



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA, SOCIEDADE E SAÚDE

HERBERT TADEU PEREIRA DE MATOS JUNIOR

**SAÚDE MENTAL E COLETIVA: UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE
TRABALHO EM UMA EMERGÊNCIA DE HOSPITAL PÚBLICO NA
AMAZÔNIA**

BELÉM - PA

2017

HERBERT TADEU PEREIRA DE MATOS JUNIOR

**SAÚDE MENTAL E COLETIVA: UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE
TRABALHO EM UMA EMERGÊNCIA DE HOSPITAL PÚBLICO NA
AMAZÔNIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de mestre. Linha de Pesquisa: Psicologia, Sociedade e Saúde. Orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira.

BELÉM - PA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- D278s de Matos Junior, Herbert Tadeu Pereira
Saúde Mental e Coletiva : Uma Análise do Processo de Trabalho em uma Emergência de Hospital Público na Amazônia / Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior. - 2017.
130 f. : il. color.
- Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2017.
Orientação: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
1. Emergência em Hospital Geral. 2. Saúde Mental. 3. Saúde Coletiva. I. Ribeiro de Oliveira, Paulo de Tarso, *orient.* II. Título

HERBERT TADEU PEREIRA DE MATOS JUNIOR

**SAÚDE MENTAL E COLETIVA: UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE
TRABALHO EM UMA EMERGÊNCIA DE HOSPITAL PÚBLICO NA
AMAZÔNIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em
Psicologia da Universidade Federal do Pará para obtenção do
título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Orientador)

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Profa. Dra. Regina Feio Barroso - Membro

(ICS/UFPA)

Profa. Dra. Maria Lúcia Chaves Lima - Membro

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof. Dr. Leandro Passarinho Reis Junior - Suplente

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Apresentado em: ____/____/____

Conceito: _____

BELÉM - PA

2017

Aos meus pais

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela fortaleza que proporcionou essa caminhada. A ele toda honra e toda glória!. Devoto de São Judas Tadeu e de São Benedito, a quem também preciso fazer honrarias por suas intercessões, que trazem-me até aqui onde estou, o sentimento é o de gratidão pelas oportunidades de aprendizado vivenciadas durante o curso de formação no PPGP/UFGA, por todas as alegrias de todos os dias em que pude estar presente, mas também pelas dificuldades superadas e as que aprendi a conviver.

A minha família, a começar pelos meus pais, por todas as oportunidades de uma melhor formação que me proporcionam, por seus sacrifícios e escolhas morais, por serem as pessoas que são, merecedores de meu maior afeto, dos quais me orgulho muito. Obrigado por acreditarem em mim, por todas as ajudas nos momentos difíceis, pela escuta e diálogos que me fazem continuar aprendendo sobre a vida. Sem eles, nada disso seria possível. Aos meus irmãos, a quem tenho como maiores exemplos de dedicação e perseguição incessante de sonhos. Obrigado pela esperança sempre transmitida nas palavras e pensamentos de afeto.

A minha amada companheira de vida, Manuela, com quem compartilho todos os momentos, por me dar força na continuidade da luta diária pelos sonhos, por querer sempre estar perto e conseguir ensinar-me a ver as coisas por seus olhos. Também a Hermitas, Lúcia, Betty, Douglas, Matheus, Suzy e Malu, pelo carinho e convivência.

Ao meu orientador e mestre, Dr. Paulo de Tarso, por suas contribuições neste percurso de formação e desenvolvimento do projeto de pesquisa, por seu interesse e disponibilidade em ajudar, pela paciência comigo em todos os momentos nestes últimos anos. Muito grato.

Às pessoas que fizeram parte deste procedimento de trabalho no HC, meu tutor e preceptor João Bosco Monteiro, aos preceptores que me acompanharam nos serviços, Bia, Clara, Josie, Yasmin, Andrezza, Andressa, Pedro, Carmen, Eliana, Patrícia, Eliane, Álvaro e Leoni, pela consideração que sempre tiveram para conosco, pela parceria e vontade de fazermos juntos. Agradeço também aos profissionais que aceitaram participar desta pesquisa, aos demais profissionais e usuários que contribuíram para este aprendizado.

Aos professores que integram o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFGA, aos colegas de trabalho e estudantes da graduação de psicologia. Aos colegas resistentes que continuam na luta! E a todos aqueles que estão de alguma forma vivos e atuantes neste projeto e compromisso com a saúde. Muito Obrigado!

RESUMO

Estudo qualitativo de caráter exploratório descritivo, pretendeu analisar o processo de trabalho de uma equipe multiprofissional em um setor de Emergência Psiquiátrica no Sistema Único de Saúde. A pesquisa foi estruturada por meio da descrição do serviço de saúde e do diálogo com profissionais, perguntou como ocorrem as práticas de cuidado, considerando as características particulares deste contexto, em uma cidade na Região Norte, Amazônia Brasileira. Debateu dificuldades e potencialidades enfrentadas, os sentidos atribuídos pelos profissionais ao cuidado em saúde mental na Emergência Psiquiátrica. Como categorias de análise utilizamos: trabalho, estigmas e cuidado. A pesquisa utiliza metodologia de observação participante, com instrumentos: revisão bibliográfica, anotações no caderno de campo e entrevistas individuais semi-estruturadas. Os profissionais falaram sobre necessidade de contato permanente com a rede de serviços de saúde e sociedade, como parte de suas atribuições dentro da lógica de assistência psicossocial, bem como, sobre sentir que seus trabalhos são reconhecidos pelos usuários e familiares. Contudo, foi destacada, haver necessidade de maior integração entre os membros da equipe e gestão em saúde, para avaliar melhor e efetivar um processo de trabalho coletivo no cuidado psicossocial desenvolvido pelos serviços, ressaltando as dificuldades de acompanhamento dos casos na rede, diferenças de pensamento entre os membros das equipes, sobreposição hierárquica no setor, injustiças e sobrecarga no trabalho, dificuldade em promover reuniões de equipe de forma regular, associada com a ágil dinâmica na urgência.

Palavras-chave: Emergência em Hospital Geral; Saúde Mental e Saúde Coletiva

ABSTRACT

Qualitative study with descriptive exploratory character, was intended to analyze the work process of a multi-professional team in a Psychiatric Emergency sector in the Sistema Único de Saúde (SUS). The research was structured through the description of one mental health service and the dialogue with their professionals teams, asked how they occur the local care practices, considering the particular characteristics of this context, in a city in the North Region, Brazilian Amazon. Discussed difficulties and potentialities faced for professionals in the Psychiatric Emergency, the meanings attributed to mental health care developed by this professionals team. As categories of analysis we use: work, stigma and care. The research uses participant observation methodology, with instruments: bibliographic review, notes in the field notebook and individual semi-structured interviews. The professionals spoke about the need for permanent contact with the network of health services and society, as part of their attributions within the logic of psychosocial assistance, as well as about feeling that their jobs are recognized by users and family members. However, there was a need for greater integration among the members of the team and health management in hospitals, to be better evaluated and implemented a process of collective work in the psychosocial care developed by the services of the mental health care. The difficulties of monitoring the cases after hospitals moment in the network, differences in thinking among team members, hierarchical overlap, injustice and overwork, difficulty in promoting team meetings on a regular basis, associated with the agile dynamics in the emergency in mental health.

Keywords: Emergency in General Hospital; Mental Health and Collective Health

O barco e o mito

Barco de madeira construído no ar para a viagem do mito.

*Nau feita de vento
e força de um pensar antigo.*

*Tua quilha tem o sabor do sal das águas fundas
e de um peixe que atravessou a garganta de um morto.*

*Na tua vela tracei o emblema da rota
que um dia imaginei olhando a Grande Ursa
nos caminhos da noite. Nau sem porto,
as águas te seduzem e contigo me arrastam.*

*Barco feito de mito,
construído no espaço
com a matéria das nuvens.*

*Nau feita com o bico de uma ave
e um desejo de fuga.*

*Nau que a ti mesma te armaste
do nada que podemos.*

*Nave do nada feita e quase ave
desfeita em vôo puro e quase mito.*

(Paulo Plínio Abreu, 1978, Poesia)

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - HISTÓRIA DOS HOSPITAIS.....	40.
QUADRO 2 - PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS.....	70.
QUADRO 3 - ANÁLISE DA OBSERV. PARTICIPANTE.....	75.
QUADRO 4 - DIAGRAMA ESTRUTURA EPHG.....	78.
QUADRO 5 - DIAGRAMA EPHG NO SUS.....	79.
QUADRO 6 - ATENDIMENTO EM EPHG.....	80.

LISTA DE SIGLAS

CAPs - Centro de Atenção Psicossocial

CNRM - Conselho: Nacional de Residências Multiprofissionais

DSEI - GUATOC: Distrito Sanitário Especial Indígena Guamá - Tocantins

EP (s) - Emergências Psiquiátricas

EPHG - Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral

ESF - Estratégia Saúde da Família

GESA - Grupo de Estudos em Saúde na Amazônia

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NASF - Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPGP - Programa de Pós-Graduação em Psicologia

RAPs - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SIB - Setor de Internação Breve

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNAMA - Universidade da Amazônia

UIPHG - Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral

UEPA - Universidade do Estado do Pará

UFPA - Universidade Federal do Pará

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1 SOBRE O HOSPITAL	25
1.1 OS PRIMEIROS HOSPITAIS.....	25
1.2 HOSPITAL MODERNO	34
1.3 INSTITUICOES BRASILEIRAS.....	41
2 REDES DE SAÚDE: Estruturas normativas	49
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MENTAL	49
2.2 URGENCIA EM HOSPITAL GERAL	52
3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL	58
3.1 PRODUÇÃO DE SAÚDE.....	58
3.2 CUIDADO PSICOSSOCIAL À CRISE.....	63
4 PERCURSO METODOLÓGICO	67
4.1 TIPO DE ESTUDO	67
4.2 PROCEDIMENTOS	70
4.3 LOCAL DA PESQUISA.....	70
4.4 COLETA DE DADOS	71
4.5 ENTREVISTADOS	73
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	74
5 PROCESSO DE TRABALHO COMO CUIDADO EM SAÚDE.....	77
5.1 OBSERVAÇÃO.....	77
5.1.1 Acesso Inicial (Recepção).....	80
5.1.2 Pré-Triagem	82
5.1.3 Triagem	86
5.2 PROCESSO DE TRABALHO: Formação e cuidado.....	88
5.2.1 Entrevistas participantes	88
5.2.2 Formação e Trabalho em Saúde Mental	89
5.2.3 Processo de Trabalho em Saúde.....	95
5.2.4 Dos sentidos construídos.....	100
5.2.5 Uma parada no cuidado.....	103
5.2.6 Desafios e Potencialidades.....	106
6 HORIZONTES.....	109
REFERÊNCIAS
APÊNDICES

INTRODUÇÃO

O interesse por estudar processo de trabalho, surge, dos fascínios e incômodos gerados pelo trabalho em uma equipe multiprofissional de saúde, atuando para acompanhamento psicossocial aos sofrimentos mentais no Sistema Único de Saúde (SUS).

A aproximação com o tema ocorreu, na medida em que, enquanto profissionais, começamos a refletir sobre o cotidiano de se produzir saúde mental nos serviços e na Cidade de Belém. É evidentemente, outrossim, resultado de pesquisas técnicas, mas também, de uma trajetória prática nos serviços de saúde, na área da psicologia social, no pensamento de políticas públicas e de uma clínica de respeito às subjetividades, em constante processo de atualização de sentidos.

Gostaria de iniciar, com um breve relato, de como a pesquisa sobre processo de trabalho em saúde está diretamente relacionada com minha trajetória de formação e atuação como psicólogo, especialista em saúde mental e atualmente mestrando do Programa de Pós Graduação em Psicologia (PPGP) na Universidade Federal do Pará (UFPA).

Sou graduado em Psicologia pela Universidade da Amazônia (UNAMA), instituição estabelecida no Estado do Pará, região Norte do Brasil. Meu curso de psicologia na UNAMA esteve voltado à formação para atuação com foco na área clínica e de trabalho técnico nas políticas públicas de Estado. Por essas ênfases, durante o percurso de formação, tive também oportunidade de contato mais próximos com alguns segmentos da rede socioassistencial e me identifiquei com o trabalho nesses locais, como escolas, empresas e serviços de saúde.

Durante o período de graduação estive envolvido também em projetos de pesquisa e extensão voltados a temáticas de políticas e direitos humanos, relacionados ao Núcleo de Assessoria Jurídica Universitária Popular Aldeia Kayapó, o Najupak/UFPA. Ademais, atribuo, em grande parte, meu interesse pela pesquisa em políticas públicas, à experiência como bolsista de iniciação científica durante o terceiro ano da graduação. Experiência muito interessante em que pude desenvolver projeto sobre cartografia do processo de municipalização do ensino público infantil em Marituba - PA, sob orientação da Professora Alyne Alvarez Silva.

Penso que surge daí o interesse por investigar a relação da psicologia com políticas públicas, ao tempo em que, nesse desiderato, aproximei-me da pesquisa de literatura e metodologias de trabalho com entrevistas semiestruturadas e pesquisas qualitativas de campo. Acho importante destacar a participação ativa como membro da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO) a proporcionar-me importante aprendizado e compartilhamento de ideias em subjetividade e psicologia, com a qual, por sua importância, mantenho contato permanente.

No último ano de curso, motivado pelos estudos sobre políticas públicas e pelos momentos vividos no Congresso Nacional da ABRAPSO no Recife, ocorrido no ano anterior, optei por realizar estágio curricular na área aplicada à saúde mental. Esta experiência de estágio na Fundação Pública

Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna - Clínica Psiquiátrica - Setor de Internação Breve (SIB), foi determinante na formação adquirida com o trabalho na área da saúde.

No estágio, atendi muitos usuários e familiares, participei das rotinas do setor, grupos terapêuticos de trabalho, complementados por estudos dirigidos e a escrita de um artigo sobre o funcionamento do SIB. Verdadeiramente, aproximei-me bastante desse campo, do tema dos transtornos mentais e sofrimentos psíquicos¹ nesse momento. Afinal, estes foram, e são ainda, conceitos importantes para que possamos compreender as formas de atuar no cuidado psicossocial em saúde mental no Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), tais momentos foram, pois, de grande aprendizado em minha profissão de psicólogo. Sou muito grato aos profissionais e à Instituição, em um contexto associado ao trabalho da Professora Cristina Lins.

Nessa conjuntura, associada à formação na Clínica em Psicologia, no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em 2012, pesquisei sobre questões relacionadas ao trabalho da psicologia na saúde mental. A partir das inquietações despertadas pelo estágio no "HC", como o denominávamos na época, apresentei uma análise sobre o conceito drogas nos manuais internacionais de diagnóstico de transtornos mentais, com problemática relacionada ao Poder Disciplinar em Michel Foucault.

O projeto foi realizado com foco nas formas de compreensão do conceito de droga nos manuais diagnósticos de transtornos mentais, estes considerados associados ao uso de substâncias psicotrópicas, sem prescrição de um especialista médico. Os resultados do TCC apontaram para a compreensão de drogas como um fenômeno decorrente de interesses ligados ao controle e poder das profissões médicas, ou seja, relativos a conhecimento que legitima práticas de intervenção sobre as formas de vida das pessoas em sociedade. Concluiu-se que estas questões podem ter efeito sobre a forma como as drogas são vistas nas políticas públicas da atualidade, especialmente no tocante à clínica de psicologia. Trabalhei aqui sob orientação da Professora Larissa Gonçalves Medeiros.

Após concluir o curso de formação de psicólogos, nos anos de 2013 - 2014 surgiu oportunidade de desenvolver atividades como técnico de nível superior em um Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) - Sistema Único de Assistência Social (SUAS), no Município de Maracanã, localizado na Mesorregião do Nordeste do Pará. Período de amadurecimento impar como profissional e de muitas ideias sobre a relação entre subjetividade, sociedade e saúde pública, dentro de uma realidade enfatizada pela relação do humano com a natureza, em meio às praias, zona rural e urbana daquele nordeste paraense, quem trago comigo desde então.

Em 2014, de volta a Belém participei, como aluno especial, de duas disciplinas ofertadas pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Clínica (PPGP), a saber: Pesquisa e Avaliação em Saúde; Desenvolvimento Humano e Família. Durante o ano, estive também a

¹ No campo da atenção psicossocial em saúde mental no SUS, realizamos a orientação dos profissionais para atuar no cuidado de assistência aos portadores de sofrimento psíquico. Afinal, consideramos que pessoas em sofrimento psíquico é uma expressão mais adequada para designar o processo de substituição ao termo doente mental ou portador de transtorno mental, que supõe um sujeito doente, passivo, que propõe uma espécie de cura, pela tutela dos sujeitos (AMARANTE, 2014, p.567)

participar de alguns cursos e projetos na área da saúde mental, em especial, destaco a oportunidade de ajudar nas primeiras exposições do documentário ‘*Crônicas (Des)Medidas* de Alyne Alvarez Silva’, em Paragominas e Belém. No final desse ano de 2014, após seleção pública, consegui ser aprovado na Universidade Federal do Pará (UFPA), Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Clínica (PPGP), com projeto de mestrado sobre o trabalho nas políticas públicas de saúde mental na região metropolitana da Cidade de Belém.

No decorrer do curso de Pós Graduação em Psicologia no PPGP/UFPA, do contato de pesquisa com meu orientador Paulo de Tarso Oliveira e com os colegas de curso, com o Grupo de Estudos em Saúde na Amazônia (GESA), aproximei-me bastante das reflexões feitas no campo da psicologia social e saúde coletiva, pelos autores da Reforma Sanitária Brasileira, como Roberto Kinoshita (2016), Paulo Amarante (2014; 2012; 2010), Emerson MERHY (2013; 2002), Magda Dimenstein (2013; 2005), Mary Jane Spink (2004).

Incluo a aproximação com alguns clássicos da antropologia social, W. Foote Whyte (1943), Bruno Latour (1979), Erving Goffman (1982), e em um segmento em destaque, coloco os estudos sobre a vida e obra do filósofo e psicólogo francês, Michel Foucault (1926 - 1984), que me levaram à decisão, pela escolha de pesquisar políticas públicas e o hospital como instituição privilegiada no estudo de cuidado em saúde mental. Estive nesse processo, sendo continuamente orientado, nos norteamentos realizados em conjunto com o Professor Paulo de Tarso de Oliveira.

O contato com os autores e as pesquisas em Saúde Coletiva também ocorreram, nessa fase, através de autores como Túlio Batista FRANCO (2015; 2013), Gastão Wagner de Sousa CAMPOS (2006), Laura FEUERWERKER e Luiz CECÍLIO (2007), assim também com os já citados anteriormente, todos indispensáveis para a estruturação dessa pesquisa sobre processo de trabalho, este compreendido como eixo da produção de cuidado em saúde nas equipes multiprofissionais. Mais ainda, todos esses autores citados até o momento, apontaram o direcionamento metodológico sobre a necessidade de inserção do pesquisador nas práticas de saúde locais.

Em 2015, a partir da decisão de estar inserido na rede pública de saúde mental, para assim abordar o tema do trabalho de profissionais na assistência, fiz inscrição e fui aprovado em concurso público no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual do Pará (UEPA), em parceria com a Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Ministérios da Educação e Ministério da Saúde do Brasil, selecionado para uma das vagas de psicologia nas equipes multiprofissionais de saúde mental.

Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil são regulamentados pela Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Pretendem atuar, dentro do contexto da rede de assistência à saúde do SUS, na formação de profissionais especializados para o trabalho na assistência pública de saúde do Brasil, através da prática de ensino-aprendizagem em serviços da rede de atenção em suas regiões. (BRASIL, 2005). Assim, durante a pesquisa de mestrado estive inserido nesses espaços de

formação e prática profissional como residente nos serviços públicos de saúde mental da Cidade de Belém, com trabalhos iniciados em Março de 2015 e finalizados no mesmo mês do ano de 2017.

Tratava-se, no caso, do primeiro programa de residência multiprofissional em saúde mental na Região Norte do Brasil, com área de concentração em saúde mental, iniciado com a primeira turma em 2012. Isto constitui o programa UEPA & HCGV, que dispõe de 09 vagas para residentes (3 enfermeiros, 2 terapeutas ocupacionais, 2 psicólogos e 2 assistentes sociais).

As turmas ou grupos multiprofissionais na residência desenvolvem ações em seis diferentes cenários de prática de aprendizagem da rede pública de saúde mental do Estado do Pará, no Município de Belém, a saber: 1 Enfermaria Especializada de Psiquiatria em Hospital Geral, 2 Centros de Atenção Psicossocial de Saúde Mental, 1 CAPS III e 1 CAPS AD III, 1 Estratégia de Saúde da Família - Unidade Municipal de Saúde, 1 Consultório na Rua.

Registro ainda que, como Estágio Opcional realizei atividades junto ao Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Guamá-Tocantins, por meio da participação no projeto de matriciamento em saúde mental, das equipes de saúde das Aldeias Xikrins do Katete, com os profissionais da equipe do DESEI GUATOC, como parte do Programa Bem Viver nas Aldeias, setembro de 2016.

Mais do que apenas formar profissionais especializados, os programas pretendem-se, através destes estágios de aprendizado na rede, formação continuada das equipes de profissionais já atuantes nos serviços e ações de assistência a saúde locais (BRASIL, 2005). Nesse contexto, as práticas de ensino em serviço dos residentes são realizadas em meio às demandas de saúde locais, e também se configuram em um processo dinâmico de interação entre pessoas e profissionais.

Como psicólogo residente, nesse contexto, pude desenvolver uma série de atividades relacionadas à clínica em saúde mental, tais como, atendimentos individuais e em grupos (de usuários, equipe e familiares), em caráter ambulatorial ou em visitas domiciliares, ou ainda, busca ativa e reunião com serviços da rede ampliada, estudos de grupo, eventos culturais, atividades físicas e de saúde em geral, acolhimento, psicoterapia, acompanhamento terapêutico individual e em grupos, etc. Diria que foi possível conhecer de perto a rede local, pois na figura do aprendiz dispunha de muito tempo para observar, bem como, na condição de profissional, estava vivenciando, na prática, os desafios, contribuindo, por vezes, de modo decisivo, na vida de diversos usuários.

De acordo com Carvalho, Merhy e Silva Jr (2003) “[...] *profissionais comprometidos com a melhor adequação das práticas sanitárias e com as necessidades dos usuários precisam lançar mão de tecnologias que possam constantemente reavaliar suas práticas de assistência em saúde*” (p. 126). A iniciativa de investigação acadêmica, adveio dessa necessidade prática, de discutir nosso próprio fazer técnico na assistência especializada em saúde mental, de analisar de maneira crítica, como as mudanças advindas com a implantação de serviços de saúde mental no Brasil, afetaram as práticas cotidianas e a subjetividade dos profissionais que trabalham em um serviço de urgência psiquiátrica na Amazônia.

O projeto foi sendo construído, a partir do foco no trabalho das equipes multiprofissionais nas urgências psiquiátricas. Optamos pelo desenvolvimento de uma pesquisa que nos ajudasse a compreender, formas de organização da assistência à saúde mental, dentro da singularidade das práticas de cuidado locais, na perspectiva dos trabalhadores (as), dos sentidos atribuídos por estes ao cuidado desenvolvido neste contexto.

Nesse debate, o que é processo de trabalho em saúde? Na perspectiva de Túlio Franco e Emerson Mehry (2013), as práticas cotidianas revelam os modos de produção do cuidado em saúde. Dentro da rotina de trabalho nos estabelecimentos de saúde, os profissionais obedecem a uma disposição física na lógica de produção, disciplinadamente organizada para gerar consumo de bens e serviços, onde certos produtos são realizados. Falar de processo de trabalho é necessariamente contextualizar o funcionamento da prática em seus parâmetros normativos e cotidianos dos serviços de saúde (FRANCO; MEHRY, 2013).

O direito à saúde no Brasil é resultado de um conjunto de movimentos sociais, iniciados ainda na década de 1970, quando trabalhadores e usuários reivindicaram assistência à saúde pública, universal e de qualidade para todos os cidadãos brasileiros. (DIMENSTEIN, 2013). Esses movimentos ficaram conhecidos pelo nome de Reforma Sanitária Brasileira, associando uma denominação que conjuga outros movimentos da saúde coletiva², como por exemplo, o Movimento de Reforma Psiquiátrica e Saúde Comunitária da Atenção Básica.

Vale destacar, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), surgido em 1978, formado pelos trabalhadores de saúde do movimento sanitário, associações de familiares, psicólogos, médicos, enfermeiros, sindicalistas, e associações profissionais, bem como, por pessoas com histórico de internações psiquiátricas prolongadas (AMARANTES, 2014). Segundo o autor, no MTSM, teve início a reflexão crítica do estatuto epistemológico do saber psiquiátrico, da função social da psiquiatria como estratégia de repressão e ordem social e quanto ao caráter de instituição total dos hospitais psiquiátricos.

A VIII Conferência Nacional de Saúde é o marco de consagração pública dos ideais de luta do Movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, realizada em março de 1978 e que debateu a criação de um sistema de saúde público e de qualidade para a população brasileira, bem como, a necessidade de inserção de novas formas de cuidar de pacientes diagnosticados com transtornos mentais no sistema de saúde nacional.

O Relatório Final da VIII Conferência (1978) propõe a orientação de medidas, para que o Estado viabilize estratégias de integração de política de saúde mental às demais políticas de saúde,

² Gastão Wagner Campos (2000) refere com base em seus estudos, que o termo saúde coletiva passou a ser utilizado no Brasil em 1979. Este foi resultado de uma busca, de profissionais oriundos de diversos campos da saúde pública, da medicina preventiva e social, que procuraram fundar um campo científico com orientação teórica, metodológica e política que privilegiava as relações do sujeito com o social. Assim afirma que, saúde coletiva é um campo de produção de conhecimento multidisciplinar construída na interface dos conhecimentos produzidos pelas ciências biomédicas e pelas ciências sociais. Dentre outros, tem objetivo primordial, investigar os determinantes da produção social das doenças com o meio de planejar organização dos serviços de saúde.

econômicas e sociais, e dessa maneira, busque assegurar os meios que permitam aos cidadãos, o efetivo controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas públicas de saúde no Brasil. Como desdobramento da VIII CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, foram propostas conferências sobre áreas temáticas específicas, tal como ocorreu também na saúde mental.

Pela importância que esses movimentos sociais, por direitos humanos relativos à saúde pública de qualidade, adquiriram no combate à ditadura militar e redemocratização no país durante as décadas de 1970 e 1980, a Constituição Federal promulgada no ano de 1988, instituiu no Art. 196, que trata da saúde pública no Brasil, saúde como direito de todos no território nacional.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, grifo do autor).

Ainda falando da importância desse momento, a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 198, permite argumentar sobre o funcionamento do sistema de saúde a dispor, que este deverá se estruturar por meio de arranjos organizativos de ações e serviços, dotados de diferentes tecnologias de intervenções, e articuladas de forma complementar, na proposta de atendimento comunitário à saúde pública no Sistema de Saúde Nacional.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, grifo do autor).

No contexto de advento do SUS³, há necessidade de um destaque para a história da saúde mental no Brasil. Afinal, os serviços de atendimento em psiquiatria foram criados à parte dos sistemas de saúde nacional, e foi somente na década de 1990 que se passou a tratar com maior prioridade as necessidades de implantação de estratégias de reforma no modelo de atendimento aos doentes mentais crônicos em hospitais psiquiátricos (KINOSHITA, 2016), em geral, ainda de caráter privado e custeado pelo Estado brasileiro apenas para pensionistas.

O fato mais alarmante para o autor, foi verificar que, nessas instituições com leitos psiquiátricos, ou em sua maioria, não havia presença de equipe de saúde, sendo comum o uso de violência para com os pacientes, os quais dificilmente recebiam alta hospitalar. Tal como descreveu Daniela Arbex em *Holocausto Brasileiro (2013)*, eram instituições consideradas depósito de pessoas de várias idades, quase sempre pobres, que não se encaixavam nas normas da sociedade; serviços não médicos, destinados ao claustro e à indigência.

O MTSM continuava a denunciar não só as péssimas condições de trabalho, como o descaso sofrido pelos pacientes das instituições existentes em todo Brasil. O movimento se consolidava e

³ O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, pela Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080 de 1990 e pela Lei 8.142 de 1990, que dentre outros temas, abordam as diretrizes de funcionamento do Sistema de Saúde Nacional e dos serviços que compõe a rede de assistência à população.

aparecia cada vez mais forte. Começavam a ser organizados encontros regionais e nacionais de coordenadores de saúde mental (AMARANTE, 2014). A organização do MTSM se aprofundava na compreensão de que a saúde tem uma dimensão de produção coletiva e social, que supõe a participação ativa da população. Essa organização foi essencial para que, em 1987, ocorresse a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

As mudanças na política pública de saúde mental no Brasil foram influenciadas por processos iniciados em outros países da Europa e América do Norte que, após as Guerras Mundiais, enfrentaram necessidades de mudanças no modelo institucional de isolamento de pessoas: “(...) primeiramente na Inglaterra e França por volta das décadas de 1930 e 1940, seguidos dos Estados Unidos da América, nas décadas de 1960 e 1970” (AMARANTES, 2014, p.65). Porém, há destaque apontado pelo autor para o processo na Itália na década de 1970 e 1980, por ser este, a maior influência no modelo brasileiro de reforma no cuidado em saúde mental, associados ao trabalho e pensamento de Franco Basaglia.

O período entre 1979 e 1987 pode ser considerado como o principal período da Reforma Psiquiátrica no Brasil (DELGADO, 1992). O autor refere ainda, que em 1978 e 1979, o médico italiano Franco Basaglia fez visitas ao Brasil, realizando uma série de conferências sobre a experiência da intervenção triestina na Itália, marcando a forte influência no processo de Reforma em Saúde Mental do Brasil. Na conferência realizada na Universidade de São Paulo em 1979, Franco Basaglia falou da necessidade de integração da problemática da loucura nas sociedades, de que os brasileiros pudessem conhecer e discutir saúde, como forma de melhor qualidade na assistência em saúde mental, para que soubessem mais como exigir direitos e qualidade no atendimento público de saúde.

Certamente a pessoa que toma consciência da causa de seu internamento terá a possibilidade de uma nova integração social. Penso que o internado no manicômio deva ser um revolucionário e assim, uma pessoa que procura expressar sua subjetividade na sociedade (BASAGLIA, 1979).

O que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira, foram os diversos segmentos de movimentos por reformas e ampliação do conceito de saúde mental no Brasil. Esses movimentos surgiram com o Movimento de Reforma Sanitária que iniciaram, pela força desses trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, “*questionando os saberes e práticas psiquiátricas e o espaço do hospital psiquiátrico como locus do tratamento*” (WETZEL, 2005, p. 45). Nesse momento de luta pela implementação de políticas públicas visando os direitos à saúde dos usuários de saúde mental do SUS, e conseqüentemente a busca por atuar para o fim dos manicômios existentes, tomou força o espaço institucional do Ministério da Saúde do Brasil, como forma de obter apoio jurídico e institucional do Estado, no funcionamento dos serviços de saúde.

A reforma psiquiátrica brasileira amplia a perspectiva de saúde do contexto clínico psiquiátrico hegemônico, adotando o lema 'por uma sociedade sem manicômios', que assim como

em sua origem italiana, serviu como uma máxima adotada, para significar o desafio de encontrar novas soluções de tratamento em saúde pública, baseada não mais no isolamento de pessoas em hospitais psiquiátricos, mas, ao contrario, atuando no desenvolvimento de formas de melhor convívio com a loucura na sociedade, pela garantia de direitos às pessoas (AMARANTES, 2014). Existe uma serie de marcos que influenciaram a atenção comunitária em saúde pública no Brasil, bem como, a atenção à saúde mental. Estão todos relacionados com a reunião realizada em Alma-Ata em 1978, para discutir os Cuidados Primários em Saúde. Contudo, em relação a um sistema de assistência à saúde mental, há evidencias para demonstrar que, esse caminho não se deu e não se afirma, de forma linear, sem lutas e tensões entre segmentos de interesse na sociedade.

Este debate da rede de saúde mental comunitária foi ocorrer, de fato, na Conferencia Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, promovida pela Organização Mundial de Saúde no ano 1990. Nele, ocorreu o marco e documento oficial de compromisso (Declaração de Caracas) da Republica Federativa do Brasil para com a adoção de serviços públicos descentralizados e de base comunitária em saúde mental no SUS (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde, no tocante a saúde mental, sempre na vanguarda do modelo comunitário de clínica em saúde, já no período decorrente do ano de 1990, discute a preocupação em integrar as EPs especializadas, e o próprio atendimento em psiquiatria, às unidades da rede pública ou privada de atenção em saúde no Brasil (BARROS et al., 2010). Tornou-se necessário começar a adaptar o atendimento de urgência e emergência em psiquiatria clínica, com a implantação de mais Ambulatórios e Enfermarias Especializadas em Saúde Mental no Brasil, em estabelecimentos públicos situados junto às demais clínicas das redes de serviço de saúde especializadas e básicas nas regiões

A presença das equipes multiprofissionais nos serviços pretendeu configurar, de forma diferente, o campo de atuação e clínica dos profissionais de saúde mental, dentro de um novo contexto de intervenção em saúde coletiva relacionado com uma nova perspectiva de atuação técnica ampliada, esta, voltada ao protagonismo e autonomia de sujeitos na vida em sociedade (ROCHA; TENORIO, 2009). Os autores corroboram atenção ao trabalho da equipe multiprofissional, discutindo sua importância nos serviços de saúde mental no SUS.

Como afirma Márcia Rodrigues (2013) sobre o debate relativo à Lei 10.216 de 2001, às formas de articulação em rede de serviços, profissionais e usuários no SUS, que compreendem diferentes ações de saúde mental psicossocial.

Deve-se construir uma rede integrada de cuidados, baseada na atenção primária com o suporte de serviços comunitários de saúde mental, parcerias com serviços e setores relacionados ao cuidado informal, além da participação ativa do usuário na condução de sua saúde (p.24).

Com a aprovação da Lei 10.216 de 2001, o Brasil escolheu realizar a implantação de uma rede de serviços centrados na assistência psicossocial em saúde mental, com locais e profissionais

voltados à produção de cuidado, por meio do estímulo ao convívio, trabalho e lazer, entre sujeitos e seus familiares, buscando garantir a circulação das pessoas na sociedade. (JORGE, CARVALHO; DA SILVA, 2016). A Lei 10.216 de 2001 foi também resultado do processo de amadurecimento da sociedade quanto à necessidade de políticas públicas de saúde, quanto segmento de atendimento das pessoas em sofrimento e à adoção de um modelo comunitário em saúde mental, este organizado junto ao território dos serviços de saúde das cidades e comunidades ampliadas no Brasil.

Também conhecida pelo nome de seu autor, a Lei Paulo Delgado, de 2001, foi criada para nortear o processo de extinção das internações prolongadas de pacientes em hospitais psiquiátricos, bem como, promover a substituição destes, por serviços de saúde com acompanhamento continuado dos casos, junto aos dispositivos de atenção da rede pública mais próximos das comunidades e vida das pessoas (BRASIL, 2001). A Lei regulamenta a internação psiquiátrica, para que deva ser realizada apenas quando necessária, após esgotarem-se outras alternativas, com caráter transitório em enfermarias de hospitais gerais públicos especializados em psiquiatria.

A lei 10.216 tem como objetivo, descentralizar a assistência à saúde mental do modelo hospitalar, substituindo este, pela implantação da rede de atenção comunitária à saúde mental (QUEBRA, 2011, p. 29). O autor do texto da Lei 10.216/2001, destaca os seguintes direitos aos usuários diagnosticados com transtornos mentais no atendimento de saúde no SUS:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades; II - ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade, ou não, de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001).

No enfoque da assistência aos usuários portadores de transtornos ou sofrimentos mentais no SUS, com base na Lei Paulo Delgado, foi criada pelo Decreto Presidencial n.º 7.508, de 28 de junho, e pela Portaria de nº 3.088, de 23 de dezembro, ambos de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) (BRASIL, 2011). Trata-se de uma rede de serviços de saúde para promover assistência às pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito das redes do SUS.

A RAPs trabalha de maneira articulada para evitar a internação prolongada em hospitais psiquiátricos e fortalecer o convívio comunitário dos usuários junto às suas comunidades, por meio de serviços mais próximos de suas residências, que possam atuar junto aos usuários e comunidade, na busca de auxiliar no tratamento terapêutico, mas também, na solução de conflitos e dificuldades de relacionamento entre estes sujeitos e as redes de assistência no território (BRASIL, 2011).

No campo relacionado ao segmento hospitalar de assistência à saúde mental, a RAPs prevê: portas hospitalares de atenção à urgência e emergência; enfermaria especializada em hospital geral; serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2011). O modelo de cuidado psicossocial em saúde mental apresenta uma abordagem baseada na redução progressiva do número de leitos de internação prolongada em hospitais psiquiátricos, e substituição destes por outros em caráter transitório no atendimento à crise, em enfermaria de hospitais gerais públicos, que contem com trabalho de equipes multiprofissionais para o cuidado psicossocial às urgências.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira abre as portas dos manicômios, adotando novas perspectivas comunitárias de atendimento em saúde mental que, dessa forma, são contrárias ao sistema asilar hegemônico de isolamento de pessoas em Instituições Totais⁴. (AMARANTES, 2010). O modelo visa inserção social da pessoa com transtorno mental e pretende, não apenas, a criação de equipamentos extra-hospitalares, mas modificação nas relações entre o hospital, usuário, equipe e família, e entre estes e as comunidades.

O presente projeto serve para pensar o modelo de reestruturação da assistência à saúde mental hospitalar no Brasil, por meio de análise sobre o processo de trabalho dos profissionais que atuam em uma Emergência Especializada de Hospital Geral, dentro da perspectiva de cuidado psicossocial em equipe multiprofissional, aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) em uma cidade na Amazônia.

Em uma visão crítica da implantação de um modelo de cuidado psicossocial na saúde, o que chama atenção é a ideia de que, "quem promete ser alternativo e substitutivo de um outro modo de produzir ações de saúde, ou mesmo, quem no seu lugar faz uma leitura crítica das formas hegemônicas de se construir práticas de saúde, só pode estar no olho do furacão" (MERHY, 2013, p. 214). Nessa pesquisa, estar no "olho do furacão", é estar em meio às mudanças na assistência hospitalar de saúde mental advindas do modelo de cuidado psicossocial na RAPs. Assim compreendido, por ser considerado o eixo do processo substitutivo de leitos em hospitais psiquiátricos pela assistência em saúde mental comunitária.

A partir do entendimento de produção de saúde, de processo de trabalho neste contexto, como conceito focado nos territórios de existência dos sujeitos em sociedade, nas determinações socioeconômicas do processo saúde-doença, ou ainda, na importância da participação ativa nos processos decisórios do tratamento, é que se pode compreender as mudanças na concepção de assistência hospitalar em saúde mental, adotadas com advento do SUS (MEHRY, 2013). Esse

⁴ Conceito utilizado por Ervin Goffman (1982) para designar locais de isolamento de pessoas do restante da sociedade. "– instituições de tratamento psiquiátrico, colégios internos, instituições religiosas e quartéis –" (p.14). Organizam a totalidade das experiências cotidianas, viabilizando o continuum espaço-tempo aos internos.

argumento traz à voga uma máxima importante: talvez seja que, nessa reforma de serviços, neste cenário de atuação no SUS, as práticas dos profissionais na saúde mental precisam ser reinventadas.

Os serviços substitutivos de saúde mental procuram operar dentro da reconstrução teórica e técnica da assistência em saúde, social e política, na produção de cuidado ao sofrimento psíquico em meio às coletividades, os grupos sociais e familiaridades desses sujeitos. Esses aparatos de saúde buscam questionar a doença mental enquanto justificativa para enclausuramento da subjetividade dos sujeitos, entendendo esta como produzida em meio ao seu contexto de vida, das relações sociais e seus potenciais de escolha sobre si mesmos, de poder levar uma vida autônoma.

Dentro da dinâmica de atendimento psicossocial, os profissionais precisam tirar o foco da doença, passando à existência das pessoas em sociedade, de investimento na autonomia e conexões da loucura com os acontecimentos da vida e processo de adoecimento (DIMENSTEIN, 2005). Nesse sentido, a autora argumenta sobre a singularidade do trabalho desenvolvido por estas equipes multiprofissionais na saúde mental, relativo aos critérios de subjetividade presentes na relação estabelecida entre sujeitos cuidadores, uma troca de experiências medida pelo cuidar mutuamente.

No pensamento segundo Wetzel (2005), o modelo de cuidado psicossocial contrapõe-se ao hegemônico modelo psiquiátrico asilar, ao passar a considerar, os fatores políticos e sociais do processo de adoecimento mental, a subjetividade de sujeitos e complexidade da realidade concreta. A autora assim explica que a loucura, neste cenário, não é fenômeno individual e traz ao campo necessidade de inclusão de aspectos subjetivos na clínica de atendimento em saúde mental.

O tratamento visa a um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer efeitos dos conflitos e contradições que o atravessam, passe a reconhecer-se como um dos agentes implicados nesse 'sofrimento' e como um agente da possibilidade de mudança (WETZEL, 2005, p.102).

Paulo Amarantes (2014) afirma: "*(...) a posição política de recusa à lógica manicomial não é suficiente para operar a assistência em saúde*" (p.78). Tal reorientação do trabalho de profissionais e serviços pressupõe atuação em rede de especialidades multiprofissionais que pretende conferir maior resolutividade e reduzir a necessidade de internação dos usuários, trabalhando as situações que produzem exclusão para, desta forma, promover saúde à pessoa em sofrimento mental.

Compreendemos então, que os estabelecimentos e profissionais de saúde mental devem procurar produzir condições de exercício de cidadania aos portadores de sofrimento mental e não somente o controle de suas sintomatologias e comportamentos desviantes da normalidade. (ROCHA; TENORIO, 2009). Para os autores estudados, o cuidado psicossocial em saúde mental precisa estar voltado à criação de estratégias de convivência desses sujeitos com a sociedade, na construção de uma forma de vida possível diante dos acontecimentos, evidenciada como a principal dificuldade destes usuários em sofrimento mental grave atendidos nas EPHGs.

Tendo como pressupostos as evidências práticas dessas relações, entendemos que o processo de trabalho em um estabelecimento de saúde, pode, sim, servir como instrumento de produção de

cuidado aos usuários e profissionais no SUS. Questionamos ainda, como hipótese de pesquisa em subjetividade e saúde: Quais as dificuldades e potencialidades na execução dessa tecnologia de cuidado em saúde? A pesquisa objetivou analisar o processo de trabalho de uma equipe multiprofissional em um setor EPHG, para compreender, como as práticas de cuidado psicossocial em saúde ocorrem, diante dos desafios enfrentados nos quadros de psicose, da difícil tarefa de construir uma estratégia, que possibilite auxílio aos sujeitos e familiares em sofrimento mental.

A dinâmica de exposição dessa pesquisa encontra-se organizada na forma de eixos temáticos distribuídos em sete capítulos, descritos a seguir:

No primeiro capítulo de introdução, vê-se uma apresentação do percurso na perspectiva dos autores, a organização das problemáticas, políticas públicas de saúde no Brasil, assistência hospitalar na emergência psiquiátrica do SUS, processo de trabalho no cuidado psicossocial na saúde mental.

No segundo capítulo, com o propósito de contextualizar o conceito de hospital e cuidado em saúde, fizemos um levantamento bibliográfico, orientado pela construção do conceito de assistência aos doentes em hospitais, considerando como foco de pesquisa, o aparecimento das terapêuticas relacionadas à saúde mental nesses espaços. Finaliza, expondo brevemente, o contexto local na Cidade de Belém no início dos séculos XIX e XX, das instituições hospitalares nesse período.

Passando ao terceiro capítulo, realizamos um ensaio mediado por uma busca simples nas bases de dados Lilacs e Scielo, utilizando descritores: Emergência Hospital Geral, para coleta de artigos em português, publicados entre os anos de 2012 e 2017. Assim, foram selecionados nove artigos que discutem acerca do atendimento às emergências psiquiátricas no SUS. Nos auxiliamos na interlocução com algumas Leis e Portarias do Ministério da Saúde, estes, problematizados, quanto à uma proposta de redes de serviços e de organização das EPHG na atualidade do SUS.

No capítulo quatro, abordamos alguns fundamentos teóricos sobre processo de trabalho, aplicados à produção de saúde no contexto hospitalar. Em seguida, falamos mais da relação profissional e cuidado psicossocial, relacionando saúde coletiva e saúde mental.

O capítulo cinco foi destinado a apresentar a natureza da pesquisa e metodologia utilizada.

No capítulo seis descrevemos as observações e a caracterização da estrutura de funcionamento no setor pesquisado, bem como, as primeiras análises das entrevistas com cinco técnicos representantes das categorias profissionais que compõem a equipe multiprofissional local.

Por fim, registramos o sétimo capítulo. Consideramos que o estudo pretendeu contribuir para compreensão do processo de trabalho no cuidado em saúde mental, visando o desenvolvimento de formas de conhecimento voltadas à valorização das diferenças, sobretudo das categorias profissionais presentes neste cenário local, de melhores condições de trabalho destes segmentos de cuidado aos sofrimentos mentais que, se mostram de suma importância na organização de um melhor convívio da loucura na sociedade.

1. SOBRE O HOSPITAL

O presente ensaio foi elaborado a partir de um levantamento bibliográfico sobre as origens da assistência hospitalar nas sociedades. Buscamos pensar a relação entre estes tipos de instituições e o surgimento das terapêuticas da saúde mental, suas técnicas e profissões relacionadas à saúde. Neste percurso de produção de conhecimento, não pretendemos descrever trajetória linear do conceito de hospital na história. Nossa pretensão, visto que grandes autores nacionais e internacionais já trabalham neste tema, foi tentar representar alguns sentidos atribuídos, em uma dada conjuntura, quanto aos elementos - hospital e loucura, articulados à acontecimentos políticos e sanitários.

O conhecimento do processo histórico de formação do sistema de saúde é um elemento de grande valia para compreensão do SUS (ESCOREL & TEIXEIRA, 2012). Procuramos abordar também, resumidamente, o contexto das instituições hospitalares no Brasil, com destaque para a Cidade de Belém nos séculos XIX e XX. Assim, o texto procura estabelecer relação mais próxima com o contexto da Amazônia, quando antes do início da Reforma Sanitária na década de 1970.

Michel Foucault (1972) explica que, a loucura tal qual a concebemos e vivenciamos hoje, uma doença mental, tem uma história de constantes modificações de sentido nas sociedades. Neste gesto epistemológico, o autor busca sinalizar que, o conhecimento é produto de seu meio histórico e cultural, dos sentidos presentes no uso da linguagem, enquanto um constructo, conhecimento, interven/ações, atuando dentro de uma rede complexa de poder, de produção de subjetividade.

Acreditamos que os registros sobre doenças acompanham a humanidade desde os primórdios das civilizações, tão antigas quanto são as decorrentes formas de assistência aos doentes. Nesse sentido, entendemos que, dentro de um tipo de saber característico do contexto cultural, em todas as épocas existiram formas de cuidado aos enfermos, quando, à medida do aparecimento de novas doenças, eram também produzidos conhecimentos para minimizar o sofrimento provocado por estas (LISBOA, 2002). É preciso assim considerar, como a base para surgimento do hospital terapêutico moderno, ainda aquelas primeiras formas de tratamento aos doentes fornecidas de maneira doméstica, no cuidado de prestar assistência e aliviar as dores aos familiares nas residências.

1.1 OS PRIMEIROS HOSPITAIS

Como parte de uma estratégia natural de sobrevivência da espécie, os seres humanos sempre precisaram investigar os fenômenos aos quais estavam submetidas suas existências. Com o passar do tempo, aprendemos cada vez mais sobre nós mesmos, sistematizando conhecimentos sobre a vida e as formas de tratamento aos males provenientes dessa condição.

Na antiguidade, conhecimentos sobre as doenças e formas de tratamento eram baseados nas mitologias dos povos e saberes provenientes das religiões (CAMPOS, 1994). Dessa maneira,

templos religiosos são considerados como as primeiras edificações que prestam assistência aos doentes. Afinal, nas diferentes sociedades, eram estes locais que tradicionalmente recebiam os enfermos, dentre vários tipos de necessitados, com intuito não apenas de cuidar da alma, mas de dar abrigo aos viajantes e auxílio aos miseráveis.

No Egito Antigo constam templos de adoração ao deus Imhotep, construídos cerca do ano 3.000 antes da Era Comum, descritos como locais que acolhiam necessitados, realizavam tratamentos empíricos e místicos de enfermidades (CAMPOS, 1994). Contudo, cabe destacar que, em geral, as moléstias na população eram tratadas nas residências junto aos familiares e somente em caso de ausência de recursos, ou ainda, para orientações ou quando em viagem, costumavam procurar os templos para tratamento. Chama à atenção nesse período que, organizados por classes de sacerdotes, os egípcios antigos já possuíam especialidades médicas e um impressionante conhecimento de anatomia humana, o que contribuía para diagnósticos sofisticados, bem como, para registros de procedimentos e tratamentos de diversas enfermidades que desenvolveram papel importante nas sociedades até a atualidade.

Como destaca Nazaré Loureiro, ao referir-se à psiquiatria no Egito Antigo.

O relato mais antigo no mundo sobre psiquiatria enquanto conhecimento relacionado ao adoecimento mental e a loucura, está localizado em *Tebas*, no frontão da biblioteca do *Faraó Osimandias*, onde se lia o equivalente em grego à "psyché-iatros", respectivamente, alma e médico (LOUREIRO, 1995, p.22).

Os egípcios ensinaram muito ao mundo sobre doenças, ficaram famosos na antiguidade por suas avançadas escolas médicas de tratamentos empíricos e místicos das enfermidades. Como exemplos básicos achados na literatura, foram o primeiro povo a: demonstrar enfoque no diagnóstico de enfermidades de ordem física e mental, trabalhos com botânica, preocupação com higiene e canais de distribuição de água, instrumentos e cirurgias, intervenções diversas, contudo, ainda bastante associadas à rituais místico-religiosos.

Segundo Lisboa (2002), nos registros da antiguidade sobre assistência às doenças, dificilmente encontrava-se terminologia de um local específico para enfermos, ou seja, espaço destinado exclusivamente para tratamento de pessoas doentes. Nesta afirmação, a autora nos explica que doentes, miseráveis e viajantes, misturavam-se no que se refere ao abrigo temporário junto às residências e templos de culto aos deuses nas comunidades dessa época.

Pensamento corroborado por Ernesto Campos (1994) quando explicita o local onde teria sido iniciado o conhecimento sobre diagnósticos na antiga Babilônia. O autor afirma que o mercado foi o primeiro hospital na antiguidade, baseado no relato de Herótodo, historiador grego, que por volta de 2.500 a.C., descreveu o costume de promover reuniões para interpelar o doente no mercado.

Os que passavam pelo doente interpelavam-no no intuito de verificar se eles próprios tinham sofrido o mesmo mal ou sabiam de outros que tivessem. Podiam assim propor o tratamento que lhes fôra eficaz ou ineficaz na cura de pessoas de suas relações. E não era permitido passar pelo doente em silêncio. Todos deviam indagar a causa da sua moléstia (HERÓTODO Apud CAMPOS, 1994, p.34).

É necessário esclarecer, de imediato, o recorte realizado pelo autor. Afinal, as práticas terapêuticas na civilização assírio-babilônica foram bastante conhecidas no mundo antigo. Contudo, habilmente, com base nos documentos encontrados por pesquisas arqueológicas, a referência contribui para melhor compreendermos onde estas ações eram desenvolvidas. Ademais, consta que nada restou dos escritos desses povos que nos permita compreender melhor quais locais de atendimento das consultas médicas nesse período da antiguidade.

Da mesma maneira, nos povos da Grécia, aproximadamente no séc. V a.C., existiram os primeiros templos de cura dedicados ao deus Apolo e ao mais famoso de seus filhos, Asclépio (*Ἀσκληπιεῖον - Asklepieion*), semideus que ensinou a arte da cura à humanidade (WILMANN, 2003). As Asclepiás funcionavam como centros religiosos de acolhimento aos necessitados, promovendo aconselhamentos, banhos, exercícios, sacrifício de animais e também formas de tratamento baseados na mística dos sonhos e orientações com os oráculos.

Os rituais místicos e empíricos ocorriam em um grande salão de banhos termais, assistidos pelos religiosos servidores do templo, *Θεραπευτής ou Therapeutes*, divididos por área de especialidades. Quanto a enfermidades, doentes descansavam em moveis estofados, como os modernos sofás, chamados de *Kline ou κλίνη*, daí o termo clínica (FIOCRUZ, 2017).

Os santuários de cura de Asclépio, como eram chamados, realizavam rituais de sono induzido como tratamento, para que durante os sonhos, as pessoas pudessem entrar em contato com os deuses da cura. Assim, após aconselhamento com o oráculo, as mensagens recebidas trariam o tratamento das enfermidades. Como explica Campos (1994), sobre este período mitológico das doenças nas civilizações helênicas, em seu livro *História e Evolução do Hospital*.

Na Grécia, instituições de assistência tinham suas raízes nos templos de adoração a Asclépio (VI aC). As edificações eram compostas de pavilhões destinados a rituais diversos e ao tratamento dos enfermos, realizados principalmente através da interpretação de sonhos (ritual do sono sagrado) pelos sacerdotes (asclepiás), banhos, exercícios, alimentação e medicação. Nos templos, contudo, não era permitido nascer ou morrer (CAMPOS, 1994, p.22).

Neste sentido, os autores argumentam que, os templos religiosos podem nos ajudar a compreender mais como funcionava a mentalidade mística da época, no tocante às doenças e tratamento de enfermidades. E ainda com base nesse argumento, inferimos observar também, nesse mesmo local, como a loucura circulava em tais espaços. Assim, no referido período, a loucura, tal como as doenças, era ainda compreendida como conhecimento aliado da razão divina, derivada de sabedoria dos deuses, que deveriam ser cultuados (PESSOTTI, 2001). Assim afirmamos que, alguns loucos circulavam, sim, associados aos templos religiosos na antiguidade, na medida em que, eles eram considerados pessoas privilegiadas que podiam ajudar nas curas, ao serem possuídos em seus excessos, delírios e alucinações.

É possível argumentar ainda, que a loucura estava representada como subsidio ao entendimento da época para o termo *manikê*, também utilizado para significar os efeitos gerados pelo consumo de substâncias psicoativas.

Ato de ser possuído é refletido na apreensão da palavra *manikê*, que significaria algo como o lugar entre o divino e delirante, os antigos gregos viam no delirante um sábio adivinho (FIOCRUZ, 2017).

Os templos de cura mística da antiguidade gradualmente vão realizar maior aproximação de suas formas de tratamentos com a sistematização lógica dos conhecimentos da filosofia grega clássica, assimilando caráter mais naturalista na compreensão de doenças, neste sentido, modificando as formas de tratamentos nesses espaços, agora mistos, entre o culto aos deuses e homens sábios nos conhecimentos da medicina (WILMANNNS, 2003). Os templos de Asclépio passaram a servir também para formação de novos médicos na prática de ensinamentos introdutórios com mestres mais experientes nas artes médicas.

Em um destes lugares, na Ilha de Cós, estudou o famoso médico grego Hipócrates, quem ficou conhecido como o pai da medicina moderna, por seus escritos sobre a arte de tratamento de doenças, filosofia, ética, moral, clínica e terapêutica médica, organizador de um sistema racional sobre as doenças, baseado na observação e experiência de causas naturais aos fenômenos, bem como, formas de tratamento organizadas sistematicamente (CAMPOS, 1994, 89).

Segundo Juliane Wilmanns (2003), é necessário acrescentar ainda, outro fator importante responsável pelo momento de maior racionalidade nas artes médicas helênicas ao final deste período, este, relacionado ao eminente intercâmbio cultural com outros povos. A autora justifica que, quando ao tempo da fundação de Alexandria, com sua universidade e a maior biblioteca da antiguidade, a qual reuniu o maior acervo de cultura e ciência de todos os tempos, diversos conhecimentos foram absorvidos e sistematizados pelos gregos em virtude deste contato provenientes da chamada Escola Empírica Macedônica. Cabendo assim, o mesmo raciocínio, para outras nações e conhecimentos produzidos nessa época pelos gregos.

Nesse entendimento, segundo Campos (1994), na Macedônia existiram os templos de cura de Serapis e Isieria, deusas da cura e da medicina, onde funcionavam de forma semelhante ao modelo das asclepéias, rituais de curas místicas e empíricas às enfermidades. Destaca-se, que em um desses locais, preceituado pelo pai, iniciou seus estudos o jovem Aristóteles, responsável mais tarde por diversas descrições conhecidas de técnicas, doenças e tratamentos, fundador da anatomia comparada, e que foi um importante pensador em diversos conhecimentos no final da era clássica.

1.1.2 A Era Cristã: Da caridade no hospital.

Por volta do séc. I surgem, no latim clássico, os primeiros registros de edificações chamadas como *hospitalis*⁵ (LISBOA, 2002). Estas serviam para designar casas e residências onde se poderia praticar caridade aos viajantes, peregrinos e demais necessitados, situadas em estradas ou entrepostos de rotas comerciais romanas.

⁵ A etimologia *hospital* está relacionada à origem latina da palavra *hospitalis*, que significaria em português acolhida ao *hospede* (*hospes*), ser hospitaleiro, um adjetivo do que age com hospitalidade, com benevolência, com caridade (tradução livre do autor).

Por outro lado, *Hospitium* também eram designados lugares de hospedagem, onde se poderia receber hóspedes mais ilustres, destinados aos nobres e membros do clero em viagem (CAMPOS, 1994). O autor ajuda-nos a compreender que, deste vocábulo de fidalguia, *hospitalis*, derivaram-se os termos contemporâneos hospício, hospital e hotel, reorganizados durante a Idade Média.

Durante as campanhas de expansão romana foram criados muitos locais para tratamento de enfermidades dos legionários e tropas militares, e tais foram chamados *Valetudinari*. Ressalte-se haver controvérsia, quanto a serem estes os primórdios dos cuidados hospitalares. Como explica George Rosen (1994):

Os romanos construíram edifícios chamados *Valetudinari* para cuidar de escravos, gladiadores e soldados doentes em torno de 100 a.C. Muitos foram identificados pela posterior arqueologia no território atual da Alemanha. Embora a sua existência seja considerada comprovada, há dúvidas sobre se eles estavam tão generalizados como se pensou, já que muitos foram identificados apenas de acordo com o layout dos restos de construção, e não por meio de registros sobreviventes ou achados de ferramentas médicas (ROSEN, 1994, 455).

Para os civis e escravos, usualmente eram também criados outros tipos de *Valetudinari*. Em alguns locais na Alemanha, foram encontrados vestígios arqueológicos de construções semelhantes, de uso exclusivo de famílias mais abastadas e pessoas ilustres do clero. Dentre os funcionários desses *Valetudinari*, incluir-se-iam médicos de campo e médicos de drogas, escritores e inspetores, em sua maioria de origem grega, os quais se revezavam nos cuidados e cirurgias (CAMPOS, 1994).

Com a publicação do decreto de Constantino no ano de 335 depois de Cristo (d.C), deveriam ser fechadas todas as *Asclepiéias e Valetudinari*. Em substituição a estes, determinou-se a criação dos hospitais cristãos em vários locais da Europa. Explica Campos (1994) que, com o início da era cristã, ocorreram mudanças na visão de como prover assistência aos pobres na comunidade. No tocante a caridade e auxílio aos doentes, houve grande investimento em uma multiplicidade⁶ de instituições de toda ordem de provimentos, em especial, para viajantes, órfãos e loucos.

Xenodóquium difundiu-se por diversos territórios cristãos como termo para designar local que recebia viajantes e pessoas doentes, destinado a proporcionar um período de abrigo, parte de um sistema de provisão nas estradas da Terra Santa, organizado pelo Concílio de Nicéia em 325 (CAMPOS, 1994). Segundo o autor, observa-se aqui que os registros passam a diferenciar as instituições quanto a suas finalidades específicas, bem como, quanto à eminente contribuição das congregações cristãs na organização e difusão de instituições com características hospitalares. Como exemplos utiliza, *Nosocômio* para doentes, *Ptoctótrófios* para crianças abandonadas, *Orfanotrópios* para órfãos, *Gerontocômios* para velhos e também *Paramonórios* para inválidos.

Constantinopla tinha dois hospitais organizados, atendidos por médicos-monges que eram do sexo masculino e feminino. As instalações incluíam procedimentos de tratamento sistemático e alas para várias doenças (LISBOA, 2002, p.53).

⁶ Diversos vocábulos foram constituídos para corresponder aos vários aspectos da obra de assistência na época: *ptochodochium*, *ptochotrophium*, asilo para os pobres; *poedotrophium*, asilo para as crianças; *orphanotrophium*, orfanato; *gynetrophium*, hospital para mulheres; *zenodochium*, *xenotrophium*, refúgio para viajantes e estrangeiros; *gerontokomium*, asilo para velhos; *arginaria*, para os incuráveis (CAMPOS, 1994, p.35).

Dessa maneira, seguindo o ideal de difusão de instituições de caridade cristãs, São Basílio teria estabelecido cerca do ano 370 na Capadócia, um *Ptochotrophium* de grande porte. Esta edificação é o marco inicial de uma série de construções com características hospitalares do período (AMARANTE, 2014), em geral, voltadas para a caridade aos viajantes ao longo das estradas européias. Começa aqui a história do hospital cristão.

Torna-se importante ressaltar que, durante muitos anos, os sábios e profetas religiosos registraram muitas ocorrências de curas milagrosas de doenças nas igrejas cristãs, o que contribuiu para que estes lugares fossem vistos como referência para cuidados de doentes (WILMANN, 2003). Os europeus nesse momento conheceram muitos tipos de instituições hospitalares, em decorrência do grande número de epidemias que aterrorizavam as populações como a varíola, difteria, sarampo, tuberculose, escabiose, erisipela, mas, sem sombra de dúvida, como afirma Foucault (1979), a lepra e a peste bubônica foram as que causaram maior impacto na população e preocupação aos governantes com relação à saúde pública.

Houve, fundamentalmente, na história dos cuidados médicos no Ocidente, duas séries de modelos na organização médica, aqui pensados em relação às instituições hospitalares: o modelo suscitado pela lepra e o modelo suscitado pela peste (FOUCAULT, 1979). O hospital, no início da Idade Média, servia para caridade aos pobres e miseráveis. Como instrumento de salvação, pela caridade, tinha por objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa.

Neste primeiro momento, hospitais são instituições de caridade para separação dos doentes do restante da sociedade sadia, marcados pelo conhecimento teológico das doenças e destinados a salvação da alma do enfermo que logo morrerá (MACHADO, 1993). Em um clima marcado pela compreensão das doenças como punição pelos pecados praticados, os autores nos falam do cotidiano dos burgos medievais, onde os hospitais eram locais voltados ao abandono e morte de pobres incapazes, sem condições de arcar com custos de seus cuidados finais e sepultamentos após a morte.

Como nos ajudam a entender George Rosen (1994) e Elias Pessotti (2001), nesse cenário, a loucura na sociedade já está bastante afastada de sua função social anterior. Transformou-se de portadora da verdade dos deuses, para ser entendida, pela fé cristã, como uma forma de culpa pelo pecado cometido. Nesse sentido, os autores afirmam com seus estudos, que a loucura ainda não era vista como doença na época. Porém tal como se o fosse, loucos e doentes eram pessoas que estavam sendo punidas por Deus com a enfermidade ou com a loucura. Explicam ainda, que havia casos de doentes e loucos que conviviam em meio aos familiares e comunidades.

Contudo, aqueles indivíduos que se envolviam em situações de conflito na sociedade eram bastante hostilizados. Comumente poderiam sofrer violência, serem mortos ou expulsos da cidade por serem pecadores (ROSEN, 1994). Em alguns casos, podiam ser também trancados em locais

para asilo e prisões durante os excessos, levados à praça pública, ou ainda, deixados livres para correr a outras paragens. Alguns eram levados por viajantes, como na Nau dos Loucos⁷.

Na busca de restaurar a tradição de caridade da antiguidade, a igreja cristã começa novamente a desenvolver conhecimentos que resultaram em uma importante contribuição no acolhimento institucional aos enfermos e insanos nos mosteiros beneditinos do séc. V (AMARANTE, 2014). A ordem dos monges beneditinos criou uma série de mosteiros para acomodar pobres, viajantes e leprosos em pequenas habitações adjacentes aos centros de culto religioso nas capelas. Tratava-se de exercer o carisma da caridade, do auxílio aos necessitados.

Alguns mais comuns eram os denominados de *Hospitales Pauperum*, casas que acolhiam pobres e peregrinos. *Hospitium* continuavam a ser chamadas as casas de hóspedes mais nobres, a enfermaria era a casa para os monges e membros do clero. Os serviços nas enfermarias eram prestados pelos chamados *infirmarius* (CAMPOS, 1994, p.212).

A palavra hospício foi consagrada especialmente para indicar os estabelecimentos ocupados permanentemente por enfermos pobres, incuráveis e insanos. Sob o nome de hospital, ficaram designadas as casas reservadas para tratamento temporário dos enfermos. Hospital passou a ser o termo empregado com a acepção bem conhecida e universal na atualidade. Segundo Foucault (1979), foi dentro deste período da Idade Média que surgiram os termos para designar hospitais como instituições de recolhimento e isolamento de pessoas do restante da sociedade.

Os problemas de contágio da lepra aceleraram a construção de instituições hospitalares pela necessidade de defesa pública sanitária. Os hospitais para leprosos foram mencionados por Gregório de Tours, no ano 560. Ao tempo de Luiz XIII eles existiam na França em número de 2.000. Na Inglaterra e Escócia eram em número de 220 (FOUCAULT, 1979, p.68).

Construídos cerca do ano 550, os chamados leprosários surgiram como instalações localizadas o mais distante quanto possível das cidades e estradas de uso regular da população. Esses locais consistiam em uma série de cabanas de madeira espalhadas em torno de uma capela de oração. Michel Foucault (1979) esclarece também que o leproso era alguém expulso do espaço comum, assim que identificado. Em seguida, sumariamente, era posto fora da cidade. Afinal, essa era sua punição pelo pecado cometido e a única forma de remediar seu erro, evitando o contato e disseminação da punição na comunidade.

George Rosen (1994), estudioso da história da saúde e dos hospitais, argumenta sobre os ambientes social e cultural em tal período, ao discorrer sobre o saber teológico das doenças enquanto desígnios divinos, norteador das práticas desenvolvidas nestes espaços hospitalares caóticos que não contribuíam para melhor distinção de quadros patológicos dos doentes. Nesse sentido, os hospitais serviam apenas para amontoar uma enorme gama de desajustados sociais em seus interiores, reunindo contingente doente a todo tipo de necessitados, presos, desabrigados e também os loucos, em geral, todos em seus leitos de morte.

⁷ Neste período da história, ocorre o aparecimento de um objeto novo no imaginário da Renascença. Nele ocupou destaque: “(...) a Nau dos Loucos, estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos” (Foucault, 1972, p. 12).

A lepra era tida como manifestação da impureza dos pecados diante de Deus. Seus portadores eram seres condenados ao isolamento, conforme descrição dos episódios bíblicos. Aqueles que vagassem pelas estradas deveriam usar vestes características e fazer soar uma matraca para advertir a outros de sua perigosa ameaça. Todo estigma de seu diagnóstico fizera da lepra a doença mais temida até meados do final do séc. XIV (ROSEN, 1994, p.151).

Como nos ajuda a pensar Roberto Machado (1993), em geral, as pessoas que trabalhavam nas estruturas hospitalares não tinham o interesse direcionado ao tratamento do enfermo, mas sim, à formação religiosa para ajudar na salvação de suas almas. Tratava-se de um pessoal caritativo, leigo ou religioso, que ajudava no asilo aos pobres para remição de seus próprios pecados. O autor ao falar da obra de Michel Foucault, afirma ainda que nas sociedades medievais é possível observar instituições religiosas com características hospitalares, atuando como partes organizadoras da vida urbana nas cidades, mas de maneira muito incipiente. Afinal, o hospital era caracterizado como uma instituição de morte, superlotadas de corpos em putrefação e que funcionava como depósito de desajustados sociais, presos políticos e pobres moribundos. Um necrotério de vivos.

Os Concílios de Clermont de 1130 e de Letrán em 1139, proibiram aos monges cristãos e canônicos regulares o exercício da prática médica junto à comunidade. O Papa Honório III (1216 - 1227) decretou a proibição aos clérigos seculares do exercício da medicina (CAMPO, 1994). O Concílio de Viena, em 1312, decidiu que o tratamento dos doentes estaria atribuído aos leigos. Aos religiosos competiria cuidar do espírito e salvação das almas (LISBOA, 2002). É interessante observar que, ao início do processo de secularização da medicina, a sociedade estava marcada pelo surgimento dos primeiros casos de peste bubônica no continente europeu, doença que provocaria muitas novas demandas aos hospitais da época.

Próximo ao início do séc. XV, já existiam muitos hospitais leigos no território da atual Alemanha. (WILMANNNS, 2003). A autora afirma que a peste bubônica se tornava uma enfermidade devastadora em diversos países. Até o final do séc. XVI, essa doença foi responsável pela morte de cerca de ¼ da população européia. Dentre as principais causas para expansão dessa epidemia, estava a intensificação das viagens marítimas em longas distâncias ao Oriente e o aumento da população dos centros urbanos, somados aos conflitos militares, bem como, a miséria e a falta de higiene nos bairros. Aqui começa a idade das trevas.

Os hospitais permaneceram administrados, em sua maioria, por segmentos religiosos, tais como instituições de caridade e assistência espiritual aos pobres. Mesmo dentre os hospitais leigos alemães, estes ainda não estavam ligados ao objetivo de tratamento terapêutico ao enfermo, mas ao asilo de pessoas, para afastá-las do restante da sociedade sadia. Como afirma Foucault (1979), os hospitais eram ainda instituições de caridade que ofereciam abrigo e redenção às almas, dos moribundos, miseráveis, loucos e doentes em leito de morte.

Ocorreu em Veneza, cerca do ano de 1400 um importante acontecimento, quando, ante a epidemia desenfreada da peste, à luz da compreensão miasmática⁸ e mística das doenças, foram realizadas as primeiras retiradas das pessoas da convivência comunitária, para isolamento em instituições de observação (LISBOA, 2002). Eram as chamadas quarentenas, caracterizadas por realizar uma modificação no uso comum dos hospitais da época. Estes estabelecimentos passaram então a ser considerados como uma eficaz estratégia de isolamento das doenças do meio urbano, adotada na tentativa de deter a propagação do contágio pela peste.

No dia 24 de fevereiro de 1409, em Valência na Espanha, o Frei Juan Gilberto Jofré funda a primeira "Casa de Orates", instituição filantrópica destinada a isolamento de enfermos de variadas doenças, e também dos ditos insanos e loucos da comunidade. O momento foi parte de um grande movimento, leigo e religioso, que possibilitou construção de asilos em diversas partes do continente europeu durante os séculos seguintes (LOUREIRO, 1995). Como afirma, são exemplos do referido movimento, os mais famosos e antigos hospitais conhecidos no mundo.

No ano de 1547, o então Mosteiro de Santa Maria de Belém tornou-se o famoso hospício Bedlan de Londres. O grande confinamento dos insanos, como afirma Foucault, o Hospital Geral de Paris, foi fundado por Luis XIII em 1656 (LOUREIRO, 1995, p.17).

Para rememorar a trajetória do hospital até aqui, as formas de atendimento institucional aos doentes eram anteriormente de natureza caritativa e individualista, onde o espaço de quarentena marcava transição entre vida e morte dos indivíduos, em um contexto dominado pelo poder dos déspotas clericais, voltado à salvação espiritual dos enfermos fadados à morte eminente. O doente neste momento é visto como um prisioneiro, que precisa permanecer no hospital, por sua condição.

Até este momento, a loucura circulava indiferenciada e livremente pelos espaços comuns da sociedade, habitava também os hospitais, mas como parte, em meio às doenças e a morte (FOUCAULT, 1979). Ao fim das Cruzadas, com uma nova onda avassaladora de contágio, tem início o processo de higienização dos focos urbanos de infecção da peste. Os hospitais passam a ser ocupados por uma nova demanda populacional.

Em seu livro, História da Loucura, Foucault (1972) explica que foram os hospitais para peste que mais tarde deram origem ao crescimento do número de hospitais gerais e hospício na Europa. Contribuindo para o surgimento de novos conhecimentos e formas de ordenamento dos hospitais, e mais tarde, da medicina e das formas de tratar da loucura na sociedade.

Nesse cenário, o modelo de hospital geral foi reorganizado como instrumento não mais exclusivamente filantrópico ou de caridade, mas de controle social, que passa a cumprir uma nova função na ordem política dos Estados e no poder dos monarcas clericais. Torna-se agora uma

⁸ Desde o século XIV, no que tange os conhecimentos sobre biologia, a teoria miasmática sobre doenças, formulada por Thomas Sydenham e Giovanni Maria Lancisi, foi o paradigma dominante na medicina Ocidental. As doenças nesta teoria, tem origem nos miasmas: conjunto de odores provenientes de matéria orgânica em putrefação nos solos, sendo as doenças causadas por estas emanações do solo na água e ar, resultando em aumento da morbidade e mortalidade nas comunidades. Esta teoria cairá em desuso ao tornar-se consensual a teoria microbiana no séc. XVII (FIOCRUZ, 2017).

instituição destinada ao internamento de doentes, loucos, devassos, prostitutas e inimigos políticos, um estranho poder que o rei exerce entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a ordem terceira da repressão configurando um misto entre exclusão e assistência espiritual. Foram também criadas instituições para exercer a prática sistematizada de isolamento e segregação de grupos de pessoas indesejáveis socialmente (FOUCAULT, 1979). O autor esclarece que, com o início do período republicano das revoluções sociais, os hospitais passaram por mudanças em seus ordenamentos políticos. Primeiro foram libertos os prisioneiros e presos perseguidos socialmente. Depois os miseráveis e loucos foram separados dos doentes enfermos e prisioneiros, o que significou separar também o hospital da função de caridade e controle social.

A instituição hospitalar voltava-se para sua nova finalidade⁹: tratamento de enfermos, e novas instituições de assistência são criadas também para atender às demandas dos novos Estados recentemente criados, tais como, os orfanatos, escolas e prisões. Com o processo mercantilista de emburguesamento nas sociedades europeias, tomam fôlego novas descobertas, os conhecimentos científicos da medicina, os saberes da química e biologia, adotando caráter racional às doenças.

Segundo Foucault (1979), é importante ressaltar que o hospital e os conhecimentos gerados nestes locais, formaram base das experiências de ordenamento nos centros urbanos na modernidade. Esse movimento que começou a subtrair as influências monásticas do Estado, que passa a ser observado também na classificação e ordenamento das doenças, bem como, dos tratamentos.

1.2 HOSPITAL MODERNO

Philippe Pinel (1745-1826) é considerado o fundador da psiquiatria contemporânea, por seu gesto pioneiro em meio às constituintes das reformas iluministas, de separar do enorme contingente de desajustados sociais institucionalizados, aqueles sujeitos identificados como doentes loucos, para os quais destinaria melhores instalações em um asilo para alienados (AMARANTE, 2014). Ressalta-se que, o trabalho de Pinel foi um marco, ainda que inicial, na transição do período onde as instituições hospitalares não se destinavam aos cuidados terapêuticos, mas a isolamento de indivíduos, bem como, do momento onde os loucos passam a ser considerados doentes.

Quando a queda do absolutismo modificou bastante o cenário econômico, social e político daquele momento, se levarmos em conta o cenário dos hospitais, aí se tratou do palco de várias transformações sociais e políticas. Nesse sentido, para Michel Foucault (1979), o advento moderno do hospital foi fundamental para o estabelecimento de um novo lugar social para a clínica em saúde,

⁹ Foucault (1979) explica sobre o processo de reordenamento dos hospitais neste período, cabe contudo citar parte do texto presente no Livro *Microfísica do Poder*: Esta hipótese de que o hospital primeiramente se medicalizou por intermédio da anulação das desordens de que era portador pode ser confirmada pelo fato da primeira grande organização hospitalar da Europa se situar, no século XVII, essencialmente nos hospitais marítimos e militares. O ponto de partida da reforma hospitalar foi, não o hospital civil, mas o hospital marítimo. A razão é que o hospital marítimo era um lugar de desordem econômica. Através dele se fazia, na França, tráfico de mercadorias, objetos preciosos, matérias raras, especiarias, etc., trazidos das colônias (p.60).

bem como, para a loucura nas sociedades, agora considerada na doença mental estudada pelo alienismo¹⁰.

Segundo Foucault (1979), no começo do século XVII todas as nações do mundo preocuparam-se com o estado de saúde de sua população, em um clima político, econômico e científico característico do momento. O autor destaca que, é este o cenário de surgimento do modelo de Estado Moderno, movimento que tornou a saúde pública e qualidade de vida das populações, objeto de organização e conhecimento das ciências, instrumento de poder e ordenamento das políticas públicas de saúde.

Nesta perspectiva, França, a Inglaterra e a Áustria começaram a calcular a força ativa de suas populações. É assim que, na França, se estabelecem estatísticas de nascimento e mortalidade e, na Inglaterra, as grandes contabilidades de população aparecem no século XVII (FOUCAULT, 1979, p.88).

Michel Foucault (1979) explica que, tanto na França quanto na Inglaterra no séc. XVII, a preocupação sanitária do Estado foi com o estabelecimento das tabelas de natalidade e mortalidade, e do índice da saúde da população, justificado pelo interesse em aumentar a população para obter maiores mercados e forças de trabalho, sem, entretanto, apresentar interesse em nenhuma intervenção para elevar o nível de saúde das populações.

Na Alemanha¹¹, ao contrário, se desenvolverá uma prática médica efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população, característica do novo modelo de gestão dos estados modernos. A centralidade política passou a consistir no controle das causas do adoecimento, no aumento da média vida da população, bem como, na organização dos saberes médicos pelas universidades que, através dos diplomas de curso, formavam profissionais de modo padronizado.

Michel Foucault (1979) descreve a situação das cidades de forma impressionante, chegando a afirmar que em função do pânico criado pelas doenças em Paris no final do século XVII, principalmente em relação aos matadouros, hospitais e cemitérios, surgiu uma inquietude político-sanitária que deu início às reformas de higienização e inspeção sanitária dos espaços públicos urbanos, bem como, ao debate dos limites de intervenção na propriedade privada.

A primeira fase era analisar todos os lugares que causavam doenças. A segunda relaciona-se à circulação do ar e água nas regiões de amontoamento de pessoas. A terceira foi o controle dos esgotos para se controlar as doenças que se proliferavam por meio da água (FOUCAULT, 1979, p. 87).

A medicina dessa época é caracterizada pelos métodos de vigilância e controle constantes, influenciando o início da intervenção na higiene pública das cidades, como uma variação sofisticada do antigo esquema político-médico da quarentena (FOUCAULT, 1979). Contudo o autor argumenta que o momento mudará novamente a organização dos espaços de hospitalização, baseados no

¹⁰ O conceito de alienação mental foi utilizado por Philippe Pinel em seu clássico Tratado Médico-Filosófico sobre Alienação Mental ou Mania, a primeira grande obra fundadora da especialidade psiquiátrica (AMARANTE, 2012, p.352).

¹¹ Para conhecer mais sobre a historia dos hospitais na Alemanha até a atualidade: Juliane C. Wilmanns, **Die ersten Krankenhäuser der Welt Sanitätsdienst des Römischen Reiches schuf erstmals professionelle medizinische Versorgung**. Deutsches Ärzteblatt, 2003. Disponível: www.aerzteblatt.de/archiv/38708

aperfeiçoamento desta intervenção e de como deve funcionar o hospital moderno. Neste contexto, começam os acontecimentos que irão marcar o advento dos hospitais estruturados como técnicas de tratamento às doenças, aperfeiçoados através de longos estudos e inquirições em hospitais já existentes na Europa¹².

Com a melhoria das condições de vida no campo no século XVIII, houve uma inversão, passando as cidades a entrarem num colapso urbano pela falta de estrutura das cidades e o surgimento de revoltas e doenças ocasionadas pelo crescimento da população urbana. (FOUCAULT, 1979, p).

A partir desse momento histórico e cultural nas sociedades, uma visão mais racionalista sobre as doenças e tratamentos de enfermos passa a ser hegemônica. Contudo, o estabelecimento hospitalar clássico se revela como uma organização problemática em vários aspectos estruturantes, tendo em vista que acarretava difusão de doenças nas cidades onde se encontrava situado, sendo mais um foco de enfermidades, do que um agente terapêutico de cuidado.

O primeiro fator da transformação foi não a busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença, mas simplesmente a anulação dos efeitos negativos do hospital. Não se procurou primeiramente medicalizar o hospital mas purificá-lo dos efeitos nocivos, da desordem que ele acarretava. E desordem aqui significa doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade em que estava situado, como também a desordem econômico-social de que ele era foco perpétuo (FOUCAULT, 1979, p.96).

Foucault (1980) argumenta que a inserção da disciplina nesses espaços hospitalares foi o que tornou possível propor os hospitais como instrumentos de intervenções terapêuticas sobre doenças. O hospital como instrumento terapêutico foi estruturado pela imposição de uma rotina rígida de higiene, horários, regimentos e condutas. Tornando-se cenário de uma nova clínica de produção da saúde, com exames e estudos comparativos entre as enfermidades.

A medicina pôde tornar-se hospitalar através dos sucessos na neutralização das moléstias encontradas nas pessoas internadas se difundirem para a cidade em que o nosocômio estava situado, como também devido à equalização das desordens econômicas e sociais verificadas nessa instituição (FOUCAULT, 1980, p.63).

A rotina é o instrumento terapêutico de intervenção nos hospitais modernos, visando isolar o paciente dos sinais e sintomas da doença. Segundo Foucault (1979), as tecnologias de organização do hospital, como a repartição dos doentes entre os leitos, ou ainda, as rotinas fixas diárias dos setores, as formas de assistência, passam a atender ao critério de reorganização epistemológica disciplinar que possibilitou a ação para efeito do meio ambiente sobre a doença.

O sistema epistêmico ou epistemológico da medicina do século XVIII, o grande modelo de inteligibilidade da doença é a botânica, a classificação de Lineu. Isto significa a exigência da doença ser compreendida como um fenômeno natural. A doença é como a natureza, mas uma natureza devida a uma ação particular do meio sobre o indivíduo. De modo que a cura é, nessa perspectiva, dirigida por uma intervenção médica que se endereça não mais à doença propriamente dita, mas ao que a circunda: o ar, a água, a temperatura ambiente, o regime, a alimentação. É uma medicina social que está se

¹² Segundo Michel Foucault (1979), são destacadas as viagens do inglês Howard e do francês Tenon, que realizaram alguns estudos empíricos com o intuito de elaborar um novo projeto de reconstrução dos estabelecimentos nosocômiais, pois estes deixam de ser apenas uma figura arquitetônica, passando a fazer parte de uma realidade médico-hospitalar.

constituindo, na medida em que a doença é concebida como um fenômeno natural obedecendo a leis naturais (FOUCAULT, 1979, p.98).

Individualizar-se-á e distribuir-se-á os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece de modo detalhado e exaustivo, ao mesmo tempo se modificará o ar que os doentes respiram, a temperatura das enfermarias, a água que bebem, o regime, de modo que em todo quadro hospitalar de tratamento, a disciplina seja o instrumento de modificação nas causas da doença, atuando em si mesmo como função terapêutica.

Em sua estrutura física, o hospital foi organizado para se constituir em um instrumento de ação que pretende prevenir os comportamentos causadores da enfermidade, organizando uma rede de vigilância e normas disciplinares da rotina institucional (FOUCAULT, 1979, 78).

O lugar do louco enquanto doente, impossibilitado de submeter-se aos planos e regras sociais, se institucionalizou com a Revolução Francesa, na medida em que foi considerado incapaz de participar da ordem contratual da legalidade jurídica instaurada, o local de destinação da tutela à loucura tornou-se o espaço hospitalar, o asilo de alienados.

A posição de doente da mente, e que, portanto, não submetido às mesmas condições jurídicas, naturalizou o louco como sujeito da tutela social, condição enraizada e amplamente difundida pelo saber médico. Para Foucault "esse jogo de relação de poder dá origem a um conhecimento que, por sua vez, funda os direitos deste poder sobre o louco, o que caracteriza a psiquiatria (FOUCAULT, 1979, p.127).

É a Revolução Francesa de 1789, o acontecimento que marca o surgimento das especialidades na tecnologia hospitalar médica, a perspectiva de cura associada à modificação no objeto de intervenção da medicina, que não mais se limitará à exclusão da doença do entorno das cidades, mas preocupar-se-á em estudar as leis naturais que regem o aparecimento e manutenção das doenças no organismo humano, dentro de uma perspectiva desvinculada de explicações teocêntricas do conhecimento racionalista (MACHADO, 2014).

No leito de cada doente o professor deter-se-á no tempo necessário para interrogá-lo de modo satisfatório, para examiná-lo convenientemente; fará os alunos observarem os signos diagnósticos e os sintomas importantes da doença (...) (FOUCAULT, 1980, p.77).

Nesses recém criados hospitais muitos médicos começaram a trabalhar a partir de então, norteados pelo objetivo de estabelecer um padrão de cientificidade e humanização ao trabalho nesses locais (AMARANTES, 2014). A presença das equipes médicas nos espaços hospitalares, que anteriormente era pequena em favor às ordens religiosas, tornou-se cada vez mais constante e regular, possibilitando a produção de um saber epistemológico sobre as doenças e a criação da própria instituição hospitalar como conhecemos.

A partir desse novo espaço social da instituição hospitalar, é no ato de tratamento que os médicos, cirurgiões e alienistas começam a construir detalhadamente novas entidades nosológicas, novas patologias, com diferentes sintomas e quadros clínicos.

Nesse sentido, alienação mental conceituada por Pinel, é um distúrbio no âmbito das paixões capaz de interferir na mente e na percepção do indivíduo (AMARANTE, 2014, p.32). Com um

trabalho de toda uma vida, Philippe Pinel desenvolveu a primeira nosologia classificatória das doenças mentais. Fundou também os primeiros hospitais psiquiátricos baseados no princípio de isolamento das doenças do meio produtor de moléstias mentais, projeto pioneiro na tentativa de diagnóstico e tratamento das doenças mentais.

O tratamento moral, fruto deste contexto de surgimento das ciências, exigia ordem e disciplina nos hospitais psiquiátricos, para que assim a mente dos doentes pudessem novamente encontrar seus objetivos e pensamentos verdadeiros da realidade, e a cura das enfermidades mentais (AMARANTE, 2014). Segundo Foucault (1979) é importante observar que, foi o ajuste desses dois processos, deslocamento da intervenção médica ao hospital e disciplinarização do espaço hospitalar, a origem da instituição do hospital como forma de tratamento as enfermidades.

O exercício disciplinar diferencia-se, por não somente objetivar o aumento das habilidades do corpo humano, mas a formação de uma relação que o torne tanto mais obediente como mais útil para a sociedade (AMARANTE, 2014, p.124).

Seguindo alguns desses passos, progressivamente, o hospital tornou-se um local voltado a readaptação e reinserção social do sujeito adoecido, em oposição ao isolamento social do paciente. Com o desenvolvimento dos conhecimentos da medicina social, o hospital moderno aparece enquanto dispositivo de controle e tratamento terapêutico, ao final do século das luzes, juntamente com o advento do microscópio, química, física e da psiquiatria.

Sob a égide de valores, como ordenação, eficiência e disciplinamento do mundo do trabalho e da vida urbana, surgiu um novo olhar sobre a assistência aos pobres e a instituição hospitalar. Atendendo a razões políticas, sociais e às convicções sanitárias da época, esse foi o momento da construção de grandes hospitais gerais em várias cidades importantes da Europa. Em Londres, por exemplo, surgiu o London Hospital no ano de 1740 (ROSEN, 1994).

Como consequência da Revolução Industrial inglesa impulsionada a partir de 1750, a burguesia crescia como uma nova e poderosa classe, dotada de novas aspirações nas esferas socioeconômicas de mercado e de administração dos Estados (FOUCAULT, 1979). Assim, criaram-se e foram implementadas, então, providências mais eficazes de cuidado aos doentes e de hospitais enquanto intervenções terapêuticas, relativas ao paradigma de hospitalização para reabilitação¹³, que busca garantir o retorno do paciente, o mais breve possível ao trabalho.

Dentre uma das mais importantes estratégias no tratamento moral de alienados criada por Pinel, está a modalidade de trabalho terapêutico, modelo que atribuía caráter terapêutico à atividade laboral dos indivíduos, pensada como um importante meio para reeducação das mentes desregradadas dos loucos e insanos, largamente utilizada na psiquiatria (AMARANTE, 2014). *Para compreender mais sobre o assunto do tratamento moral, recomendamos o filme sobre a vida do monarca Charles*

¹³ Habilidade é a capacidade inata ou adquirida de realizar alguma coisa ou atitude. Habilidade é o percurso para adquirir uma habilidade ou desenvolve-la, quando inata, tornando, desta maneira, alguém hábil e por isso habilitado a realizar alguma coisa ou atitude. Reabilitação significa recuperar habilidade perdida, esquecida ou bloqueada por algum motivo. (MACHADO, 1993).

II da Inglaterra, que leva o nome do mesmo, ou ainda, algumas passagens da obra de Machado de Assis, O Alienista (1994).

Tal era o sistema. Imagina-se o resto. Cada beleza moral ou mental era atacada no ponto em que a perfeição parecia mais sólida; e o efeito era certo. Nem sempre era certo. Casos houve em que a qualidade predominante resistia a tudo; então o alienista atacava outra parte, aplicando à terapêutica o método da estratégia militar, que toma uma fortaleza por um ponto, se por outro não pode conseguir (ASSIS, 1994, p.36).

Machado de Assis, no conto publicado em forma de folhetins, elabora perspicaz e profunda crítica ao modelo da ciência psiquiátrica que, ainda hoje, se embaralha em conceitos e dilemas (AMARANTE, 2012, p.360). Destaca-se a atualidade moral do conto publicado em meados de 1800, enquanto crítica fundamental na formação de profissionais de saúde mental brasileiros.

Voltando ao momento dos hospitais psiquiátricos, na literatura especializada, é atribuída importância notória de dois dos alunos de Pinel, em relação ao trabalho também pioneiro, em criar políticas públicas de saúde mental na França: Esquirol de Tolosa (1778 - 1840) e Ferrus de Briançon (1784 - 1861). Ambos estão ligados a origem da Lei de 1838, assinada pelo Parlamento. O documento adota pela primeira vez na história, como princípio, o isolamento do louco em instituições hospitalares, para tornar possível com esta estrutura, um tipo de tratamento moralizante dos indivíduos (AMARANTE, 2014).

Ajuda-nos a compreender também esse momento, Isaias Pessotti (1996), ao afirmar que em nenhum outro século antes, o número de hospitais destinados a alienados foi tão grande e a terapêutica da loucura foi tão vinculada à internação para tratamento. O autor afirma ainda, que em nenhum outro período do conhecimento, a variedade de diagnósticos de loucura para justificar a internação, foi tão ampla como no século XIX.

O Manicômio foi o núcleo gerador da psiquiatria como especialidade médica, evidenciada como decorrente da atenção dada à loucura no séc. XIX. Nos ambientes culturais e médicos, jamais fora tão difusa, nunca havia florescido tanto, seja na etiologia, como semiologia ou terapêutica, a medicina da loucura (PESSOTTI, 1996, p.22). Durante o século XIX assiste-se ao ápice e declínio no campo da terapêutica da medicina mental, primeiro, com a criação e expansão de instituições psiquiátricas¹⁴, para em um segundo momento, estas serem evidenciadas como sobrecarregadas de asilados institucionalizados, manicômios caros e sem finalidades terapêuticas.

Os autores afirmam que com a passagem para o século XX, algumas mudanças entre as duas grandes guerras, possibilitaram desenvolvimento das terapêuticas especializadas no tratamento dos insanos, tais quais, choque; banhos, cirurgias, novas modalidades de psicoterapia comportamental. Mais tarde, as intervenções medicamentosas apareceram de forma mais eficiente com a

¹⁴ Asilo: Prática de recolher os loucos, moribundos e minorias sociais em edifícios mantidos pelo poder público ou religiosos, isolamento na saúde pública. Hospício: Instituições destinadas ao acolhimento dos alienados, trabalhavam em métodos próprios da instituição, por vezes, sem acompanhamento médico a doentes sem recursos, e que recebiam também doentes mentais. Manicômio: Caracteriza-se por acolher apenas doentes mentais e promover acompanhamento médico e de equipe de saúde.. (PESSOTTI, 1996).

farmacologia, por volta de 1950, criando assim, uma nova era nas formas de assistência/tratamento ao alienado e seus familiares (AMARANTE, 2014).

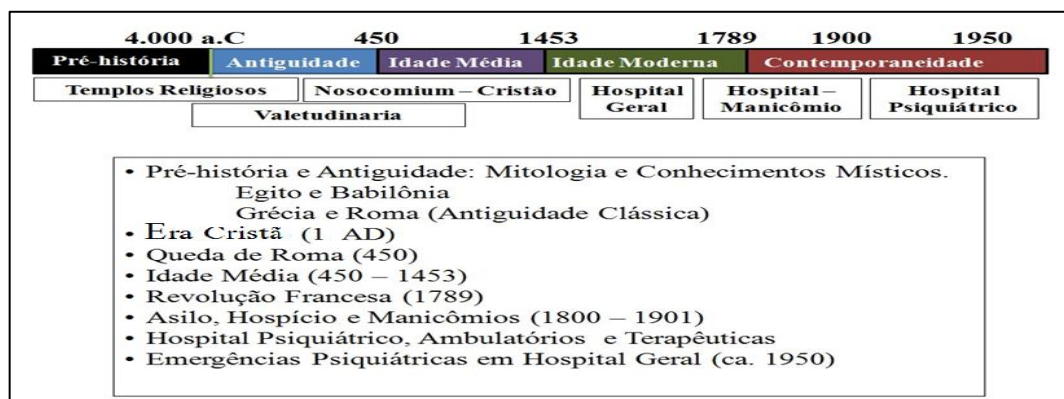
Ao longo do século XX, a assistência terapêutico-hospitalar tornou-se mais complexa e especializada. Estabelecimentos hospitalares tornaram-se de variados tipos, tais como, hospitais gerais e hospitais de referência, de agudos, etc. Vale mencionar o surgimento, nessa época, dos processos de gerenciamento das instituições hospitalares, período em que se observam grandes mudanças na forma como os estabelecimentos de saúde passam a funcionar.

Por mais diversificados que sejam estes estabelecimentos, preservam uma característica em comum: a prestação de cuidados de saúde a pacientes internados em leitos hospitalares durante as 24 horas do dia. É justamente esta característica peculiar à hospitalização, que só pode ocorrer no interior deste ambiente organizacional, que confere a ele uma identidade própria. Ou seja, o que nos permite nomear uma organização como um hospital é a oferta, por parte desta instituição, de assistência a saúde em regimes de internação (BRAGA NETO, 2012, p.92).

A internação é uma forma de atendimento no qual o paciente é admitido para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou superior a 24 horas, sendo o leito a medida de identificação de vaga para o paciente quando internados nos hospitais. (BRAGA NETO, 2012). O conceito de hospital na atualidade costuma compreender um conjunto heterogêneo de estabelecimentos de saúde de diferentes complexidades e portes de oferta de intervenções, atividades e serviços voltados ao atendimento em regime de internação.

Flávia Lemos (2009), afirma que pesquisas que buscam trabalhar o tema do poder e saber em subjetividade, não devem se deter na busca de finalidades na história, considerando assim, o estatuto atual de composição de forças o ápice de uma evolução; assim como não deveriam buscar semelhanças entre os acontecimentos em uma história contínua e linear, com supostas raízes lógicas em um passado vivo no presente. Assim, o quadro abaixo foi produzido para visualização de um panorama histórico dos hospitais para tratamento das doenças mentais até o séc. XX, quando ocorre maior diversificação dos tipos de instituições que prestam assistência hospitalar. Dessa forma, utiliza-se tais aspectos sobre o hospital e a loucura, apenas no intuito de ilustrar como estes circulam nas sociedades e das práticas dos profissionais de saúde nos hospitais.

QUADRO 1 - HISTÓRIA DOS HOSPITAIS (Em construção).



(ELABORAÇÃO PRÓPRIA)

1.3 INSTITUIÇÕES BRASILEIRAS

Começamos por pensar, o período situado entre o Brasil Colônia até o início do I Império, ou seja, ca. de 1600 à 1830, quando os problemas de saúde da população nacional estavam ainda pouco relacionados à medicina formal (ESCOREL E TEIXEIRA, 2012). A medicina formal era exercida por um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários, de formação européia, sendo conhecimento muito restrito a indivíduos e famílias membros da elite.

Os agentes oficiais da medicina radicavam-se somente nos maiores centros do sudeste do país (ESCOREL E TEIXEIRA, 2012). Os autores esclarecem que, a prática médica estava distante dos interiores do país, do ambiente hospitalar, bem como, da população em geral. O atendimento ocorria de forma individual e particular em consultórios ou nas próprias residências.

Os mais pobres e pessoas escravizadas utilizavam-se de curandeiros e dos cuidados oferecidos por ordens religiosas, como existentes nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia, fundados em algumas regiões populosas do país desde o início do período colonial.

A assistência hospitalar no Brasil colônia com a criação da Santa Casa de Misericórdia era responsável por oferecer hospitalização de caráter humanitário e atendimento às tropas portuguesas encarregadas da defesa do território colonial (FIOCRUZ, 2017).

No que tange aos problemas comuns de saúde, os brasileiros eram vítimas de dificuldades relacionadas ao ambiente e ao modo de vida: parasitas intestinais, doenças pela ausência de nutrientes e doenças transmissíveis ou relacionadas ao enfraquecimento, como tuberculose e varíola (ESCOREL E TEIXEIRA, 2012). No período colonial, as ações dos poderes públicos no campo da saúde se restringiam à regulamentação das artes de curar. Nesse contexto, assim como médicos e boticários, outros tipos de curandeiros eram regulamentados por todo país.

Na realidade, as formas de atendimento em saúde em nosso país contam com um passado histórico remoto e superior à chegada dos colonizadores, mas é precisamente a partir de 1808, da chegada da Corte, que estas práticas adquirem contornos de políticas públicas de saúde de Estado, que começava a ser formado também neste contexto (AMARANTE, 2012).

Em 1808, com a chegada da Corte portuguesa ao Rio de Janeiro, foram criadas as primeiras instâncias de saúde pública em terras brasileiras, a saber, a Fisicatura-mor e a Provedoria-mor de Saúde (ESCOREL E TEIXEIRA, 2012). Ambas as instituições eram dirigidas pelo físico-mor, e tinham por objetivo, regulação e fiscalização, do exercício da medicina e do controle de circulação nos portos marítimos no território colonial, respectivamente.

Desde o século XVI até os princípios do século XIX, os físicos licenciados, os cirurgiões barbeiros, os cirurgiões aprovados e os cirurgiões examinados é que praticavam a medicina no Brasil. Com a expulsão dos jesuítas do Brasil, em 1759, transcorreu um período de vazio educacional interrompido somente no final do século XVIII (FIOCRUZ, 2017).

Nesse sentido eram também criados hospitais e postos de saúde nas campanhas de incursão no território para tratar os feridos nas batalhas. A partir do séc. XIX surge também casos de febre

amarela, sífilis e malária, que atacavam as cidades com surtos e epidemias (ESCOREL E TEIXEIRA, 2012). Contudo, no período, era exceção a presença de profissionais médicos nos cuidados em saúde de hospitais ou na vida da população em geral.

Em sua maior parte, os cuidados ao enfermo eram realizados de forma doméstica por pessoas mais experientes e sábias da comunidade ou da família. Parteiras e benzedoiras eram comuns nas horas de nascimento e sofrimento (ESCOREL E TEIXEIRA, 2012). Segundo os autores, a população em sua maioria, quando enferma, permanecia em suas casas, mas sem condição de pagar por atendimento médico, recorria a outras formas de tratamento das doenças.

Cabe compreender essas estratégias de cuidado doméstico, como saberes e conhecimentos advindos da prática, presentes e muito valorizados na cultura do povo brasileiro (FREYRE, 2008; RIBEIRO, 1995). Contudo, quando no interesse pelo caráter de assistência pública aos enfermos, afirmamos que, de modo geral, a sociedade mais abastada, detentora do poder econômico ou com influência política junto aos nobres, sempre teve suas necessidades de saúde atendidas por médicos de família, em suas residências ou em consultórios privados.

Passos (2003), refere presença dos barbeiros e cirurgiões nas grandes cidades, bem como, o uso comum pela população durante o período entre séc. XVIII e XIX.

A população colonial estava acostumada a se tratar com barbeiros, curandeiros e parteiras. O físico-mor, designação dada ao médico, tinha a responsabilidade de curar as moléstias internas. Eles cursavam medicina na Universidade de Coimbra, Salamanca e Montpellier. Os que chegavam ao Brasil não eram os mais aplicados e não conseguiam oferecer assistência médica de boa qualidade. Atendiam em domicílio àqueles que podiam pagar e serviam nos hospitais e enfermarias militares. Os cirurgiões, por sua vez, aprendiam seu ofício com seus mestres e competia-lhes reduzir luxações, amputar e sangrar (PASSOS, 2003, p.35).

No caso de alienados e insanos, estes eram também, em conjunto com os demais enfermos, atendidos nas Santas Casas de Misericórdia. Afinal, estas irmandades, construíram muitos hospitais e enfermarias para o atendimento aos necessitados. Vale ressaltar, que esses tipos de enfermarias coletivas atendiam a apenas alguns casos de loucura, principalmente quando não violentos. Ou ainda, este tipo de atendimento aos insanos, podia ser realizado sem caráter terapêutico, em espaços separado das enfermarias e das demais enfermidades (PASSOS, 2003). Era comum que os alienados perigosos fossem trancados com grades, em porões ou locais isolados, bem como, uso de correntes e coleiras pelos pacientes, cenário associado entre loucura, violência, prisões e isolamento, o que lembra muito a era medieval.

Paulo Amarante (2014) refere que, o início dos estudos formais sobre conhecimentos de saúde pública no território brasileiro ocorreu, de fato, com a criação da Faculdade de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, ambas no ano de 1808. O fato a ser mencionado, segundo o autor, é que havia ainda poucos médicos e enfermeiros formados em atuação no país, este, marcado pelo regime de escravidão e coronelismo, em regiões continentais, agrárias e isoladas. O autor afirma que a

figura do alienistas era ainda nesse momento, uma excentricidade na sociedade brasileira. Como ajuda a pensar sobre o século XIX, Machado de Assis em seu conto, *O alienista* (ASSIS, 1994).

No contexto nacional, em 1830 a sociedade brasileira vive o momento final de transição entre o reinado de Pedro I e Pedro II. Eclodiam nas províncias e mesmo na capital, rebeliões pela descentralização, como o caso da Cabanagem no Pará ou Balaiada no Maranhão, para falar mais da Região Norte. Porém, há grandes avanços científicos no campo da saúde pública, marcados pelo contexto das revoltas contra a vacinação obrigatória.

A loucura está em evidencia no período. No tocante aos hospitais de caridade, gradualmente foram sendo criadas novas instituições especializadas na assistência aos doentes mentais. Em virtude do aumento da demanda populacional, mas também, caracterizados pelo momento de racionalismo e higienização dos meios urbanos. Nos anos subsequentes, os saberes da medicina no Brasil fizeram inúmeros progressos no campo da fisiologia, anatomia e microbiologia, apesar do atraso intelectual, econômico e político, em relação aos seus vizinhos da América Espanhola (CUNHA E RODRIGUES NETO, 2009). Em países como Argentina e Chile, o conhecimento científico sobre a medicina e a secularização dos hospitais já andava em patamares mais elevados de desenvolvimento.

Em meio às notícias sobre as revoltas em todas as regiões do país, pairava a discussão sobre a maioria do futuro imperador, além da instabilidade política e econômica do momento conflituoso para Nação Brasileira. Em uma edição de 1835, *o Jornal Diário da Saúde publica reflexões acerca do problemático transito livre dos loucos pela cidade do Rio de Janeiro e protesta contra más condições dos alienados nas instituições da cidade, capital do Império brasileiro.*

Custa a crer-se que no Rio de Janeiro se encontre o cúmulo da barbaridade em uma casa destinada ao alívio de desgraça que todo homem está sujeito, e que não tenha havido até o presente, um coração benfazejo que se lembre daqueles miseráveis, que lhes procure um lugar conveniente onde possam restabelecer-se por tratamento físico e moral bem dirigido, que recuperando a razão nos seus intervalos lúcidos, não queira antes viver sempre privado dela do que considerar-se ligado a um tronco, deitado no chão e cercado de outros, que a cada passo o podem acometer, e maltratar horripelmente? (Apud LOUREIRO, 1995, 45).

No mesmo ano da coroação de Pedro II como imperador do Brasil, 1841, em suas primeiras medidas de urbanização da cidade, data os decretos para os preparativos de um hospital para alienados onde pudessem ter atendimento pacientes acometidos de doenças mentais na cidade do Rio de Janeiro. Mesmo tendo o pedido deferido e iniciado as obras no mesmo ano, o Hospital Dom Pedro II é inaugurado 10 anos depois, em 5 de dezembro de 1852. Paulo Amarantes (2014) esclarece-nos ainda, em análise documental sobre o momento, ser possível observar notória importância dada aos alienistas e seus conhecimento na Corte Brasileira no II Império.

A historia da assistência às pessoas com problemas mentais no Brasil começa com a fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o hospício criado pelo imperador Pedro II na data de sua sagração e que leva o seu nome. Decreto n.82 de 18 de julho de 1841 (AMARANTE, 2012, p. 565).

Paulo Amarante (2012), afirma que o Hospício de Pedro II logo se tornou alvo de críticas, muito particularmente dos médicos. Ora porque estava vinculado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, não sendo considerado, portanto, uma instituição médica e sim de caridade, ora porque não fora construído nos parâmetros adequados às terapêuticas modernas de alienação mental.

Nesse momento, somente os ricos ou com influência política são atendidos no Hospital Dom Pedro II (LOUREIRO, 1995, p.55). Enquanto na Europa uma onda de revoluções derruba os reis, o Brasil vivia um prospero momento do reinado de Pedro II. Com a entrada do café no mercado internacional e manutenção de um regime escravocrata o país lucrava alto, mesmo em meio a grandes tensões, é aprovada a lei anti-tráfico negreiro em setembro de 1850.

Durante séculos XIX e XX pode-se resumir a política nacional de saúde mental como de mera implantação de hospitais psiquiátricos e depois colônias de alienados (AMARANTE, 2012). Fora da capital do Império, as demais províncias do território nacional não contavam com estruturas ou instituições destinadas ao atendimento/internação exclusiva dos alienados, e assim, continuava-se utilizando os serviços das Santas Casas de Misericórdia e suas colônias, prisões comuns e asilos para esse tipo de intervenções. Situação de difícil sobrevivência e que perdurava, não sendo comum ocorrer alta hospitalar.

Na Bahia até o princípio de 1874, não existia hospital destinado à internação e ao tratamento de doentes mentais, que eram recolhidos à Santa Casa de Misericórdia e internados no Hospital São Cristovão, em condições anômalas àquelas encontradas na Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro (LOUREIRO, 1995, p.13).

O Decreto n° 8.024 de 12 de março de 1881 cria as cátedras de Clínica Psiquiátrica nas Faculdades de Medicina da Bahia e Rio de Janeiro, as únicas existentes no Brasil, marco para psiquiatria brasileira (AMARANTE, 2014). Salienta-se que a partir desses eventos, passou-se ao estudo das doenças mentais enquanto ramificação dos conhecimentos em medicina, a psiquiatria seguindo uma tendência mundial na compreensão sobre transtorno mental¹⁵, institui um novo momento para o tratamento da loucura, não mais visto atrelado a outras enfermidades e sintomatologias clínicas médicas.

É somente a partir de 1903, através do então deputado Dr. Teixeira Brandão, que se obteve no Congresso Nacional a aprovação do Decreto n° 1132, 22/12/1903, que em seu Art. 10, estabelece normas nacionais para internamento de alienados em instituições hospitalares (LOUREIRO, 1995). Nesse ano, o médico Juliano Moreira assume a direção do Hospital Nacional dos Alienados, exercente na época da gestão de todos os serviços de psiquiatria existentes no País. Penso dever realçar que, este evento deu início às tendências de uma nova psiquiatria com características

¹⁵ No século XIX, o tratamento ao doente portador de transtorno mental incluía medidas físicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias. Por bastante tempo, o tratamento moral foi um método difundido instrumento da psiquiatria clássica, das práticas corretivas do comportamento e dos hábitos dos doentes, como recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional. (AMARANTE, 2014).

nacionalistas, embora ainda muito influenciadas pelas correntes européias francesa e alemã, as quais consideravam o trabalho como instrumento terapêutico em colônias de alienados em regiões rurais.

1.3.1 Cidade de Belém: Reprodução da política vigente nos séculos.

Em Belém, o início da assistência hospitalar esteve associado à figura da Santa Casa de Misericórdia, bem como, aos seus gestores e instituições¹⁶, que a partir de 1650 construíram algumas edificações para atuar nos cuidados de caridade em saúde pública nessa região.

Primeiramente, em fevereiro de 1650, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Pará, construiu uma pequena enfermaria ladeada por uma igreja, feita de taipa de pilão, localizada na Rua Santo Antônio dos Capuchos com o Largo da Misericórdia, onde hoje se encontra a Praça Barão de Guajará, nas proximidades da loja Paris n'America (CYBELLE ET AL., 2015). A partir de 1788, os cuidados da enfermaria foram transferidos para o Hospital Senhor Jesus dos Pobres Enfermos, considerado o primeiro nosocômio em alvenaria do Pará.

No século XVIII, 1788, à época da gestão do Frei Caetano Brandão, bispo de Belém, a Santa Casa ergueu um pequeno hospital no Largo da Sé, o Hospital Senhor Jesus dos Pobres Enfermos (LOUREIRO, 1995, p.16).

Belém no início do século XIX era ainda compreendida apenas entre duas freguesias: a da Sé e a da Campina. A predominância dos rios tornava a cidade pantanosa em alguns pontos e o abastecimento de água já constituía como um problema grave (CYBELLE ET AL., 2015). O Hospital Senhor Jesus dos Pobres Enfermos foi criado para receber pacientes pobres e indígenas carentes de auxílio no tratamento de enfermidades diversas. Aos quais era destinado espaço comum nas enfermarias (LOUREIRO, 1995). Os atendidos sofriam, em maior número, de desnutrição e lepra, mas as demais enfermidades, como transtornos mentais e neurológicos, também estavam presentes nos registros encontrados pelos pesquisadores.

O crescimento de internações, correspondente à evolução das demandas populacionais da Cidade, levou a gestão da Santa Casa à construção de um asilo específico para doentes mentais no Tucunduba. (CYBELLE ET AL., 2015). Com o passar do tempo foi necessário ampliar as enfermarias para outros locais de assistência à saúde na Cidade. Assim, em 1815 foi criado pela Irmandade de Misericórdia um leprosário no Tucunduba¹⁷.

¹⁶ O núcleo hospitalar da cidade, em razão do crescimento urbano e das políticas públicas higienistas, de aberturas de vias, estradas e quarteirões maiores, pavimentação de vias e praças, para a área de expansão da cidade, de afastamento de determinadas doenças do centro de Belém, configurou-se inicialmente, no que se chamou de Núcleo de Expansão. Nele, encontramos o Hospital dos Lázaros do Tucunduba, o Hospício de Alienados do Tucunduba, o Hospício dos Alienados e os Hospitais de Isolamento. Todos estes, associados e administrados pela Santa Casa de Misericórdia, a configurar um núcleo próprio, chamado Núcleo Santa Casa (CYBELLE, SALVADOR, MIRANDA ET AL, 2015).

¹⁷ O abandono dos escravos que contraíam lepra era prática comum entre os senhores escravistas do Grão-Pará. O artigo, Escravos no Purgatório: O Leprosário do Tucunduba (Pará, século XIX), analisa a experiência de pessoas recolhidas ao leprosário do Tucunduba, em Belém, no Pará, ao longo do século XIX (Hist., cienc., saúde, Manguinhos, vol.19, supl.1, Rio de Janeiro Dec. 2012). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702012000500009>

Em 1865, quando sob gestão do Dr. Francisco da Silva Castro, a Santa Casa de Misericórdia, constrói no Hospital Senhor Jesus dos Pobres Enfermos, mais duas enfermarias para receber exclusivamente alienados, equipadas para também receber pacientes apresentando comportamento violento (LOUREIRO, 1995, p.14). Contudo, em geral, nos casos de maior agitação ou mais perigosos, os pacientes eram enviados para aos asilos no Tucunduba, que contavam com enfermarias para atendimento de alienados violentos.

Conhecido como Asilo ou Hospício de Alienados do Tucunduba, este estabelecimento foi inaugurado oficialmente em 1873, nas proximidades do Lazareto, também administrado pela Santa Casa. No entanto, as condições de higiene e tratamento eram inadequadas e as instalações no local, precárias, sendo desativado em 1901 (CYBELLE ET AL., 2015). Alvo de várias críticas contra os maus tratos ocorridos aos pacientes internos, sem contar com o auxílio de equipes médicas no local, esses tipos de unidades asilares conhecidas como colônias, existiram ainda por mais de trinta anos.

Colônias de alienados. Instituições psiquiátricas que se baseavam no princípio de que o trabalho seria uma forma eficaz de tratamento moral da alienação mental, uma vez que disciplinaria os indivíduos que, por conta da natureza de suas enfermidades, tinham as mentes desregradas. De qualquer modo, tal princípio expressa uma prática de segregação de sujeitos identificados como loucos. No início do séc. XX, falava-se até mesmo em cidades destinadas somente para alienados: as cidades manicômios (AMARANTE, 2012, p. 545).

Através de legislação específica, a Lei n.1.239 de 13 nov. 1886 e Lei n.1.314, de 1 dez. 1887, foi autorizada a construção de novo hospício na Cidade de Belém. A diretoria da Santa Casa de Misericórdia optou por terreno no bairro do Marco da Légua, destinado comumente ao lazer dos habitantes da cidade, na Avenida Tito Franco, atual Avenida Almirante Barroso (CYBELLE ET AL., 2015). Este espaço destinar-se-ia aos enfermos mentais, em ambiente calmo e arborizado, o qual chamou-se como Hospital do Marco da Légua.

Em 27 de agosto de 1892, já há dez anos na era republicana, foi inaugurado o referido Hospital dos Alienados do Marco da Légua, que se tornou conhecido como *'Hospício do Marco da Légua'*. O hospital distanciava-se por seis quilômetros do centro da Cidade, motivo pelo qual a instituição contava com transporte específico, um bonde, conhecido pelos moradores na época, como *'Bonde dos Loucos'* (LOUREIRO, 1995, p.24). O bonde, com o passar do tempo, além de ser utilizado pelo hospital, passou a transportar também os moradores da região. Era construído todo em ferro, com muitas grades nas janelas e portas, o que assustava quando passava pelas ruas da cidade.

Em 1903, o hospital, até então administrado pela diretoria da Santa Casa, passou para a gestão do Estado, em razão de reforma nos serviços de higiene estaduais (Relatório..., 1907, p.57). Vale destaque a figura do urbanista e interventor Antonio Lemos. Contudo, ainda por muitos anos os serviços de enfermagem prestados no manicômio estiveram sob as ordens das religiosas Filhas de Santana, mesma congregação que atendia no Hospital da Santa Casa, no bairro do Umarizal (Apud, CYBELLE ET AL., 2015, p.536).

Em 1937 assumiu interinamente a direção do Hospício dos Alienados, o Dr. Aluizio da Fonseca. Data deste mesmo ano a morte do médico psiquiatra Dr. Juliano Moreira, e a modificação do nome da instituição situada no Marco da Légua para Hospital Juliano Moreira (HJM)

(LOUREIRO, 1992). Como explica Paulo Amarante (2014), a modificação da nomenclatura foi uma homenagem ao ilustre médico, seguindo o movimento iniciado em varias instituições hospitalares no país, relacionado à reforma na nomenclatura, de hospício para hospital, como instituições destinadas agora mais a saúde e menos ao cárcere. Contudo, o autor afirma ainda, que o modelo asilar dominou definitivamente a assistência psiquiátrica no país nas décadas de 1940 e 1950. Nestes cenários, consta que, 97% de todos os recursos financeiros destinados à psiquiatria no Brasil eram consumidos exclusivamente no pagamento de custos das internações em hospitais privados.

Em 1952 é construído um novo pavilhão anexo ao prédio, destinado ao atendimento de pacientes do sexo feminino ou crianças e adolescentes. Durante a década de 60, expande-se o atendimento do HJM para outros dispositivos¹⁸ assistenciais. Há ainda, implantação de serviço de acolhimento aos familiares dos pacientes e atendimento à população em ambulatórios de psiquiatria. Inaugura-se um novo complexo em 1966, o Hospital Aluisio da Fonseca, que neste primeiro momento é destinado aos funcionários do Governo do Pará. (MONTEIRO E FEITOSA, 2000).

O Hospital Aluisio da Fonseca começou a ser construído em 1960 com o objetivo de tornar-se um pronto-socorro para neurocirurgia. Foram interrompidas as obras em 1964, sendo logo retomadas, porém com outra finalidade: Hospital de Psiquiatria Infante Juvenil. Concluído em 1968, passou a ser uma unidade anexa ao Hospital Juliano Moreira (MONTEIRO E FEITOSA, 2000, p.55).

No governo militar iniciado em 1964, assume a direção do HJM o Dr. Dorvalino Braga, quem institui a terapia ocupacional e assistência social como parte integrante da rotina na instituição, chegando a promover exposições abertas ao público em datas comemorativas (LOUREIRO, 1995). Norteados pelas novas tecnologias de assistência em saúde mental o HJM saiu da década de 1970 ampliando o segmento de intervenção, associado ao início do contexto de redemocratização no país e ao resgate à cidadania da pessoa acometida de doença mental no Brasil. Desse mesmo período data o começo da inserção dos profissionais da equipe multiprofissional na Instituição, dentre eles, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

O HJM em 1978 recebeu pela primeira vez estagiários graduandos em psicologia, que atuavam como praxiterapeutas, sob orientação de uma psiquiatra, numa época em que as atividades eram desenvolvidas para ocupar os pacientes, ou seja, ocupação pela ocupação. No momento, já haviam alguns profissionais de terapia ocupacional e assistência social trabalhando no local, mas em número pequeno se comparado a médicos e enfermeiros (MONTEIRO E FEITOSA, 2000, p.56).

As transformações nas formas de tratamento associadas à visão médica hegemônica da época sobre a loucura, mantiveram o caráter segregacionista da Instituição até meados de 1980. Mesmo com a introdução de atividades de praxiterapia e ambulatórios de saúde mental, "(...) *pintura, a escultura em argila, em gesso e em madeira, as festas dançantes*" (LOUREIRO, 1995, p.25), pode-

¹⁸ Dispositivo é um conceito utilizado por Michel Foucault (1976) para designar as formas como poder se exerce e efetiva-se nas relações cotidianas, compreendido dentro da analítica do poder, característica da segunda fase do pensamento deste autor. Onde, o poder disciplinar se efetiva, em diversos dispositivos, como as formas de exercício de práticas de disciplinamento (escolas, hospitais e fábricas), na busca pelo adestramento e controle dos corpos dos indivíduos, o objetivo central destas intervenções, relativas ao conceito de biopoder, como organismo biológico dos indivíduos, visto nas ordens dos micropoderes nas comunidades e sociedades (FOUCAULT, 2016).

se afirmar que foi um lento processo de des-hospitalização ocorrido durante os anos de 1980. A estrutura do prédio do HJM foi em parte destruída por um incêndio em 1982. Mais tarde em 1984, o prédio foi desativado e demolido por ordem dos poderes públicos do Estado do Pará.

Os internos com possibilidade de vínculos familiares e sociais foram encaminhados para receber tratamento no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, e depois seguiriam para suas residências e famílias. Os remanescentes sem referências, foram transferido para o CIASPA (Centro Integrado de Assistência Psiquiátrica do Pará) em Ananindeua, hoje já desativado.

Ao início da década de 1980, surge a Política Nacional de Saúde Mental, fortalecendo a proposta de modificação no modelo de saúde adotado até então, principalmente, no tocante ao esvaziamento e progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos. Na construção de uma rede ambulatorial de atendimento à saúde mental, onde os pacientes dariam continuidade ao tratamento pós alta hospícial (AMARANTE, 2014), começa a construção de emergências psiquiátricas em hospitais gerais, modelo que pretende materializar os anseios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ao adotar novas perspectivas comunitárias de assistência em saúde mental, dessa forma, contrárias ao sistema asilar hegemônico em instituições psiquiátricas.

Nesse sentido, o projeto arquitetônico do Hospital de Clínicas em Belém, surge como um estabelecimento de alternativa, voltado à área de atendimento em urgência e emergência em clínica psiquiátrica. Autorizado em 1982, a primeira fase de construção começou em 1985, com recursos em conjunto do Estado do Pará e do Ministério da Saúde do Brasil.

A área escolhida para a construção do hospital era ocupada pelo Centro Comunitário Brigadeiro Eduardo Gomes, localizado na Travessa Alferes Costa. O Hospital foi batizado com o nome de Hospital de Clínicas Gaspar Vianna em homenagem ao grande médico e cientista paraense (GASPAR VIANNA, 2016).

Em 1987, foram inaugurados a Clínica Psiquiátrica, o Bloco de Acesso e Serviços Externos, parte do Estacionamento e o Bloco de Serviços Gerais, mas somente em 1989 os leitos foram disponibilizados para a população. Em 1991 foram inaugurados o Ambulatório de Especialidades e parte da Administração, todos voltados ainda à Clínica Psiquiátrica. A Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV) foi concluída em 2001, quando passou a atuar como referência Estadual em Psiquiatria, Cardiologia e Nefrologia com excelência e humanismo, oferecendo consultas e internações em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica e Clínica Ginecológica e Obstétrica (GASPAR VIANNA, 2016).

2. REDES DE SAÚDE: Estruturas normativas

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MENTAL

Por mais de quatro séculos no Brasil, as políticas públicas de atenção à saúde mental estiveram voltadas à internação prolongada em hospitais psiquiátricos, assim configurando-se, enquanto modelo baseado na exclusão e de sucessivas violações aos direitos humanos das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais (BRASIL, 2011). Desde então, o país vem progressivamente, buscando estruturar novas formas de garantia da construção de redes de assistência, estas não mais voltadas ao isolamento, mas ao contrario, que buscam trabalhar com serviços e profissionais, para terapêutica de melhor convívio das pessoas em sociedade.

Observamos que, com o início da década de 1990, foram criadas novas propostas de um modelo de política pública para o campo da saúde mental no Brasil. Assim, o modelo foi sendo construído, norteado pelo interesse na modificação do cenário de hospitais psiquiátricos da época, principalmente, no tocante, ao esvaziamento e progressiva extinção dos locais de cárcere e abandono de pessoas indigentes, substituídos assim, na construção de uma rede de atendimento comunitário em saúde mental vinculada ao sistema público de saúde regular (AMARANTE, 2012).

Como uma das alternativas surgidas primeiramente, ambulatórios e emergências psiquiátricas em hospitais gerais foram reestruturados e construídos em larga escala durante a década de 1990, com o objetivo de atender as novas demandas da agenda pública, por serviços comunitários em saúde mental, vinculados também à rede básica de saúde no país (BARROS, 2010). Na verdade, a autora argumenta que dentro do debate de agenda pública de saúde mental, as práticas de intervenção psiquiátrica tradicionais precisaram passar por mudanças, visando alternativas de tratamento que evitassem permanência por longos períodos em internação, bem como, maior inserção de equipes de saúde multiprofissionais e dos familiares nos serviços de saúde.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) afirmar que, com a implantação de políticas públicas de saúde mental no SUS, os serviços de emergência foram radicalmente modificados a partir da inserção de novos dispositivos de trabalho em redes, tecnologias, profissionais e ações, ressaltando as mudanças no modelo de organização do processo de trabalho na assistência de saúde mental, nos diferentes estabelecimentos de saúde pelo país.

Contudo, Paulo Amarante (2012) também pondera que, a concepção de rede de atenção à saúde mental do Ministério da Saúde, reflete uma visão ainda muito restrita aos recursos e dispositivos sanitários, sem incorporar adequadamente a possibilidade de ativação de recursos intersetoriais e comunitários (AMARANTE, 2012, p. 356). O autor afirma que, esta perspectiva é também importante para o entendimento sobre a necessidade de articulação dos serviços de saúde com os recursos sociais do território, com a vida das pessoas no cotidiano das cidades e residências.

Dentro desse debate, é importante compreender também, que estes e outros serviços foram criados para atuar em conjuntos especializados, no encaminhamento dos casos de acordo com as necessidades de saúde das pessoas. Na busca não somente do atendimento momentâneo, mas organização de uma rede de acompanhamento especializado, conjunto de serviços, profissionais e intervenções à saúde mental, mais próxima do território onde vivem essas pessoas e suas famílias.

Como já foi dito anteriormente¹⁹, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), criada pelo Decreto Presidencial n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, configura-se como uma estratégia de organização de serviços/profissionais/ações para atender pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). Aqui, nos interessa mais compreender, como esta rede de serviços é estruturada para o acompanhamento dos usuários do SUS, assim destacamos seus componentes da RAPs:

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência; II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros; IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial; V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e VII - reabilitação psicossocial. (BRASIL, PORTARIA Nº 3.088, 23 DE DEZEMBRO DE 2011).

O modelo de cuidado psicossocial visa auxiliar a pessoa portadora de transtorno mental no desenvolvimento de estratégias de melhor convívio com a sociedade. O modelo pretende não apenas a criação de equipamentos extra-hospitalares, mas modificação nas relações entre os serviços, usuário e família, e entre estes e a comunidade. (AMARANTES, 2014). Trata-se de um conjunto de dispositivos técnicos de orientação aos serviços e profissionais, que organizam ações práticas e o processo de trabalho nos estabelecimentos de saúde mental pública do Brasil.

O modelo de cuidado psicossocial em saúde organiza-se através de serviços e profissionais atuando em conjunto de multiespecialidades, buscando abordagem aos diferentes aspectos e características do processo de adoecimento (BRASIL, RELATÓRIO PNASH de 2011). Dentro desse modelo de atenção comunitária especializado, está o desafio de encontrar soluções de tratamento, baseadas no desenvolvimento de formas de convívio com a loucura em sociedade, com garantia de direitos às pessoas, de cuidado em saúde psicossocial ao sofrimento mental.

¹⁹ Devo justificar que nesse momento o foco da pesquisa está em compreender o segmento hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, sem que com esse destaque, estejamos esquecendo a importância da implantação da saúde mental através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e dos demais dispositivos de Atenção Básica de Saúde. Nesse sentido consultar: Roberta Rodrigues (2013), Samea Quebra (2011) ou Magda Dimenstein (2005).

No tocante às principais intervenções para revisão no modelo assistencial, foi iniciado o debate que resultou no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), instituído pela portaria n. 251/GM, de 31 de janeiro de 2002. O PNASH foi um dispositivo de avaliação em saúde que contribuiu para redução dos leitos psiquiátricos ao estabelecer diretrizes e normas para a assistência psicossocial hospitalar em saúde mental.

Atualmente, no país todo, o número de leitos psiquiátricos é inferior a 50 mil. Neste processo de redução do número de leitos, merece destaque a atuação dos ministérios públicos estaduais que, a partir de ocorrências de óbitos e violências em hospitais psiquiátricos, tem impetrado medidas substanciais para reversão do modelo (BRASIL, RELATÓRIO PNASH de 2011, p.557).

O Programa teve o objetivo de classificar os hospitais psiquiátricos existentes, definindo primeiramente parâmetros mínimos de funcionamento, para em seguida, iniciar um processo de reestruturação destes em novos serviços, pensados para atender demanda junto à rede de serviços comunitários de saúde, respectivo aos parâmetros das urgências psiquiátricas no SUS.

O programa serviu como medidas de fechamento de instituições que não se adequassem reiteradamente ao funcionamento da atenção psicossocial em saúde no SUS. Evidenciou-se mais intensamente na região sul e sudeste do país, necessitando de pactuação federal, estadual e municipal, bem como, com o Ministério Público das referidas esferas. Atualmente o programa já foi extinto, mesmo havendo apresentado resultados interessantes na avaliação desses serviços que precisariam de continuidade e mais dados atualizados.

Os serviços passam a atuar dentro da lógica de atenção comunitária à saúde de usuários²⁰, não mais considerados como pacientes psiquiátricos que precisam ser tutelados e dirigidos em suas escolhas, mas que, precisam ser assistidos em suas demandas, visando a promoção de saúde, de potencializar as capacidades de autonomia dessas pessoas no convívio em sociedade.

Como divulgado, o movimento de desinstitucionalização propõe um novo modelo assistencial, tendo como prioridades a manutenção e a integração do paciente na comunidade. Nessa perspectiva, os Serviços de Emergências Psiquiátricas no Hospital Geral surgem como um dos pilares assistenciais deste contexto de atenção ao doente mental, providos de uma rede de atenção diversificada, descentralizada e integrada à rede de serviços de saúde (Sousa FSP, Silva CAF, Oliveira EN, 2010, p.797).

A Lei 10.216 de 2001, em seu Art. 4º, que dispõe sobre a assistência durante a internação²¹, determina que, a internação do paciente em Emergência Psiquiátrica ocorrerá somente após esgotarem-se outras formas de tratamento extra-hospitalar (BRASIL, 2001). Vale ressaltar também,

²⁰ O termo 'usuário' foi induzido pela legislação do SUS (lei n.8.080/90 e 8.142/90), às quais já me referi, no sentido de destacar o protagonismo do que anteriormente era apenas um 'paciente'. Significa um deslocamento no sentido do lugar social das pessoas em sofrimento psíquico. (AMARANTES, 2014, p. 84).

²¹ Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (Lei 10.216/2001).

que segundo esta Lei, todos serviços e profissionais que realizam atendimento de emergência psiquiátrica no SUS, têm objetivo de evitar a internação hospitalar prolongada destes usuários.

Art. 4º, § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (Lei 10.216/2001).

Segundo Barros (2010), tornou-se necessário adaptar o atendimento de urgência e emergência em psiquiatria para funcionar em hospitais gerais, juntamente com outras clínicas de especialidade médica, associado com a implantação de atendimento em conjunto entre enfermarias especializadas e serviços extra-hospitalares, para gerar a possibilidade de acompanhamento dos casos de forma ampliada, antes e após o cuidado especializado na alta e média complexidade.

Também fizeram parte dessas tentativas: a implantação de serviços de internação parcial, como os hospitais-dia; a instalação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; e a ampliação das funções dos serviços de emergências psiquiátricas (SEPs) para o manejo do paciente em crise (BARROS, 2010, p. 72).

A rede de atenção psicossocial, constituída por diferentes serviços capazes de sustentar uma proposta de assistência e cuidado adequados para as condições graves de sofrimento psíquico, é importante projeto de reforma de atenção ao dispositivo de intervenção, como mediador de um projeto terapêutico, como parte da clínica das psicoses ou quadros agudos de alteração psíquica no âmbito das políticas de saúde no SUS (FEITOSA, 2017). A autora fala que o movimento de Reforma implicou num questionamento amplo do lugar social ocupado pela loucura e do empreendimento de ações políticas visando transformação da prática asilar dominante, através da desconstrução do manicômio e convocação de mudanças de atitude, posturas profissionais, ideológicas e culturais, vigentes nas equipe multiprofissionais quanto ao atendimento à loucura.

Segundo Paulo Amarante (2014), cada serviço pode ser considerado tanto mais de base territorial no cuidado psicossocial, quanto mais desenvolver relações com os vários recursos existentes no âmbito de sua comunidade. Nesse sentido, relacionado ao princípio da integralidade no SUS, de estratégias que perpassem os vários setores sociais da Rede de Atenção Psicossocial, da saúde em geral, bem como, da sociedade como um todo, em sua relação com a loucura.

2.2 URGÊNCIA EM HOSPITAL GERAL

Antes de continuarmos, precisamos delimitar algumas diferenças importantes, para entendermos as formas de atendimento em rede de serviços no SUS, no tocante ao funcionamento do atendimento às urgências e emergências em saúde mental na atualidade da RAPs.

Segundo Jardins (2017), a urgência é uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata em saúde. Já as emergências seriam fruto da constatação técnica de condições de agravo à saúde, que implicam em

risco de morte, sofrimento intenso ou/e lesões irreparáveis. A diferença entre estas, advém da gravidade e possibilidade de espera para atendimento em saúde, da necessidade em ambos os casos, de uma otimização do tempo nos cuidados²² prestados pela equipe assistente.

A formação dos profissionais que atuarão na urgência e emergência vem carimbada por esse funcionamento. Além disso, a Rede de Urgência e Emergência (REUE) é, talvez, a rede mais medicalizada de todas e funciona com base em protocolos específicos para o atendimento das demandas nos serviços (JARDINS, 2017, p.66).

Assim, baseadas em estratégias mais resolutivas e imediatas às demandas apresentadas, as urgências buscam seguir uma proposta biomédica de intervenção, de restaurar o funcionamento do organismo (JARDINS, 2017). A autora esclarece que a demanda dos serviços de saúde é sempre voltada à resolução de um problema, que precisa ser resolvido imediatamente.

Nesse sentido, argumenta que nessa lógica, a crise precisa ser sempre contida, suprimida e debelada pela equipe. A Política Nacional de Atenção às Urgências tem como seu marco inicial a promulgação da Portaria GM 2048 de 05 de novembro de 2002, que dispõe sobre a criação e funcionamento dos serviços de urgência e emergência no país. Composta por sete portarias, vale destacar dentre estas atribuições mencionadas, algumas que nos ajudam a definir as competências técnicas dos serviços de urgência psiquiátrica em instituições hospitalares.

Urgências Psiquiátricas: são as que circunscrevem as psicoses, tentativas de suicídio, depressões, síndromes cerebrais orgânicas. Procedimentos: reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência na cena da ocorrência. Descrever ao médico regulador os sinais observados no paciente em atendimento. Reconhecer a necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas; adotar medidas no manejo dos pacientes agressivos, psicóticos e suicidas (BRASIL, 2006, p.168).

A Portaria GMS 1863/03, no seu Art. 2º §1º atesta que a Política Nacional de Atenção às Urgências deve ser organizada de forma que permita garantir atendimento segundo as prerrogativas do SUS, de universalidade, equidade e integralidade no atendimento aos usuários no âmbito das urgências em saúde mental. Da mesma maneira, adotando critérios de seleção com base em temas relacionados à emergência psiquiátrica, a Portaria GMS 1864/03 aponta que existem sete núcleos prioritários de produção da qualidade de vida e saúde: traumatismos não intencionais; violências e suicídios; urgências cardiovasculares; urgências ginecológicas e obstetrícias; urgências pediátricas; urgências psiquiátricas; urgências metabólicas; urgências respiratórias (BRASIL, 2006, Apud JARDINS, 2017). Esses foram alguns parâmetros para se afirmar que o atendimento às urgências psiquiátricas também é de responsabilidade da REUE.

Nesse contexto, pensamos as Emergências Psiquiátricas em Hospitais Gerais como estratégias de suporte psicossocial em saúde mental, que surgem enquanto medidas de fortalecimento da necessidade de triagem na internação em quadros agudos de crise, bem como, acompanhamento do momento de alta hospitalar de usuários, ou ainda, atuar preventivamente no

²² Etapas previstas de um determinado caso, desde a identificação até a finalização do procedimento realizado na urgência/emergência (PROTOCOLOS DA UNIDADE DE EMERGENCIA, MS, BRASIL, 2002).

início do cuidado ambulatorial de novos casos (BRASIL, 1992). A partir desse entendimento, fica claro que a REUE, além de fazer parte das RAPs, também é responsável por outros tipos de atendimento de urgência e emergência, mas que, estas redes estão associadas ao atendimento integral de necessidade dos usuários e seus familiares, quando em sofrimentos mentais.

As EPHG estão relacionadas com situações de graves conflitos emocionais vivenciados em meio a crise nas psicoses, em geral, no momento em que estas, estão ligadas a riscos de morte eminente ou a graves prejuízos biopsicossociais aos envolvidos. Embora buscando uma nova abordagem no cuidado em saúde, as práticas de cuidado neste segmento da saúde mental, estão ainda bastante associadas com aspectos dos conhecimentos da psiquiatria, naquilo que esta agrupa de saberes e classificações sobre os principais tipos de transtornos mentais atendidos neste espaço. Assim é interessante ponderamos este viés com base nos autores a seguir.

As psicoses esquizofrênicas, os transtornos delirantes persistentes, os chamados transtornos do humor, dependências à substâncias psicoativas, as síndromes associadas ao stress, e aos transtornos de personalidade, com base nas classificações americanas (DSM) (ROCHA & TENÓRIO, 2009, p.3).

O atendimento ao paciente no auge de uma crise aguda nas emergências pretende considerar os casos de pessoas assoladas por alucinações, submergidas em delírios e ameaçadas pela alteridade diante de uma perspectiva de si que é geradora de sofrimento intenso (FEITOSA, 2017). Nesse sentido, porém, no foco sobre o manifestado por atitudes e comportamentos, estes, característicos de distúrbios ou transtornos mentais. Cristiane Barros (2010) fala de situações comuns em EPs.

Emergências psiquiátricas podem ser caracterizadas como uma condição em que há um distúrbio de pensamento, emoções ou comportamento, na qual um atendimento se faz necessário imediatamente, objetivando evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do indivíduo ou eliminar possíveis riscos à sua vida ou à de outros. Fazem parte dessa clientela tanto indivíduos que possuem história de um transtorno psiquiátrico crônico, que se apresentam num momento de recaída, como pacientes sem história psiquiátrica pregressa, apresentando uma crise aguda. (BARROS, 2010, p.72).

A portaria SAS/MS nº 189/91 iniciou o processo de normatizar a sistemática para as internações em instituições de tratamento em psiquiatria no Brasil, inserindo-as nos critérios de assistência à saúde no SUS. A portaria determina que o usuário, ao chegar ao serviço de Emergência Psiquiátrica deve ser atendido por uma equipe multiprofissional, composta de médicos psiquiatras e clínicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educador físico, enfermeiros e técnicos de enfermagem, com admissão de internação sob responsabilidade formal do profissional da categoria médica (BRASIL, 1991).

Nesta nova conjuntura, os serviços de EP teriam como objetivo um atendimento rápido e ágil, buscando caracterizar aspectos diagnósticos, relativos à etiologias e necessidades psicossociais do quadro apresentado, viabilizando seu tratamento em curto prazo e definindo o tipo de tratamento no qual o paciente seria mais bem cuidado em médio e longo prazos (BARROS, 2010). Com destaque apontado pela autora, para a necessidade de constante comunicação entre os profissionais, bem como, com os demais dispositivos da rede intersetorial para determinar este diagnóstico

diferenciado, ou seja, para além de instituições do setor de saúde, com a sociedade em geral, na assistência à urgência em saúde mental, no contato com comunidade e familiares desses sujeitos, territórios e redes de cuidado em saúde.

A portaria SAS/MS nº 224/92 normatizou o funcionamento dos serviços assistenciais de cuidado em saúde mental no Brasil. Determina que urgência e emergência psiquiátrica em pronto-socorros e hospitais gerais, funcionem diariamente durante 24 horas e contem com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, podendo neste último caso, o atendimento ser estendido mediante solicitação da equipe assistente do serviço (BRASIL, 1992).

Assim, como forma de nos explicar mais da importância da portaria 224/92, Barros (2010) afirmar que o surgimento de unidades de emergências psiquiátrica em hospitais gerais, assim como a inserção da saúde mental no segmento de atenção básica de saúde, ou ainda, o modelo de cuidado psicossocial, fortaleceram uma maior necessidade de aproximação da saúde mental com as outras especialidades de saúde em geral, determinando um cuidado mais integral aos usuários no SUS.

SEPs ligados a hospitais gerais incorporam esta proposta de tratamento mais amplo, mantendo um direcionamento baseado em evidências para os cuidados de saúde, pois avaliam e buscam o manejo de comorbidades clínicas, além dos transtornos psiquiátricos primários. SEPs em hospitais gerais são os serviços de escolha para o encaminhamento de casos que necessitem de um melhor suporte clínico e cirúrgico, como síndromes de abstinência alcoólica, tentativas de suicídios, estados confusionais agudos, além de pacientes psiquiátricos acometidos por doenças clínicas e cirúrgicas que necessitem de retaguarda de unidades de tratamento semi-intensivo ou intensivo (p.74).

As portarias de n.189/91 e n. 224/92, ajudaram no estabelecimento e regulamentação dos novos procedimentos em atenção psiquiátrica na rede de atenção psicossocial. Além de regular as consultas ambulatoriais e as internações psiquiátricas, passaram a tornar possível o atendimento em serviços de atenção psicossocial fora dos hospitais, como nos Naps/Caps, ou ainda, em novos modelos hospitalares, como o Hospital-Dia e oficinas terapêuticas implantadas.

Quando nos contrapomos à lógica manicomial nos estabelecimentos de saúde, estamos optando por outro modelo de assistência, voltado não mais a perspectiva de intervir apenas com a função de internação, mas principalmente, pela preocupação em conseguir acolher o sujeito em seu sofrimento e dar encaminhamento no sentido de solucionar as demandas do momento.

A internação psiquiátrica na atualidade, convida-nos ao debate sobre o lugar da saúde na clínica das psicoses, do cuidado em saúde aos sofrimento ou transtorno mental. Cabe esclarecer neste cenário, que o debate sobre a crise é controverso entre os autores. Optamos assim, por nesta pesquisa, compreendermos que, o momento da crise é entendido dentro de um contexto e processo social de vida desses sujeitos, que durante um período, pode demandar uma intervenção clínica em saúde aos profissionais de um serviço de assistência (AMARANTE, 2014).

O termo como índice de autonomia não caberia às práticas psicossociais, posto que o cuidado é coletivo e busca não readaptação social, mas a transformação capaz de garantir diversos modos de existência. No contexto de atenção psicossocial o usuário perde seu lugar de sujeito passivo, sendo convocado a participar de sua assistência, é dessa forma

que se torna produtor. É um processo articulado de práticas (sustentado por uma trama de conceitos), que não se deteria até que a pessoa acometida por problemas mentais, pudesse sedimentar uma relação mais autônoma com a instituição (GOLDBERG, 2001, p.34).

Contudo, percebeu-se na literatura, que uma prática comum e recorrente no processo de trabalho no atendimento à crise, é o uso da contenção física e química pelos profissionais. A imobilização seria o fim do problema, ou de um comportamento de agressividade manifestado. Paes, Maftum e Mantovani (2010) perceberam em seu estudo a dificuldade da equipe de enfermagem em realizar cuidados específicos na área psíquica. O que detectaram no estudo realizado, é que o atendimento em saúde mental é fracionado nos serviços de EP. Notaram ênfase somente à queixa psíquica dos quadros, em prejuízos, do atendimento às necessidades físicas também apresentadas.

Nesse sentido, a Portaria de n. 336, acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria n. 224 para a área ambulatorial de atendimento, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção psicossocial, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais para os CAPs, direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas, infância e adolescência. Criam, ainda, mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais e estaduais, porém mais relacionados para a rede de CAPs..

A agilidade no manejo é necessário para o adequado funcionamento de um serviço de emergência e urgência em saúde, o que por vezes limita o tempo do atendimento multiprofissional, evidenciado tanto no que se refere ao tratamento, quanto as origens de formação dos profissionais de saúde, que em geral, atuam nesses serviços (BARROS, 2010). Para o sujeito atormentado, o atendimento em EP poderá funcionar como um recolhimento e suporte contra a invasão alucinatória e/ou delirante dos sintomas manifestados, visto como um lugar muito importante na intervenção aos quadros de crise na psicose. A autora afirma que, quando trabalhamos com alterações psicóticas em sua fase aguda, é preciso considerar as dificuldades de frequentar o laço social enfrentado pelos usuários em meio a crise. Em geral, estas problemáticas são relacionadas aos momentos de intenso sofrimento dos sujeitos atendidos nas EPs.

Nesse sentido, na medida em que lidamos com a assistência em saúde aos casos de psicóticos, temos de estar cientes da função de tal intervenção para cada uma destas pessoas, pois, diferente do passado, quando a clínica não tinha lugar e a função da intervenção era basicamente excluir o sujeito do seu âmbito social, hoje percebemos que este dispositivo e suas atribuições concernem em auxiliar o sujeito em situação de crise (FEITOSA, 2017). Este argumento, ajuda-nos a pensar a clínica como envolvida em um tipo de responsabilidade social dos profissionais de saúde, e toda sociedade, com o desenvolvimento de cuidados integrais aos pacientes ou usuários junto à emergências da crise nos sofrimentos mentais.

A internação psiquiátrica, nesse momento, propõe a convergência entre o social e a dimensão subjetiva para, exatamente, pensar um lugar social para loucura, uma vez que a clínica é intrínseca

ao laços do sujeitos com as comunidades e territórios. É somente a partir da clínica que a responsabilidade social da internação pode advir (FEITOSA, 2017). A proposta de internação deve basear-se no fazer em equipe multiprofissional, cabendo à internação posicionar-se como um serviço organizado por uma multiplicidade de saberes técnicos e culturais.

Compete ao técnico com seu referencial profissional, mas voltado para um mesmo objetivo, acolher o singular, acolhimento este que, considera a dimensão particular de cada sujeito internado, comprometendo-se em não somente valorizar sua singularidade na escuta, mas também sustentar intervenções clínicas a partir daquilo que o próprio usuário produz e escolhe para sua vida.

Sendo um formato de clínica em saúde, precisamente orientada pelo trabalho em equipes multiprofissionais, a internação em emergências de saúde mental, enquanto instituição de tratamento, deve estabelecer ferramentas que possam não somente interrogar suas intervenções, mas também reorientá-las em prol da clínica do sujeito. As palavras ditas, os gestos esboçados, os interesses despertados, precisam ser acolhidos. Pensar não somente em relação aos motivos que acarretaram a internação, mas também sobre aqueles que sustentam sua duração e reincidências (FEITOSA, 2017). O objetivo do atendimento em equipe deve ser exatamente o de compartilhar elementos que cada membro pode recolher ao escutar o paciente. São as falas do sujeito e o que ele constrói os balizadores capazes de nos mostrar o caminho a seguir.

Se não houver uma escuta qualificada, um comprometimento, além da real preocupação com o que acarretou a situação de crise, o profissional não consegue a confiança do paciente e cria um bloqueio que impede um atendimento eficaz. Com isso, o indivíduo precisa ser compreendido e acolhido dentro do serviço de saúde, recebendo um atendimento que supra suas necessidades mais específicas (PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010). Quando existe um pré-conceito, são criadas barreiras no atendimento e o vínculo essencial ao atendimento dificilmente será criado.

De acordo com alguns estudos selecionados realizados com dependentes químicos notou-se alta prevalência de transtornos mentais entre os usuários de drogas e álcool nas EPs (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010). Segundo o mesmo estudo, somente nas últimas duas décadas a dependência química passou a ser compreendida como um sério problema de saúde, que afeta o cérebro. Transtornos mentais não foram considerados como foco do estudo produzido pela pesquisa supracitada, neste sentido, tentativa de suicídio e outros diagnósticos não foram inseridos como parte dos casos de sofrimento e transtornos atendidos pelas equipes no setor pesquisado.

3. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

Dentro do propósito de investigação sobre processo de trabalho na assistência em um estabelecimento de saúde, estabelecer uma conceituação do que é produzir saúde, tornou-se fundamental ao projeto de pesquisa desenvolvido. Tal como Emerson Mehry (2002) propõe, o ato de produzir saúde é determinado pela finalidade de intervenção, pela organização das ações para maximizar objetivos, de produzir formas dinâmicas de atender demandas de pessoas e coletivos.

Nesse ínterim, produzir saúde é atender interesses e necessidades. Cabe dizer ainda, que o processo produtivo em um serviço de saúde, revela-se dentro dessa lógica de atendimento, de formas práticas de auxiliar sujeitos e desejos, relativos as intervenções técnicas, desenvolvidas no cotidiano das instituições pelos profissionais de saúde, associados aos conhecimentos estruturantes do modelo de produção reflexivo e acumulativo das políticas públicas de saúde (MEHRY, 2013). O entendimento das práticas de cuidado como campos de intensas lutas pela modelagem tecnológico-assistencial dos serviços de saúde, que tem como centro, a disputa do controle e legitimação de Saber e Poder no âmbito das micropolíticas das práticas de cuidado.

O modelo de atenção psicossocial tem como proposta a produção de saúde mental por meio de transformação da realidade nos serviços de saúde, articulando a clínica e o cuidado junto às pessoas em sofrimento mental. (AMARANTE, 2014). Assim, no modelo psicossocial de atenção à saúde, compreende-se os sujeitos como desejantes, sendo o desejo, em certa radicalidade, aplicado ao ideal de cuidado e processo de assistência na clínica em saúde das equipes.

Paulo Amarantes (2012), explica que o cuidado psicossocial em saúde mental é produzido por meio de relações entre profissionais e usuários. O que visa atuar, de modo a designar uma maneira de trabalhar na clínica em saúde mental, para que o meio esteja mais disponível para acolher a situação de vida dos sujeitos. Os serviços e profissionais das redes de atenção psicossocial devem estruturar-se para possibilitar que todos os envolvidos nos conflitos sejam ouvidos, expressando suas dificuldades e necessidades, criando estratégias de protagonismo e autonomia.

Deve se levar em conta, no processo de atenção psicossocial, o contexto da assistência, a família, os amigos e a rede social. *"Há uma ênfase que a vida acontece na cidade, com seus ruídos, seus coletivos, seus perigos e alegrias e é nessa cidade que a loucura precisa ser possível"* (MARTINS, 2017, p.56). Das intercessões entre a produção de saúde e a realidade concreta dos acontecimentos na vida dos sujeitos, como vamos discutir mais a seguir.

3.1. PRODUÇÃO DE SAÚDE

No campo da saúde, o objeto não é a cura de doenças, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderá ser atingida a saúde proposta ou os objetivos que

se quer atingir (MEHRY, 2002). Dentro destes entendimentos, produzir saúde, implica essencialmente em construir a organização das atividades nos estabelecimentos de saúde, de modo que se torne possível por meio do trabalho, ser realizado o objeto da ação: atender as demandas de saúde das pessoas de uma comunidade/coletividade.

Dessa maneira, passamos a ver trabalho como relativo ao ideal de produção de coisas²³, não necessariamente objetos físicos, pois podem ser processos e atividades, ações ou atos. O significa aceitar que todo trabalho é uma ação intencional, que visa um produto como resultado dessa organização (MEHRY, 2002). Como o autor na citação a seguir, nos ajuda a entender melhor sobre os papéis dos profissionais de saúde neste campo de produção do trabalho no cuidado.

O conjunto dos trabalhos em saúde produz um produto, os atos de saúde, e que estes são considerados como capazes de intervir no mundo do que é denominado de problema de saúde, provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade do usuário final (MEHRY, 2013, p.71).

O autor explica que o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica de trabalho mecanizado, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas, configuram-se em um processos de intervenção em ato, operando com tecnologias de relações interpessoais, de encontros entre subjetividades (FEUERWERKER; CECILIO, 2007). O que Mehry (2002) diz, segundo os autores nos fazem entender em suas análises, é que, o trabalho em saúde comporta atribuir existência de um grau de liberdade significativo aos profissionais, nas escolhas dos modos de realizar suas intervenções na assistência, dentro de seus processos no cuidado em saúde.

As formas de atenção à saúde envolvem sempre o encontro intersubjetivo entre profissionais e usuários e a utilização de diferentes tipos de tecnologias (tecnologias duras – os equipamentos e os medicamentos; tecnologias leveduras – os saberes científicos da clínica e da epidemiologia; tecnologias leves – as tecnologias relacionais por meio das quais se produz o cuidado: escuta, vínculo, responsabilização, singularização entre outras) (MEHRY; FRANCO, 2013, p.78).

Ainda com base no trabalho de Emerson Mehry & Franco (2013), defende-se que o processo de trabalho é coproduzido no cotidiano dos profissionais de um serviço, isto é *"no agir cotidiano de cada trabalhador de saúde, nas relações que estabelece com os outro trabalhadores, com os usuários e com o arsenal tecnológico do qual utiliza"* (p.123), onde há um lugar específico para cada um na linha de produção do cuidado, do processo de trabalho na assistência à saúde, visualizado no modo de concretizar o modelo tecnoassistencial instituinte nos serviços de saúde. Os autores explicam a seguir, o trabalho na saúde como tecnologias de produção do cuidado em ato.

Quanto às tecnologias do trabalho em saúde, podemos classificá-las de três tipos, sempre associados aos processos de produção dos atos em saúde: aquelas que estão representadas pelas máquinas e instrumentos, que denominamos de tecnologias duras; que se inscrevem no conhecimento técnico estruturado, e que chamamos de tecnologias

²³ Partindo de uma análise dos conceitos marxianos de produção do trabalho, pensados em conexão com a questão do trabalho vivo e da subjetividade, o autor tenta estabelecer definição sobre as formas de cuidado em saúde na defesa incondicional da vida, tomando como cerne do problema, as atividades de trabalho nos serviços de saúde, o que variaria segundo as configurações histórico-econômicas de produção de políticas públicas e da mudança na clínica dos profissionais de saúde (MEHRY, 2002).

leve-duras e aquelas que só existem no ato produtivo relacional entre trabalhador e usuário, representada pelas tecnologias leves (MEHRY; FRANCO, 2013, p.116).

Contudo, em uma visão crítica sobre esta afirmação na ênfase objetiva ou subjetiva da relação de cuidado em saúde, Laura Feuerwerker e Luís Cecílio (2007), propõem que o processo de institucionalização das práticas de saúde nos hospitais, levou a uma crescente especialização das técnicas e a maciça incorporação de tecnologias duras na clínica dos profissionais de saúde desses estabelecimentos. Segundo o pensamento dos autores, isto resulta em um crescente predomínio de tecnologias duras e leve-duras no trabalho dos profissionais de saúde hospitalar e a um empobrecimento dos aspectos intersubjetivos da relação de cuidado local.

Nesse sentido, alinhado ao pensamento sobre o trabalho dos profissionais nas urgências, os autores falam também sobre o cuidado no processo de trabalho em saúde nos hospitais, afirmando que este, em geral, costuma ser realizado por meio das diferentes tecnologias, conjunto de intervenções, com padrões rígidos de controle das equipes de saúde sobre as rotinas do paciente. Como explicam a seguir sobre o tema:

Dentro do hospital, atenção depende da conjugação do trabalho dos profissionais. Ou seja, o cuidado é produto de um grande número de pequenos cuidados parciais, que vão se complementando, explícita ou implicitamente, a partir da interação entre os cuidadores que o operam (FEUERWERKER & CECILIO, 2007, p.34).

Segundo a proposta dos autores, a dimensão cuidadora na prática dos profissionais de saúde hospitalar aparece pela busca da integralidade²⁴ na atenção à saúde, como desafio colocado para a organização de tecnologias de cuidado no interior das instituições hospitalares, visando atuar para implementar as diferentes práticas inter-relacionais entre os profissionais e serviços ampliados, inseridos na redes de atendimento territorial das comunidades.

Creio que poder pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, que consigam combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas dos resultados, cura, promoção e proteção, é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde (MEHRY, 2002, p.67).

O processo de trabalho em saúde se estrutura para a produção de conhecimentos relativos ao grau de autonomia do sujeito levar sua vida. As demandas dos profissionais nos serviços hospitalares estão também em constante processo de redefinição, tais como os hospitais em busca por maior qualidade, integralidade, eficiência nas ações de assistência (FEUERWERKER & CECILIO, 2007). Esse elementos são apontados pelos autores como parte da clínica em saúde dos profissionais junto aos usuários, que nesse sentido, passam a ser protagonistas das decisões que envolvem seus processos de adoecimentos e cuidado em saúde nos hospitais.

Todos os processos de produção da saúde vivem algumas tensões básicas e próprias dos atos produtivos em saúde, e que estão presentes no interior de qualquer modelo predominante (MEHRY,

²⁴ Segundo Mehry e Cecílio (2003), a integralidade da atenção hospitalar pode ser compreendida a partir de dois ângulos: a integralidade na estrutura de atendimento no ambiente hospitalar, bem como, a integralidade tendo como referência a articulação do hospital com os demais equipamentos de saúde.

2002). Neste debates sobre o funcionamento do processo de trabalho, os autores entendem que a prática dos trabalhadores pode contribuir para maior ou menor integralidade à atenção em saúde, relativa a uma complexa trama de atos e escolhas, procedimentos, rotinas, saberes em processo de complementaridade e disputa constante, que compõem a micropolítica do atendimento nas equipes, obedecendo à lógica de produção de cuidado.

A integralidade da atenção hospitalar pode ser compreendida a partir de dois ângulos: integralidade da atenção olhada no hospital, que é a integralidade tendo como referência o atendimento hospitalar em si, e a partir do hospital, que é a integralidade tendo como referência a articulação do hospital com demais equipamentos de saúde (FEUERWERKER & CECILIO, 2007, p.35).

A complexidade que envolve o processo de instituição de um modelo de cuidado integral, o qual possibilite uma forma de intervenção à saúde, principalmente no que está relacionado ao campo técnico da clínica em saúde mental, se dirige à uma iminente necessidade de desinterditar a produção do desejo nos sujeitos, e, ao mesmo tempo gerar redes inclusivas, na produção de novos sentidos para o viver no âmbito social das pessoas. (MERHY, 2013). De buscar uma forma de estruturar intervenções técnicas em saúde, como geradoras de novas possibilidades de compreender o sofrimento humano, dentro do objetivo da inclusão e cidadania dos sujeitos em sociedade, fundados na capacidade e autonomia, de como construir uma existências na sociedade.

Há necessidade de destaque apontado pelo autor, para o empreendimento dos usuários como protagonistas das escolhas em seu processo de adoecimento e cuidado às doenças. É preciso considerar saúde como resultado de processos de trabalho dos profissionais, de políticas públicas de assistência, mas também, de relações humanas, parte das desigualdades e das formas de se relacionar com as pessoas e consigo mesmo, no atendimento às demandas e estratégias surgidas para melhor convívio, com vistas a existência que vale à pena ser vivida. (MEHRY, 2013),

Imaginemos, em primeiro lugar, que o conjunto dos trabalhos em saúde produz um produto, os atos de saúde, e que estes são considerados como capazes de intervir no mundo do que é denominado de ‘problema de saúde’, provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito, do usuário final. Supomos que este processo permita a produção da saúde, o que não é necessariamente verdadeiro, pois nem sempre este processo produtivo impacta ganhos dos graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida, que é o que entendemos como saúde em última instância (MEHRY, 2002, p.56).

Esse processo de trabalho em um serviço de assistência à saúde objetiva o atendimento a determinada necessidade das pessoas de um coletivo, num mundo próprio, complexo, diverso, criativo, dinâmico, onde cotidianamente os usuários se apresentam portadores de algum problema de saúde e buscam resolvê-lo junto aos trabalhadores dos serviços de assistência. Contudo, em uma visão contemporânea sobre o processo de trabalho em saúde, nem tudo o que o caracteriza está em uma dimensão abstrata, e não há uma linha de determinações obrigatórias entre uma de suas dimensões sobre as outras (MEHRY & FRANCO, 2013).

Segundo o T. Franco e E. Mehry (2013), o momento de trabalho em saúde é simultaneamente momento de encontro entre trabalhador e usuário, permeado pelo sofrimento, pelos

saberes das profissões da saúde, pelas experiências de vida prática dessas pessoas envolvidas, pelas práticas assistenciais e pela subjetividade de trabalhadores e usuários, enfim, para resumir, um mundo complexo visualizado na prática cotidiana, envolvendo sobretudo, a produção do cuidado em saúde nos serviços de assistência e nas formas de clínica dos profissionais.

Ao executar seu processo de trabalho de cuidado em saúde, os profissionais obedecem a uma disposição física na lógica de produção, disciplinadamente organizada para gerar consumo de bens e serviços, onde certos processos e produtos são realizados em diferentes momentos. Os autores esclarecem neste pensamento, que o processo de trabalho apresenta o paradoxo entre a estrutura e o funcionamento da dinâmica de produção do cuidado em um dispositivo de assistência à saúde. Falar de processo de trabalho é necessariamente contextualizar o funcionamento da prática em seus parâmetros normativos e cotidianos dos serviços (FRANCO; MEHRY, 2013).

As práticas cotidianas revelam os modos de produção do cuidado em saúde. Quando olhamos as práticas, percebemos o quanto há para ser desconstruído e construído novamente nesse campo de trabalho. Afinal, como em outros segmentos da saúde, a hegemonia exercida pelo modelo biomédico, sustentada pelas forças do capital e seu poder de subjetivação, atua como linha de agenciamento dos atos profissionais. (FRANCO, 2013). A discussão do lugar da equipe multiprofissional de saúde, especialmente no hospital público, está na busca da ocupação de seu espaço num ambiente com reconhecimento do caráter global da medicina e enfermagem, na busca do chamamento à multidisciplinaridade das profissões e a projeção integral de saúde comunitária.

Ao olharmos com atenção os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais vamos ver que - além das várias ferramentas-máquinas que usamos, como: raio-x, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar o “paciente”, ou mesmo, fichários para anotar dados do usuário -, mobilizamos intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem, do psicólogo, etc. (MEHRY, 2002, p.77).

Contudo, o encontro entre um usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, com um trabalhador, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. (MEHRY, 2013). Discutir as formas de atendimento em saúde implica compreender que estas se compõe na prática de uma complexa rede saberes e conhecimentos constituintes dos micropoderes presentes no local.

É a partir da fundação da clínica na área da saúde, que se situa a dicotomia entre o individual e o social, em uma forma de atuação política do profissional, voltada ao desenvolvimento de autonomia e protagonismo dos sujeitos no processo de vida em sociedade. Como explica a autora:

Entretanto, o mais correto seria dizer que aí também há a produção de uma certa política: aquela que coloca de um lado a macropolítica e, de outro, a micropolítica; de um lado, o Sistema Único de Saúde como dever do Estado e direito dos cidadãos, como conquista garantida pela lei, pela Constituição e, de outro, os processos de produção de subjetividade (BENEVIDES, 2005, p.22).

Na interface entre a clínica e a política encontram-se os modos de produção de saúde e subjetividade, modos de experimentação/construção, e não mais interpretação da realidade e da

neutralidade entre atores do processo, modos de criação de si e do mundo que só podem se realizar através do exercício da autopoiesis²⁵ na relação de cuidado (BENEVIDES, 2005).

Afinal, a reorientação de trabalho de profissionais e serviços, pressupõe atuação em rede de especialidades multiprofissionais, que pretende conferir maior resolutividade e reduzir a necessidade de internação dos usuários, trabalhando as situações que produzem exclusão, para desta forma, promover saúde à pessoa em sofrimento mental no Brasil (BRASIL, 2013). Os processos de trabalho estruturam-se no gerenciamento dos distintos tipos de estabelecimentos de saúde, que ofertam serviços de saúde, essencialmente comprometidos com a demanda dos usuários.

3.2. CUIDADO PSICOSSOCIAL À CRISE

A Reforma Psiquiátrica é um movimento social que embasa a atual política de saúde mental no Brasil, inspiradas a partir da experiência da *Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia* (AMARANTE, 2014; JARDINS, 2017). É composta pela participação intensa dos movimentos, que reivindicaram uma profunda mudança no modelo de saúde, envolvendo aspectos técnicos e a própria cultura da sociedade em relação à loucura, na implementação de direitos sociais ao louco. Como um de seus resultados, o movimento promove o questionamento do paradigma clínico - técnico - psiquiátrico. Afinal, considera a loucura como uma questão política e social, não sendo uma exclusividade da técnica dos profissionais produzir respostas a essas demandas (TENÓRIO, 2002). Tal pensamento, significa a importância de contato com o meio social nas intervenções de saúde mental, relativo à compreensão sobre os modos de vida das pessoas, como determinantes sociais do processo de adoecimento e manutenção das enfermidades.

O tratamento consiste em levar o paciente a um funcionamento mais favorável ao seu pertencimento à convivência social, na família, com os vizinhos, num trabalho, nas relações sociais possíveis, uma maior autonomia pessoal, etc. (ROCHA & TENÓRIO, 2009, P.3).

O modelo de cuidado psicossocial contrapõe-se ao modelo psiquiátrico clássico, ao considerar fatores políticos e sociais no processo de adoecimento mental, e assim, da loucura, neste cenário, não como fenômeno individual, mas sim parte de um coletivo de pessoas e instituições.

O tratamento visa a um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer efeitos dos conflitos e contradições que o atravessam, passe a reconhecer-se como um dos agentes implicados nesse 'sofrimento' e como um agente da possibilidade de mudança (WETZEL, 2005, p.102).

Nesse sentido, compreende-se, tal como Eduardo Rocha e Fernando Tenório (2009), que saúde mental é um campo de cuidado voltado a pessoas em sofrimento mental, proposição que ressalta o entendimento crítico dos autores, sobre as necessidades práticas de cuidado integral nos

²⁵ O conceito de "autopoiesis" (do Grego αὐτο- auto, e poiesis (ποίησις) 'criação, produção', refere um sistema capaz de se reproduzir e sobreviver de forma autônoma. Nesse sentido, Humberto Maturana e Francisco Varela, utilizam o termo para pensar e desenvolver um conceito sobre o funcionamento dos seres humanos, da cognição, as relações sociais de vida das pessoas, em seu trabalho, Autopoiesis and Cognition - The realization of the Living (1928). Disponível em: <http://topologicalmedialab.net/>.

estabelecimentos de saúde mental, que estas devem ser complementadas pela intervenção no meio social, no entorno comunitário dos usuários e seus familiares.

Das terapêuticas do viver, dirigido principalmente aos psicóticos, mas também aos usuários de álcool e drogas na 'fronteira dos laços sociais' (cujo uso de álcool e drogas os leva a estarem num certo "fora" das coisas que constituem a vida social instituída), de alguns níveis de retardo, e de 'neuróticos graves', que são neuróticos que vieram a requerer um tratamento psiquiátrico institucional (ROCHA & TENORIO, 2009, p.2).

Os autores explicam que é importante contextualizarmos as histórias de vida das pessoas durante o acompanhamento do caso, criarmos vínculos de confiança, acolhermos o sofrimento e construirmos juntos estratégias de enfrentamento para a vida. E para isso, precisamos de tempo, um longo tempo para construir essa relação de confiança entre pessoas.

Na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam, médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros autores que são evidenciados neste processo social complexo, com sujeitos que vivenciam as problemáticas - os usuários familiares e outros atores sociais (AMARANTES, 2014, p.84).

Kondo et. al. (2011) afirmam a importância fundamental da criação do vínculo entre profissional-paciente para o sucesso do atendimento em saúde. Pois segundo as autoras, em um atendimento de qualidade, a comunicação ativa dos participantes, garantiria a adesão ao tratamento. Esta é uma direção que busca atuar para possibilitar sobrepor o isolamento psíquico advindo das psicoses, pela atuação multiprofissional na comunicação e escolhas autônomas do usuários e familiares diante dos acontecimentos no mundo.

Dentro deste debate, é importante compreender algumas das características fundamentais no contexto de atendimento multiprofissional em saúde mental nas EPs, parte das funções deste tipo de estabelecimento de saúde na rede de serviços a que está relacionada. Há situação e momentos em que a internação entra como exigência de limites ao sujeito, de lei, de lugar intermediário que possa garantir uma distancia e uma mediação para o desatino do mesmo (FEITOSA, 2017, p.455).

Em contraponto à lógica da urgência, a lógica de cuidado em saúde mental prevê um tempo relativo às necessidades subjetivas do usuário do serviço. A loucura enquanto sofrimento psíquico, neste entendimento, não tem mais de ser removida a qualquer custo da vida das pessoas, assim também dos espaços sociais (FEITOSA, 2017). Estes espaços sociais são reintegrados como partes da existência de cada um na sociedade, buscando formas e estratégias distintas de produção de suas subjetividades, vistas como elementos componentes do patrimônio da diferença individual, da clínica dos profissionais no cuidado em saúde aos usuários nos serviços de saúde.

Ao contrario do que se espera da atuação em grandes hospitais e suas complexas máquinas, como diz Lancetti (2006), quando tratamos de cuidado em saúde mental, a grande complexidade se encontra no território de produção da saúde, em acessar os lugares onde as pessoas vivem, o relacionamento com a família e amigos, vizinhos e estratégias de circulação no território destes sujeitos, que buscam uma forma diferente de existir em um mundo próprio de conexões vividas.

A crise em saúde mental nas psicoses é uma situação de extremos, em que o sujeito e seus familiares atravessam um momento de angústia e sofrimento intenso, a ponto de necessitar de ajuda profissional para restituir a rotina em suas vidas (BONFADA; GUIMARÃES; BRITO, 2012). A compreensão desta situação vem sofrendo mudanças, como nas modificações dos objetivos e estrutura de atendimento hospitalar especializado, contudo, o ambiente de sofrimento psíquico ainda é envolto em preconceitos relacionados a loucura, ocasionando atos de violência.

A crise não é um diagnóstico com terapêutica rígida delimitada previamente, pois é fundamental conseguir enxergar suas potencialidades para o atendimento à demanda, procurar descobrir o sentido que a pessoa que passa por este sofrimento confere ao ocorrido, tentando assim, a partir deste encontro entre sujeitos, pactuar estratégias de cuidado eficientes (JARDINS, 2017).

Nesse sentido, o momento de crise é entendido como o resultado de uma série de fatores que envolvem os modos de vida de pessoas em sociedade, com seus familiares, amigos ou consigo mesmos (AMARANTES, 2015). O foco está na complexidade de determinação social do processo de adoecimento nos sofrimentos psíquicos, em dizer o que é grave, moderado ou leve, onde foi iniciada a crise e como lidar com esses sinais e sintomas.

Compreende-se a implantação de um modelo de atenção especializada nas emergências psiquiátricas em hospitais gerais, enquanto pontos da rede de serviços, onde as pessoas possam dispor de leitos de suporte à crise psiquiátrica nas psicoses, com internação por um breve período, de acordo com as necessidades avaliadas e trabalhadas em conjunto pelos profissionais da equipe de assistência multiprofissional e familiares dos usuários dos serviços.

Os serviços de emergências psiquiátricas relacionam-se com todos os serviços hospitalares e extra-hospitalares, possibilitando a organização do fluxo das internações e evitando sobrecarga da rede de saúde mental. As funções dos serviços de emergências psiquiátricas são amplas e extrapolam o simples encaminhamento para internação integral, pois estabilização clínica e suporte psicossocial podem ser alcançados em serviços de emergências psiquiátricas bem estruturados (BARROS, 2010).

Para Dell'Acqua e Mezzina (2005) a crise é a simplificação da nomenclatura para a existência de sofrimento intenso, mas que esta tem um significado próprio para a pessoa atendida e os cuidados técnicos dos profissionais que a adotam como forma de espelhar o momento vivido. Segundo os autores, precisamos quebrar o tradicionalismo que liga a crise somente aos hospitais e enfermarias psiquiátricas. Precisamos ampliar o sentido de crise, vê-la como um momento potencial de mudança, que pode transformar e reinventar as formas de vida das pessoas.

O sujeito em crise deve ser acolhido. Quando submerso pela invasão psicótica, o sofrimento é intenso, é avassalador. O paciente fica totalmente a mercê de sua própria loucura, mas de forma despedaçada e fragmentada, necessitando de ajuda e cuidado. Para tal, a internação deve servir como espaço de acolhimento e de recolhimento do sujeito (FEITOSA, 2017, p.72).

Quando delegamos somente aos médicos a responsabilidade em relação à crise, estamos desconsiderando as diretrizes do cuidado integral consideradas pela Reforma Psiquiátrica. Queremos

apontar com isso que, em primeiro lugar, os medicamentos receitados pelos psiquiatras não são, por si só, as respostas para os nossos problemas relativos à crise nas psicoses, afinal, a loucura não é uma doença, e sim, uma forma de funcionamento diferenciado de alguém que demandará um cuidado integral visando não somente o seu corpo físico, mas tudo aquilo que envolve o conceito ampliado de saúde (CZERESNIA, 2003). Com bem aponta Santos (2010), a medicação deve ser vista como mais um instrumento possível no cuidado e não como única solução dos problemas.

Exatamente porque viver é correr riscos, que podemos desconfiar das sagradas escrituras das bulas de remédios, das prescrições técnicas travestidas na assepsia e neutralidade, dos saberes cuidadosamente embalados com papel de presente científico, das teorizações totalizantes e totalitárias. Podemos nos arriscar a inventar lugares onde a vida não seja mera retórica ou vocábulo démodé, mofando na prateleira tecnocrática de saber fora do mundo (SANTOS, op.cit, p.175).

Contudo, como a autora nos fala, o debate sobre o paradoxo do poder médico na área da saúde está relacionado à problemática de falta de preparo das equipes de profissionais para lidar com essas situações de sofrimento intenso, mas que, as causas identificáveis no processo de trabalho são relativas ao medo de entrar em contato com as demandas, do que pode acontecer nestes casos, o que contribui para a maior quantidade e tipos de contenção aos usuários em crise.

Um modelo substitutivo precisa ter claro que seu funcionamento é distinto do funcionamento do hospital psiquiátrico e seus técnicos precisam ter clarezas das razões que sustentam a crítica à instituição psiquiátrica tradicional (JARDINS, 2017). Se enquanto técnicos nos colocamos acima dos usuários, nos vangloriamos de uma determinada sabedoria, sustentando uma certeza de que somos nós que temos a verdade sobre eles, será difícil nos comunicarmos durante a crise.

O acolhimento da pessoa em crise pode gerar uma cooperação mútua para que profissional e usuário possam produzir sentido àquele momento. É provável que presos a regras e condutas na clínica em saúde, tentando aplicar moldes aos comportamentos e tipos de pessoas, teremos problemas em estabelecer um nível de comunicação apropriado ao atendimento e formulação de vínculo para o trabalho em saúde (JARDINS, 2017, p. 102).

Nesse sentido, com base nos pensamentos defendidos pela autora, compreendemos que uma boa saída para o dilema da clínica em saúde, é a valorização das estratégias e escolhas da própria pessoa para lidar com seus sofrimentos no momento de crise. Não é de supressão que alguém na crise precisa, mas sim, de um espaço de vinculação que possa proporcionar acolhimento e em certa medida autoconfiança para lidar com as condições de vida que lhe são impostas.

Além de coletivo, esse é um processo audacioso e sem precedentes, como defende Katita Jardins (2017), a Reforma Psiquiátrica é um modelo de implementação de civilidade nas sociedades, que não deve se restringir aos ambientes de saúde e aos locais de ensino das profissões, devendo ser exercido e discutido em todos os espaços de coletividade das formas ampliada.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é uma pesquisa exploratório-descritiva de abordagem qualitativa, investiga a relação entre processo de trabalho e cuidado em saúde mental, por meio de uma análise dos sentidos atribuídos por profissionais às suas vivências cotidianas em uma EPHG na Amazônia.

Para Ceres Victora, no livro *Pesquisa Qualitativa em Saúde*, os métodos de pesquisa qualitativos devem ser utilizados para compreender o contexto em que os fenômenos ocorrem, pois combinam observação de vários elementos simultaneamente, o que possibilita produção de relações, com múltiplos estabelecimentos de sentido, aos acontecimentos vividos (VICTORA, 2000).

Assim, pesquisas qualitativas aplicadas à área da saúde privilegiam o foco nas diferenças e singularidades de seus objetos, e não buscam isolamento ou neutralidade, mas ao contrário, pretendem evidenciar os significados construídos pela relação com o meio (VICTORA, 2000). A autora destaca como processos característicos deste tipo de pesquisa qualitativa, registrar e interpretar, com riqueza de detalhes, e sob diferentes técnicas, todos os acontecimentos.

Como ilustra o debate sobre pesquisa qualitativa em saúde nos estudos realizados por Alvarenga (2013), sobre o trabalho de músicos de orquestras na Cidade de Belém.

A investigação qualitativa é um tipo de exame que oferece técnicas especializadas para produzir respostas acerca do que as pessoas pensam e quais são seus sentimentos. Isto permite que o pesquisador compreenda melhor as atitudes, crenças e modos de agir dos participantes da pesquisa (ALVARENGA, 2013, p.34).

Dentro desse processo de produção de conhecimento, aceitamos o pressuposto de que todos os envolvidos participam da pesquisa, pois a realidade concreta, e por consequência, o mundo, *só existe de fato, na medida em que tomamos parte dele e ele faz sentido para nós*. (VICTORA, 2000, p.34). E dentro deste pensamento, todo estudo qualitativo é sempre uma experiência onde todos são participantes, o próprio pesquisador, como sujeito, estabelece também uma relação com o objeto pesquisado no processo de conhecer, sendo assim considerado, como parte importante da pesquisa.

Na investigação qualitativa não haveria objeto sem pesquisador/observador/participante, sendo a maneira mais pertinente de observar, é tendo claro que a presença do observador faz parte do evento observado. Sem deixar de mencionar, o paradoxo de constante avaliação destes efeitos, produzidos na ocorrência do evento investigado. Ceres Victora (2000), atribuí tal ênfase, ao considerar o observador parte da própria observação realizada, como explica a seguir:

Aceita-se que a influencia do observador no fenômeno é uma condição insuperável, até porque o próprio fato de existir um observador já imprime no objeto determinadas características que ele não teria na ausência desta observação (VICTORA, 2000, 86).

É preciso assumir uma postura crítica à neutralidade entre sujeito e objeto, porém, considerando sempre, com muito cuidado a participação e o local do pesquisador. Outra ressalva importante, é que a pesquisa qualitativa precisa acontecer em meio ao ambiente natural, e é inequivocamente o campo, o local onde ocorrerá observação do pesquisador, sem necessidade de controle dos acontecimentos nesse processo (VICTORA, 2000).

O caminho de inserção no campo das abordagens qualitativas de pesquisa em saúde e subjetividade, optou pelo uso de uma racionalidade hermenêutica não determinista, alinhada aos referenciais do construcionismo social. Dessa maneira, discute os sentidos atribuídos sobre aquilo que é vivido no processo de trabalho, com uma análise dos discursos produzidos pelos sujeitos. A escolha desse procedimento é justificada como forma de atender ao objetivo proposto, *analisar o processo de trabalho de uma equipe multiprofissional em um Setor de Emergência Psiquiátrica de Hospital Geral público na Amazônia*.

Para Mélo e colaboradores (2007), no campo da Psicologia Social, o movimento construcionista tem estabelecido reflexões metodológicas com enfoque no uso da linguagem, na busca de compreender subjetividade, por meio dos processos de institucionalização dos discursos, que tornaram certos acontecimentos essencializados em nossa sociedade. Como explica o autor, sobre o uso da linguagem na pesquisa em subjetividade:

Esta perspectiva da linguagem é centrada nas relações do cotidiano e abre precedentes para várias perspectivas nas ciências humanas e sociais, permeando inúmeros campos teóricos e metodológicos de atuação. Entre eles, encontra-se a perspectiva construcionista, propondo uma reflexão crítica acerca da produção do conhecimento, na medida em que se opõe às posturas representacionistas, considerando a linguagem como forma de ação no mundo, o discurso como uma prática ou uma "prática discursiva", como propõe Foucault, 1971/1996; 1969/2000 (MÉLLO ET AL., 2007, p.28).

Construcionismo é uma escola de pensamento teórico e metodológico de pesquisa em subjetividade, alinhada a compreensão da realidade como processos de mudanças e deslocamentos de sentidos (SPINK, 2004; MÉLLO et al., 2007; LIMA, 2013). Como um movimento epistemológico, para além da teoria crítica, evidencia uma postura política diante dos acontecimentos e experiências vividas, atuando como um tipo de ética do processo de conhecimento.

Ainda para Mélo e colaboradores (2007), a perspectiva construcionista, enfatiza como os acontecimentos são construídos sócio-historicamente, circulando sob inúmeras versões nos discursos dos atores e instituições, dos interesses e interessados no objeto e produção do conhecimento. O que exige postura crítica de constante questionamento, sustentando a problematização daquilo que é considerado como natural ou verdade absoluta, apostando na multiplicidade de formas de apreensão da realidade, da complexidade dos acontecimentos e posicionamentos histórico-sociais.

Portanto, para Foucault (1971/1996), não há produção de discursos que não seja regulada por relações de poder estabelecidas a partir de procedimentos que funcionam como interdições, supressões, fronteiras e limites, que, por sua vez, tendem a dominar a ampla proliferação de uma formação discursiva. Em suas análises, o autor não separa procedimentos (que controlam, selecionam e organizam) dos enunciados. Proceder analisando as relações constitutivas dos discursos, identificando quais os procedimentos

que possibilitam sua emergência e os sustentam: os agenciamentos, interesses, posicionamentos e efeitos (p.29).

Nesse sentido construído pela teoria, linguagem é sempre entendida como um processo dialógico de negociação, de pontos de vista e/ou acontecimentos, os quais permitem localizar os participantes e seus contextos de vida, seus locais de fala.

Segundo os autores utilizados na pesquisa, a abordagem qualitativa e suas técnicas de registro de dados (Observação Participante e Entrevistas) pareceram estratégias adequadas diante da demanda. Considerando que são dados qualitativos, gerados no registro de observações e entrevistas, as técnicas utilizadas permitiram o registro e recebimento de informações não esperadas, sendo estas bem-vindas aos dados coletados, mesmo que não previstos anteriormente.

Utilizamos também para corroborar esse pensamento, os procedimentos adotados nas entrevistas, pela pesquisa de Lima (2013), como exposto a seguir:

A entrevista foi escolhida como recurso por propiciar uma interação constantemente negociada entre pesquisadora e as/os entrevistados: é um exercício de manter, transformar e desafiar os posicionamentos envolvidos (LIMA, 2013, p. 32).

A entrevista, nessa perspectiva, visa proporcionar formas de negociação sobre os sentidos atribuídos e a percepção da realidade vivida. Atua através dos processos de construção coletiva de conhecimentos e práticas, por meio da produção de subjetividade no ato da pesquisa, conceito que Mary Jane Spink (2004) aborda como *posicionamento*.

Posicionamento é aqui entendido como as diferentes maneiras de se apresentar e se colocar nas também diferentes situações vivenciadas. Os posicionamentos assumidos são fluidos e contextuais. Fluidos porque dinâmicos, sendo, portanto, mais adequado falar em jogos de posicionamentos. E contextuais porque se refere aos posicionamentos que uma pessoa assume em uma interação social. Em uma entrevista, por exemplo, o que uma pessoa diz posiciona a outra e vice-versa. São posicionamentos negociados durante a interação, assumidos, portanto, como produções conjuntas (SPINK, M., 2004).

Segundo Maria Lúcia Lima (2013), “para responder às perguntas feitas, o/a participante recorre às informações que circulam em seus meios, constituídas durante suas experiências de vida e que, na relação da entrevista, são agrupadas, categorizadas e/ou ressignificadas” (p. 32). Nesse sentido, entrevistas em pesquisas qualitativas servem à produção de um tipo de conhecimento que inclui e localiza os sujeitos através de suas falas e sentidos construídos na relação nas entrevistas.

É pensando a partir da performatividade da linguagem que a autora compreende a entrevista como um momento no qual, falar é uma ação concreta no cotidiano, tendo em vista seus efeitos nos acontecimentos e subjetividade das pessoas. A construção de uma fundamentação metodológica de pesquisa qualitativa aplicada a problemáticas de saúde, funciona como uma forma de suscitar o debate crítico das narrativas obtidas e contribuir para construção de novos conhecimentos com características locais de produção.

4.2 PROCEDIMENTOS

Durante todo o processo de pesquisa, foram realizadas pesquisas bibliográficas com o objetivo de entender as diversas abordagens ao tema emergência em hospital geral. A pesquisa incluiu também documentos/legislação e portarias do Ministério da Saúde do Brasil sobre EPHG.

O projeto teve sua realização aprovada por dois Comitês de Ética em Pesquisa Científica com Seres Humanos, respectivamente: UFPA - Hospital Universitário João de Barros Barreto; Fundação Pública Estadual Hospital das Clínicas Gaspar Vianna, instituição co-participante da pesquisa. Após a aprovação, foi iniciada a coleta de dados.

QUADRO 2 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

PROCEDIMENTO	INFORMAÇÕES	FONTES
Revisão de literatura: Plataforma Crítica de Reflexão	<ul style="list-style-type: none">•Contexto histórico do hospital moderno para tratamento de doenças mentais, contexto local Brasil e Cidade de Belém.•Políticas Públicas de Saúde; Saúde Mental e Atenção Psicossocial, EPHG,•Processo de trabalho e práticas de cuidado em saúde mental.	Bases de dados: Scientific Eletronic Libery Online – Scielo; Periódicos CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, livros, SAGE – Secretária de Apoio à Gestão Estratégica.
Observação Participante: Caderno de Campo	Reconhecimento e percepção da realidade local e do serviço/setor de saúde para atenção à saúde mental.	Observação e descrição do campo em caderno de campo.
Entrevistas Individuais Semiestruturadas	Informações sobre o cotexto local, processo de trabalho, ações, funções e limitações do cuidado desenvolvido.	Relatos dos informantes chaves a partir de roteiros semi-estruturados.

(ELABORAÇÃO PRÓPRIA)

4.3 LOCAL DA PESQUISA

O campo de pesquisa escolhido é uma Fundação Pública Estadual hospitalar de referencia em Psiquiatria, Cardiologia e Nefrologia voltado exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado do Pará situado na Região Norte do Brasil,

O Estado do Pará é o segundo maior estado do país com uma extensão de aproximadamente 1.248.042 km², dividido em 144 municípios situados no centro da região norte do Brasil. Os limites territoriais são com Suriname e o Amapá ao norte, o oceano Atlântico a nordeste, o Maranhão a leste, Tocantins a sudeste, Mato Grosso ao sul, o Amazonas a oeste e Roraima e a Guiana a noroeste. O Pará é o Estado mais populoso da região norte, contando com uma população de 7.321.493 habitantes. Sua capital, Belém, reúne em sua região metropolitana cerca de 2,1 milhões habitantes, sendo a maior população metropolitana da região Norte (IBGE, 2016).

O hospital geral atua no atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade à população do Estado do Pará, porém por ser um território com dimensões demográficas

continentais, diversos pacientes de outros Estados da Região Norte do Brasil e da Amazônia, são também atendidos nestes serviços.

A Clínica Psiquiátrica é dividida em dois setores: Emergência Psiquiátrica (EP) e Setor de Internação Breve (SIB). Locais onde ocorre o atendimento terapêutico para pessoas acometidas de grave sofrimento psíquico, a nível ambulatorial e de internação. A pesquisa de campo será realizada no Setor de Emergência Psiquiátrica (EP).

A EP disponibiliza assistência durante 24 horas nos 7 dias na semana, com disponibilidade de 30 leitos de internação para observação, divididos entre masculinos e femininos. O outro setor, SIB, funciona como uma retaguarda EP, oferecendo outros 30 leitos de internação breve (15 femininos e 15 masculinos), para casos que apesar das tentativas da equipe assistente, precisam ser transferidos para maior tempo de intervenção clínica, visando estabilização dos sinais e sintomas.

Os serviços de atenção em psiquiatria subdividem-se em: Ambulatórios, Setor de Emergência e o Setor de Internação Breve. Para o atendimento hospitalar, a Instituição dispõe de quantitativo de 60 leitos, distribuídos da seguinte forma: 05 leitos de observação em emergência psiquiátrica; 25 leitos em emergência psiquiátrica e 30 leitos em clínica psiquiátrica (internação breve) (GASPAR VIANNA, 2017).

A equipe completa é composta por psicólogos, médicos psiquiatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, auxiliares de reabilitação, educadores físicos, auxiliares administrativos e agente de portaria. Associado aos profissionais e estruturas das demais clínicas do hospital também podem ser solicitados pelo serviço (exames, laboratórios, avaliações de generalistas e especialistas médicos, transporte, doações no voluntariado, etc.) quando avaliada a necessidade ou demanda de um usuário ou da equipe de profissionais.

Como Hospital de Ensino, desenvolve Programas de Residência Médica em Psiquiatria, Nefrologia e Cardiologia. Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Cardiologia e Nefrologia. Possui seu próprio Comitê de Ética em Pesquisa, autorizado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CONEP) do Ministério da Saúde (Resolução 466/12 /CNS/MS, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas que envolvem seres humanos). Destaca-se, que a presente pesquisa utiliza como campo um dos setores que compõe a Clínica Psiquiátrica, o Setor de Emergência Psiquiátrica.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de informações foi realizada a partir das técnicas de observação participante e realização de entrevistas semi-estruturadas com membros da equipe multiprofissional do Setor de Emergência Psiquiátrica - Clínica Psiquiátrica. O uso do caderno de campo, também consubstanciou os aspectos relevantes das observações e falas dos entrevistados.

A coleta de dados ocorreu não por meio de um acesso a uma realidade pesquisada, tal como se esta ocorresse alheia ao ato de pesquisar e ao pesquisador. Tratou-se de utilizar a participação ativa do pesquisador no ato de conhecimento produzido coletivamente pela pesquisa.

Dentro dessa orientação, privilegamos a relação entre pesquisador, campo e informante, com o intuito de obter dados mais detalhados e em profundidade sobre o objeto de estudo, bem como, no objetivo de estabelecer um acesso a informações de diferentes perspectivas, como por exemplo: discursos, documentos, acontecimentos, gestos, impressões, expressões, olhares, descrição de elementos do campo e das entrevistas.

Observação participante pode ser definida como processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cotidiano natural, colhe os dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo, modificando e sendo modificado por esse contexto (SCHWARTZ & SCHWARTZ, APUD VICTORA, 2000, P.64).

A escolha deste percurso de investigação levou-nos ao uso do Diário de Campo, em que o pesquisador faz anotações do que observa e descreve situações, o mais literalmente possível, e a partir destes dados constrói sua argumentação teórica (CARDOSO, 1997). Utiliza o caderno de campo como o instrumento básico de registro, onde se escreve todas as observações, experiências e sentimentos vivenciados, para posteriormente selecionar os dados mais relevantes à pesquisa.

O uso do Diário de Campo pretende um registro detalhado de cada visita de campo, independente do fato de terem sido usadas outras técnicas de pesquisa (VICTORA, 2000). Muitas vezes, as informações anotadas puderam subsidiar análise de dados coletados de outras formas.

No diário é fundamental que seja feito o registro cronológico das atividades do pesquisador; requer um fichário básico de pessoas envolvidas na pesquisa - informantes, familiares, pessoas importantes, etc. (VICTORA, 2000, p.73).

Nesse sentido, a utilização da entrevista foi uma forma de combinação e síntese dos variados elementos observados no encontro entre entrevistador e entrevistado (VICTORA, 2000). Dessa maneira, durante os diálogos com os participantes nas entrevistas, ocorreram comentários diversos sobre a problemática em questão, no sentido de que estes contribuíssem para maior aprofundamento do que estava sendo dito pelo participante.

Nessas sessões de entrevistas semi-estruturadas foram discutidos os aspectos cotidianos de trabalho das equipes e o saber/fazer dos profissionais na rotina de cuidado em saúde mental, abordando a estrutura e funcionamento dos serviços, a partir do instrumento utilizado e da construção de um diálogo sobre o tema: processo de trabalho (APENDICES). Foram realizadas 5 entrevistas semiestruturadas com média de sessenta minutos em cada uma.

Cada entrevista é relatada como parte de descrições observadas pelo pesquisado, pois dentro do enquadramento desenvolvido nesta investigação, não se pretende dar visibilidade a casos individuais de cada participante, mas sim as similaridades relativas ao trabalho em comum. Para

compreensão das informações, imediatamente após as entrevistas e ao final dos dias formais destinados à coleta de dados, foi realizada escrita e pré-análises no caderno de campo, bem como, transcrição das entrevistas realizadas, leituras e construção de critérios de análises preliminares.

As entrevistas semiestruturadas tem como característica o fato do/a pesquisador/a construir previamente um roteiro norteador, mas com uma liberdade tal de perguntar que propicie momentos de construção, negociação e transformação de sentidos, colaborando com a dialógica e manutenção do foco da entrevista, permitindo acrescentar perguntas e/ou aprofundar determinada questão ou temática fundamental ao estudo (PINHEIRO, 2000, p. 225).

O roteiro não foi algo pronto e acabado e sim, esteve flexível à captação do momento da entrevista e se definiu a partir dessa dinâmica percebida com base nas referências de análise. Ele norteou o trabalho, tornando a entrevista semi-estruturada um tanto flexível e dinâmica, permitindo a inclusão de outras perguntas, seguindo o fluxo discursivo com base no jogo de posicionamentos e/ou de acordo com o que o participante vai produzindo (LIMA, 2013).

Penso que motivado pelo fato de haver sido residente multiprofissional na Instituição, o trânsito pelo setor não despertava maiores questionamentos da equipe assistente. Em alguns episódios, mesmo sem ser anunciado ao profissional que me receberia naquela ocasião, entrei no setor como nos tempos em que trabalhava naquele local, permanecendo ali sob justificativas de realizar entrevistas, apresentar a pesquisa aos interessados, marcar momentos mais oportunos de encontro para realizar a entrevista individual. Afirmando que muito relacionado a este antecedente, tive acesso às pessoas e ambientes destas entrevistas, para conversar sobre informações que não seriam possíveis de outro modo, como por meio de protocolos e solicitações formais de pesquisa.

Na saída das entrevistas, também costumava parar mais um momento na recepção antes de retornar para casa a fim de escrever no caderno de campo. Conversava com o agente de portaria, observava se as pessoas com quem dialoguei haviam sido atendidas e perguntava como iam as coisas no setor. Em nenhuma das vezes observei problemas no atendimento, mas procurava não demorar a sair, pois estava com a preocupação de estar sendo observado pelos profissionais.

Na volta para casa, depois da segunda entrevista (troca de experiências sobre pesquisa ocorrida no GESA), passei a gravar áudio de algumas impressões sobre o momento de visita. Mais tarde, quando no caderno, transcrevia estes pensamentos, também aqui presentes na pesquisa. Os relatos que seguem tentam transportar o leitor nessa viagem de linguagem, de modo mais claro possível, quanto às percepções do pesquisador em campo de pesquisa vivenciada na EP.

4.5 ENTREVISTADOS

Os participantes desta pesquisa foram cinco (5) membros da equipe multiprofissional de nível superior de um Setor de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral (EPHG) na Cidade de Belém/PA. Este número de participantes compreendeu um representante de cada categoria

profissional universitária presente (Enfermeiro, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico, Psicólogo) neste setor da Clínica Psiquiátrica – Emergência, que aceitaram também assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e realizar as entrevistas individuais.

Os entrevistados foram selecionados de forma aleatória e convidados durante a rotina de trabalho no setor, os que disponibilizaram-se por um momento, foram entrevistados à saturação das informações. Assim cada participante foi entrevistado em sessão individual com média geral em 60 (sessenta) minutos. As entrevistas posteriormente ao encontro foram transcritas, previamente analisadas e classificadas quanto aos critérios de análise, e também, quanto à data, hora e local (categorias de análise utilizadas: formação, processo de trabalho e cuidado em saúde).

Foram determinados os seguintes critérios de inclusão e exclusão de partes: 1. Critérios de Inclusão: Ser profissional técnico de nível superior na Clínica Psiquiátrica; Apresentar experiência de trabalho na Instituição superior a cinco anos; Concordar livremente em participar desta pesquisa, assinando o TCLE. Critérios de Exclusão: Não ser profissional efetivo na Clínica Psiquiátrica; Apresentar experiência de trabalho na área e/ou instituição inferior a 5 anos; Não concordar em participar e/ou não poder assinar o TCLE.

Todas as entrevistas foram transcritas posteriormente. A quantidade de material das entrevistas a ser analisado foi feita decorre do material gerado nas sessões. À medida em que houve registros suficientes para dar conta de desenvolver os objetivos deste trabalho, quando as informações se tornarem repetitivas, foi dado fim à coleta de dados nas entrevistas.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Este projeto de pesquisa em subjetividade e saúde, não está alinhado a uma perspectiva de produzir conhecimento para estabelecer julgamento de efetividade do serviço de saúde pesquisado, como em uma lógica da generalização do objeto. Pretendeu, sim, realizar processo crítico de construção coletiva de sentidos, com vistas a assegurar o registro e problematização do processo de trabalho e prática de cuidado em uma EPHG, do saber/fazer com características locais de produção no cotidiano amazônico de cuidado em saúde mental.

Nesta perspectiva, o pesquisador em sua análise pretendeu ser considerado *“porta voz do grupo tornando-se capaz de viver e registrar a realidade vivida no campo. Observar é contar, descrever e situar os fatos únicos e cotidianos, construindo cadeias de significação!”* (CARDOSO, 1997, p.103). O uso do diário de campo serviu de base para a formulação das questões norteadoras e guia na análise dos resultados, desta forma, as notas e descrições procuraram compreender os elementos emergentes no cotidiano de pesquisa, para assim, construir argumentos e debate de sentidos percebidos, associados à literatura especializada. Como exposto no quadro a seguir.

QUADRO 3. ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Tema	Descrição
Estrutura Física	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço: Estado de Conservação, Disposição e Cheiro. - Ambiente parecido com Ambulatório: Recepção, Consultório, Portas.
Fluxo na EPHG	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda Externa: Portas Abertas <ul style="list-style-type: none"> - Recepção e Consultório; Encaminhamentos Socioassistenciais - Salas de Atendimento e Observação - Encaminhamento RAPs/SUS • Demanda Interna: Acompanhamento Multiprofissional <ul style="list-style-type: none"> - Rotina e Estabilização do Quadro - Alta hospitalar, Encaminhamento Socioassistenciais e RAPs/SUS
Desafios e Potencialidades no cotidiano de cuidado em saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> Estrutura; Limites Rede deficitária Acompanhamento dos usuários na rede

(ELABORAÇÃO PRÓPRIA)

Como é possível observar, para melhor entendimento do processo de análise do diário de campo foi criado o quadro com aspectos que mais chamaram à atenção durante o acompanhamento do processo de trabalho no estabelecimento de saúde pesquisado. As observações pretenderam apresentar estrutura e funcionamento do referido setor de EPHG, subdividindo o processo de trabalho quanto ao fluxo de atendimento do setor, Externo e Interno, mais tarde organizados, quanto ao momento do processo de trabalho na: Recepção; Pré-Triagem e Triagem.

Após transcrição das entrevistas, para ajudar na análise dos sentidos atribuídos pelos entrevistados aos seus processos de trabalho, foram confeccionados *Mapas Dialógicos*. Esse instrumento muito utilizado nas pesquisas em subjetividade serve à produção de sentidos por meio da linguagem nos discursos. O instrumento constituiu-se para auxiliar os pesquisadores em uma aproximação e organização dos discursos, na análise e discussão do material (SPINK, 2004).

Nesse sentido, para Spink (2004), os mapas dialógicos são instrumentos de visualização que possibilitam, entre outras coisas, mostrar o que acontece quando perguntas e comentários são realizados. Possibilita, sobretudo, perceber a existência de múltiplas modalidades e sentidos nos diálogos. O mapa possibilita dar visibilidade à interanimação dialógica, aos repertórios interpretativos, às rupturas nos discursos e práticas evidenciados no processo de produção da pesquisa, a disputas e negociações de sentidos, a relações de saber-poder e a jogos de posicionamento manifestados por meio do diálogo entre participantes da pesquisa.

Os mapas dialógicos têm o objetivo de sistematizar o processo de análise dos discursos, em busca dos aspectos formais da construção sociolinguística, dos repertórios utilizados nesta construção e da dialógica implícita na produção de sentido (SPINK, 2004). Com base nos estudos apresentados, foram construídos os mapas dialógicos a partir de trechos das entrevistas e falas dos participantes, organizadas quanto aos sentidos e temas, associados às eixos de análise.

Os dados obtidos nesta pesquisa foram apresentados para Banca Examinadora de Dissertação de Conclusão de Mestrado no PPGP. Posteriormente à aprovação, os dados foram utilizados para elaboração de relatórios e artigos científicos que serão apresentados e publicados em eventos e revistas científicas, sendo sempre preservadas as identidades dos participantes.

5. PROCESSO DE TRABALHO COMO CUIDADO EM SAÚDE

O capítulo analisa processo de trabalho em uma EPHG, apresenta as discussões e resultados a partir da observação participante e das entrevistas com membros da equipe multiprofissional. Inicia com uma descrição do setor, das estruturas físicas, do funcionamento desde o acesso inicial ao prédio e do atendimento em equipe multiprofissional na EP, feito com base, sobretudo, nas observações e escrita do diário de campo do pesquisador. Em seguida, utiliza as entrevistas semi-estruturadas com membros da equipe multiprofissional assistente, para pensar os sentidos atribuídos ao processo de trabalho no cuidado em saúde mental de urgência.

Cabe destacar ainda, que as visitas ao setor foram episódios importantes para compreender a rotinas em suas etapas e procedimentos, de forma singular e participativa, bem como, oportunidades de observar na prática, o processo de trabalho local, junto aos atores, profissionais da equipe multiprofissional e usuários do serviço. Justificamos que em algumas visitas, acompanhado dos profissionais, tivemos oportunidade de participar de seus atendimento técnicos, momentos que serviram como forma de melhor compreender o funcionamento da rotina em equipe multiprofissional. Os resultados foram construídos com base nos núcleos da análise dos mapas dialógicos: *formação, estigmas e cuidado*.

5.1 OBSERVAÇÃO

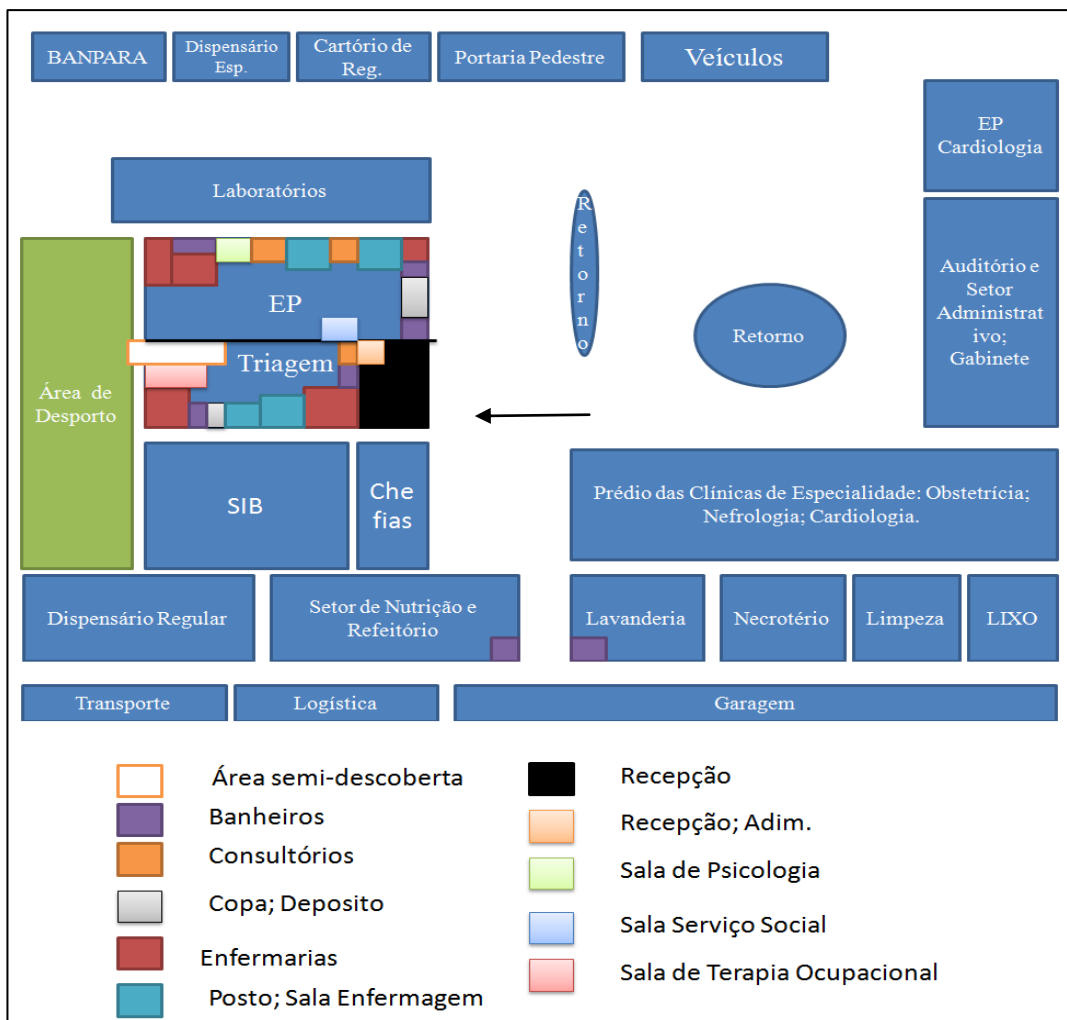
O prédio do hospital é pintado nas cores branco, verde e marrom. Cercado por barras de concreto, ligadas por grades feitas de arames grossos e grandes portões de ferro com abertura manual. No centro está o segmento da portaria, que administra a entrada e saída de pedestres e veículos da instituição. No local uma placa indica a necessidade de identificação de visitantes. Constavam no mínimo dois funcionários de portaria no local, mesmo nos dias de feriado e finais de semana. Nos dias regulares de funcionamento, costumavam atuar dois profissionais no controle dos portões de veículos e três no controle de profissionais e visitantes.

Em caso de urgência ou necessidade, qualquer pessoa, de maneira espontânea, pode acessar os serviços de emergência psiquiátrica em funcionamento no hospital. Basta dirigir-se a portaria e comunicar o que deseja aos funcionários identificados no local. O usuário solicitante, após orientação seria encaminhado à Emergência Psiquiátrica para atendimento na recepção do setor.

O setor de EP está localizado no andar térreo do complexo hospitalar, seguindo o sentido leste da portaria, situado na parte de trás do Laboratório. Quando pelo caminho do estacionamento, visualiza-se uma placa de direcionamento para corredor de acesso da Clínica Psiquiátrica, dividido no acesso aos dois setores da mesma: Emergência Psiquiátrica (EP) e Internação Breve (SIB).

Como forma de visualizar a estrutura física, visando melhor entendimento da organização do processo de trabalho local das equipes, apresentamos o quadro de um modelo de planta baixa:

QUADRO 4. DIAGRAMA ESTRUTURA DA EPGH



(ELABORAÇÃO PRÓPRIA)

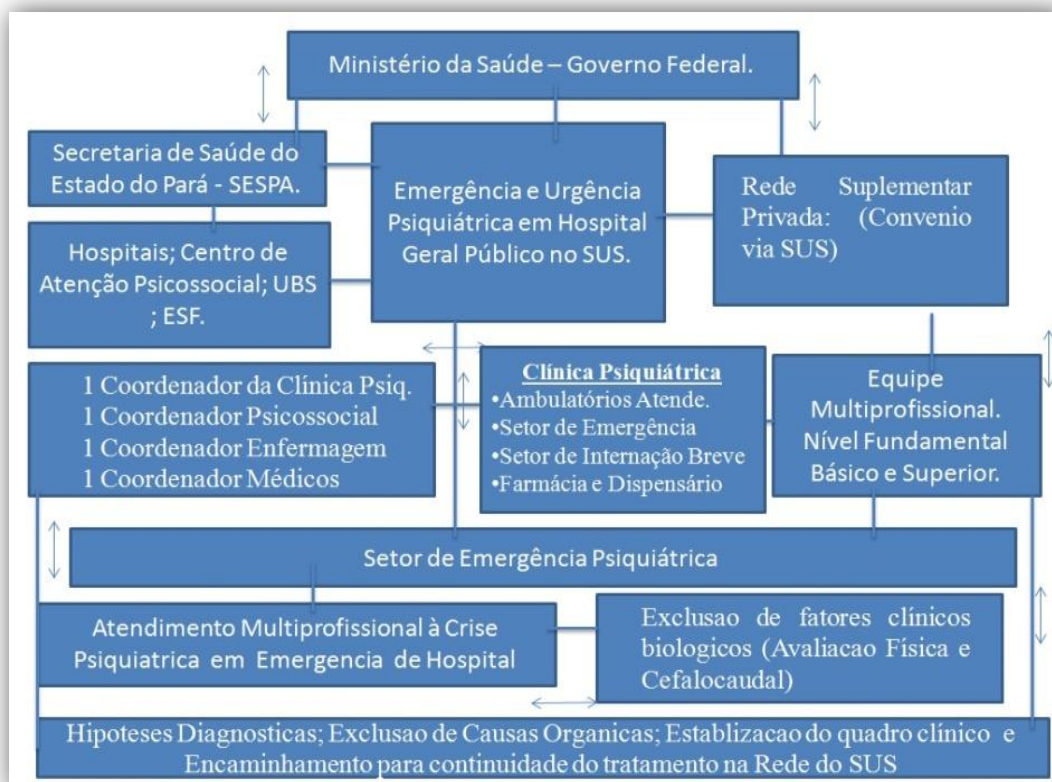
A EP funciona todos os dias e durante vinte e quatro horas sem interrupções, em turnos de seis horas durante a semana e de doze horas nos finais de semana/feriados. Chama sempre atenção à presença constante de ambulâncias paradas na porta de entrada, carros provenientes de diversos municípios do Estado do Pará, que chegam a todo o momento, com usuários com demandas de atendimento de urgência psiquiátrica em saúde mental na RAPs.

A coordenação da Clínica Psiquiátrica é designada pela Presidência da Fundação, estando neste momento a cargo de médico psiquiatra, que recebe uma gratificação salarial pelo desempenho desta função. No organograma, a EP encontra-se subordinado à chefia da Clínica Psiquiátrica, que por sua vez encontra-se subordinada à Diretoria Assistencial, que é subordinada à Presidência da Fundação. Há, portanto, quatro níveis de subordinação, havendo um outro nível criado por

categorias profissionais, ficando os profissionais subordinados às suas coordenações como: Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem e a Coordenação Psicossocial.

Utilizamos o diagrama como forma de organizar um conjunto de processos na cadeia de produção, esse recurso permite visualizar a assistência nesta EP, enquanto estabelecimento de saúde em nível do programa de saúde mental no Estado do Pará, como exposto a seguir:

QUADRO 5. DIAGRAMA EPHG NO SUS.



(ELABORAÇÃO PRÓPRIA)

Destaco como momento inicial da inserção no campo de pesquisa, aquele em que aguardávamos na recepção do serviço de EPHG pela entrevista com os profissionais da equipe, quando permanecia ao lado dos usuários e familiares que esperavam ou estavam em atendimento no momento. Assim, enquanto aguardávamos, ouvíamos relatos e conversávamos sobre a rede de saúde mental e do próprio serviço prestado na EP. Ressaltamos que mais do que falas, participávamos da assistência, afinal, pois nesses instantes, estavam sendo realizados atendimentos pela equipe multiprofissional, dentro do fluxo de chegada de casos na emergência. Discutíamos o objetivo das intervenções realizadas, falávamos dos usuários e sobre os acontecimentos. Assim, diversas vezes, nesses diálogos, modificamos processos que possibilitaram produção e troca de conhecimentos/saberes aqui registrados.

5.1.1 Acesso Inicial (Recepção)

Logo na chegada ao setor há uma ante-sala, frequentemente cheia de pessoas que aguardam para atendimento, muitos gritos, profissionais com jalecos brancos transitando e profissionais de segurança patrimonial, em um ambiente amplo, mas não muito arejado, com odor fétido de suor. Cercado por três portas grandes e pesadas, que levam a recepção, consultório e segmentos da EP.

No local vemos algumas cadeiras encostadas rente às paredes, dispostas de maneira a deixar um corredor de passagem para as portas, ao lado, separadamente, há também, um banco de madeira grande onde alguns pacientes esperavam por atendimento. Os ambientes são pintados de cores escuras, que tornam baixa a luminosidade, devo ressaltar, o clima de tensão próprio no local, marcado pela constante chegada das emergências (SAMU) e particulares.

Nesse local, uma pequena janela com grades dá comunicação com os funcionários de recepção. O atendimento é realizado por técnicos de nível médio com contratos de uma empresa terceirizada, na prestação de serviços administrativos da instituição. Estes profissionais fazem atendimento inicial das demandas, encaminhamento protocolar de registro neste local, a saber, é solicitado uso do documento oficial com foto e comprovante de residência.

Os tipos de atendimento na EP foram subdividido da seguinte forma: demanda espontânea (recepção), pré-triagem e triagem (leitos de observação/internação). O quadro a seguir apresenta o processo de atendimento inicial nas demandas espontâneas ao serviço:

QUADRO 6. ATENDIMENTO EM EPHG



(ELABORAÇÃO PRÓPRIA)

Em geral, os usuários atendidos precisam estar acompanhados por pessoas de sua convivência, mas muitos vêm sozinhos, ou chegam trazidos pelas equipes de bombeiros e ambulâncias de municípios de todo o Estado, em situações de intenso sofrimento que devem ser acolhidas e encaminhadas pela equipe assistente.

Evidentemente, por se tratar de uma emergência, na maioria dos casos os pacientes chegam ao setor em quadros clínicos de grave sofrimento psíquico trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), estes parte da REUE, cabendo o atendimento inicial à equipe de enfermagem do setor, que atua na estabilização dos quadros de intensa agitação psicomotora, heteroagressividade, alucinações e delírios, etc., para depois ocorrer o atendimento com os demais técnicos da equipe multiprofissional, médicos, serviço social, psicologia e terapia ocupacional, e investigação do histórico e informações do caso.

Kondo et al. (2011), em estudo qualitativo realizado em 2008, através de entrevista semi-estruturada com profissionais de enfermagem um serviço de emergência psiquiátrica de Curitiba – PR, descobriu que para os entrevistados, EP são situações que apresentam riscos para o indivíduo ou terceiros e que o primeiro contato com o paciente é que determina as condutas no tratamento.

Um percentual considerável desses atendimentos são também de pessoas que procuram os serviços de saúde mental pela primeira vez, em geral, esses casos são de ajuste ou início de medicação, ou casos de escuta, orientação e encaminhamento para atendimento na rede de serviços de saúde locais. As situações acolhidas estão ligadas à assistência pública de saúde aos chamados casos de transtorno ou sofrimento mental, considerados em nível graves ou de alta complexidade, que precisam de um tipo de intervenção terapêutica, podendo ser em nível ambulatorial ou de internação por um breve período na enfermaria psiquiátrica do hospital.

Deixando claro, que os usuários solicitantes, mesmo em caso de não possuir documentos pode ser atendido, sendo a escolha determinada pelo mesmo, também pela demanda de atendimento relatada na recepção, avaliado pelos profissionais administrativos ou demais membros da equipe multiprofissional especializada presentes no momento, para determinar o encaminhamento adotado.

Na recepção está disposto um consultório de atendimento médico, responsável pelas demanda espontânea de consulta, digo, a partir de solicitações na recepção do serviço, estes são realizados em ordem de escala entre os médicos psiquiatras do setor. Em maior frequência, a avaliação é realizada primeiramente pelo psiquiatra no consultório, porém, também em muitos casos, ocorrem atendimentos individuais do serviço social e psicologia, nas respectivas salas no setor. Estes são mais comuns em atendimentos à crianças, mulheres grávidas, idosos, pessoas desacompanhadas ou com demandas sociais específicas.

Os demais profissionais de nível superior da equipe multiprofissional também podem realizar o atendimento espontâneo na porta (como é chamada pela equipe a área da recepção), contudo são menos frequentes para enfermeiros e terapeutas ocupacionais. Os atendimentos podem ocorrer também em conjunto de profissionais, associados ou ao mesmo tempo, respeitando a dinâmica acordada pela equipe no momento. Em ambos os casos, busca-se orientação e encaminhamentos das demandas aos profissionais competentes, avaliando a necessidade de observação, internação ou

tratamento continuado nos serviços sócioassistenciais. Segmento de trabalho responsável por novos casos e encaminhamento da terapêutica a ser administrada.

Dessa maneira, o serviço na emergência psiquiátrica apresentam-se inicialmente, em via de regra, com consultas de avaliação do quadro clínico apresentado pelo usuário e seus familiares, bem como, pelas intervenções imediatas e encaminhamento das demandas apresentadas. Cristina Lins (2007), explica sobre o procedimento inicial característico de avaliação em psiquiatria.

A compreensão de cada paciente inicia com um instrumento característico da psiquiatria, a entrevista de triagem que em forma de anamnese se institui num primeiro contato com o paciente e seu familiar. A partir destas primeiras informações, tanto da fala dos familiares como das falas do paciente e das observações dos comportamentos registrados durante a entrevista, a equipe procede a sua primeira atribuição que é identificar os sintomas, classificá-los e chegar a um diagnóstico psiquiátrico (LINS, 2007, p.24).

A intervenção técnica da demanda espontânea é norteadada pelo acolhimento das situações de intenso sofrimento, buscando avaliar os casos que necessitam de internação imediata ou encaminhamento para atendimento na rede de serviços de saúde nas demais especialidades clínicas, no sentido de viabilizar diagnósticos diferenciados à demanda dos usuários no serviço. Mesmo em nível de consulta e medicação, em geral, os casos devem ser encaminhados para continuidade ao atendimento em saúde mental juntos aos dispositivos da rede sócio-assistenciais mais próximas de suas residências. Igualmente, foram observadas a solicitação de o usuário, quando possível, estar acompanhado de familiares para que venha ao atendimento ou ainda, uma pessoa que possa servir de referencia para compreensão do caso e possíveis encaminhamentos necessários ao tratamento do sujeito em intenso sofrimento mental.

Após avaliação, quanto à estabilidade do quadro, as pessoas podem receber logo alta hospitalar, ou ainda, ser internadas no setor para observação prolongada de acordo com a demanda e a solicitação da equipes assistente. A admissão na internação está sujeita a parecer formal ante o protocolo administrativo da instituição e do médico psiquiatra responsável, seguindo os preceitos da Lei 10.216 de 2001, de após 72 horas da internação para observação, notificar o Ministério Público do ocorrido no estabelecimento de saúde e profissional responsável.

5.1.2 Pré-Triagem

No setor de observação o serviço de EP atende usuários com disponibilidade vinte e cinco poltronas, que levando em consideração a demanda apresentada no momento aos profissionais, são divididos de acordo com a dinâmica dos serviços da Clínica Psiquiátrica. Durante os plantões observados, em geral, estes semi-leitos (chamados assim pela equipe) estavam sempre preenchidos em sua totalidade, segundo os profissionais, respeitando prioridades de atendimento, os mesmos, quando necessário, eram encaminhados aos leitos de internação “formal”.

Observamos que os leitos de observação são poucos diante da demanda de usuários atendida pelo serviço, contudo, esta estrutura de necessidade de rotatividade dos leitos atende a uma determinação sobre quantitativo máximo de leitos em referência para as EPs no SUS (Portaria 224/92). Nesse sentido, mesmo entendendo assim, que este quantitativo visa ao mesmo tempo combater o paradigma de superlotação dos antigos hospitais psiquiátricos, bem como, garantir o fluxo de atendimento dinâmico de caráter transitório nas emergências, nos preocupa os reflexos desta normativa no estímulo ao trabalho, visando apenas a vacância de leitos de internação, em casos, como já dito anteriormente, de grande demanda especializada e gravidade de situação.

Relacionado com estes paradoxos dos leitos, segundo conhecimento difundido na equipe assistente do setor, foram criados, como um arranjo institucional provisório, poltronas (são chamados pela equipe de semi-leitos para auxiliar na observação dos casos de medicação seguida de alta, bem como, no aguardo de vaga nos leitos formais oferecidos, chamado de pré-triagem EP (SIC). Para aqueles pacientes que estão em observação (semi-leito) é solicitado à presença e permanência de acompanhante durante o período de observação inicial.

Durante esses momentos a equipe é responsável pelas condutas de manejo com o paciente e seus acompanhantes, sendo a presença do acompanhante de apoio aos cuidados realizados. Como já foi dito, há muitos casos que são medicados e em seguida liberados do setor imediatamente.

Portanto, segundo a Portaria SNAS 224/92, às pessoas quando internadas devem receber atendimentos individuais e em grupo, atendimento aos familiares ou em conjunto com os familiares. Observamos que, em sua maioria, os pacientes recebem dispensa de medicamentos a cada refeição, sendo 6 refeições diárias (Café, Almoço e Jantar, com 3 lanches nos intervalos) de medicamentos.

A EPHG deve situar-se em área específica na estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Deverá estar integrado à rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

A grande demanda diária atendida no serviço, é um fenômeno recorrente nos acontecimentos e fala dos profissionais durante as observações. Nesses serviços, quando em atendimento de internação em emergências psiquiátricas, a equipe é composta por psicólogos, médicos psiquiatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, auxiliares de reabilitação, educadores físicos. Profissionais e estruturas das demais clínicas do hospital também podem ser solicitados pelos médicos dos serviços (exames, laboratórios, avaliações de generalistas e especialistas médicos). Os demais profissionais de outras clínicas precisam ser solicitados por encaminhamento através do psiquiatra responsável pelo caso.

Estudos sobre a abordagem ao indivíduo em crise, afirmam que os profissionais em suas intervenções, acabam deixando de lado inclusive dados básicos de histórico e exame físico (BONFADA, GUIMARÃES E BRITO, 2012). Segundo os autores, a exigência de agilidade no

manejo, necessária para o funcionamento de um serviço de emergência, por vezes limita o atendimento, tanto no que se refere ao tratamento do paciente quanto à formação dos profissionais.

Os atendimentos dos profissionais da equipe multiprofissional da clínica psiquiátrica funcionam dentro da perspectiva de assistência em saúde mental psicossocial e buscam atuar dentro dessa lógica de prioridades nas demandas dos usuários e familiares, buscando trabalhar os sintomas apresentados pelos usuários em meio à crise nas psicoses, mas também considerar os acontecimentos e a fala desses sujeitos nesse processo de adoecimento e suas comunidades.

Algumas características mais comuns dos quadros de intenso sofrimento apresentados na emergência pesquisada, segundo os profissionais do setor, são os de risco de suicídio, insônia recorrente e persistente, agitação psicomotora intensa, impulsos de agressividade delirante, isolamento social grave, tentativas de suicídio ou homicídio, dificuldades no controle dos movimentos, impulsos de agressividade, falta de orientação no tempo e espaço, perda de memória, discurso fora de sequencia lógica, delírios e alucinações, confusão mental, demências, intoxicação pelo uso de substâncias. Com destaque ao suicídio e às drogas.

No artigo elaborado por Kondo et al. (2011), as tentativas de suicídio e o uso de substâncias psicoativas não eram reconhecidos por alguns profissionais das equipes de EP como sinais e sintomas no quadro de psicoses, diferentemente dos achados nesta pesquisa, quando os profissionais os elencaram como parte do quadro de sinais e sintomas nas psicoses. Contudo, corroborando com os estudos da autora, verificou-se ainda, o uso rotineiro entre profissionais do discurso de contenção física como suporte mais freqüente no atendimento durante a crise.

Há no local, disponibilidade de dois consultórios multiprofissionais para atendimento dentro da emergência, salas pequenas, como as outras no setor. Há as salas de Serviço Social; de Enfermagem; de Terapia Ocupacional e Psicologia.

Acho importante destacar que por plantão, enfermeiros e assistentes sociais estão presentes sempre em duplas no setor. Que os assistentes sociais dividem o trabalho na assistência entre os pacientes na pré-triagem e triagem, havendo duas sala de assistência social em cada sub-setor, bem como, que há também uma subdivisão por pacientes acompanhados pelo turno dos profissionais, havendo pacientes atendidos pela equipe da manhã e da tarde.

Os enfermeiros não dividem os atendimentos por sub-setor, e sim por enfermarias, masculina e feminina, e uma de pré-triagem. Atua sempre em dupla de enfermagem, de acordo com a demanda apresentada, respeitando a disponibilidade de cada um, revezam-se nas rotinas e demandas do setor que chegam até a sala localizada na triagem.

Outra especificidade é o trabalho dos médicos no setor, havendo um médico responsável pelo atendimento de novos casos no plantão, os casos da internação são subdivididos entre os médicos responsáveis pela internação no setor, estes contam com uma sala comum para prescrição, ampla com três mesas grandes e materiais de trabalho em escritório, protocolos institucionais e papéis

necessários à exames e encaminhamentos. Constavam seis médicos no serviço durante a pesquisa, estes ficavam relacionados a cinco pacientes cada, distribuídos em três turnos de trabalho, sendo que, três destes profissionais desenvolviam preceptoria de residentes no momento.

Os profissionais de psicologia se subdividiam por turno, estando relacionados ao atendimento dos usuários acompanhados pelos médicos que faziam as visitas naquele turno. Os profissionais de terapia ocupacional realizavam uma rotina de atividades sistemáticas no setor, sendo mais frequentemente relacionada a jogos de mesa, atividades expressivas com desenhos e revistas, utilização da área de desporto, bem como, com música e instrumentos lúdicos, estando divididos em equipes por turnos. Psicologia e TO não realizam plantão noturno no setor.

O atendimento pelos profissionais da equipe no setor ocorre de maneira dinâmica durante a rotina nos plantões, ficando no critério da equipe assistente, os encaminhamentos, avaliações e acompanhamentos necessários para estabilização do quadro clínico apresentado nos leitos de observação. O procedimento para os diversos profissionais também caminham nessa direção, procurar propiciar a escuta e acolhimento da situação apresentada pelos familiares/equipe, seguida de avaliação do estado mental dos usuários, orientações e registro das demandas de atendimento e encaminhamentos quanto ao manejo e demandas apresentadas pelos usuários.

Paes, Maftum e Mantovani (2010) perceberam dificuldades na equipe de enfermagem em realizar cuidados relativos a subjetividade de usuários e familiares dos serviços de EP. Nesse sentido, concluíram que saúde mental no setor era fracionada em relação ao cuidado e atuação dos profissionais específicos, em alguns serviços notava-se a ênfase na queixa psíquica, em contraponto, às necessidades físicas não eram abordadas.

No setor pesquisado, observamos dificuldade de manutenção de cotidianos de reunião entre os profissionais do serviço, quando questionados, estes, em geral, foram justificados pela intensa dinâmica de cuidados de urgência no setor.

A decisão sobre a conduta a ser realizada, em ultima instancia pertence ao médico psiquiatra, mas é habitual a solicitação da avaliação dos membros da equipe multiprofissional para determinar a entrada e permanência do paciente nos setores. Sobretudo, observamos que a rotina do setor está muito centralizada no trabalho da equipe de enfermagem, responsável pela admissão de novos casos e controle da rotina terapêutica. No geral, a equipe avaliou de forma positiva o funcionamento do diálogo e interação entre os membros das equipes multiprofissionais.

Em outros casos, após a admissão do usuário na internação (triagem), a exigência de permanência do acompanhante no setor é normalmente revogada, com critério de consenso da equipe assistente (enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psicólogos, e demais membros da equipe do plantão se reúnem e decidem sobre a situação).

Há exceção quanto à permanência, nos casos de pacientes menores de idade, idosos, gestantes ou com necessidades clínicas de cuidados constantes, ou ainda, dificuldade de transito dos

familiares entre a residência e o hospital, nos quais o acompanhante permanece no setor, sendo recomendável a troca e revezamento dos mesmos durante o período (Acompanhantes menores de idade, idosos, com histórico de adoecimentos graves recentes, não são situações indicadas para permanência por longo período no setor, sendo em geral dispensados da função).

5.1.3 Triagem

Na triagem, os contatos de familiares e acompanhantes com o paciente passam a ocorrer durante os horários de visitas do setor, podendo ser também solicitada a presença ou permanências destes responsáveis em outros horários, pelo critério de avaliação da equipe assistente, para viabilizar um melhor acompanhamento em casos específicos. Há casos de pacientes com um grau de dependência para com o cuidado do familiar, neste caso são solicitados presença dos mesmos.

O setor está subdividido em três postos de enfermagem: 1. Posto 1: Responsável pelo acompanhamento dos casos na pré-triagem feminino e masculino, posto misto para os casos de leitos de observação, medicação e liberação ou aguardo de leito; 2. Posto 2: Responsável pelo acompanhamento dos casos de pacientes do sexo feminino na triagem (10 leitos em enfermaria feminina); 3. Posto 3: Responsável pelo acompanhamento dos casos de pacientes do sexo masculino na triagem (3 Enfermarias - 6 Leitos, 4 Leitos, 6 Leitos).

No sentido de facilitar essas dinâmicas de cuidados clínicos específicos no setor, a emergência psiquiátrica dispõe de uma enfermaria com apenas um leito de observação, com estrutura diferenciada das demais: equipamentos de monitoramento das condições vitais do paciente que passe por complicações graves.

O setor conta ainda, com um amplo salão de convivência, salas de trabalho em grupo, sala do trabalho administrativo/recepção, banheiros, salas de atendimento individual, copa para os profissionais, enfermarias com leitos em um salão compartilhado por até oito pessoas (número de camas no maior quarto, são três quartos – dois leitos, seis leitos e oito leitos). Existe uma área externa para prática de atividades ao ar livre (a saída ao campo está sujeita ao acompanhamento dos profissionais do serviço), os pacientes rotineiramente acompanhados dos profissionais da Terapia Ocupacional, às 08:00 saíam para atividade, retornando após 60 minutos. Nessas idas ao campo (como chamavam), podiam escutavam o rádio, dançavam, cantavam, podiam praticar esportes e correr, etc. Havia arvores frutíferas e um ambiente “aprazível para estar” (SIC).

Como parte da rotina terapêutica do setor ocorrem atividades, procedimentos e rotinas coordenadas pelos profissionais da equipe, tais momentos fazem parte das dinâmicas de cuidado em saúde mental e são registradas nos prontuários do paciente, como forma de diálogo e acompanhamento da equipe sobre aspectos relativos ao processo de adoecimento dos usuários e

familiares atendidos na internação de emergência. Estes documentos são agrupados em forma de uma pasta de arquivo, chamada prontuário ou papeletas dos pacientes.

Foram observados atendimentos individuais e em grupo, atividades socioculturais, atendimento aos familiares ou em conjunto com os familiares, dispensa de medicamentos, cuidados de enfermagem, avaliações da equipe, encaminhamento de necessidades do caso, exames, funcionando a dinâmica, de acordo com as necessidades observadas pelas equipes.

Após estabilização dos sinais e sintomas apresentados ou de acordo com a avaliação das equipes assistentes, mas sobretudo do médico, o paciente recebe alta hospitalar, devendo dar continuidade ao tratamento na rede de saúde. A autorização formal está submetida ao parecer técnico do médico assistente no caso.

No momento da alta é solicitada a presença do acompanhante responsável pela internação do paciente, no sentido de preparar a saída do mesmo e retorno para a residência. O paciente recebe as orientações e encaminhamentos para dar continuidade do tratamento, bem como, um documento chamado Sumário de Alta, onde constam as informações diagnosticas dos atendimentos e sobre o período de atendimento no setor. O paciente é transferido de setor ou recebe alta juntamente com as prescrições clínicas e informações disponibilizadas na emergência.

O outro setor da Clínica Psiquiátrica, o SIB, funciona como uma retaguarda EP, oferecendo 30 leitos de internação breve (15 femininos e 15 masculinos), para aqueles casos que apesar das diferentes tentativas da equipe multiprofissional assistente da emergência, precisam de maior tempo de internação para estabilização dos sinais e sintomas apresentados durante a crise atual. A transferência de setores está sujeita a apreciação formal do médico psiquiátrica responsável pelo caso na emergência e a disponibilidade de leitos no SIB.

A equipe costumava conversar com os usuários que esse seria um momento para desacelerar da vida agitada que levaram anteriormente, para refletir sobre os acontecimentos progressos, mas que seria um momento passageiro, que logo teríamos de programar o retorno para a residência. Em outros casos a dificuldade era outra, de procurar mais animo para viver, de fundar formas de esperança na tristeza sentida por algumas pessoas.

O cuidado em saúde mental precisa estar voltado à criação de estratégias de convivência desses sujeitos com a sociedade, evidenciado na literatura como a principal dificuldade desses usuários em sofrimento mental (AMARANTE, 2014). Os casos atendidos no SIB são pessoas com histórico de longas internações em instituições psiquiátricas, de pessoas que possuem uma maior sensibilidade ao uso de medicamentos psiquiátricos e precisam de maior tempo de observação para acertar a dose dos mesmos, situações que exigem diagnostico diferenciado e tratamentos mais intensivos para remissão dos sintomas e queixas apresentadas. Contudo, na atualidade, a maioria dos casos encaminhados ao SIB é de pacientes com questões de ordem social complexas, demandas judiciais de internação compulsória, pacientes com dificuldades nos vínculos familiares ou de

pertencimento social, pacientes com histórico de situação de rua, egressos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – Sistema Penitenciário, com graves complicações clínicas não tratadas, etc.

5.2 PROCESSO DE TRABALHO: Formação e Cuidado

O foco deste capítulo é compreender os sentidos atribuídos pelos profissionais entrevistados ao processo de trabalho no cuidado em saúde mental na EPHG, como forma, de continuar a conhecer como este é efetivado no cotidiano das equipes multiprofissionais assistentes. Para tanto, utilizamos as observações e escrita do diário de campo sobre as entrevistas realizadas, como base de discussão do processo de trabalho local das equipes.

Durante a construção das análises, utilizamos quadros dialógicos para localizar e agrupar alguns sentidos percebidos nos discursos dos participantes, dessa maneira, estes eram associados com as impressões do próprio pesquisador, construindo posicionamentos nesta relação dialógica, em uma dinâmica compartilhada com a bibliografia de produção de cuidado em saúde mental.

Dessa maneira, os resultados alcançados seguem a ordem das perguntas norteadoras das conversas com os profissionais. Pensamos assim, atribuir maior fidedignidade ao propósito, estabelecendo eixos temáticos de discussão. Para ao final, fazemos comentários críticos de conceitos no debate atual sobre processo de trabalho e cuidado, em subjetividade e saúde.

5.2.1 Entrevistas Participantes

Primeiramente eram preenchidas as informações fechadas de nomes, idades, locais de trabalho, nascimento e residência, cursos de especializações na área. Escolhemos pseudônimos, utilizando como nomes, as profissões de cada participante, com o intuito de buscarmos preservar identidades e facilitar entendimento dos diálogos (Psiquiatria; Enfermagem; Terapia Ocupacional; Assistência Social; Psicologia).

Os participantes da pesquisa são todos formados em curso de graduação em universidades públicas situadas na Cidade de Belém, apresentam experiências acima de dez anos na Clínica Psiquiátrica, com titulação de especialistas em áreas relacionadas à saúde mental. Houve apenas um caso de maior titulação acadêmica, um participante que também é mestre em ciências da saúde.

Os profissionais são em maioria funcionários públicos provenientes do último concurso público para a Instituição (2004) e trabalham com carga horária de 30 horas divididas em turnos de 6 horas, exceto o médico, pois o plantão deste é regulamentado com um horário diferenciado das demais profissões, sendo de 4 horas e submetido a contrato de prestação de serviços.

Em sua totalidade, os participantes afirmaram já haver trabalhado em ambos os setores da Clínica Psiquiátrica, mas na atualidade trabalham em apenas um destes, no setor pesquisado. A

maior parte dos participantes, três destes, afirmaram trabalhar também em outras instituições de saúde, dois destes em locais voltados também à saúde mental. Vale ressaltar ainda, que os enfermeiros trabalham em regime de rodízio entre os setores da clínica, passando três meses em cada um alternadamente durante o ano.

A idéia era que o dialogo sobre o tema fosse acontecendo antes mesmo de usar as perguntas norteadoras, para assim, progressivamente irmos fazendo a leitura juntos (deixamos uma copia do instrumento previamente para cada participante), a conversa acontecia de maneira a promover um ambiente de intimidade e confidencialidade entre os participantes, de fluidez na construção de posicionamentos flutuantes nos temas em foco na entrevista.

5.2.2 Formação e trabalho em saúde mental.

Quando ao inicio das entrevistas, a idéia foi uma estratégia de aproximação do tema e formação de vínculo de confiança entre os participante da pesquisa. Assim, foi pedido ao participante que falasse mais sobre sua história de vida, da formação no curso escolhido, que pudesse situar o entrevistador através de sua fala, em seus interesses pessoais, pois precisávamos entender como foi construída a relação desses profissionais com o campo da saúde mental.

Como forma de exemplificar alguns dos sentidos principais percebidos no registro da experiência, quanto à formação dos profissionais da equipe no campo da saúde mental, em sua totalidade, os profissionais referiram este tema, como parte de sua formação, mas ainda, em um contexto associado ao modelo da psiquiatria clássica.

Terapia Ocupacional: Sim, na minha graduação tivemos algumas experiências voltadas para esta área de psiquiatria aplicada à saúde mental. Na época, eram por volta de quatro disciplinas que passavam por estes temas de saúde. Eu decidi também fazer estágios e monitoria de disciplinas nesta área mesmo, e logo ingressei em alguns projetos que funcionavam aqui mesmo no hospital. Não eram na emergência ainda, foram no SIB. Eu tive uma vez aula prática aqui na emergência, mas quem deu essa aula para nós foi um psiquiatra famoso.

Os depoimentos mostraram que, no momento de formação na graduação, os profissionais afirmam haver sido introduzidos aos conhecimentos de atuação profissional na área da psiquiatria hospitalar, que tiveram oportunidade de experiências práticas de disciplinas realizadas na especialidades da época. Concluímos então, a partir dos relatos coletados, que os profissionais entrevistados foram formados, para o trabalho no cuidado psicossocial, em meio à sua atuação na prática diária no setor, pois durante sua formação estes ainda eram ambientes de trabalho, em geral, relacionados à psiquiatria clássica e ministrados por professores médicos.

Psiquiatria: Desde a graduação eu já vinha trabalhando com projetos para esse campo da medicina junto a Universidade do Estado do Pará (UEPA), e fazendo estágios na área, mesmo não remunerados, e foi basicamente no hospital minha formação, só fui ter contato com os CAPs e com atendimento privado em psiquiatria depois da residência.

Segundo Amarante (2017), o modelo médico-biológico, centrado na ideia da consulta individual e na instituição fechada para tratamento, é um elemento constituinte da micropolítica do processo de trabalho na área da saúde mental. O autor discute que, ainda na atualidade, na formação de especialidades dos membros da equipe multiprofissional, o tema da produção de conhecimento feito pela psiquiatria mais conservadora está em maior evidência, sendo mais difundido no campo, o que o torna base para estudos e pesquisas nas universidades e instituições de assistência/ensino.

Corroborando com a literatura, foi possível observar que os profissionais afirmam que suas formações para o trabalho vieram em grande parte, das experiências práticas, mas estas precisaram sempre estar associadas a fontes de conhecimento formal, para assim, estes profissionais conseguirem atuar no setor de EPHG. Todos da equipe mencionaram sobre a importância de aperfeiçoamento dos profissionais na saúde mental, como um procedimento parte do cotidiano do trabalho das profissões de saúde, manter-se sempre atualizado dos conhecimentos novos da área.

Psicologia: Esse tema do sofrimento mental me interessa muito, eu procuro estudar bastante, comprar livros, fazer cursos. Mas a própria prática da saúde mental faz com que o profissional precise se aperfeiçoar constantemente, fazer supervisão para os atendimentos, procurar realizar troca com outros profissionais, dividir as percepções sobre as situações. É muito dinâmica a prática em saúde mental, por vezes o conhecimento se mostra insuficiente para compreender os acontecimentos da prática.

Vale aqui destacar que, essa necessidade de constatar capacitação para atuação e inserção da saúde mental efetivamente na formação em saúde dos profissionais, é considerada a principal temática levantada pelos participantes nas entrevistas, bem como, surge como uma importante problemática referida pelos autores selecionados (AMARANTES, 2017; MARTINS, 2017; FEITOSA, 2017; MEHRY, 2017). Por tal destaque a utilizamos como uma categoria de análise.

Quando sentia espaço seguro ou acontecia alguma menção ao tema, fazíamos relação deste com a pergunta do questionário, de como ocorreu o ingresso para trabalhar em uma EPHG, realizando um adentro ao tema. Durante o diálogo, o profissional falava sobre momento de chegar à instituição após o momento de formação especializada para atuar na assistência no setor de EP.

Psiquiatria: No começo fiquei meio assustado, não sabia direito como funcionava, com esse negócio da violência e agressão, ficava meio precavido com alguns pacientes, não virava muito as costas pra determinados que eu julgava, na minha ignorância, mais perigosos que outros tipos. Acho que tem haver com coisas que são veiculadas na mídia sobre a loucura, com a prática de atendimento em psiquiatria clássica, mas que a formação da um suporte melhor para entender esses acontecimentos. Hoje compreendo essa necessidade de alguns pacientes em receber atenção, dialogar, ajeitar o jaleco ou um aperto de mão sem maiores, isso já não desperta o sentido de alerta de antes.

Nos estudos de Bonfada, Guimarães e Brito (2012), os sentidos atribuídos a agressividade do paciente em sofrimento por profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Natal-RN, percebeu-se que os estigmas da violência estão muito presentes nos sentidos referidos entre estes profissionais pesquisados, que dessa maneira, contribui para os relatos de sentimento de medo e insegurança nas demandas do tipo.

Neste estudo, percebeu-se que os estigmas de violência e agressividade atribuídos aos pacientes em crise nos sofrimentos mentais, impedem uma avaliação básica mais eficiente por parte dos profissionais, onde dados quanto ao estado clínico não são obtidos, prejudicando um atendimento integral ao usuário em sofrimento e seus familiares (BONFADA, GUIMARÃES E BRITO, 2012). Ainda segundo os autores da pesquisa, bem como, o diálogo com os participantes, estes tipos de sentimentos fazem parte da formação dos profissionais e são reflexos do modelo da psiquiatria clássica, que tem a contenção química e física como único suportes de atendimento.

Destacamos, contudo, que durante as entrevistas, profissionais participantes demonstram também atribuir importância terapêutica à forma de relação profissional e paciente. Segundo os relatos obtidos, a relação é o instrumento que possibilita avaliação na prática de cuidado realizada. Nos relatos sobre a relação entre profissional e usuário, o tema da agressividade no processo de trabalho esteve presente de forma recorrente nos discursos dos participantes, o que nos levou a perceber como contrariedade, ou melhor, um paradoxo importante, evidenciado na fala dos mesmos, quanto a existência desta e de outras formas de estigmatizar no cuidado em saúde realizado.

Considerarmos os efeitos do estigma nas práticas de cuidado em saúde mental é um elemento importante na análise da formação no processo de trabalho em saúde local. As pesquisas de E. Goffman (2011) ajudam a compreender as relações instituídas neste campo de saberes sobre transtornos e sofrimentos mentais, quando define estigma como um atributo depreciativo, explica que o mesmo é utilizado para desqualificar as pessoas, marcadas por determinados atributos culturais e subjetivos em uma coletividade.

Ainda, segundo E. Goffman (2011), o estigma pode ser melhor compreendido quanto suas formas de exercício de poder na prática cotidiana das relações sociais, dessa maneira, dois conceitos indissociáveis remetem as formas de estigma: estigma sentido enquanto objeto da ação ou exercido enquanto sujeito que pratica o estigma. Estigma sentido é percebido pelo indivíduo como uma exclusão por alguma característica ou condição, o que acarreta sentimentos como vergonha, medo, ansiedade. Já o estigma sofrido são atitudes ou omissões concretas que provocam danos ou limitam algum tipo de benefícios às pessoas estigmatizadas. Como no caso do atendimento em saúde negligenciado, o estigma seria sentido pelo usuário e praticado pelas equipes de profissionais.

Notamos que enquanto relatavam parte de suas experiências de chegada para trabalhar no setor, em suas falas, começam a aparecer elementos relacionados com a maneira como organizavam seu processo de trabalho no cuidado em saúde, relacionados com o impacto do trabalho na EP.

Terapia Ocupacional: Penso que quando inserimos as atividades de TO aqui no setor, isso causou mudança significativa na rotina do paciente, que logo começa a também investir nessas atividades. Ele vem e pergunta quando será feita a próxima, qual será a nova dinâmica que faremos. Mantivemos nosso local na rotina do setor, então eles vinham, por mais que houvesse algumas dificuldades, a sala ser pequena, ou no salão, eles procuravam pois sabiam que estamos aqui em atividade naquele horário e local.

As formas de se relacionar, de procurar atender as expectativas e intenções, segundo o relato apresentado, é um dos elementos do cuidado desenvolvido no setor. A relação de confiança, precisa ser construídas gradativamente junto aos usuários, visando criar condições de promover o encontro entre trabalhador e usuário, há portanto, necessariamente, a produção do cuidado nos atos ocorridos nestes encontros cotidianos, dentro dos jogos de micropolíticas locais vivenciados pelos sujeitos.

Emerson Mehry (2017) problematiza, que quando está acontecendo uma forma de produção de cuidado em saúde, ocorrem simultaneamente múltiplos encontros e trocas de intencionalidades entre os participantes dessas ações. Muitos processos são iniciados de maneira previsível, dentro dos objetivos e obrigatoriedades de certos atos produtivos, contudo, outros ocorrem de formas imprevisíveis, criando desafios para o agir em ato no trabalho vivo dos profissionais de saúde.

Com base nos achados, inferimos que, os profissionais precisam estar sempre atentos em seu processo de trabalho à escuta dos envolvidos no processo de cuidado. Essa intencionalidade portada a priori tanto pelo trabalhador quanto pelo usuário, nas expectativas e resultados alcançados no cuidado em saúde, precisa ter sua demanda atendida e respeitada na construção de uma relação.

Para entender algumas destas demandas e intenções presentes na relação de cuidado, cabe ainda falar das respostas que abordam as mudanças na EP. Os participantes referiram que, Reforma Psiquiátrica atuou na construção de uma rede psicossocial de atendimento à saúde mental, na inserção de equipe multiprofissional em emergências psiquiátricas de hospital geral, onde os usuários/pacientes em determinados momentos, em caso de necessidade, podem receber cuidados.

Assistente Social: Meu ingresso foi em noventa e quatro, direto na emergência psiquiátrica. O Hospital nesse momento ainda não era hospital geral, era uma referencia em psiquiatria apenas com um ambulatório de psiquiatria. Eu diria que era um Hospital Psiquiátrico. Somente no ano dois mil que foram inauguradas as demais clínicas do hospital e reestruturar as demais áreas de atendimento, é tudo bem recente, antes não tinha outros atendimentos era só o pessoal da psiquiatria, o hospital foi construído assim.

Compreendemos por meio das entrevistas, que a modificação na clínica em saúde mental evidenciada na literatura a partir de 1990, no que esta relacionada ao contexto de formação dos profissionais locais, não teve um impacto inicial muito significativo para melhor preparação dos mesmos, quanto novo modelo de cuidado em saúde mental implantado na atualidade.

Enfermagem: A maioria dos funcionários que vieram trabalhar aqui, como eu também, trabalhavam antes no Hospital Aluizio da Fonseca. Com isso, vieram transferidos para cá quando a construção do hospital. Quando cheguei não senti diferença alguma no que já fazíamos lá, apenas o espaço era maior, não houve formação de ninguém neste primeiro momento, trocamos de local e só.

Constatamos assim, que os profissionais precisaram aprender e construir conhecimento na prática diária do setor, em meio ao trabalho no serviço, dentro de uma guerra de conceitos existentes na saúde mental. Ressaltamos que, muitos dos profissionais entrevistados deram início de suas atuações técnicas na instituição pesquisada, esses referem ter enfrentado grandes mudanças durante

os anos, principalmente no tocante as formas de compreender e auxiliar a loucura enquanto demanda de saúde.

“Nesse momento inicial, o cenário ainda não era de hospital geral para o cuidado em saúde mental, mas havia bastante valorização do profissional dos serviços, formação para atuar neste serviço de EP” (Serviço Social). Outra pergunta feita aos entrevistados era sobre as formas de seus aperfeiçoamentos profissionais em saúde mental. Se haviam modos de incentivo por parte da instituição para desenvolver a melhor formação dos servidores. Destacamos que, os participantes durante as suas respostas demonstram ambiguidade quando a efetividade da instituição na formação de seus servidores, mas concordam que no momento atual precisariam de maior incentivo da mesma para viabilizar a formação continuada das equipes de profissionais.

Nesse caso, os participantes afirmam também grande interesse e necessidade da equipe por atualização profissional, mas esta é realizada mais de maneira privada, em cursos fora da instituição. Durante as suas respostas demonstram haver pouca efetividade da instituição na formação de forma continuada, concordam que precisariam de maior incentivo da mesma, no sentido de melhorar a formação da equipe assistente continuamente para pensar a prática que exige preparo constante.

Psicologia: A Instituição promove alguns cursos, mas muito pouco diante da demanda dos serviços. Ocorrem momentos pontuais, mas não há a instituição da prática cotidiana de reunião, supervisão dos profissionais e debate dos acontecimentos. São momentos pontuais de formação, mas não uma prática permanente de cursos e formações voltados para as demandas, que ficasse permanente esse aprimoramento. Acho que o serviço de emergência precisava dessa supervisão constante dos profissionais, é um local muito complexo para as pessoas que estão inseridas nesse contexto de emergência.

Com base nos relatos apresentados, evidenciou-se que os serviços estudados não conseguem efetivar o processo de formação continuada de suas equipes, sendo apresentados como um cenário de baixo investimento na formação dos profissionais. Curso e palestras são oferecidos, porém não há um retorno na demanda destes nos profissionais da prática dos serviços, ou ainda, promoções de carreira ligadas ao aperfeiçoamento dos servidores da instituição.

Um outro achado interessante foi que os participantes em sua totalidade, referiram haver percebidos mudanças positivas nesse cenário com o início do programa de residência multiprofissional no setor pesquisado. Referem mudança positiva nas práticas dos profissionais, que se viram estimulados e instigados a retomar a formação após a chegada de residentes. Sempre dizendo que, ainda há muito a melhorar, mas o que ficou explícito nas entrevistas, foi o interesse dos entrevistados em refletir sobre as práticas no serviço, afinal, estes relatam ser algo muito pouco estudado e que durante a formação nas universidades, com algumas exceções, o profissional não estão sendo preparado para atuar na saúde mental em emergência, que ainda é por vezes vista como algo fora do cuidado psicossocial público na RAPs.

É importante falar também que, todos os participantes mencionaram idéias sobre o nível elevado de exigência técnica de profissionais para atuar em setores urgência e emergência psiquiátrica, que como reflexo desta precisam estar em constante aperfeiçoamento através de cursos,

em duas entrevistas foram também mencionados uso de supervisões clínicas. Tais sentidos obtidos com o relatado, atesta que o uso de instrumentos de aperfeiçoamento profissional de saúde mental, como parte do processo de trabalho do profissional em locais de assistência em saúde mental.

Os profissionais em sua totalidade apresentam grande interesse em fazer curso de aperfeiçoamento, investem com bastante frequência nesse segmento de educação para o trabalho na instituição, mas não se vêem valorizados nessas escolhas. Referem que esse interesse é reflexo de uma exigência do trabalho em saúde mental e que suas profissões são parte importante de suas realizações pessoais no momento, por gostar de trabalhar no local e de buscar aperfeiçoamento na área da saúde mental sempre que possível.

Assistente Social: Eu enquanto ser humano sou modificada por trabalhar na saúde mental, isso é algo pessoal, como profissional e ser humano que vive essas experiências. Quem trabalha na área sabe do desgaste, e essa é minha maneira de me manter bem, me atualizar e me envolver com cada caso que atendo, preciso estar junto aos usuários e ajudá-lo a resolver alguns de seus problemas, relativos a direitos sociais e de saúde, de trabalho e na luta do dia a dia.

Sobre o constate aprimoramento para o trabalho em saúde mental, Emerson Mehry (2017) problematiza que, os profissionais atuam dentro de uma lógica de constate produção de conhecimentos práticos nos estabelecimentos de saúde, onde o aprendizado junto aos chamados loucos, certamente precisa buscar mais relações com o campo conceitual, em supervisões, seminários, pesquisas, publicações e atividades afins.

Corroborando com os sentidos atribuídos ao cotidiano pelos sujeitos, contudo, os traços de originalidade desses novos conhecimentos surgidos pela prática, são os mesmos que dificultam seu trânsito nas instituições de formação como as universidades. Segundo o autor é indispensável ancoragem na experiência para produzir conhecimento em saúde, trabalhando assim, na legitimação pelo exercício cotidiano e recusa das pretensões tecnicistas do saber científico normatizador, da busca do reconhecimento como atores políticos e sociais em suas vidas (MEHRY,2017).

Psiquiatria: Nesse sentido, o Estado, enquanto política pública, acaba não efetivando as leis e reformas que deveriam existir para conseguir atender a demanda dessa população marginalizada pela sociedade todos os dias.

Para Michel Foucault, o conhecimento científico da clínica em saúde mental está diretamente relacionado à instituição hospitalar, enquanto instrumento de produção de subjetividade na sociedade, criando condições de afirmação em suas formas de Saber e Poder locais, de difusão da racionalidade organizativa dos espaços, enquanto instituições de controle das populações e de conhecimentos sobre suas formas de viver contemporâneas no mundo.

O conceito *Staatswissenschaft* (Ciência do Estado), utilizado por Foucault em seu livro *Microfísica do Poder* (1979), exemplifica como uma forma de intervenção pública que pressupõe forma de conhecimento que possa organizar e validá-la junto às necessidades da sociedade, estabelecendo com isso, uma relação de poder através do uso de seu saber técnico especializado, de

um conhecimento validado socialmente por seus pares tecnológicos, que produz subjetividades no uso de suas atribuições na clínica institucional da saúde.

Terapia Ocupacional: Acho que a maior barreira foi essa, de mostrar como funcionava o trabalho, de ter de explicar por várias vezes como pretendia atuar junto a equipe, de ter de orientar as pessoas sobre o papel do terapeuta ocupacional.

Comentário retirado do contexto do diálogo sobre a relação na formação e aperfeiçoamento das equipes dos serviços de emergência psiquiátrica, estes entenderam a alusão à construção e validação de instrumentos na política nacional de saúde. Como nos ajuda a pensar Laura Feuerwerker e Luiz Cecílio (2007), sobre os desafios de formação e atuação dos profissionais no contexto hospitalar de cuidado em saúde pública.

A partir das contribuições da Pedagogia Crítica e do conceito de relevância social da universidade, também se reconhece que as questões de aprendizagem devem ser significativas do ponto de vista social (cultural, epidemiológico, social, econômico, etc.), porque somente assim são capazes de propiciar a produção de conhecimento e a conformação de um perfil profissional que dialogue com a realidade social e com os problemas e as políticas de saúde do país (FEUERWERKER & CECÍLIO, 2007, p.968).

Acrescido do entendimento comum entre equipe e literatura, que as universidades, ainda na atualidade, não formam para atuar nestes segmentos de saúde, os profissionais nos serviços afirmam não ter recebido um treinamento para iniciar a atuação no setor. E ao contrario, muitos afirmaram ser responsáveis por implantar os serviços profissionais no local, sem exceções, todos manifestam necessidades constantes de novos conhecimentos para subsidiar suas práticas cotidianas.

5.2.3 Processo de Trabalho em Saúde.

Assim, em geral, quando após um momento de silencio propício. De forma bem natural, comparando com o passado, conseguimos chegar com o assunto ao momento presente do setor. Penso que aqui começávamos a falar mais sobre o tema relativo às práticas de cuidado em saúde, saindo deste momento de formação e passando as atividades desenvolvidas no dia a dia local.

A temática, de trabalho em equipe, foi evidenciada como um dos sentido principais atribuídos ao fazer dos profissionais no setor de EP. Digo, que quando perguntados sobre o que se faz no setor, todos os participantes iniciaram suas respostas enfatizando o trabalho em equipes multiprofissionais na assistência à saúde local, como veremos mais adiante no texto apresentado.

O participante Psicologia, ao ser questionado sobre o que faz cotidianamente, relatou algo que demonstra de forma muito sintetizada, alguns dos sentidos de importância ao trabalho em equipe multiprofissional atribuído pelos participantes das entrevistas neste momento do diálogo.

Psicologia: Nós atuamos enquanto membro de uma equipe multiprofissional, afinal, dentro desta rotina de trabalho é o dialogo entre os saberes que possibilita a melhora daquele paciente, precisamos estar abertos ao dialogo com toda a equipe, fazer a escuta e comunicação com os usuários e familiares, e também com a equipe, para entendermos o sujeito como um todo, não só a parte mental, mas como um todo, e como cada um destes

vieses profissionais implicam e afetam outros na vida deste sujeito, na vida afetiva, social, familiar, laboral.

Para Laura Feuerwerker e Luiz Cecílio (2007), os desafios de atuação multiprofissional no contexto hospitalar é permeado por um processo de trabalho rígido e leve em seu funcionamento, afinal, o hospital, é em si mesmo, uma organização de componentes burocrático, convivendo com a organização do cuidado em uma lógica adocrática. Essas são algumas considerações importantes abordadas pelos autores na publicação referida, que nos ajudaram a pensar as dificuldades e contradições na assistência em hospitais no Brasil, debatida pelos participantes.

Isto nos permite argumentar, com base também nos achados da pesquisa no setor de EPHG local, que a integralidade é o principal desafio nas práticas de saúde dos profissionais locais, para produção de saúde em rede de ações e serviços nos territórios (FRANCO & MERHY, 2013). O desafio para a integralidade é a inserção deste dispositivo na rotina cotidiana dos serviços de saúde, bem como, na prática clínica dos profissionais de saúde.

Os autores argumentam que a integralidade precisa estar associada a prática diária dos estabelecimentos de saúde, de trabalhadores e usuários, bem como, das estratégias de gestão locais, parte das maneiras de investir para maior eficácia dos serviços. Referiram-se à reiteradamente à integralidade como eixo na complexidade das ações de promoção, prevenção e assistência na saúde preconizadas pelo funcionamento do SUS (FRANCO & MERHY, 2013).

Assim, ainda respondendo sobre o que fazem os participantes em seus dia-a-dia, Psiquiatria fala sobre alguns outros sentidos atribuídos ao processo de trabalho na EP, relacionados ao trabalho em equipes multiprofissionais e cuidado desenvolvido no cotidiano do setor pesquisado.

Psiquiatria: É um trabalho de importância muito grande, e precisamos estar sempre em afinidade com a equipe para fazer o julgamento crítico da situação, pois as situações às vezes não são tão óbvias quanto parecem, então pedimos também a avaliação da equipe, dos acompanhantes, provas matérias do que está sendo dito pelo paciente. Temos de refletir e ponderar a avaliação em conjunto com a equipe sempre.

Na visão de Cecílio e Merhy (2010), integralidade em saúde é entendida como atenção plena, com uso das tecnologias possíveis, visando realizar através do trabalho em equipe multiprofissional, uma estratégia da gestão micropolítica compartilhada por todos os atores envolvidos. Nesse sentido, norteado pelo pensamento apresentado, a clínica dos profissionais de saúde no contexto local, procura atuar, por meio da relação entre pessoas, profissionais e usuários do serviço, do contato na prática clínica, que pensa cuidado em saúde como relativo ao modo de vida de pessoas, que nesse sentido, está implicado em reconhecimento de escolhas no tratamento.

Assistência Social: Primeiro, nós aqui trabalhamos em equipe multiprofissional, o pressuposto do programa é trabalhar em equipe sempre, dividir o problema, e de toda forma, não há como funcionar individualmente nestas abordagens, nas tentativa de suicídio, agitação, nestas pessoas que estão desorientadas, se mutilando, querendo agredir os outros ou a si mesmo, é preciso atuar de modo multiprofissional em equipe mesmo, afinal, a pessoa precisa ser amparada e acolhida em sua demandas que são muitas nestes momentos de crise.

Como nos ajudam a pensar Paulo Amarante (2017) e Emerson Mehry (2017), no processo de produção de cuidado em saúde mental, como proposta inovadora de assistência aos usuários no SUS, a aposta está nas formas trabalho em redes de profissionais e serviços, voltados ao auxílio das necessidades de pessoas em sofrimento mental, que em um determinado interesse terapêutico, pode estar associado ao contexto de internamento em EPHG para tratamento em saúde mental.

Como complemento das respostas era também perguntado como os participantes poderiam falar de suas práticas cotidianas no setor, gradativamente, de forma associada ao trabalho em equipe multiprofissional, pedíamos que falasse qual seu papel neste trabalho, realizado pelos profissionais. O pesquisador perguntava, para compreender assim, mais o processo ocorrido na rotina local.

Terapia Ocupacional: Certo. Hoje, a maior preocupação do meu trabalho é organizar a rotina, o cotidiano, para servir de referência para os pacientes, para os profissionais também claro, para haver uma forma de organização do que você vai fazer. Vejo que as tarefas hoje estão bem definidas, o que nós fazemos, nosso papel. E o que fazemos é isso, tentar dar uma humanização ao espaço, de tornar este espaço menos estressante e mais acolhedor. Mais próximo do que é fora daqui, deste hospital, porque o hospital é um ambiente que despersonaliza a pessoa. E por vezes, o paciente não entende que precisa estar aqui, encara isso como uma prisão, que estão contra a sua vontade, e procuramos minimizar os impactos desta hospitalização.

Foi possível compreender nestes momentos dos discursos, que para os profissionais entrevistados, seus processos de trabalho no setor funcionavam como parte de um coletivo intervenções, mas que ocorrem de maneiras independentes dentro da rotina desenvolvida no setor. Com essa afirmação, procuramos aqui evidenciar uma dificuldade observada, que reflete uma característica da dinâmica do processo de trabalho hospitalar visto na literatura especializada.

Psicologia: Então aqui nós temos uma rotina de trabalho que sempre se atualiza constantemente, e por se tratar de uma emergência psiquiátrica, a rotina é muitas vezes interrompida por acontecimentos inesperados no setor. A gente precisa estar preparado para fazer a quebra naquele momento, e necessariamente organizar o trabalho por prioridade, há coisas que esperam e coisas urgentes, imediatas que não podem esperar.

Segundo Paulo Amarante (2017), quando levamos em consideração que a universidade forma os diversos profissionais que atuarão dentro dos novos serviços propostos pela Reforma Psiquiátrica, podemos perceber, aí, uma enorme contradição existente na atuação dos profissionais no serviços de saúde mental. O que o autor pretende afirmar é que, a maioria dos profissionais carrega uma bagagem teórica e prática que se contrapõe à assistência pretendida pela Reforma aos cuidados psicossociais em saúde mental às pessoas em sofrimento mental, o que muito contribuiu para dificuldades de implementação do processo de trabalho no cotidiano de saúde pública.

O conceito que a psiquiatria utiliza ainda é, fundamentalmente, o de doença mental. Paradoxalmente, é um conceito que foi superado, pela própria psiquiatria devido à sua inconsistência epistemológica. Os conceitos atualmente adotados, que são os de transtorno mental ou desordem mental, no fundo, significam a mesma coisa que doença mental (AMARANTE, 2017, p.94).

Dando sequências as entrevistas com os participantes, procurávamos perguntar mais sobre elementos que poderiam estar associados aos seus modos de trabalho no local. Dizia assim: Se você

precisasse explicar para alguém que nunca veio em um EP, como você poderia falar mais sobre o seu trabalho aqui neste setor (SIC). Como podemos observar pela resposta a seguir:

Assistência Social: Bem...seria uma urgência para quem está em crise, em surto, principalmente uma crise aguda. A lógica é que o atendimento sempre ocorra na Unidade Básica de Saúde, ou nos CAPs, se estes estivessem estruturados para receber essas demandas, mas os casos de crises acabam sempre vindo para a emergência, depressão, sensação de angústia e etc. É um local de atendimento as urgências em saúde mental, situações de crise, angústia profunda, tentativas de suicídio, de um surto psicótico mesmo. Aqui acaba sendo a referência do Estado.

Depois de ouvir o participante falar, em geral, sobre o serviço e sua relação com a rede extra-hospitalar de acompanhamento em saúde mental. Aqui, procurávamos abordar alguns assuntos de como o participante entendia o seu próprio trabalho no setor. Destacando que gostaríamos de saber mais sobre a prática desses preceitos das políticas de saúde no SUS, da formação das redes de serviços, falar como o profissional organiza seu processo de trabalho no cuidado em saúde.

Psiquiatria: Nos CAPs, as pessoas geralmente apresenta crítica de sua condição e adere ao tratamento, e pelo contrario inclusive, ela vai procurar o tratamento por vontade própria, nas internações psiquiátricas de emergência, a pessoa, em geral, não tem crítica de sua condição e é levada por outros para procurar ajudar e tratamento. Geralmente são os familiares ou em casos de serem trazidos pelo SAMU.

Corroborando com os achados da literatura, os participantes compreendem o funcionamento dos serviços de atenção às emergências psiquiátricas em hospitais gerais, como pontos da rede de serviços onde as pessoas podem dispor de suporte à crise psiquiátrica, com internação por um breve período quando necessário, de acordo com as necessidades avaliadas pelos profissionais da equipe de assistência multiprofissional.

Para os entrevistados, as emergências psiquiátricas buscam atender aos objetivos de estabilização dos quadros de crise nas psicoses, na busca de encaminhamento para acompanhamento psicossocial em saúde mental junto às residências, consideram a equipe multiprofissional um elemento capaz de atuar associada aos territórios de vida das pessoas.

Enfermagem: É preciso em muitos momentos atuar como uma contenção, química ou mecânica de intervenção, de um suporte psicológico ao sujeito e familiares, da equipe como um todo. Com a família, que também precisa ser assistida nesta instabilidade gerada na crise, ao ver esse sujeito passando pela situação de crise, os familiares acabam também se vendo desestabilizados, na verdade esses sujeito é parte desta situação que está acontecendo com a família toda ou a comunidade que estes vivem é parte da situação. E é importante acolher, auxiliar, dentro das condições possíveis, cada um em sua área de trabalho, essas pessoas em suas necessidades demandadas.

Desses diálogos entre os participantes das entrevistas, surgiu a perspectiva de que os profissionais trabalham conhecimento relativos ao contexto biológico e subjetivo no processo de adoecimento das pessoas, o contexto de vida e os conhecimentos ligados a cultura de sujeitos em comunidade, associados ao tratamento em saúde, divididos em transtornos e sofrimentos mentais, em uma espécie de articulação entre os saberes e a realidade vivida, não bem delimitada em suas fronteiras em meio à equipe de profissionais.

Contudo, o encontro entre um usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, com um trabalhador, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. (MEHRY & FRANCO, 2013). O trabalho nas emergências psiquiátricas se desenvolve dentro de uma dinâmica mista: flexível e rígida. Na rotina hospitalar de EP, a ênfase apresenta pelos participantes foi relativa ao sujeito na ausência de crítica que precisa ser internado neste setor para estabilização do quadro de urgência.

Psiquiatria: Ótima pergunta, a internação compulsória no Brasil só se dá em uma situação, que é esta, a psiquiátrica, e sob determinadas circunstâncias, a pessoa deve estar fora de si, ou seja, em um quadro psicótico agudo em atividade, ou deve estar exercendo risco à si, com ideias suicidas, ou outras pessoas, verbalizando a vontade de cometer homicídios. Nestas três situações a internação pode ser feita alheia a vontade da pessoa, então, em geral está exposto a esses riscos, da pessoa não saber bem o que está fazendo, e estar tornando-se agressivas consigo ou com outros, ou que não podem julgar a gravidade do problema pelo qual está passando.

Segundo Túlio Franco (2013), o momento de trabalho é simultaneamente momento de encontro entre trabalhador e usuário, permeado pelo sofrimento, pelos saberes da saúde, pelas experiências de vida, pelas práticas assistenciais e pela subjetividade de trabalhadores e usuários, enfim, um mundo complexo a ser pesquisado envolvendo, sobretudo, a produção do cuidado nos serviços de assistência e nas práticas dos profissionais de saúde.

Psicologia: Com certeza, resgatamos muito a história de vida deste sujeito, o que antecedeu esta crise, como ele percebeu que não estava bem, quando tudo começou a ficar diferente, como se sentia. Pergunto se teve algum evento que provocou isto, se ele consegue identificar situações muito dolorosas, se houve alguma perda, ou trauma que possa ter vivido durante os momentos de intensa agitação. Em algumas situações, algumas pessoas tem problemas para lidar com a vida após determinado acontecimento, é um momento de ruptura, de quebra com a realidade cotidiana, que não consegue mais organizar os pensamentos como antes, mesmo que você consiga juntar as partes, não é mais como antes, e tentamos resgatar estas pessoas para novas estratégias de lidar com os acontecimentos.

O relato das práticas de cuidado relacional apresentados pelos participantes estão aliadas ao processo proposto por Paulo Amarantes (2014). Onde, serviços e profissionais devem estruturar-se para possibilitar que todos os envolvidos nos conflitos psíquicos possam ser ouvidos sobre o ocorrido, expressando suas dificuldades necessidades junto aos profissionais de saúde da equipe assistente, que devem atuar na busca de acolher e encaminhar com resolutividade às demandas.

Terapia Ocupacional: Então proporcionamos, primeiramente, a base de tudo no nosso trabalho é a relação terapêutica, você não vai conseguir nada no teu trabalho terapêutico, se não houver uma relação de confiança com teu paciente, no sentido de se importar com a pessoa, de querer dar um retorno, uma ajuda resolutiva dentro daquilo que você pode auxiliar no caso. Então tudo começa aí, a base está no vínculo terapêutico. Com isso, procuramos organizar as atividades, que aqui na emergência percebemos muito a necessidade de direcionamento do tempo dos pacientes, não só pela questão do ócio, pois esta, em determinados momentos é uma opção da pessoa, de querer ficar parada refletindo, é uma opção, que é importante em certos momentos.

Dentre as formas de trabalho dos profissionais atribuídas aos posicionamentos nas entrevistas realizadas, está a busca por melhor acolher e compreender o ambiente de vida dos usuários, as relações do sujeito, seus desejos e sonhos, vontades, formas de ver a realidade das coisas, mesmo

que em determinada medida, esses conhecimentos estejam associados a práticas diretas sobre as escolhas do sujeito, e que precisem ser construídos durante o atendimento do profissional em equipe, pois segundo os relatos, algumas pessoas precisam de auxílio para desenvolver perspectivas mais concretas sobre si mesmas, e para perceberem-se como sujeitos ativos em suas vidas.

Enfermagem: Funcionamos como uma espécie de ego nestas situações, não para reprimir mas para mediar esta situação, de colocar um certo limite nas ações do outro, pois não podemos fazer apenas o que queremos, por viver em uma sociedade, por precisar respeitar o espaço do outro. Coisas que na família não foi proporcionado e foi exercido, agravado pelo sintoma da doença, que acaba gerando este quadro. De certa forma, buscamos cumprir este papel de ajudar na socialização, estimulando e respeitando os limites de cada um, as possibilidades dos sujeitos.

Com base em Mehry (2013), defende-se que o cuidado é co-produzido no cotidiano de trabalho dos profissionais de um serviço, isto é "no agir cotidiano de cada trabalhador de saúde, nas relações que estabelece com os outros trabalhadores, com os usuários, o arsenal tecnológico do qual utiliza" (p.123), onde há um lugar específico para cada um na linha de produção do cuidado e no modo de concretizar o modelo tecnoassistencial de saúde.

Ao executar seu trabalho de cuidado em saúde, os profissionais obedecem a uma disposição física, disciplinadamente organizada, com lugares específicos, onde certos processos e produtos são realizados em diferentes unidades de produção (FRANCO, 2013, p.54). O cuidado em saúde é construído na integração de atores e setores com objetivo de promover melhor entendimento e atendimento das demandas dos usuários no processo de adoecimento. Com base nesse pensamento, concluímos que os profissionais no setor pesquisado buscam atuar de forma dinâmica e interacional entre as equipes assistentes, organizando o atendimento na assistência de maneira multiprofissional, de acordo com os casos prioritários e necessidades de urgência apresentadas.

5.2.4 Dos sentidos construídos

Nesse momento, pedíamos que os participantes pudessem falar mais especificamente sobre suas próprias experiências diárias nos serviços, de como se sentia e de que maneira observava o funcionamento daquele atendimento à crise no setor de EP. Em determinado momento, perguntei como os pacientes chegavam ao local para atendimento, para que o participante explicasse em poucas palavras, como era para ele atender estes tipos de demanda mais comum no setor.

Psiquiatria: Penso que temos que também dar suporte as famílias prejudicadas, que precisam de ajuda com os pacientes, porque demandam tempo e cuidados, uma série de fatores de responsabilidade para alguém que já não tem recursos suficientes para cuidar de si dentro da sua família, era uma ideia a se levar em consideração as dificuldades enfrentadas para o tratamento.

No âmbito da saúde mental e cuidado psicossocial, não se está interessado na reconstrução do sujeito que falta à completude e muito menos a reabilitação, posto que o cuidado é coletivo e busca não uma readaptação social, mas a transformação capaz de garantir escolha e autonomia na

existência destes sujeitos usuários. Como quando conversávamos com Psicologia nas entrevistas, neste momento falávamos quanto ao trabalho na clínica psiquiátrica, em específico nas emergências relativas as demandas no serviço, de um público muito sofrido em difíceis situações.

Psicologia: Penso que quem trabalha na psiquiatria precisa ter primordialmente amor pelo que faz, e disponibilidade de acolhimento da dor, do sofrimento, do desamparo, do luto das pessoas. As pessoas que aqui eu atendo são pessoas muito carentes e sofridas pela vida que levam.

É importante perceber que dentro desses diálogos com os participantes da pesquisa, ficou clara, a compreensão dos mesmos, sobre a interface de discussão da relação entre clínica e política no processo de trabalho dos profissionais de saúde mental. Na interface entre a clínica e a política encontram-se os modos de produção de saúde e subjetividade, modos de experimentação/construção, e não mais interpretação da realidade e da neutralidade na relação de cuidado (BENEVIDES, 2005).

Assistência Social: Acredito que a principal dificuldade desse trabalho é a questão social desses usuários, é muito difícil de ser superada essa situação de miséria social dessas famílias. Quando achamos as famílias, a realidade é que não está fácil a situação mesmo, a família está passando muitas provações, e tira-los dessa situação exige muito trabalho, até o ponto de esgotamento, afinal, sabemos que a realidade do país é desoladora.

As dificuldades relativas ao contexto de grandes desigualdades sociais no país provocam questões desafiadoras, de natureza psicológica, social, cultural e econômica, para a estruturação do cuidado psicossocial de saúde mental (BRASIL, 2011). O maior dos problemas é a questão da exclusão social, assim, cuidado psicossocial precisa estar focado nos determinantes sociais, econômicos, culturais, subjetivos dos sujeitos e seus familiares no processo de adoecimento mental.

Assistência Social: Usar o recurso da instituição, e com isso trabalhar, pedir apoio dos outros profissionais e do hospital como um todo, da equipe multiprofissional. Eu me sinto minimamente amparada para dar encaminhamentos ao caso, afinal, somos a maior referência do Estado, então consigo dar certos encaminhamentos aos casos mais complexos, com a ajuda da instituição que tenho por trás claro. São processos de internação, graves, que duram bastante tempo, às vezes, temos casos internados há anos, entende a dificuldade dessas situações. São casos complexos de se resolver rapidamente, é preciso trabalhar em longo prazo, e existe as dificuldades de suporte extra hospitalar, não quero que volte pra rua, sem acompanhamento, na verdade, não posso fazer isso eticamente, enquanto profissional. A luta antimanicomial pretende extinguir o manicômio, mas fornecendo suporte para as pessoas serem atendidas em seus locais de moradia, dando dignidade de vida, com suporte social, ajudando essas pessoas.

O modelo brasileiro de cuidado psicossocial em saúde organiza-se por meio de serviços e profissionais em conjunto de multiespecialidades, buscando abordagem aos diferentes aspectos e características do processo de adoecimento. (BRASIL, 2011). Os profissionais nas entrevistas falaram também do aumento nos últimos anos do uso de substâncias psicoativas, chamadas de drogas, utilizadas mais entre jovens e adolescentes, cada dia mais jovens em idade, este foi um assunto bastante referido nas entrevistas e observações de campo.

Enfermagem: Eu percebo que atualmente atendemos muitos caso relacionados ao uso de drogas, diria que de cada dez, sete são por uso de drogas. Assim, a recorrência de primeiras internações aumenta muito. É esse é um público diferente do que trabalhávamos antes, mais ligado ao portador de transtorno mental. Atuamos em geral nos casos de primeiro atendimento, no sentido de conter aquele momento de grande estupor físico e mental do sujeito, e também orientar o familiar sobre as necessidades de tratamento no caso apresentado.

Assim destacamos, que o Ministério da Saúde afirma: 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; e que mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas, sendo um percentual de 12% da população que necessita de algum atendimento em saúde mental, contínuo ou eventual (BRASIL, 2008). A organização do processo de trabalho em setores de urgência e emergência psiquiátrica reflete a dinâmica flexível de atendimento às demandas desses usuários de saúde mental.

Os relatos dos participantes referem ser comum no setor, o atendimento de casos ou situações baseadas na organização de prioridades entre os acontecimentos locais da rotina de assistência e formas de organização das equipes. Ainda segundo os profissionais entrevistados, as situações de emergência estão relacionadas com situações de graves conflitos e sofrimentos vivenciados por pessoas em coletivos, que em geral, estão ligadas a risco de morte eminente.

Em contraponto, mas associada à conceituação clínica da doença transtorno mental, o que torna o debate sobre a crise controverso. Onde o momento de crise é entendido como o resultado, de uma série de fatores que envolvem os modos de vida de pessoas em sociedade, com seus familiares, amigos ou consigo mesmos (AMARANTES, 2010), bem como, entendido, a partir das psicoses esquizofrênicas, os transtornos delirantes persistentes, os chamados transtornos do humor, dependências à substâncias psicoativas, as síndromes associadas ao stress, e aos transtornos de personalidade, com base nas classificações americanas (DSM) (ROCHA & TENÓRIO, 2009, p.3).

Psiquiatria: Cada caso é um caso, às vezes é procurar manter o vínculo, e outras é conduzir o paciente mesmo, até que ele consiga compreender melhor porque aquilo foi feito e como vai organizar sua vida daí em diante.

Na dimensão técnico-assistencial, ou na construção de uma rede de serviços, devem constituir-se verdadeiros espaços de sociabilidade, de acolhimento, cuidado, não mais lugar de repressão, vigilância e punição (DIMENSTEIN, 2005). A atuação em saúde mental foi percebida como sendo entendida como espaço de diálogo e interlocução de saberes na sociedade. O que segundo os argumentos dos profissionais trás uma nova especificidade ao serviço de saúde local, para além do atendimento ao sujeito adoecido, o trabalho implica assistência aos familiares, bem como, a comunidade, atuando no sentido de encaminhar o acompanhamento das equipes de saúde.

Assistência Social: Chamar a família para conversar, ir lá na casa deles, ajudar a fazer planos para seguir a vida, é algo complexo, a comunidade, a miséria, situações que chegam a ser de polícia, que precisamos superar as fronteiras, temos que buscar evitar as internações, intervir na comunidade para que superemos as crises. Aí a instituição também ajuda na ação, me dá um chão pra trabalhar mesmo.

Corroborando com os autores utilizados na pesquisa, as evidências dos achados deste trabalho apontam que o processo de trabalho multiprofissional na saúde mental pode servir ao contexto de produção de autonomia e protagonismo social aos usuários e familiares atendidos nos serviços pesquisados. Essa máxima é justificada nas observações em campo e consensos ocorridos nos diálogos com a equipe assistente sobre os sentidos atribuídos ao processo de trabalho local, na

constante preocupação referida pelos profissionais, em considerar a participação dos sujeitos em seu tratamento em saúde mental, bem como, a necessidade de acompanhamento das famílias.

Em contraponto, apesar do trabalho das equipes multiprofissionais no cuidado psicossocial, há ainda muitos pacientes em processo de agravamento das doenças que não recebem atendimento adequado às suas demandas. Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua também sendo objeto do trabalho de ambulatorios e da Atenção Básica. O atendimento aos pacientes em processo de cronificação do transtorno ou sofrimento mental é evidenciado pelos profissionais durante as entrevistas como um sentido comum relacionada à falhas na rede de serviços de saúde, segundo a percepção da equipe o retorno de pacientes em quadros agravados não desperta surpresa aos membros da equipe. Muitos dos entrevistados referiram sentir-se impossibilitados de realizar o acompanhamento dos casos após a alta hospitalar, o que costuma prejudicar em muito o atendimento realizados pelas equipes de saúde mental no setor e fora dele.

5.2.5 Uma parada no cuidado.

Já nos encaminhando para o final das entrevistas, conversávamos sobre o que é pra você trabalhar de forma multiprofissional nos serviços e setores pesquisados. Pedíamos que falassem sobre esse contexto da equipe multiprofissional na saúde mental, e da busca de atender os pacientes e familiares em conjuntos profissionais na emergência.

Psiquiatria: Para realizar meu trabalho eu preciso estar em constante contato com o serviço social, quando vamos programar uma alta nos articulamos em grupo, mesmo vendo a melhora no quadro, pois a alta precisa ser feita com segurança. Pra pessoa poder ter alguma chance de continuar o tratamento fora, com a psicologia a interface é ainda maior. Tem algumas alterações que o campo psicológico e social são os gatilhos, e se não foram bem tratados, mesmo com terapêutica correta, não tem uma boa resposta, e geralmente, quando agente procura achamos as questões sociais de relevância, um termino de relacionamento, uma frustração profissional, falência, pobreza extrema, dificuldades de relacionamento com o pai e mãe, e isso é preciso trabalhar na terapia, em investimento no sujeito, e o remédio em si não consegue reformular estes conceitos, tem que ser feito com a equipe.

Os participantes demonstraram atribuir muita importância ao respeito entre os saberes técnicos dos membros da equipe, afirmando gostar e precisar trabalhar em equipe para atender as demandas dos serviços. Todos os participantes também afirmaram que o nível técnico dos profissionais da instituição é muito bom, e que apesar de sempre surgir dificuldades de relacionamento e pensamento sobre o tema, conseguem se organizar para realizar o trabalho.

Psicologia: Se tem um lugar que ainda é possível visualizar esta dinâmica de equipe multiprofissional, em que a equipe discute e dialoga para atendimento, é a emergência psiquiátrica. A equipe se valoriza no trabalho um do outro, os saberes conseguem conversar, quando o médico vai dar alta para o paciente, ele nunca decide só, chama a equipe e propõe a discussão do caso, pensa o que podemos fazer, pra onde mandar o paciente, onde pode ter uma resposta melhor ou seria melhor acolhido, pois cada um é uma historia diferente, com sofrimentos que precisam de intervenções diferentes. Tem família que é o lugar de adoecimento, que o paciente acaba assumindo o lugar deste adoecimento, que precisa ser realizada uma atenção ao caso, aí procuramos o CAPs.

O Ministério da Saúde (2011) institui que serviços de atenção à saúde mental estejam organizados em rede distribuída em territórios e constituídos pelas equipes multiprofissionais. Consideram-se territórios uma área geográfica e os recursos sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte, etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer neles disponíveis (BRASIL, 2011). Argumenta-se o papel dos profissionais na equipe multiprofissional associado ao contexto de construção de diálogo, atuando como facilitador, de maneira a buscar produzir autonomia e o acesso dos usuários ao melhor tratamento de suas demandas de saúde nos serviços de assistência (MEHRY, 2017; AMARANTE, 2017).

Terapia Ocupacional: Nestes momento de maior fragilidade da família e do paciente também, o momento de crise mesmo vivido, quando existe um risco eminente para as pessoas envolvidas na situação, este local se torna fundamental na dinâmica de atendimento e intervenção, que consegue dar suporte as situações vividas pelas pessoas. Pessoas que chegam aqui gritando por ajuda, por uma possibilidade de serem cuidadas por alguém, diante de uma situação extrema que está vivendo. Acho que este serviço tem um papel fundamental, poderia ser de outra forma, acredito que sim, que o serviço está ainda amadurecendo em relação ao trabalho com a rede fora dos hospitais em si.

Saúde mental é um campo de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde. Ao contrario da psiquiatria, saúde mental não se baseia em apenas um tipo de saber e conhecimento, a psiquiatria, é um campo bastante múltiplo e complexo que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades, que precisam do interesse de toda sociedade para criar melhores condições de tratamento, das possibilidades da existência (AMARANTES, 2014).

Psicologia: O que fica mais para a equipe psicossocial é aquilo relativo ao trabalho com a família, as condições de vida destas pessoas, o aspecto socioeconômico, o entendimento da doença, que vamos conseguir mais informações sobre estas pessoas, e como vai ser para que o sujeito consiga dar continuidade ao tratamento, algumas demandas de ordem jurídicas, encaminhamentos para outros atendimentos sociais, unidades de saúde que possam atender outras demandas que possam existir no caso, trabalhamos muito os laços sociais e afetivos deste sujeitos, e tentando associar estratégias de melhor convívio com o tratamento. A terapia ocupacional vai trabalhar mais a questão das rotinas do sujeito, do fazer diário de atividades, afinal, precisamos sempre fazer coisas em nossas vidas, e o fazer é muito importante dentro deste cotidiano de tratamento em saúde mental. A organização das tarefas diárias das pessoas. Quanto a equipe médica se preocupa muito com a parte biológica: medicação, a respostas clínicas do caso, sintomas apresentados pelo paciente, essas coisas mesmo...Enfim, em grupo que nós estudamos como tratar cada caso ou situação apresentada pelo paciente, como ele pode se estruturar aqui e lá fora, depois da alta, e assim, como orientar esta família para ir em busca de um melhor convívio com a doença, para que tenha mais manejo com o sujeito em sofrimento, para ir buscar esta ajuda no CAPs ou em outros serviços que existem disponíveis na cidade.

As dimensões psicossociais do cuidado integral envolvem o desenvolvimento de ações interdisciplinares e intersetoriais em conjunto de profissionais e serviços, a partir do encontro promovido nas redes de cuidados e relações entre sujeitos, em que todos participam da produção de saúde em coletivos. Levando em conta também as concepções de mundo, as preferências individuais, modo de vida das pessoas, os modos específicos de sentir e de viver os transtornos ou sofrimentos mentais, as relações de poder produtor de subjetividades, das formas como se vivencia os tratamentos e acontecimentos da vida em sociedade, de seus desejos e crenças, etc.

Enfermagem: Consideramos sempre que a família precisa do mínimo de suporte para lidar com esta situação de tratamento em saúde mental, ou então o que acontece é o paciente ir agravando a cada dia em seu sofrimento, pois o acolhimento é difícil, nos serviços e na família. Daí temos este quadro de grande retorno dos pacientes neste setor, eles acabam sempre voltando pra cá, acontece muito isso.

A Reforma em Saúde Mental pode ser considerada como o conjunto de práticas que procura produzir um contexto para que a autonomia seja possível. Pensa a atenção psicossocial como estratégia para atingir o objetivo da autonomia dos usuários (MARTINS, 2017). A autora fala que a discussão sobre a autonomia do louco é crucial, pois corre-se o risco de encarar a rede psicossocial de serviços substitutivos aos manicômios, apenas como uma ação que passa o sujeito de um ambiente hostil para um ambiente dócil, uma mera romantização da assistência. A posição radical de mudança implica um sujeito autônomo em escolhas diante do tratamento.

Contudo, ficou evidente em meio as diálogos com os participantes, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para o acompanhamento integral das demandas dos usuários para além das distancias e precariedades do serviço. Os mesmos salientam que as faltas de estruturas adequadas e barreiras de acesso ao tratamento adequado na rede de serviços, para os usuários portadores de transtornos ou sofrimentos mentais graves, tornam as dificuldades maiores ainda do que para os demais doentes em geral.

Os participantes argumentaram a internação como possibilidade de indicar a direção deste tratamento, onde a história clínica que justificou a internação possa se transformar em um espaço de acolhida, de fala e de ação que favoreçam a produção de sentido e de singularidades.

Psiquiatria: Existem casos que não são tão fáceis, vou contar um caso pra ilustrar isso, uma paciente minha contou uma historia inverossímil sobre um país no Caribe, Trinidad e Tobago, uma historia muito fantástica, dificilmente diríamos que seria verdade aquela historia, mas achei que ainda havia algo de lucidez nessa historia, então, pedi que na próxima consulta ela pudesse trazer provas do que estava sendo dito. Na consulta seguinte ela apareceu com passaportes dela e da família, fotos na praia e passagens usadas para viajar ao local. Referencias reais de tudo que ela havia dito na consulta anterior, de fato, ela estava passando por um quadro de alteração de humor, mas ainda, até aquele momento, não estava em um quadro de psicose. E isso muda muito o caso e a conduta a ser realizada, o tipo de medicação usada, o tipo de abordagem, quanto tempo você vai poder obter uma resposta do medicamento. É pra pensar que as aparências nesse campo enganam muito, temos de estar atentos ao que é dito e investigas com calma.

Outro fato interessante apontado nos estudos é de que a abordagem ao indivíduo em crise acaba deixando de lado inclusive dados básicos de histórico e exame físico. Por vezes, os profissionais referiram dificuldades de intervir dentro da dinâmica de urgência psiquiátricas para além das queixas psíquicas, o que faz concluirmos, que os profissionais deixam de realizar procedimentos para a avaliação do estado clínico geral do paciente, não tendo sido observados por exemplo, protocolos fixos de exames rotineiros para AIDS e Tuberculose.

Terapia Ocupacional: Tentamos colher estas informações junto as pessoas que vem acompanhando, mas a demanda é muito grande. E a preocupação é sempre de melhora dos sintomas apresentados e alta hospitalar do paciente, não podemos demorar neste processo pois há muita demanda, mesmo no sentido do que está previsto nas legislações, são setenta e duas horas, e tem que liberar a pessoa do hospital. Este é o papel do

hospital, internações breves. O que fazemos é o paciente ficar mais acessível e mais calmo, daí liberamos a alta do serviço.

Na audição do sujeito nas psicoses, os laços sociais são rompidos fora do hospital de forma radical, mas internados, esses rompimentos devem estar sendo trabalhados, estabelecendo algumas referências disponíveis no contexto de internação, demandando acolhimento, contenção, atenção e acompanhamento dos casos (MARTINS, 2017). Em suas falas, sobretudo durante o surto, o paciente apresenta fragmentos referentes a sua posição como sujeito da psicose, referidos na literatura, bem como, pelo processo de pesquisa, como elementos constituintes do processo de trabalho no cuidado em saúde mental, do acolhimento aos usuários realizado pela equipe multiprofissional.

Psiquiatria: Não esqueço de uma paciente minha, ela era moradora de Mosqueiro, e todas as vezes que estávamos acertando a medicação no caso dela, ela recaía subitamente, revia a medicação e nada, aí fui conversar com o psicossocial. Uma colega do serviço social falou: "Dr. acho que sei o que está havendo, é que na casa dela só é possível fazer uma refeição por dia, já no hospital é possível fazer seis!, então ela não quer voltar pra lá", com isso eu penso, como é que a pessoa troca sua liberdade por comida, então que liberdade é essa que você tem, se não tem comida.

Cabe à equipe trabalhar por esse viés, dar um contorno para aquilo que está desorganizado, sempre de forma passiva, guiada pela loucura do paciente, por suas verdades, ter a sensibilidade de perceber até onde ele pode caminhar, o que o organiza e, principalmente, reconhecer os significados que o fazem emergir como sujeito. Essa posição radical centrada nas construções subjetivas e na história do drama de cada um, implica uma posição de defesa do sujeito (MARTINS, 2017). Nestes sentidos a autora reafirma, o projeto de Reforma que defende a clínica do sujeito autônomo, temos aí uma direção que aproxima a posição da clínica em saúde coletiva, ampliada e do processo de trabalho para cuidado em saúde nos estabelecimentos do SUS.

5.2.6 Desafios e Potencialidades.

Nessa sequência de ideias, o pesquisador realizava alguns comentários teóricos e pessoais de experiências de trabalho, buscando dialogar com o participante sobre as possíveis dificuldades encontradas para a execução de seu processo de trabalho na emergência psiquiátrica no SUS.

Em algumas situações, como forma de promover o diálogo, perguntava sobre a carreira anterior ou paralela do profissional em questão, sobre algumas diferenças percebidas entre estes espaços de trabalho que costuma atuar em sua carreira.

Enfermagem: O que temos é uma rede muito fragmentada, muito distante entre os serviços e profissionais, mesmo em nível institucional esse contato é complicado, faltam espaços de diálogo e busca pelo contato entre os serviços, e destes com a gestão e a sociedade ampliada, de modo geral. Penso que essa dificuldade não é tão complicada de ser solucionada, basta haver maior interesse em abrir esses canais de diálogo entre os serviços e os gestores, porém não parece ser essa uma realidade próxima, da qual podemos esperar nos próximos anos.

Nesse contexto, reiteradas vezes o território amazônico foi apontado como um complicador, visto como espaço de grandes distâncias territoriais e isolamento. A produção de conhecimento sobre a implementação de políticas públicas de saúde, permite, em uma situação aguda, analisar como ocorre o encontrar das consequências diversas das políticas governamentais, na concretude das práticas de assistência no SUS. (OLIVEIRA, 2008), as demandas geográficas e populacionais adstritos no território atendido foram dificuldades bastante ressaltadas pelos profissionais, no sentido de evidenciar impossibilidade de um acompanhamento junto ao território de vida do sujeito.

Psicologia: Em nosso Estado do Pará é pior, e quando pensamos a complexidade da Região Norte e da Amazônia temos ideia da proporção dessa miséria humana. O que contribui decisivamente pra construção dessa subjetividade, desses processos de adoecimentos, do retorno do paciente por falta de continuidade no cuidado no tratamento de saúde. Mesmo os Municípios têm muitas dificuldades de atender as demandas de saúde mental na localidade, e essas acabam agravando-se, tornando-se crônica.

Alguns dos participantes referem também preocupação com as dificuldades em superar o modelo hegemônico de tutela sobre o tratamento exercido pelos profissionais de saúde, defendendo que a presença das equipes psicossociais podem ajudar nessa dinâmica de uma melhor comunicação sobre as necessidades individuais dos usuários e equipes assistentes.

Terapia Ocupacional: Eu penso que o hospital terá sempre um papel importante no atendimento em saúde mental, eu acho que a ideia não deve nunca ser acabar com os locais de emergência em hospitais gerais, isso é algo muito radical na minha visão profissional. Penso que devemos ampliar estes serviços, diversificar o acompanhamento nestes locais, melhorar o atendimento nas emergências também, mais equipe de profissionais por leito criado, e seguir atendendo a esta demanda que sempre vai existir. Existem casos de ajustes de medicamentos que acabam vindo prá cá, casos médicos, os pacientes de quadro de psicose orgânica vem para aqui também, novas situações de crise pela primeira vez são também muito comuns aqui, casos que sempre vão existir enquanto demanda de saúde da população. Acho que precisamos sim fortalecer este modelo de atendimento, dando condições de melhor operacionalizar o trabalho.

Problematizar a questão do saber é pensar em estratégia de conhecimento que possa traçar um caminho para viabilizar as intervenções por meio da construção do caso clínico. Ou seja, trata-se de uma aposta da equipe no inesperado, no singular, para, a partir de uma escuta, saber como e de que lugar intervir, onde a construção do caso é trabalho em coletivo de equipe (JARDINS, 2017). Os participantes relatam os desafios diários associados a prática em saúde mental, da rotina de trabalho no local e de como pensam os sentidos da prática de cuidado.

Psiquiatria: Na psiquiatria não existem repetição de nada, então, eu acho que pra que gosta de estar sempre sendo instigado é uma boa área, não tem repetição, cada paciente é único, o transtorno está catalogado lá no livro, é uma coisa muito questionável o que está lá sim, mas se apresenta de maneira única em cada pessoa, pois se vê dentro de uma realidade, criação, formação, momento histórico e uma serie de coisas que nunca serão iguais em duas pessoas, então, para se ter isso na abordagem não basta a psicofarmacologia ou psicopatologia, você precisa estar atualizado em tudo, das notícias ao novo medicamento lançado, técnicas novas no mercado.

Evidencia-se em alguns discursos de profissionais entrevistados, haver necessidade de capacitação e inserção da saúde mental efetivamente na formação dos profissionais de saúde para o trabalho em EPHG, elemento bastante referido em todas as entrevistas com participantes. Afinal, o atendimento adequado a crise é essencial para o desdobramento das condutas e aceitação do

tratamento, sendo assim, a continuidade deste atendimento é norteado para auxílio no que tange a diminuição de riscos e potencialidades no tratamento realizado.

Encaminhando-nos para o final, buscava formular uma pergunta aos participante sobre coisas que achassem uma potencialidade do trabalho no setor, um argumento positivo, que pudéssemos falar de um tipo arma, de trunfo para conseguir realizar seus trabalhos na rotina cotidiana, ou ainda algum comentário mais sobre o assunto, para esclarecer algo que achássemos interessante.

Psiquiatria: Vejo como algo muito importante discutirmos essas questões do trabalho na saúde mental, eu achei o trabalho muito interessante para gerar conhecimento sobre este tema, e desmistificar coisas que achamos que estão certas e erradas, o modelo não está funcionando, e espero ver neste trabalho este retrato, através deste teu trabalho vamos ver isso, e é algo único que acontece na emergência psiquiátrica. E é isso. Obrigado.

Hipocrates: Bom, tendo isso em vista, associado à má adesão ao tratamento, que a própria doença trás, porque falta crítica ao paciente de sua condição de doente, então, por conseguinte, ele não adere bem a terapêutica.

Nos relatos das entrevistas foi ressaltada a importância de cada membro da equipe técnica colocar-se numa posição de aprendiz. Devendo ser orientado pelas produções delirantes do próprio paciente, e assim direcionar seu tratamento a partir de suas próprias construções. As manifestações do sujeito poderão fornecer elementos indicadores para possíveis intervenções terapêuticas, sendo a construção do caso o delineador da proposta terapêutica da equipe. A discussão dos direcionamentos em equipe é o que permite a construção do caso clínico.

Terapia Ocupacional: Olha...te digo que, isso vem no dia a dia, na descoberta de novas possibilidades de trabalho, coisas que podemos fazer dentro desta rotina de trabalho, junto com outros profissionais, a psicologia, o serviço social, com o objetivo de gerar uma referencia para o paciente. Observo que podemos fazer muitas coisas neste local para que se possa quantificar melhor este trabalho, para visualizar melhor o trabalho no sentido de dados, é algo para avançar mais no trabalho aqui no setor, é algo a procurar registrar mais este conteúdo.

Outra potencialidade referida ao hospital geral com EP é que, este dispõe de especialidades variadas para consulta imediata e de recursos diagnósticos apropriados à correta detecção de distúrbios orgânicos que possam estar relacionados ao transtorno mental. (BARROS, 2010). Nele, também, encontram-se oportunidades de evitar o isolamento, ao integrá-la, ao atendimento multiprofissional aos sofrimentos psíquicos, que evitam a estigmatização do doente mental e procuram trabalhar juntos no sentido de promover autonomia ao usuário do SUS.

Assim, acreditando haver percorrido um produtivo caminho na busca de conhecimento sobre o trabalho das equipes profissionais de saúde no contexto de instituições hospitalares de assistência especializada à emergência psiquiátrica em saúde mental na Cidade de Belém, este modelo de análise, construção e difusão de conhecimentos na prática de assistência, objetivou permitir a compreensão dos processos de trabalho, atividades dos atores e percepções sobre as relações sociais e técnicas de assistência local, sob as quais se debruçaram a investigação realizada.

6. HORIZONTES

Esse projeto de pesquisa de mestrado em psicologia e saúde coletiva objetivou analisar o processo de trabalho de uma equipe multiprofissional de saúde, que atua em emergência psiquiátrica de hospital geral público, dentro da perspectiva do atendimento psicossocial em saúde mental no Sistema Único de Saúde, na RAPs em uma cidade na Amazônia brasileira.

Nesse processo produziu conhecimento sobre o trabalho multiprofissional e práticas de cuidado em saúde mental no SUS, sobre os desafios e potências atribuídos pelos profissionais ao trabalho neste setor e na rede de saúde mental na atualidade, considerando o foco da pesquisa, na estrutura de serviços hospitalares parte da Rede de Atenção à Psicossocial (RAPs), e do funcionamento da assistência técnica em alta complexidade neste local. Nesse sentido, podendo ter contribuído também para uma melhor compreensão sobre a qualidade e demanda dos usuários atendidos pelos profissionais nestes serviços de saúde especializados.

Para o desenvolvimento da pesquisa científicas e construção de resultados mais compatíveis com os objetivos propostos anteriormente, realizou levantamento entre dissertações, teses e artigos, onde constatou-se que, ainda que a produção sobre esse campo de pesquisa tenha se ampliado no país nos últimos anos, há a necessidade de outras reflexões sobre esse campo de pesquisa para que se possa fundamentar o debate sobre qualidade no funcionamento das EPHG, bem como, sobre a dinâmica no processo de trabalho nestes locais da RAPs.

O debate foi formado com base nas contribuições teóricas de autores nacionais de renome, informações coletadas nos serviços pesquisados e análises coletivas dos achados junto aos participantes da pesquisa. A apresentação dos dados como foi realizada nesta pesquisa, não pretende ter esgotado os estudos nesta área, com um tipo de visão universal da realidade, mas sim apresentar uma forma de compreender a realidade em um determinado momento específico, a partir das informações que nos foi considerada pertinente.

Algumas das temáticas predominantes nos estudos da atuação multiprofissional em saúde mental pública de emergência foram: processo de trabalho e práticas de cuidado nos contextos do SUS. Quanto a perspectiva crítica de atuação nesses espaços de saúde mental, dada as dificuldades presentes na formação para o trabalho nessa área, identificamos que os profissionais estão em constante busca de conhecimentos para subsidiar suas práticas, o que reflete a participação destes profissionais na construção de políticas públicas para a Saúde Mental, contribuindo em discussões e formulação de políticas de saúde no SUS locais.

O desenvolvimento de pesquisas sobre Processo de Trabalho e Produção de Cuidado em Saúde é uma área/especialidade eminentemente da Saúde Coletiva, esta voltada às multiespecialidades profissionais e de grande abrangência na comunidade científica internacional,

sendo os conhecimentos produzidos potencialmente aplicável em diversos campos de pesquisa, como: psicologia, medicina, economia, avaliação e etc.

A política pública de saúde mental ao tratar da questão da cidadania e autonomia do portador de transtorno mental ou sofrimento mental, corroborando com os achados deste estudo que assim defende, a necessidade de maior inclusão de equipes multiprofissionais nos serviços pode atuar como forma de garantir que essas pessoas tenham maior chance de convivência entre os sujeitos nas sociedades, de maneira a garantir a abertura de espaços públicos de produção de qualidade de vida.

Apesar dos avanços realizados pela pesquisa, muitos outros saberes importantes ainda precisam ser acrescidos nesse percurso de estudos em subjetividade e saúde mental, mas os presentes achados exploratórios construídos na pesquisa já mostram a importância dessa relação entre a produção de autonomia nos sujeitos, como fundada na assistência à saúde proposta pelo SUS, e a ética de atuação multiprofissional na clínica em saúde mental pública no Brasil.

Pretendeu-se compreender o fluxo de atendimento, as rotinas nos setores, o cuidado profissional em equipes multiprofissionais, estrutura e funcionamento dessas práticas em saúde, e como o profissional estrutura-se para atender as demandas deste trabalho. Considerando as modificações nas formas de tratamento em saúde mental nas últimas décadas no Brasil, observa-se maior difusão sobre o modelo de cuidado psicossocial em saúde entre os profissionais do setor pesquisado, contudo, ainda continua sendo muito importante a ampliação dessa lógica para as equipes, pois a realidade é de necessidade de acesso aos portadores de sofrimentos mental no SUS.

Um comentário que aparece em diversos momentos do estudo aborda a temática das estruturas tidas como precárias nas dependências do setor pesquisado, bem como, sobre as dificuldades de relacionamento com a gestão dos serviços para viabilizar melhorias. O trabalho em meio a situações precárias é um tema bastante referido como relacionado ao momento atual de crise no funcionamento do Estado, à dificuldades na esfera econômica do país. Contudo, referido como agravado pelas dificuldades na comunicação com a gestão dos serviços, contribuindo para condições de muitas restrições quanto ao ideal de trabalho e assistência aos usuários.

Como encaminhamentos sugere um sistema de capacitação permanente nos serviços, em parceria com instituições de ensino, a implementação de grupos de estudo junto às equipes assistentes dos setores, em horário compatível com a jornada de trabalho, de modo a garantir a presença comum dos membros das equipes de setor que trabalham juntos. As estruturas da instituição foram relatadas como não estando em condições satisfatória para atender a demanda dos usuários e profissionais nos serviços, porém profissionais consideram que conseguem desenvolver suas atividades profissionais com qualidade, diante de muito esforço pessoal, utilização de recursos próprios e convivendo com jornadas de trabalho muito cansativas.

A integralidade no cuidado em saúde e a formação dos profissionais, são as grandes dificuldades observadas quanto à inserção da saúde mental na saúde pública, ou ainda, mesmo em

outros ambientes de cuidado em saúde geral, afinal, a realidade é que os profissionais de serviços de saúde não aceitam bem atender pessoas em tratamento psiquiátrico nos estabelecimentos de saúde.

Assim, de acordo com a análise dos dados obtidos na pesquisa empírica, identificamos que as possibilidades e as potencialidades de atuação profissional estão sendo atingidas no limite das condições para o desenvolvimento de trabalho preconizado pelas políticas de saúde mental e cuidado psicossocial referidas pelas normativas de funcionamento da RAPs.

A presente pesquisa em saúde mental e coletiva contribui para os estudos análises de uma população pouco estudada: os trabalhadores da assistência de emergência em saúde mental. Dentre as aplicações de grande relevância e potencialidades de utilização em pesquisas em saúde pública, podemos citar: avaliação e implementação de dispositivos de qualidade de serviço, desenvolvimento de tecnologias de cuidado, possibilidade de ajudar a investigar esta mesma realidade em outras localidades do país, bem como explorar mais as particularidades do trabalho nesta instituição ou instituições com níveis diferentes, em áreas diferentes de atendimento das populações, etc.

Os profissionais apontaram como fonte de prazer neste trabalho, poder desenvolver uma prática em que sentem-se fazendo a diferença na vida das pessoas. Disseram trabalhar fazendo o que gostam, independente das dificuldades apresentadas neste segmento da saúde. Ademais, os profissionais referem que o reconhecimento dos usuários e familiares é muito importante e significativo, pois este retorno demonstra a importância desta instituição e trabalho na vida das pessoas atendidas neste local. Considerado por muitos a maior retribuição para o trabalho na emergência. É notório o recente crescimento do interesse da comunidade científica na detecção e/ou reconhecimento de padrões de qualidade nos serviços de assistência à saúde da população, através do acompanhamento do processo de cuidado dos profissionais, e das práticas cotidianas de atendimento clínico em saúde.

Com base nessas pesquisas, espero ter contribuído para cada vez mais profissionais interessados nesses diálogos entre saberes no campo da saúde mental, que esses conhecimentos ganhem mais espaço nas discussões de na área das políticas públicas de saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, E. C. **A coragem de ser músico de orquestra sinfônica: Uma análise baseada na psicodinâmica do trabalho.** Dissertação de Mestrado em Psicologia Social - Universidade Federal do Pará. Belém: 2013.
- AMARANTE, Paulo; ROTELLI, Franco. **Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos.** In Benilton Bezerra Jr. e Paulo Amarante (Org.). *Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- AMARANTE, Paulo. et al. **Revisitando os Paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiatria.** In Paulo Amarante (Coord.). *Loucos pela Vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.* 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2015.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ. In **POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL.** Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.
- AMARANTE, Paulo. **Algumas observações críticas sobre a formação em saúde mental.** 2017. In LOBOSQUE, A. M. **Caderno Saúde Mental: Os Desafios da Formação.** ESP-MG, 2017.
- BASAGLIA, F. **Franco Basaglia: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro, Garamond (Org. Paulo Amarante), 2005.
- BARROS, Régis Eric Maia; TUNG, Teng Chei and MARI, Jair de Jesus. **Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira.** *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.32, suppl.2, pp.S71-S77. 2010. ISSN 1516-4446. Disponível online: <<. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600003>.
- BERTOLETE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de and BOTEAGA, Neury José. **Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica.** *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2010, vol.32, suppl.2, pp. S87-S95. ISSN 1516-4446. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>.
- BEZERRA, E. **O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental.** *Saúde e Sociedade*, v. 8, 63-74, jan. - marc. 2009.
- BEZERRA, Benedito Paulo & MACHADO, M. J. R. **Um trabalho na Amazônia: O CIASP no Pará.** Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Atualização e Desenvolvimento da saúde na Amazônia. Belém, Pará, 1995.
- BONFADA, Diego and GUIMARAES, Jacileide. **Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas.** *Psicol. estud.* [online]. 2012, vol.17, n.2, pp. 227- 236. ISSN 1413-7372. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000200006> BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janel a=1. Acesso em 01 set 2015.
- BORBA, Letícia de Oliveira et al. **Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental.** *Rev. esc. enferm. USP,*

São Paulo, v.46, n.6, p.1406 -1414, Dec. 2012.<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_&lng=en&nrm=iso>. Acesso 03 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10>.

BRAGA NETO, Francisco Campos et al. **Atenção Hospitalar: Evolução Histórica e Tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. In **POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL**. Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.

BRASIL. **Lei 10.216. (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/legisla/htm>>. Acesso em: 20 jun.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Previdência e Assistência Social. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde**. Brasília: MS; 1986. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/legisla/htm>>. Acesso em: 27 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (1992). **Portaria 224/92. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental**. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/legisla/htm>>. Acesso em: 27 set. 2015.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a, p. 77-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: vínculos e diálogos necessários**. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Prevenção de Problemas Relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias/ Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**. - 6º Ed. - Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS. **Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde Ação Nacional - PT GM/MS nº 2.398/2011**, Novembro de 2011.

CAMPOS, E.S. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, Departamento Nacional de Saúde 1944. Reedição de 1965.

CAMPOS, G.W.S. **Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde**. In: Minayo C, et al., organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p.53-92.

CARDOSO, R. C. F. **Narrativa, sentido, história**. Campinas: Papyrus, 1997.

CECÍLIO, L. C. O. & MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. In: Pinheiro R, Mattos R. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco; 2003.

CECÍLIO, L. C. O. & MERHY, E. E. **O singular processo de coordenação dos hospitais**. *Rev Saúde em Debate* 2003; 22(64):110-122

CHAVES, Ernani. **Foucault e a Psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988.

COSTA, Annette; SILVEIRA, Marília; VIANNA, Paula e SILVA-KURIMOTO, Teresa. **Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [online]. 2012, n.7, pp. 46-53. ISSN 1647-2160.

DELGADO, Pedro Gabriel. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco na Brasil**. Te-Corá, Rio de Janeiro, 1992.

DIMENSTEIN, M., SEVERO, A. K., BRITO, M., PIMENTA, A. L. MEDEIROS. **Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidado na Atenção Primária, 2013**. In: Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado/ organizado por Simone Paulon e Rosana Neves, Porto Alegre: Sulina, 2013.

DIMENSTEIN, Magda. **O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais, 2006**. Mental v.4 n.6, Barbacena, jun. 2006. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198402922011000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de Agosto de 2016.

ESCOREL, Sarah & TEIXEIRA, Luiz Antonio. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista**. In **POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL**. Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.

FEITOSA, A. C. **O Acompanhamento Terapêutico como dispositivo clínico na internação psiquiátrica**. In: PASSOS, R. G., COSTA, R. A. & SILVA, F. G. **Saúde Mental e os Desafios Atuais da Atenção Psicossocial**. GRAMMA, Rio de Janeiro, 2017.

FERIGATO, Sabrina Helena; CAMPOS, Rosana T.; BALLARIN, Maria Luisa G. S. **O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos**. Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007. Internet, disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/44/84>>. Acesso em 15 abr 2015.

FERLA, A. A.; OLIVEIRA, P. T. R.; LEMOS, F. C. S. **Medicina e hospital**. Fractal, Rev. Psicologia, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 487-500, Dec. 2011. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198402922011000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Julho de 2015.

FEUERWERKER, L. C. M. & CECÍLIO, L. C. O. **O hospital e a formação em saúde: desafios atuais**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):965-971, 2007. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198402922011000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Outubro de 2016.

FIGUEREDO, M. D. & ONOCKO CAMPOS, R. **O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.18, n.1, p. 63-74, jan.-mar., 2009.

FIGUEREDO, M. D. & ONOCKO CAMPOS, R. **Saúde Mental e Atenção Básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica**. Saúde Debate, Londrina, v.32, n.78/79/80, p. 143-149, jan.-dez., 2008.

FIOCRUZ. **Dicionário de Verbetes**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes.html>>. Acesso em 15 Fevereiro de 2017.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: curso no College de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 1999. Segunda edição 2010, segunda tiragem 2016.

_____. **História da Loucura na Idade Clássica. (1961)**; Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1972.

_____. **Microfísica do poder, 1926-1984**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado, 1979. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

_____. **O Nascimento da Clínica. (1980)**; Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1976.

FRANCO, Túlio Batista. **As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde**, 2013. In MEHRY, Emerson Elias & FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Hucitec Editora, São Paulo, 2013.

FRANCO, Túlio Batista. **O processo de trabalho em saúde**. In; CAPAZOLLO, Angela et al. **Unidade do trabalho e relações na produção de cuidado**. Curso de formação dos facilitadores de educação permanente em saúde, p. 41 - 53, nov. 2004. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198402922011000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Julho de 2015.

GAMA, C. A. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. **Saúde mental na Atenção Básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14 n.1, p. 129-138, 2009.

GASPAR VIANNA, **Página de apresentação do site do Hospital de Clínicas**. Governo do Estado do Pará - Secretaria de Saúde. Belém, Pará, 2015. Disponível em <<http://www.gasparvianna.gov.br/htm>>. Acesso em: 23 set. 2015.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação de identidades deterioradas**. São Paulo. LTC. 2011.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1982.

GOMES, Vanessa Gimenes; CAMPOS, Rosana Onocko & FURTADO, Juarex Pereira. **Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP**. Internet, disponível em: . Acesso em 12 abr 2015.

JARDINS, K. **Porque a crise não cabe no sistema? Divagações sobre a interface entre a Rede de Saúde Mental e a Rede de Urgência e Emergência**. In: PASSOS, R. G., COSTA, R. A. & SILVA, F. G. **Saúde Mental e os Desafios Atuais da Atenção Psicossocial**. GRAMMA, Rio de Janeiro, 2017.

JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; DA SILVA, P. R. F. **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2016.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Autopoiese e Reforma Psiquiátrica**. Hucitec Editora, 2016.

KONDO, Érika Hissae et al. **Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2011, vol.45, n.2, pp. 501-507. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200028>.

LANCETTI, A. **Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo, Hucitec, 2002.

LIMA, Maria Lúcia Chaves. **O uso do nome social como estratégia de inclusão escolar de transexuais e travestis**. Tese de Doutorado em Psicologia Social - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em <<http://www.pucsp.br/>>. Acesso em: 27 set. 2015.

LIMA, Mônica; SANTOS, Livia. **Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 32, n. 1, p. 126-141, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Nov. 2015.

LINS, Cristina B. A. **Hospital Dia, Subjetividade e Relações de Poder: um estudo de caso**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Social – Universidade Federal do Pará. Belém: 2007.

LISBOA, T. C. (2002). **Breve História dos Hospitais: Da Antiguidade à Idade Contemporânea**. *Noticias hospitalares* n. 37, 2002. Disponível em <www.prosaude.org/noticias/jun2002/pgs/encarte.htm>. Acesso em: 09 Nov. 2016.

LOUREIRO, M. N. P. **Psiquiatria no Estado do Pará: repetição do padrão institucional**. *Saúde Mental em Foco*, HOSPITAL DE CLINICAS GASPARIANNA, 1995.

MACHADO, Roberto. **Foucault, a ciência e o saber**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

MARTINS, B. A. Mapeando Sentidos: **A construção da autonomia na Reforma em Saúde Mental brasileira**. In: PASSOS, R. G., COSTA, R. A. & SILVA, F. G. **Saúde Mental e os Desafios Atuais da Atenção Psicossocial**. GRAMMA, Rio de Janeiro, 2017.

MEHRY, Emerson Elias & FRANCO, Túlio Batista. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**, 2013. In MEHRY, Emerson Elias & FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Hucitec Editora, São Paulo, 2013.

MEHRY, Emerson Elias. **O Caps e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores**, 2013. In MEHRY, Emerson Elias & FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Hucitec Editora, São Paulo, 2013.

MEHRY, Emerson Elias. **Saúde a cartografia do trabalho vivo em ato**. Hucitec Editora, São Paulo, 2014.

MEHRY, Emerson Elias. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições da análise do território tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde para compreender as reestruturações produtivas no setor da saúde**, 2013. In MEHRY, Emerson Elias & FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Hucitec Editora, São Paulo, 2013.

MEHRY, Emerson Elias. **Desafios de desaprendizagem no trabalho em saúde: Em busca de anômalos**. 2017. In LOBOSQUE, A. M. **Caderno Saúde Mental: Os Desafios da Formação**. ESP-MG, 2017.

MÉLLO, R.P.; SILVA, A.A.; LIMA, M.L.C.; DI PAOLO, A.F. **Construcionismo, Práticas Discursivas e possibilidades de pesquisa em Psicologia Social**. *Psicologia & Sociedade*; 19 (3): 26-32, 2007.

MINAYO, M. C.S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 621-626, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria-Executiva e Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004**. 5a edição ampliada Série E. Legislação de Saúde Brasília, 2004.

MIRANDA, Cybelle Salvador et al. **Santa Casa de Misericórdia e as políticas higienistas em Belém do Pará no final do século XIX**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.2, abr.-jun. 2015, p.525-539.

MONTEIRO, João Bosco. *Nos Rastros da História da Assistência da Psicologia no Pará: a inserção do psicólogo no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira (1978-1984)*. UFPA - Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Clínica. Belém - PA, 2011. Disponível em: < <http://www.ppgp.ufpa.br/> >.

MONTEIRO, J. B. & FEITOSA, ELISA DA SILVA. **A Inserção e Trajetória do Psicólogo na Instituição Hospitalar Psiquiátrica no Estado do Pará - a busca de uma identidade**. SPEP. Belém - Pará, 2000.

OLIVEIRA, P. T. R. **Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia**. EDUFPA. Belém - Pará, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **La atención primaria de salud, más necesaria que nunca**. Informe sobre La salud en el mundo. Washington D.C: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Declaração de Caracas**. Conferencia regional para reestruturação da atenção psiquiátrica na America Latina, 14 de Novembro de 1990. Caracas, OMS/OPAS, 1990.

PAES, Marcio Roberto; MAFTUM, Mariluci Alves and MANTOVANI, Maria de Fátima. **Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar**. *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2010, vol.31, n.2, pp. 277-284. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200011>.

PARÀ, Governo do Estado do Pará. **Página de apresentação do site do Governo do Estado do Pará**. Belém, Pará, 2015. Disponível em <<http://www.estadodopará.gov.br/htm>>. Acesso em: 25 set. 2015.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. 5º Edição. Editora 34, Rio de Janeiro, 2000.

PESSOTTI, Isaias. **O Século dos Manicômios**. 5º Edição. Editora 34, Rio de Janeiro, 2001.

PINHEIRO, Odete de Godoy. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, Mary Jane (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000.

QUEBRA, Samea C. Ferreira. **Discurso Moderno e Psiquiatria Reformada: considerações sobre um centro de atenção psicossocial (CAPS)**, 2011. Disponível em < <http://www.ppgp.ufpa.br> >

ROCHA, F. & TENÓRIO, E.C. **A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial.** In **Alberti, S. & Figueiredo, A.C., Psicanálise e saúde mental: Uma aposta.** Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 2009.

RODRIGUES, Márcia Roberta. **Com a voz, os usuários: discursos sobre as práticas de cuidado em saúde mental em um CAPS do Estado do Pará.** Belém, 2013. Disponível em <<http://www.ppgp.ufpa.br/M%C3%81RCIA%20ROBERTA%20DE%20OLIVEIRA%20RODRIGUES.pdf>>

ROSEN, George. **A History of Public Health.** New York, MD Publ., 1958. **Uma história de saúde pública/George Rosen.** Tradução: Marco Fenancio da Silva Moreira com a colaboração de José Ruben de Alcântara Bonfim, São Paulo, Hucitec, Editora da Universidade Estadual Paulista, Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 1994. Disponível em <<https://de.scribd.com/document/318399741/ROSEN-George-Uma-Historia-da-Saude-Publica-pdf>> Acesso em: 05 nov. 2016.

SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Iniciativa: Ministério da Saúde - Brasil. **A Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage)**, é um instrumento de produção e disseminação de dados e informações, que possam contribuir para a redução das incertezas do processo decisório no nível estratégico da gestão em saúde. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>> Acesso em: 02 nov. 2015.

SCHEFFER, Morgana; PASA, Graciela Gema; ALMEIDA; Rosa Maria Martins de. **Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos.** Psicologia: Teoria e Pesquisa Jul-Set 2010, Vol. 26 n. 3, pp. 533-541. Internet, disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a16v26n3.pdf>>. Acesso em 30 out 2015.

SOUZA, Ana Vicentina Santiago de. **A Integralidade na Prática Clínica e Institucional e na Relação Ensino-Serviço: Um estudo de caso sobre a formação do psicólogo em hospital público.** Dissertação de Mestrado em Psicologia Social - Universidade Federal do Pará. Belém: 2009.

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentido no cotidiano.** Porto Alegre, EDPUCRS, 2004.

SPINK, M. J. & LIMA, H. **Rigor e visibilidade: a explicação dos passos da interpretação.** In: SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de subjetividade no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Cortez, 2010.

VICTORA, Ceres G. et al. **Pesquisa qualitativa em saúde.** Editora TOMO, 2000.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo.** USP - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>.

WHYTE, W. F. **Street Corner Society, The University of Chicago Press** - Chicago, 1943. Tradução português: Gilberto Velho, Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 2005.

WILMANN, Juliane C. **Die ersten Krankenhäuser der Welt Sanitätsdienst des Römischen Reiches schuf erstmals professionelle medizinische Versorgung.** Deutsches Ärzteblatt, 2003. Disponível: <www.aerzteblatt.de/archiv/38708>. Acesso em: 25 set. 2017.

APÊNDICE

TERMO CONSCIENTE LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa científica de cunho acadêmico, parte do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH) - Universidade Federal do Pará (UFPA), intitulada: “SAÚDE MENTAL E SUBJETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA DE HOSPITAL GERAL NA AMAZÔNIA”. O tema escolhido é justificado pela importância de analisar o processo de trabalho de uma equipe multiprofissional em um Setor de Emergência Psiquiátrica de Hospital Geral. Busca compreender os desafios enfrentados por essa equipe no cotidiano de trabalho multiprofissional de cuidado em saúde mental pública de emergência. Nesse propósito, utiliza como referencia metodológica Pesquisa Qualitativa em Saúde (VICTORA,2000), para conhecer por meio de dialogo com profissionais da equipe multiprofissional, os sentidos atribuídos aos processos de trabalho na assistência à saúde mental local. Pretende compreender os limites e desafios vividos pelos profissionais na atuação em equipe multiprofissional de emergência em saúde mental pública na Amazônia. O trabalho está sendo realizado pelo psicólogo mestrando Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior, sob a supervisão e orientação do prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira. Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 60 minutos, na qual você irá responder cinco (5) perguntas previamente estabelecida. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo(a) pesquisador(a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12). EU _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo. Declaro que também fui informado: Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa. De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim. Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa. Esta pesquisa envolve risco mínimo de possibilitar o surgimento de desconforto e mobilização de sentimentos, devido ao participante em determinadas situações expressar suas percepções e sentimentos. Por esta razão, baseado nos preceitos da ética e moral, a fim de minimizar qualquer constrangimento e desconforto para o participante, qualquer mal estar que possa emergir através da relação ofertada pelo pesquisador se coloca à disponibilidade para prestar atendimento psicológico e caso necessário interromper a entrevista sem trazer prejuízo aos participantes. Os benefícios se relacionam com a possibilidade de um espaço para expressar suas percepções e sentimentos, e dessa forma, sem julgamentos morais, elaborar vivencias. E assim, contribuindo para o processo de construção de conhecimento coletivo entre os profissionais de saúde, com vistas a assegurar a utilidade e aplicação do conhecimento no desenvolvimento de novas formas de saber/fazer com características locais. Ainda sobre a forma como será conduzido o projeto, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com o pesquisador: Herbert Tadeu de Matos, (91) 983665265, e-mail: herbert_matos@ymail.com e endereço: Trav. Benjamin Constant n. 990, apto. 204, Reduto – Belém Pará. Em caso de dúvidas quanto a questões éticas desta pesquisa, poderei entrar em contato com a coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João De Barros Barreto Da Universidade Federal Do Pará (UFPA), pelo telefone 3201-6754, endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487, Biblioteca -1º Andar. Bem como, com Aldair da Silva Guterres, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas pelo telefone 4005-2676, endereço T v. A l f e r e s C o s t a s / n , 1 ° andar. Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

Pesquisador Responsável

Assinatura do colaborador

Belém, _____ de _____ de _____.

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Como ocorreu seu ingresso para trabalhar em emergência psiquiátrica de hospital geral?
2. O que você faz? Que tipo de tarefas executa e com que objetivo realiza tais ações?
3. Como é para você trabalhar em um setor de emergência psiquiátrico público?
4. Como funciona a dinâmica de atendimento em equipe multiprofissional nesse setor?
5. Quais as dificuldades e potencialidades em suas experiências profissionais?

Apêndice E: Exemplos de Registro do Caderno de Campo.

Imagem 1. Exemplo 1.

06.05.17 - (Segunda-Feira) - Visita SEGRAP HC

- Aproximadamente às 12:00 de uma segunda-feira de maio do ano de dois mil e dezessete, cheguei ao portão do Hospital de Clínicas Gaspar Viana, localizado na Trav. Alfeu Costa, Cidade de Belém - PA - Brasil (Trav. Alfeu Costa entre Visceral e Urd).
- Inicialmente, dirigi-me ao portão da instituição, a quem expliquei o motivo de minha visita, realizar protocolo institucional para desenvolvimento de pesquisa científica. O funcionário da portaria respondeu que eu deveria dirigir-me ao setor administrativo, localizado no segundo andar, dessa maneira indicando a direção com um gesto.
- Segundo Andar: "Vocês vai no administrativo, segundo andar" OK.
- Ao chegar no local indicado, fui orientado pelo funcionário da recepção sobre o local responsável por questões de ensino e pesquisa no HCGV (SEGRAP). Sala com divisórias e vidro na frente, subdividida em dois espaços adm.
- No referido setor Serviço de Gerência de Ensino e Pesquisa, há um profissional responsável pelo recebimento de protocolo de autorização de pesquisa, o mesmo, é quem recebe e orienta sobre os procedimentos de documentação necessária à pesquisa nesta instituição e em seguida é encaminhado para o protocolo em via protocolar da instituição.
- Nessa oportunidade conheci e conversei com este profissional no sentido de realizar a solicitação de autorização para pesquisa no setor de emergência psiquiátrica. Inicialmente fui orientado que deveria procurar outro comitê de ética, pois eu não teria vínculo com a instituição, e por esse motivo, teria de passar primeiro por outro comitê de ética, antes de ingressar com a autorização. Lembro que esse momento foi bastante confuso.

Imagem 2. Exemplo 2.

12.06.17 - Segunda-Feira # Dev largada

- Na manhã deste dia, no início da semana, enviei nova mensagem para ambos os contatos realizados, e de pronto fiquei aguardando retorno e preparando os materiais necessários. Por volta de 13:00 horas os dois contatos responderam com firmando disponibilidade, segui ao seu encontro, e às 15:00 cheguei à instituição para realizar a entrevista. Passei pela recepção de entrada, ao explicar o destino da F.O.P., falar com a psicóloga [redacted] assim, fui autorizado de pronto a entrar. Ao chegar ao setor, me senti familiarizado com grande parte dos profissionais da equipe, realizando contatos visuais, identifiquei os colegas de outros tempos, mas também novos rostos.

Eravam atendidos no salão, aproximadamente 15 pessoas, com um número alto de familiares no setor, talvez motivado pelo horário de visita costeira. Fiquei por alguns minutos aguardando no salão da pré-consulta, após cumprimentar o porteiro Welton, a médica Marcia e o sr. da recepção, quem ao saber o motivo da visita autorizou a entrada "Pode ir lá com ela". Agradeço.

Na entrada da emergência são logo visualizados os atendimentos, e a equipe estava fazendo a admissão do caso. Já havia sido prescrita a autorização médica, e a equipe de enfermagem fazia os primeiros contatos com o caso. Fiquei junto, e acabei entrando no mesmo momento no salão. O sujeito estava muito sujo e sem dentes, foi encaminhado ao banho, estava também desacompanhado, tendo sido resgatado em surto na rua pelo SAMU.

É impressionante como os pacientes gestam de conversar, chegam logo para saber quem é você? Conversei com um sobre os procedimentos para alta, sobre precisar regularizar o sono e alimentação, que deveria falar ^{com} os profissionais para ajudar.

Imagem 3. Exemplo 3.

21.06.2017

Quarta-Feira

#Entrevista

- Por volta de 16:50 cheguei ao HCGV, passei pelo portão de entrada ao ser anunciado e dirigi-me ao setor de EoP. Ao chegar, falei com o porteiro responsável pela entrada no setor. Disse que estava ali para falar com a Assistente Social. [redacted] me identifiquei enquanto psicólogo e que fazia uma entrevista ~~de~~ agendada para às 17:00 horas.

Diferentemente das outras vezes, o porteiro pediu que eu aguardasse ser anunciado, sentei e esperei, pois o telefone não estava funcionando, e o senhor da portaria teve de ir pessoalmente à sala comunicar minha presença. Enquanto aguardava, fiquei sentado junto aos familiares de usuários em atendimento no local.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL E SUBJETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA DE HOSPITAL GERAL NA AMAZÔNIA

Pesquisador: Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69285617.2.0000.0017

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.146.525

Apresentação do Projeto:

Dissertação de mestrado em psicologia social pretende analisar o processo de trabalho de uma equipe multiprofissional em um Setor de Emergência Psiquiátrica de Hospital Geral. Investiga a estrutura e o funcionamento do processo de trabalho dessa equipe, bem como, os sentidos atribuídos pelos profissionais ao projeto técnico e assistencial desenvolvidos. Busca compreender os desafios enfrentados por essa equipe no cotidiano de trabalho multiprofissional de cuidado em saúde mental pública de emergência. Nesse propósito, utiliza como referencia metodológica Pesquisa Qualitativa em Saúde (VICTORA,2000), para conhecer por meio de dialogo com profissionais da equipe multiprofissional, os sentidos atribuídos aos processos de trabalho na assistência à saúde mental local. E assim, identifica nas narrativas dos profissionais elementos teóricos e ideológicos, que embasam suas ações e decisões na assistência em equipe multiprofissional em um Setor de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral. Investiga os limites e desafios vividos pelos profissionais na atuação em equipe multiprofissional de emergência em saúde mental pública na Amazônia. As técnicas de metodologia qualitativa são baseadas na utilização da Observação Participante, Diário de Campo e Entrevistas, individuais e coletivas semi-estruturadas, aplicadas como forma de acesso à subjetividade dos participantes da pesquisa, profissionais que compõe a equipe efetiva local (1 Assistência Social, 1 Enfermagem, 1

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

UF: PA

Município: BELEM

CEP: 66.073-000

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 2.146.525

Medicina, 1 Psicologia, 1 Técnicos de Enfermagem, 1 Terapia Ocupacional). O que pretende proporcionar subsídios para compreensão do cotidiano hospitalar de Emergência Psiquiátrica, suas potencialidades e desafios para o cuidado em equipe multiprofissional de saúde mental local, na Amazônia. Busca com isso, analisar de que maneira e em que medida, o trabalho dos profissionais de saúde mental, pode constituir-se como um dispositivo de promoção de autonomia e protagonismo social na clínica em saúde pública nesse território.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o processo de trabalho de uma equipe multiprofissional em um Setor de Emergência Psiquiátrica de Hospital Geral público na Amazônia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa envolve risco mínimo em virtude de possibilitar o surgimento de algum desconforto e mobilização de sentimento, devido ao participante expressar suas percepções e sentimentos durante a pesquisa. Por esta razão, baseado nos preceitos da ética e moral, a fim de minimizar qualquer constrangimento e desconforto para o participante, qualquer mal estar que possa emergir através da relação ofertada pelo pesquisador responsável no momento da entrevista, este se coloca à disponibilidade para prestar atendimento psicológico e caso necessário interromper a entrevista sem trazer prejuízo.

Benefícios:

Os benefícios se relacionam com a possibilidade de um espaço para expressar suas percepções e sentimentos, e serem dessa forma acolhidos sem julgamentos morais. E assim, contribuindo para o processo de construção de conhecimento coletivo entre os profissionais psicólogos, com vistas a assegurar a utilidade e aplicação do conhecimento no desenvolvimento de novas formas de saber/fazer locais. O presente projeto alia-se à iniciativa de pesquisa científica no segmento de saúde mental e serve à produção de conhecimento em subjetividade, saúde coletiva e psicologia social, visando contribuir à formação de profissionais, psicólogos e demais membros da equipe multiprofissional, bem como, ao desenvolvimento de saúde na sociedade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto alia-se à iniciativa de pesquisa científica no segmento de saúde mental e serve à produção de conhecimento em subjetividade, saúde coletiva e psicologia social, visando

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 2.146.525

contribuir à formação de profissionais, psicólogos e demais membros da equipe multiprofissional, bem como, ao desenvolvimento de saúde na sociedade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com as legislações do Sistema CEP - CONEP/CNS/MS.

Recomendações:

Recomendamos a coordenação que mantenha atualizados todos os documentos pertinentes ao projeto.

Deverá também ser informado ao CEP:

Relatório Semestral;

Relatório Final;

Envio de Relatório de Cancelamento;

Envio de Relatório de Suspensão de projeto; Comunicação de Término do projeto na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa aprovada neste colegiado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução nº466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Ainda em atendimento a Res. 466/2012 esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Além de apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; de elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Cabe ainda ao pesquisador:

1- desenvolver o projeto conforme delineado;

2- Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa. Os relatórios deverão ser inseridos no Sistema Plataforma Brasil pelo ícone "Inserir Notificação" disponível para projetos aprovados.

3- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP, a qualquer momento;

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

**UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA**



Continuação do Parecer: 2.146.525

- 4- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 05 anos após o término da pesquisa;
- 5- encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- 6- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEHerbert.pdf	06/06/2017 15:16:43	João Soares Felício	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_908526.pdf	29/05/2017 15:17:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCepDissertavalendo2.pdf	29/05/2017 15:12:10	Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoHCGV.pdf	29/05/2017 14:47:08	Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoConscienteLivreeEsclarecidoTCL EValendo.pdf	29/05/2017 14:40:43	Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	08/05/2017 16:27:40	Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termode.pdf	08/05/2017 16:26:18	Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoCepDissertavalendo.pdf	08/05/2017 16:25:53	Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadores.pdf	08/05/2017 16:22:22	Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior	Aceito
Cronograma	Cronos.docx	05/05/2017 12:34:32	Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	05/05/2017 12:31:15	Herbert Tadeu Pereira de Matos	Aceito

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.146.525

Orçamento	orcamento.docx	05/05/2017 12:31:15	Junior	Aceito
-----------	----------------	------------------------	--------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 29 de Junho de 2017

Assinado por:

**João Soares Felício
(Coordenador)**

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

UF: PA

Município: BELEM

CEP: 66.073-000

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br