, trazem para dentro da instituição experiências outras que ajudam a construir novas formas de relação entre a equipe e com os pacientes, pois acrescentam necessidades que provocam a criatividade, mas também mexem com questões éticas e morais.

Contraditoriamente, assim como algumas equipes utilizam da criatividade para promover atividades e ações em conjunto com outros serviços extra-hospitalares, e ainda conseguem manter uma rotina com atendimento em alas abertas, com presença de acompanhantes; outras equipes repetem formas de organização do processo de trabalho, em que a rigidez de comportamento é o hábito, as portas de acesso da unidade estão sempre fechadas, em alguns casos com utilização de grades, dispensa de medicação em uma fila, comida com colheres, entre outras ações comuns a instituições psiquiátricas. A troca de experiência entre profissionais de diferentes hospitais, bem como a presença de profissionais comuns a serviços hospitalares e extra-hospitalares, tem auxiliado na mudança de lógicas mais rígidas.

A formação acadêmica ainda tem muitos desafios pela frente para formar profissionais comprometidos ético-politicamente com a inclusão e com o cuidado usuário-centrado, repensando seus currículos e locais de estágio para formação profissional. Coexistem instituições com rotinas, horários, prescrições, protocolos rígidos, formações acadêmicas centradas em procedimentos, com instituições que

se abrem para o novo e formações acadêmicas usuário-centradas. A dinamicidade da vida impele que as realidades não sejam lineares, as equipes se modifiquem, e os projetos terapêuticos das instituições se reatualizem constantemente. O trabalho das equipes amadurece, mas nem sempre as práticas se atualizam para a construção de espaços de singularidade.

Embora não haja dúvidas sobre o que significa uma lógica manicomial, institucionalizante, comum a instituições psiquiátricas asilares, mas que não se resumem a elas, pois podem se estabelecer em diferentes instituições, inclusive as extra-hospitalares, em alguns casos de trabalho de saúde mental em hospitais gerais é possível perceber traços desta lógica, que coexistem com certa abertura para outras formas de organização, com acesso de familiares e respeito a direitos. Esta mudança provocada em grande parte pela organização destes espaços, que recebem inúmeras problemáticas clínicas, e que, portanto, estão mais visíveis pela população e por outros serviços que se relacionam com eles, acaba provocando uma forma híbrida de funcionamento. Híbrido é um conceito escolhido para se falar nas combinações, nas mudanças que conjugam modelos distintos e produzem algo diferentes, não necessariamente valorados de imediato como bom ou mal, mas que carregam potenciais pela sua reacomodação de situações anteriores. Embora o híbrido seja um conceito utilizado comumente na biologia, para fazer alusão a misturas, combinações, é uma palavra que vem do grego *hýbris*, que significa desafio, transgressão, insulto, a mistura de coisas de ordens distintas, que resulta em excesso. (LEITE, 2010; MADEIRA, 2010)

Há utilização deste termo no campo da Sociologia, e é este campo em especial que foi escolhido para se produzir uma analogia em relação aos processos de trabalho, que se desenvolvem nos hospitais gerais que atendem saúde mental.

Para Cláudia Madeira (2010) “Há, efectivamente, cada vez menos tempos e espaços fora do híbrido, e isto é independente da mobilidade e acessibilidade efectiva de cada um”. (MADEIRA, 2010, p.1) (sic)

O híbrido é utilizado por autores para se referir a saberes híbridos, que seriam utilizados como “[...] estratégias de enfrentamento da insustentabilidade da modernidade constituída”. (AGUIAR; RIBEIRO, 2007, p. 80)

O desafio presente na origem da palavra híbrido foi trazido porque serve para pensar combinações distintas, que não possuem uma classificação rígida e que, portanto, podem resultar em desfechos distintos.

Os saberes híbridos estão no encontro entre diferentes conhecimentos e não na sua especialização. Os modelos, as equipes, os processos de trabalho não podem ser reconhecidos como um estado anterior, até porque não constituíram estes modelos, não os vivenciaram, embora tenham sido influenciados por eles.

Nesta análise da política de leitos de saúde mental a terminologia “forma híbrida de funcionamento” foi escolhida na pesquisa para descrever práticas que são muito semelhantes com lógicas de funcionamento manicomial, pela sua rigidez, mas que não possuem necessariamente uma forma manicomial, pois apresentam um grau de abertura no seu processo de trabalho que permite movimento de relação entre a equipe, os usuários, outros serviços e comunidade. Este movimento de relação diz respeito a um potencial, a uma abertura para possíveis trocas, e corresponsabilização no cuidado, mas não é garantia do mesmo.

O híbrido se dá pelo encontro de diferentes concepções, formações, saberes e precisa de comunicação e movimento suficientes para provocar novos rearranjos potentes, portanto, para se pensar os modelos de atenção.

Por outro lado, dependendo de como se dá este encontro, pode reforçar modelos centrados em diagnósticos, hierarquizados, centrados em procedimentos, desprovidos de singularidade. Mas este outro estado, um lugar de híbrido, carrega consigo também uma porosidade.

Assim, para que se produza movimento, comunicação entre diferentes profissionais e serviços é preciso reconhecer a voz do outro no processo para além do diagnóstico, colocando-se o foco na relação trabalhador-usuário do serviço. (TEIXEIRA, 2003)

5.8 POTENCIAL DE DESLOCAMENTO

Esta hibridez contém um potencial de deslocamento, capaz de produzir abertura suficiente para um salto de superação em relação ao funcionamento, modificando processos de trabalho. Este grau é de um movimento que se dá através de como os profissionais se relacionam entre si e com o sujeito que atendem pode ajudar a identificar nos processos de trabalho potencialidade para o avanço neste tipo de serviço, pois apresentam possibilidade de elasticidade, movimento, dinamicidade, atributos que não estão presentes na instituição psiquiátrica.

O que está estancado precisa avançar, desenvolver seu vir-a-ser e superar, pois as contradições que põem em cheque distintos modelos evidenciam a necessidade de avançar, num movimento dialético em que as totalizações são provisórias. (LEFEBVRE, 1991)

Nesse sentido, a contradição não seria incoerência, mas constituiria a negação suficiente capaz de promover a superação, para que uma nova condição surja. Sob esta ótica, para constituírem modelos de atenção integral em saúde mental, os modelos centrados no manicômio e no isolamento precisaram ser questionados, postos em contradição, para que se produzisse possibilidade de superação. (LEFEBVRE, 1991)

A superação não é trazida aqui como um fato dado e estanque em relação à reforma psiquiátrica, pois as contradições de modelos se fazem presentes. O intuito é evidenciar o nascimento de novos modelos, a partir de um movimento dialético que está contido nos processos históricos.

Castel (1987), ao discorrer sobre o processo de reforma psiquiátrica em países como França, Inglaterra e Estados Unidos, faz o questionamento da relação que o hospital ocupa, em especial na intervenção em momentos de crise, pois para ele o “[...] hospício constitui a principal matriz no seio da qual foi constituída a prática psiquiátrica hospitalar”. (CASTEL, 1987, p.73)

Embora o hospital geral contenha um forte componente de enrijecimento do processo de trabalho, considerando suas regras e sua herança de funcionamento, também tem abertura pelo fato de conter diferentes clínicas, possibilidade de circulação das pessoa e acesso de familiares, bem como o estabelecimento de comunicação com outros serviços.

Esta capacidade de comunicação e de mediação, entre os diferentes profissionais que compõem as equipes, pode produzir mudanças no processo de trabalho, que obviamente nem sempre podem conduzir a desfechos coerentes com um modelo centrado nos sujeitos para produção de autonomia.

As mudanças vão depender da forma como se articulam os recursos e estratégias, bem como os conhecimento utilizados, pois diferentes equipes e instituições com a mesma característica de composição poderão ter resultados completamente distintos. (CARVALHO; CUNHA, 2007)

O trabalho vivo em ato pode ser atravessado por distintas lógicas que

mobilizam os modos de produzir saúde. Merhy (2007) utiliza como exemplo a criatividade do trabalhador, que pode contribuir para inventar novos processos de trabalho. Isso pode ocorrer na medida em que se abrem fissuras nos processos instituídos, pois os processos de trabalho permitem questionamentos em relação a sua lógica de funcionamento, permitindo assim linhas de fuga que desacomodam a captura sofrida pelo trabalho vivo. (MERHY, 2007)

Buscar uma linha de fuga pode ser algo ocasional, como algo que permite uma tomada de consciência em relação ao trabalho capturado, mas também poderia ser vista como uma intencionalidade do trabalhador. As fissuras permitem um movimento nos processos de trabalho, mas para isso é preciso ter abertura nas equipes, uma porosidade (MERHY, 2005) suficiente para ser capaz de potencializar as relações entre diferentes profissionais e entre profissionais e os sujeitos atendidos.

Assim, quanto maior a porosidade, maior será a possibilidade de produção de movimento e de comunicação entre os serviços em um dado território.

Na porosidade há:

A necessidade de desfazer a compactação uniforme dos muros institucionais, que delimitam o dentro e o fora dos serviços, abrindo canais de articulação dos processos de trabalho às redes sociais do território. Tratar-se-ia de uma desconstrução dos limites das unidades, das equipes e mesmo das tarefas e ações realizadas, que somente pode ser proporcionada pelo compromisso dialógico de definir de forma compartilhada os objetivos e estratégias de intervenção, seu valor, seu sentido. (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010, p.1)

Um obstáculo aos movimentos estabelecidos entre diferentes equipes em rede e que permitem estabelecer relações para além das paredes institucionais é a constante mudança de profissionais nas equipes. As equipes mudam constantemente, com vínculos muitas vezes fragilizados e precarizados de trabalho, o que paradoxalmente também pode permitir novas linhas de fuga, na medida em que rearranjos são feitos possibilitando movimentos na constituição e organização do processo de trabalho das equipes.

A questão é saber, dentro das significações dos modelos de atenção que coexistem nas equipes, se estas apresentam elementos comuns que permitem movimento ou se estes pontos comuns as levam justamente para uma tendência de correlação de forças, que fortalece um modelo centrado em procedimentos, dentro de uma lógica mais tradicional da instituição hospitalar.

Na prática, equipes de saúde mental em hospitais gerais, que estão constituídas multiprofissionalmente, inclusive com profissionais que comumente não faziam parte destes locais, parecem ter mais chances de produzir novas significações na construção de estratégias mais criativas e inclusivas nas internações. Da mesma forma, aquelas que criam espaços de atividades, em parceria com a rede extra-hospitalar, criam não só uma ressignificação para o espaço de cuidado como um espaço de cuidado em liberdade como também possibilita a redistribuição de significações de poder entre diferentes profissionais e equipes. Pois, há equipes hospitalares que não permitem que os profissionais da rede extra-hospitalar participem, entrem na rotina da internação; assim como há outras que não querem participar, como se o espaço da internação não lhes pertencesse, não lhes dissesse respeito.

À luz de uma concepção de integralidade, a pretendida “reversão do modelo tecnoassistencial” muitas vezes se parece mais com uma “reversão do modelo comunicacional” em vigor nos serviços. (TEIXEIRA, 2003, p.3)

O caráter de imprevisibilidade dos eventos é fortalecido por um alto grau de subjetividade (STELET; PINHEIRO, 2011), que pode ser potente, portanto, para desacomodar processos de trabalho centrados em procedimentos, e promover as fissuras, pois desacomoda formas de produzir cuidado e possibilita espaços de criação para os trabalhadores. (MERHY, 2007) Mas que também tem potencial de regressão e fortalecimento de práticas centradas em procedimentos. Este talvez seja um dos maiores impasses neste tipo de serviço para o avanço no cuidado em saúde mental no país, principalmente se o investimento em atenção hospitalar for mais acentuado, mesmo que o investimento de recursos, no âmbito federal, para qualificação de equipes ou ampliação de serviços extra-hospitalares seja percentualmente maior.

Quando o investimento predominante em um território é maior em ações para internações, se reforça a imagem da crise como constante, da necessidade de apartação do contexto, afastamento, ou seja, possibilitam-se, no campo da cultura, ideias higienistas. Obviamente não se tira aqui a importância do cuidado no hospital: a questão é quando esta acaba, sendo a única alternativa de cuidado tanto para população, como é possível ver em programas de TV no Brasil nos últimos anos, quanto para muitos profissionais internação. Isso acaba colocando no Hospital Geral uma expectativa de cura, como se o hospital fosse uma “máquina de transformação”

– como é explicitado na fala de um usuário, capaz de modificar comportamento, e, portanto, magicamente a vida de quem interna. “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)

É, portanto, na relação em rede que os serviços se fortalecem para o cuidado integral, e que o usuário consegue produzir caminhos com significação. E para construir conexões de rede, e processos terapêuticos diferenciados, com potencial de movimento, com reconhecimento de cada componente da rede, sem hierarquizar e valorar serviços, é necessário investir em processos de gestão de políticas e de serviços implicadas com o cuidado, em que a educação permanente seja uma prioridade, e o encontro e a discussão coletiva sejam estratégias para o exercício profissional, em que fluxos sejam combinados e não impostos.

6 CONCLUSÕES

A tese não é um trabalho solitário, não se faz sozinha, talvez as angústias sejam solitárias, mas a escrita é permeada por muitas escutas, conversas, anotações, perguntas, dúvidas, escolhas, pois reflete um pensar o cotidiano, um convívio de muitos anos, muitas andanças, encontros e desencontros, com uma temática que é escolhida ou que escolhe.

A escolha da temática de leitos de saúde mental em hospital geral foi uma temática implicada com um lugar além da condição de pesquisadora, mas de trabalhadora e que, portanto, também traz à tona as paredes, e os limites de cada lugar que ocupa. A metáfora “entre quatro paredes” traz a provocação de pensar como ultrapassar estes limites, como possibilitar diálogos com o fora da instituição, como provocar processos de trabalho diferentes daqueles que o espaço do hospital está acostumado.

O foco da pesquisa era pensar o processo de trabalho, atrelado a compreensão da gestão da política social, em que se pudesse considerar o recurso hospitalar no contexto brasileiro e especificamente no RS, como parte de uma rede proposta pela Reforma Psiquiátrica. Para isso, foram utilizadas diferentes fontes documentais, de entrevistas e grupos nominais.

As políticas de saúde utilizam a contratação de hospitais gerais filantrópicos como forma de complementação da oferta de serviços pelo SUS, mas estas instituições possuem lógicas de funcionamento e equipes que nem sempre estão acostumadas com a lógica do SUS. Nos últimos quatro anos, houve um aporte de legislações e de recursos no nível federal que possibilitaram a ampliação do atendimento de saúde mental em hospital geral, e, no RS, a política de ampliação de leitos de saúde mental em hospitais gerais já vinha crescendo desde 2005, passando por uma adequação e equiparação aos valores propostos pelo Ministério da Saúde no governo atual. Outro avanço é que estes recursos fazem parte de um conjunto de incentivos para ampliação da rede extra-hospitalar no campo da saúde mental, atrelados a uma reavaliação para qualificação do atendimento.

Somando leitos de saúde mental no RS em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos tem-se uma cobertura de 1 leito/4mil hab.; e considerando apenas o total de leitos em hospitais gerais, o parâmetro de cobertura assistencial ainda assim

permanece além do preconizado, compondo 1 leito/ 7,3 mil hab. Porém, esta cobertura ainda é distinta nas diferentes regiões do estado, necessitando de uma revisão para adequação. O número de leitos de SM necessários em HG não segue um parâmetro fixo internacionalmente: a OMS recomenda que este total esteja interligado à cobertura de diferentes serviços na base territorial, e considera-se que 18 leitos seria o ideal de teto em uma unidade de internação, com taxa de ocupação máxima de 85%, características também excedidas no RS em algumas instituições. Pode-se, ainda, observar que mais de 60% das internações já utilizam hoje o hospital geral no estado como principal referência.

O hospital geral é um lugar com rotinas mais rígidas, com clínicas específicas e separadas, e o usuário de saúde mental que utiliza este serviço provoca resistências em profissionais de outras clínicas, desacomoda a rotina, pois é um paciente que não está tão debilitado fisicamente e que vai necessitar se locomover e interagir. A maioria dos leitos está em alas abertas, o que denota uma mudança significativa nas formas de produção de cuidado hospitalar, se comparado ao modelo asilar anterior, em que as internações eram realizadas em hospitais psiquiátricos fechados. Positivamente, a maioria das internações são voluntárias e as internações por transtornos mentais são em maior número em relação às internações por uso de drogas, sendo que, destas últimas, as internações por uso abusivo de álcool ainda são maioria. O acesso às internações se dá principalmente por encaminhamentos de serviços, embora as emergências sejam uma forma de acesso bastante utilizada.

Nos projetos terapêuticos, escritos na maioria das vezes por alguns profissionais da equipe, é possível identificar exigências, critérios de acesso e até mesmo punições que desrespeitam direitos, demonstrando desconhecimento da aplicação das legislações do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Em contrapartida, há hospitais que conseguem realizar atividades em conjunto com a rede extra-hospitalar, promovendo fortalecimento do território e vinculação dos usuários aos serviços não só em momentos de crise. As entrevistas e os grupos nominais trouxeram uma dinamicidade aos dados e informações e mostraram o quanto os usuários e familiares não identificam direitos de acesso, mas têm uma relação cultural como se o atendimento fosse um favor, principalmente em relação às questões relacionadas aos uso de drogas, que concentra um estigma moral.

As reinternações são um desafio importante para as equipes, para a rede de serviços e para os gestores, pois configuram circuitos viciosos que não são interrompidos e acabam dificultando relações de cuidado singular e de resolutividade, que precisam ser pensadas dentro de projetos terapêuticos como planos específicos.

O funcionamento isolado de serviços, sem diálogo e fluxos contribui para que sejam reforçados pontos hierarquizados, ao invés de construção de cuidado compartilhado, como no caso do cuidado na crise que ainda tem no hospital uma referência muito forte, e constitui um desafio para rede como um todo. Assim, reorganizar circuitos de comunicação com combinações compartilhadas pode auxiliar na reorganização do acesso, como é o exemplo das internações compulsórias que fazem outros caminhos à margem dos fluxos do SUS. Estes desafios dizem da articulação com outros serviços que compõem as redes de atenção, bem como dos processos de trabalho das equipes, seus modelos de atenção dentro de uma instituição, que tem, hegemonicamente, o modelo biomédico como central.

É possível ainda encontrar nas diferentes instituições um modelo híbrido, que mistura diferentes experiências e formações, e que tem potencial de movimento capaz de desacomodar práticas mais rígidas e promover cuidado com acolhimento e singularidade. Inegavelmente, para Reforma Psiquiátrica, a atenção no hospital geral trouxe contribuições, com atendimento integral mais próximo do território, descentralizado, com maior probabilidade de trabalho articulado com outros serviços, mas que possui desafios importantes a serem superados.

A utilização dos hospitais gerais trouxe novas formas de organização, inclusive das redes locais de atenção em saúde, mas não fez desaparecer totalmente a cultura hospitalocêntrica. O amadurecimento da Reforma Psiquiátrica no país traz para a atualidade a pauta que ultrapassa a ampliação do acesso, se insere na qualificação deste acesso e em como ele pode e deve estar presente em diferentes serviços, inclusive na lógica intersetorial, em que a produção do cuidado singular é o diferencial essencial para alcançar as necessidades reais dos usuários. Os hospitais são parte de uma rede e como política de saúde devem estar conectados com os demais serviços, para que produza cuidado singular com corresponsabilidade, caso contrário constituirão um ponto isolado na rede, distante dos ideários do SUS.

A Tese, uma longa convivência

O hospital geral, um ambiente tomado pelas tecnologias, os procedimentos e protocolos carregam uma dureza, que exige um esforço maior para produção de movimento e cuidado singular. Nesse sentido, é um local integrante de uma rede de serviços que tem uma raiz muito forte, influenciada na sua origem por instituições manicomiais que tinham uma função social de apartamento, como estratégia de tratamento, porém, as equipes têm experiências e formações que se constituíram em um tempo de mudanças, de novas relações, novos serviços, o que provoca a existência de equipes com modelos de atenção híbridos, que se constroem em outro lugar, no hospital geral.

Embora ainda não se possa romper as paredes da fragmentação do cuidado, pode-se torná-las menos impessoais e invisíveis. Pois há sempre um potencial de movimento que é mobilizado através da circulação do conhecimento, e é capaz de descentralizar relações de poder e produzir canais de comunicação com outros profissionais e serviços.

É inclusive o movimento produzido pelo encontro de diferentes trajetórias profissionais e de vida que é capaz de deslocar formas rígidas, modelos estáticos, e contribuir para produção de relações híbridas potentes, nas quais as equipes exercitam a ousadia, o compartilhamento de suas práticas e a construção de novos caminhos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Márcia M. e RIBEIRO, Adelia M. Petróleo e matriz energética na proliferação dos “híbridos” da modernidade: estudos em ciência e política. In: **Agenda Social. Revista do Programa de Políticas Sociais**. Campos dos Goytacazes, UENF, v.1, n.2, p.76-91, maio-ago./2007.

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

AYRES, José R. de C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Jose Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl. 2, 2009, p.11-23. Disponível em: <http://www.scientificcircle.com/pt/journal/20/saude-soc/2009/6/18/0/>. Acesso em: 10 jun. 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

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>. Acesso em: jun. 2010.

_____. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm Acesso em: 30 nov. 2012.

_____. 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/SNAS**, de janeiro de 1992, institui normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar em saúde mental. 1992b. Disponível em: www.saude.gov.br/saudemental.htm Acesso em: 15 jun. 2007.

_____. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 10 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial. 2002. Disponível em: www.saude.gov.br/saudemental.htm. Acesso em: 15 jun. 2007.

_____. Ministério da Saúde **Portaria nº 1101/GM**, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. 2002b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm> Acesso em julho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas DAPE, Coordenação de Saúde Mental **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNAS** 2003. Disponível em: <http://www.icc-br.org/art/a178.pdf>. Acesso em: jul. 2009.

_____. 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, janeiro de 2007. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/blob/177.pdf> Acesso em: 15 jun. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.899**, de 11 de setembro de 2008. Institui o Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1899_11_09_2008.html. Acesso em: março 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.842**, de 20 de setembro de 2010. Aprova as normas de funcionamento e habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas – SHRad. 2010a. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/105512-2842.html> Acesso em: jul. 2011.

_____. **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas**. 2010b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3g_nove_2010.pdf 2010- Acesso em: jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Dulce Helena Chiaverini et al (Org.). Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011a. Disponível em: <<http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.php?id=101002>> Acesso em: 2 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088/GM/MS**, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011c. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em: 22 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. **Saúde Mental em Dados 11**, ano VII, n. 11, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 148/GM/MS**. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades de saúde, decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html Acesso em: ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **PORTARIA Nº 854**, 22 de agosto de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html. Acesso em: jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Página de Saúde Mental, 2013. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925#. Acesso em: out. 2013.

BOBBIO, Norberto. COUTINHO, Carlos N. (Trad.) A era dos direitos. 8 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOTEGA, Neury J. **Psiquiatria no hospital geral**: histórico e tendências. Prática Psiquiátrica no Hospital Geral, interconsulta e emergência. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

_____. (Org.) **Serviços de saúde mental no hospital geral**. Campinas/SP: Papirus, 1995.

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

CARVALHO, Sergio Resende; CUNHA, Gustavo Tenório. Gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, Gastão W. de Souza et.al. (Orgs.) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6 ed. Revisada. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CASTEL, Robert. A gestão dos riscos. Da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Trad. Celina Luz. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTRO, Jorge Abrahão de. Política social no Brasil: marco conceitual e análise da ampliação do escopo, escala e gasto público. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**, n. 1, jan./jun. 2011.

CECILIO, Luiz C. de O; MERHY, Emerson E. Integralidade do cuidado com eixo da gestão hospitalar. Campinas, março de 2003. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>. Acesso em: mar. 2012.

CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

COHN, Amélia et.al. (Org.) **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.

DAGNINO, E. (Org.). Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

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, M. K. ; GONÇALVES, R. W; DELGADO, Pedro G. Leitos e atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na Política de Saúde Mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

FAGUNDES, Sandra Maria Sales. **Águas da pedagogia da implicação**: intercessão da educação para políticas públicas de saúde. Dissertação. Mestrado em Serviço Social. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

FALEIROS, Vicente de P. **Estratégias em serviço social**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

FERLA, Alcindo A. LEAL, Mariana B; PINHEIRO, Roseni. Um olhar sobre práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Orgs.). **Gestão em redes práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p.35-57.

FERNANDES, Janaína de Mello. **A enunciação na encenação teatral**. Estudos Semióticos, n.2, 2006.

FRANCO, Túlio B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Orgs.). **Gestão em redes práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

_____. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, Emerson et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

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

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

_____. **Microfísica do Poder**. 12 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

_____. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. Tradução Salma Tannus Muchail. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 11 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

GASKEL, G; BAUER M. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Trad. Pedrinho Guareschi. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GUIZARDI, Francini L; CAVALCANTI, Felipe de O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.20, n.4, Rio de Janeiro, dec. 2010. ISSN 0103-7331. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400010> Acesso em: jul. 2013.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. 26 ed. São Paulo: Cia das Letras, 2007.

IAMAMOTO, Marilda. Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do (a) assistente social na atualidade. In: **Reflexões sobre atribuições privativas do(a) Assistente Social**. Brasília: CFESS, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/> 2011b. Acesso em: jul. 2011.

KHAN, Masood; DAW, Rowena. Do the right thing: how to judge a good ward ten standards for adult in-patient mental healthcare In: **RC Psych Royal College of Psychiatrists**. Occasional Paper OP79. June 2011. Disponível em: http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/OP79_forweb.pdf > Acesso em: 7 jul. 2013.

KNAAP, Martin; MCDAID, David; MOSSIALOS, Elias; THORNICROFT, Graham. **European Observatory on Health Systems and Policies Series**. Mental health policy and practice across Europe. 2007

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva In: CAMPOS, Gastão W. de Souza et.al. (Orgs.) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 515-534.

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

LEITE, Isabela Fernandes Soares. Criação, hybris e transgressão na mitologia heroica. **Anais**. XVIII Congresso da AJB – Criação. Curitiba-PR, 2010.

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.

LUZ, Madel T. Demanda em saúde: Construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Org.). **Gestão em redes práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 27-34

LUCCHESI, Maurício. Estudo da viabilidade da implantação de uma unidade psiquiátrica em um hospital geral. Tese de Doutorado. São Paulo: USP, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-18062008-190535/pt-br.php> Acesso em: mar. 2009.

MACHADO, Felipe R. de S. Algumas interfaces do direito à saúde. In: PINHEIRO, R; SILVA JR., Aluísio G. (Org.) **Cidadania do cuidado o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ–CEPESC, 2011, p.85-100.

MADEIRA, Cláudia. **Híbrido, do mito ao paradigma invasor?** Lisboa: Mundos Sociais, 2010.

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

MENDES, Jussara. M. R. **O verso e o averso de uma história: o acidente e a morte no trabalho**. São Paulo: s.n., 1999, 293 Tese de Douyorado. PUCSP.

MENDES, Jussara R et. al. A política de saúde do trabalhador e as transformações no mundo do trabalho. II. **Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Universidade Federal do Maranhão, São Luís do Maranhão, 23 a 26 de agosto de 2005.

MENDES, Jussara R., CORRÊA, M. J. Centro colaborador: instrumento de fortalecimento da proteção social da saúde dos trabalhadores no contexto do Mercosul. In: MENDES, Jussara R et al. (Org.) **Mercosul em múltiplas perspectivas**. Fronteiras, direitos e proteção social. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

_____ **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: 1 ed. Organização Pan-americana da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf Acesso em: out. 2013.

MERHY, Emerson; CECCIM, Ricardo. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a política nacional de humanização**. [s.d]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-04.pdf> Acesso em: 10 jul. 2013.

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

_____. **Engravidando palavras**: o caso da integralidade. Congresso da Rede Unida, Belo Horizonte: julho de 2005. Disponível em: <http://acd.ufrj.br/nutes/Home/LTC/mestrado/arquivos/semmerhy.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2013.

_____. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria C. de S. (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.

_____; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MONTEIRO, Jaqueline; BELLINI, Maria Isabel. Loucura é a falta de cuidado! O hospital geral como um lugar possível na rede de saúde mental In: MENDES, Jussara. M. R. et al. (Orgs.) **Saúde e trabalho múltiplas perspectivas**. São Paulo: Plêiade, 2011, p. 331-346.

MONTEIRO, Jaqueline da Rosa Monteiro. **Loucura é a falta de cuidado**: o hospital geral como um lugar possível na rede de saúde mental. Dissertação. Mestrado. PUCRS, 2009.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um estado para a sociedade civil**. Temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2004.

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

OLIVEIRA, Gustavo. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

OMS. Atlas Mental Health Resources in the World. Mental Health Determinants ad Populations Departament of Mental Healt and substance dependence world health Organization. Geneva, 2005. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/global_results.pdf Acesso em: 7 jul. 2013.

_____. Atlas Mental Health Resources in the World. Mental Health Determinants ad Populations Departament of Mental Healt and substance dependence world health Organization. Geneva, 2001.

ONOCKO CAMPOS, R. T et al. Oficinas de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia** (Online), v. 10, p. 221-241, 2010.

ORTEGA, Francisco. **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas, e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008, p.459-473.

PAIM, Jairnilsom S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000088&pid=S1413-8123201000050000300005&lng=en Acesso em: ago. 2011.

_____. 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 e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

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

PEREIRA, Potyara Amazoneida. Estado, sociedade e esfera pública. In: CFESS; ABEPSS. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. 1 ed. Brasília/DF: CFESS/ABEPSS, v. 1, p.286-300, 2009.

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

PIOVESAN, Flávia (Org.). **Direitos humanos, globalização econômica e integração regional**: desafios do direito constitucional internacional. São Paulo: Max Limonad, 2002.

PITTA, Ana. **Hospital**: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1990.

RIGHI, Liane B. Redes de saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Cadernos Humanizados**, v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 9.716**, de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Publicada no Diário Oficial do Estado em 10 de agosto de 1992.

_____. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. **Guia de serviços de saúde mental**. Porto Alegre, 2002 a.

_____. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. **Plano Diretor de Regionalização**. Porto Alegre, jul. 2002 b.

_____. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução CIB/RS nº 140/2005**. Estabelece o incentivo financeiro para leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Disponível em: www.saude.rs.gov.br. Acesso em: 5 jul. 2007.

_____. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução CIB/RS nº 169/2007**. Dispões sobre a distribuição regional dos leitos de referência para internação psiquiátrica e a regulação do acesso a internações. 2007. Disponível em: www.saude.rs.gov.br. Acesso em: jul. 2011.

_____. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução CIB/RS nº 130/2008**. Estabelece o incentivo financeiro para leitos psiquiátricos e leitos clínicos para o atendimento de álcool e outras drogas em hospitais gerais. Disponível em: www.saude.rs.gov.br Acesso em: jul. 2011.

_____. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução CIB/RS nº 062/2009**. Estabelece o incentivo financeiro para vagas em Comunidades terapêuticas. 2009. Disponível em: www.saude.rs.gov.br Acesso em: jul. 2011.

_____. Regionalização da atenção. Total de leitos psiquiátricos e de álcool e outras drogas no Rio Grande do Sul. 2010. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1292270218505SaudeMental.JPG> Acesso em: mar. 2011.

_____. **Resolução 562/2012**. Define a forma de organização e financiamento dos Serviços Hospitalares para Atenção Integral a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em hospitais gerais no Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br>. Acesso em: out. 2013.

_____. **Decreto Nº 50.125**, de 05 de março de 2013. Estabelece a divisão territorial das Coordenadorias Regionais da Secretaria da Saúde. 2013 a.

_____. **Resolução 049 2013** Nota Técnica sobre leitos de saúde mental integral. 2013b. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1368026533NotatecnicaLeitosdeSaudeMentalIntegral.pdf>. Acesso em: out. 2013.

ROJO, RAÚL Henrique. Jurisdição e civismo: a criação de instâncias para dirimir conflitos no Brasil e no Quebec. In: ROJO, RAÚL Henrique (Org.) **Sociedade e direito no Quebec e no Brasil**. Porto Alegre: PPGDir/UFRGS, 2003.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 4 ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2006.

_____. **O espaço do cidadão**. 7 ed. São Paulo: Ed. USP, 2012.

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)

SILVA JÚNIOR, Aloísio; ALVES, Carla A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C; CORBO A.D.A (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007, p. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>. Acesso em: jul. 2013.

SILVA JR., Aluísio G. (Org.) **Cidadania do cuidado**: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC, p.45-84, 2011.

SPINK, Mary Jane P. **Psicologia social e saúde, práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2003.

STELET, Bruno P; PINHEIRO, Roseni. Da filosofia moral ao amor ao mundo: contribuições arendtinas por uma ética do cuidado em saúde. In: PINHEIRO, R; SILVA JR. Aluísio. (Orgs.) **Cidadania no cuidado**: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC, 2011.

TEIXEIRA, Ricardo. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, p.89-111, 2003.

TESTA, Mário. **Pensar em saúde**. Trad. Walkiria Maria F. Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

THORNICROFT, G. E; TANSELLA, M. **Pesquisas e práticas psicossociais** 3(1), São João Del-Rei. Ag, p. 9-25, 2008.

THIOLLENT, Michel. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 4 ed. São Paulo: Polis, 1985.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. (Org.) **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**. Rio de Janeiro: Laps/Ensp/Fiocruz, 2000, p. 219-25.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista – Diretor e Equipe Técnica

Roteiro de Entrevista

Sujeitos: DIRETOR 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. EXISTENTES:

Nº total de leitos de AD SUS:

1.3. EXISTENTES:

1.4. Tempo de oferta de atendimento dos leitos de saúde mental no hospital:

1.5. Nº médio de internações SUS no hospital por mês:

Psiquiatria: () 1 a 10 () 11 a 20 () mais de 21

AD: () 1 a 10 () 11 a 20 () mais de 21

Os leitos estão em:

() ala aberta () misturados aos demais leitos do hospital

() ala fechada

2. Acesso e internação:

1.6. As internações ocorrem de forma:

- involuntárias () voluntárias () compulsórias ()

-e o que ocorre com maior frequência:

-Como acontecem as internações compulsórias:

() encaminhados por representações jurídicas da cidade ou região

() fora da região

() com ameaça de prisão aos funcionários do hospital

2.1. Qual o caminho para a internação do usuário de saúde mental no hospital?

() encaminhado por um serviço da rede () pela emergência () regulação das vagas

Há exigências para internação:

() exames

() acompanhante ad () acompanhante psi

() regulados pelo gestor

() não há exigências desde que se avalie a necessidade

2.2. Qual a rotina da internação psiquiátrica no hospital desde a baixa até a alta do usuário?

() Avaliação como rotina

() Avaliação conforme solicitação

() Avaliação com dia marcado

() grupos

() grupo terapêutico () artesanato () leitura () horta () recreativo/atividade física

() atividade fora do hospital () outra, qual?

2.3. Por que o hospital oferece leitos de saúde mental?

Há um projeto terapêutico para o atendimento de saúde mental?

sim não

Foi construído por:

consultor um coordenador ou membro da equipe equipe

conjunto com a rede

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?

psiquiatria AD

homens mulheres

Onde são atendidos os pacientes de saúde mental que se encontram em condições de:

-gestantes

-crianças

-adolescentes

-doenças clínicas associadas (como AIDS e tuberculose)

3. Equipe:

3.1. Como é composta a equipe técnica que atende as internações psiquiátricas? Quantos?

auxiliares de enfermagem enfermeiro médico clínico médico psiquiatra

psicólogo assistente social profissional de educação física

Terap ocupacional pedagogo nutricionista outro, qual?

Tipo de vínculo destes profissionais:

funcionários do hospital do município outra forma, Qual?

3.3. Acontecem reuniões na equipe?

não acontecem acontecem semanalmente quinzenalmente mensalmente

Como é a dinâmica?

realizada somente por enfermeiros e técnicos de enfermagem

realizada somente por enfermeiros e médicos

por toda equipe

outra composição - qual?

Nestas reuniões

são discutidos casos

apenas revisada a rotina e medicação

outra dinâmica - qual?

Há a interconsulta entre os setores do hospital e área de saúde mental

sim não

3.4. Há ou já aconteceu algum tipo de capacitação para equipe do hospital só ou em conjunto com a rede de serviços?

- sim
 não

Quais temáticas?

3.5. Formação do Coordenador da equipe:

- enfermeiro médico clínico médico psiquiatra
 psicólogo assistente social profissional de educação física
 Terap ocupacional pedagogo nutricionista outro, qual?

Ele foi:

- nomeado escolhido

A política de humanização é parte do trabalho do hospital

- sim não

Se sim acontece na área de saúde mental

- sim não

4. Rede de serviços:

4.1. Que entidades compõem a rede de atendimento em saúde mental de sua cidade ou região?

4.2. Durante a internação há alguma comunicação do hospital com serviços da rede?

- sim não

Se sim como:

- reuniões agendamento pós-alta atividades em conjunto
 atendimento ambulatorial pós-alta outra forma?

4.4. Há algum tipo de atividade realizada em parceria com serviços da rede? Se sim, quais?

- atividade em conjunto capacitações reuniões outra, qual?

5. Direitos

5.1. Como são garantidos os direitos dos usuários que internam aqui no hospital?

5.2. As internações compulsórias são comunicadas a algum órgão?

5.3. É permitido contato do usuário com seu familiar/família durante a internação?

- Não, por quê?

- sim, tem dias e horários? É livre acesso?

5.4. É dado algum tipo de informação por papel ou verbalmente sobre seus direitos?

5.5. É realizada revista nos pacientes e familiares?

- sim.....

- não.....

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista – Usuário ou Familiar

Roteiro de Entrevista

Sujeitos: USUÁRIO E/OU FAMILIAR

1. Dados de identificação:

- 1.1. Idade: Sexo: () masc. () fem.
 1.2. Nº total de internações psiquiátricas do usuário neste ano:
 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais vezes
 1.3. Nº internações do usuário em hospitais psiquiátricos:
 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais vezes
 1.4. Frequenta o CAPS, se sim há quanto tempo:
 () até 6 meses () 6 meses a 1 ano () mais de um ano
 1.5. As internações foram:
 - involuntárias (sem consentimento do usuário) ()
 - voluntárias (com consentimento do usuário) ()
 - compulsórias (com solicitação judicial) ()

2. Acesso e internação:

2.1. Como acessou o hospital?

() encaminhado por um serviço da rede () pela emergência () regulação das vagas

2.2. Como você soube do atendimento de saúde mental no hospital?

() serviço da rede () próprio hospital () amigos e familiares () outra forma, qual?

2.3. Já tinha internado aqui antes, se sim Há quanto tempo?

() entre 1 e 3 meses () entre 4 e 6 meses () há mais de 6 meses

2.4. Por que você procura o hospital geral? () transtorno mental () álcool e outras drogas (motivo de internação e escolha do hospital geral)

2.5. Qual a rotina da internação psiquiátrica no hospital desde a baixa até a alta do usuário?

2.6. Foi examinado por algum profissional em seguida (primeiro dia): () sim () não

2.7. Quais profissionais lhe atenderam?

() auxiliares de enfermagem () enfermeiro () médico clínico () médico psiquiatra
 () psicólogo () assistente social () profissional de educação física () Terap ocupacional () pedagogo () nutricionista () outro, qual?

2.8. Há atividades durante a internação:

() grupo terapêutico () artesanato () leitura () horta () recreativo/atividade física

() atividade fora do hospital () outra, qual?

2.9. Quais as maiores dificuldades e facilidades identificadas neste tipo de atendimento no hospital geral?

2.10 Se você/seu familiar já passou por internações em hospitais psiquiátricos quais diferenças você percebe na internação psiquiátrica em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos?

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. Você conhece os serviços fora do hospital que atendem saúde mental?

4.2. Durante a internação há alguma comunicação do hospital com serviços da rede?

() visita do serviço extra-hospitalar ao hospital () pré-agendamento de atendimento depois da alta.

4.3. se já internou aqui antes, após a alta do usuário foi encaminhado ao CAPS ou a outro serviço?

() sim () não

4.4. Há algum profissional do hospital que atende também no serviço fora do hospital onde você vai?

() sim () não

5. Direitos:

5.1. Você já precisou fazer uma internação compulsória? (solicitada ao juiz ou promotor) se sim, por quê?

5.2. Você participa de algum tipo de grupo de familiares ou usuários de saúde mental como uma associação, cooperativa ou ONG? () sim () não Comente como é:

5.3. Você mantém contato com seu familiar/família durante a internação?

() Não, por quê?

() sim tem dias e horários? É livre acesso?

5.4. Você recebeu algum tipo de informação por papel ou verbalmente sobre seus direitos?

() assinou termo de responsabilidade () papel com orientações () verbalmente

5.5. Você conhece alguma lei ou portaria sobre saúde mental? Quais e sobre o que tratam?

5.6. É realizada revista nos pacientes e familiares?

() sim como:.....

() não há outra forma de controle de quem entra e do que traz?

5.7. Há proibições durante a internação, quais?

5.8. Você se sente respeitado no atendimento deste hospital, por quê?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: ENTRE QUATRO PAREDES: DESAFIOS DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL

I. JUSTIFICATIVA: ESTA PESQUISA É VINCULADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM

Psicologia Social da UFRGS, no nível de Doutorado, e tem como objetivo principal compreender como os modelos de atenção em saúde mental se expressam na organização e gestão da atenção a partir da ampliação de leitos de saúde mental em hospitais gerais no RS.

II.Procedimentos: A coleta de dados será feita através da realização de uma entrevista semi-estruturada com equipes de hospitais com leitos de psiquiatria, familiares e usuários internados nas unidades de saúde mental bem como com um grupo nominal com profissionais de saúde mental.

III.Desconfortos: O receio por interpretações equivocadas nas entrevistas, porém, as informações serão desidentificadas, a fim de impedir a socialização e exposição dos sujeitos da pesquisa. Não se identifica outros possíveis desconfortos.

IV. Benefícios: Entre os benefícios destaca-se a possibilidade de refletir sobre o cotidiano profissional e contribuir na qualificação da atenção hospitalar em saúde mental.

V. Garantias: Os sujeitos participantes desta pesquisa têm a garantia:

-de receber esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos relacionados com a pesquisa;

-de que não serão identificados quando da divulgação dos resultados;

-que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados a pesquisa;

-não haverá qualquer tipo de prejuízo à sua saúde, ao trabalho e/ou ao atendimento durante a realização da pesquisa.

-de permitir o uso da gravador e anotações das falas, com garantia de anonimato.

-liberdade de abandonar a pesquisa sem prejuízo para si.

-do compromisso do acesso a informações atualizadas do estudo.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar Dra. Jussara Maria Rosa Mendes no telefone 051–33085149. Para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante deste estudo posso chamar a doutoranda/pesquisadora Jaqueline da Rosa Monteiro pelo número 051-84338251 ou contatar com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone 051-33085261.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de consentimento de pesquisa e aceito voluntariamente a participação na mesma.

Assinatura do(a) entrevistado(a).

Nome do(a) entrevistado(a).

____/____/____

Assinatura do(a) pesquisador(ra).

Nome do(a) pesquisador(ra).

____/____/____

Este formulário foi enviado para _____ em
____/____/____ pelo _____.

Anexo A – Carta de Autorização

Carta de autorização

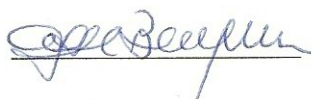
Porto Alegre, 23 de novembro de 2010.

Ao
Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS
N/Universidade

Eu, Arita Bergmann, Secretária da Saúde do RS, conheço o protocolo de pesquisa intitulado **IMPACTOS DA AMPLIAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAIS GERAIS NO RIO GRANDE DO SUL-RS**, desenvolvido pela doutoranda Jaqueline da Rosa Monteiro.

O início desta pesquisa na Secretaria Estadual da Saúde poderá ocorrer a partir da apresentação da Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.

Atenciosamente



Arita Bergmann
Secretária de Estado da Saúde do RS.

ARITA BERGMANN
Secretária de Estado da Saúde
do Rio Grande do Sul

ANEXO B – Parecer Comitê de Ética

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -
UFRGS



PROJETO DE PESQUISA

Título: ENTRE QUATRO PAREDES: DESAFIOS DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL.

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 00852412.3.0000.5334

Pesquisador: JUSSARA MARIA ROSA MENDES

Instituição: Instituto de Psicologia - UFRGS

NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Nova versão TCLE

Justificativa: Reencaminhamento do projeto e termos de TCLE com as alterações sugeridas.

Data de Envio: 02/07/2012

Situação Notificação: Aguardando revisão do parecer do colegiado

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 89.598

Data da Relatoria: 06/08/2012

Apresentação da Notificação:

Trata-se de uma pesquisa do tipo quanti-qualitativa, que se inscreve no contexto de debates sobre a ampliação do acesso às internações de saúde mental/SUS em Hospitais Gerais no RS, como parte da política e da rede de Atenção Integral em Saúde Mental. A proposta da pesquisa discute que a ampliação por si não é garantia de qualidade do acesso e de modelo de atenção voltado para a Reforma Psiquiátrica. A revisão bibliográfica é pertinente e atual.

Como estratégia para coleta de dados, as técnicas e procedimentos que serão utilizados serão: a entrevista individual e a análise documental, assim como será realizado um encontro de grupo nominal. As entrevistas serão realizadas com profissionais que compõem a equipe diretiva e equipe técnica de saúde mental dos hospitais gerais com leitos psiquiátricos selecionados, usuários que estiverem internados e familiares. As fontes documentais contemplarão documentos tais como: relatórios, projetos terapêuticos e informações do DATASUS -Departamento de Informática do SUS e documentos divulgados pela Secretaria Estadual da Saúde. Para realização do grupo nominal serão convidados sujeitos com práticas na gestão, e/ou no cuidado em saúde mental em hospitais gerais. Serão selecionados cinco hospitais do RS para participar da pesquisa. O universo de pessoas entrevistadas serão composto da seguinte forma: Cinco diretores dos hospitais selecionados; Cinco componentes de equipe de saúde mental dos hospitais selecionados (mín. 1 ano de vínculo na instituição); Dez usuários dos municípios selecionados que estiverem internados nos hospitais selecionados, em condições de responder à entrevista.; Cinco familiares de usuários que estiverem internados durante a visita nos hospitais selecionados.; Dez sujeitos convidados para o grupo nominal com experiência em gestão e/ou prática de atenção em saúde mental em hospital geral.

Objetivo da Notificação:

O objetivo geral da pesquisa é identificar quais os modelos de atenção em saúde mental que se expressam na organização e gestão da atenção a partir da ampliação de leitos de

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (513)308-5698 **Fax:** (513)308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -
UFRGS



saúde mental em hospitais gerais no RS. Como objetivos específicos tem-se: 1-Identificar como ocorreu o processo de política pública para a ampliação da oferta de leitos de atenção integral em saúde mental em hospitais gerais no RS e sua relação com a reforma psiquiátrica. 2-Compreender como o modelo de Atenção desenvolvido pelos profissionais de Saúde Mental intervêm em dos hospitais gerais 3-Identificar como se dá a relação em rede dos hospitais gerais que atendem saúde mental com os serviços de saúde e de saúde mental extra-hospitares. 4 -Compreender como usuários e familiares percebem a internação de saúde mental no hospital geral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa é de risco mínimo e apresenta grandes benefícios no que se refere ao campo de estudos específico e para reflexão sobre a política em Saúde Mental.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Ver comentários anteriores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram realizadas as alterações sugeridas por esse CEP. Sugere-se, ainda, explicitar no TCLE o que é um grupo nominal.

Recomendações:

- Sugere-se, ainda, explicitar no TCLE o que é um grupo nominal.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ver comentários anteriores.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado pelo CEP.

PORTO ALEGRE, 04 de Setembro de 2012

Assinado por:
Jerusa Fumagalli de Salles

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)308-5698 Fax: (51)308-5698 E-mail: cep-psico@ufrgs.br