

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

Eu quase que nada sei... Mas desconfio de muita coisa.
[GUIMARÃES ROSA]

Do ponto de vista epidemiológico, os transtornos mentais e de comportamento¹ têm sido considerados como um funcionamento individual que aponta uma falha, uma fragilidade no enfrentamento das vicissitudes do existir, chegando ao extremo da alienação, de viver em situações sem a expectativa de solução ou de atenuações dos conflitos entre a parte com o todo; a essência com a aparência; o indivíduo contra a sociedade e a consciência contra a objetividade (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Clinicamente, são manifestações não transmissíveis, de longo e lento período de latência; curso de duração assintomático, subclínico ou manifesto, prolongado, permanente, com alternância de remissões e exacerbações; evoluindo para diferentes graus de comprometimento, incapacidade ou morte; sofrendo a interação etiológica de várias causas conhecidas e desconhecidas (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Enquanto entidade clínica, passível de abordagens teóricas e intervenções individuais e coletivas, os transtornos mentais e de comportamento são objeto de estudos epidemiológicos em todo mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE & ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2001). Semelhante a qualquer outra patologia, há que se levar em conta a transcendência, a magnitude e a vulnerabilidade, conceitos epidemiológicos que, quando detectados, justificam e orientam o enfrentamento de um agravo à saúde da população através de políticas públicas, implantação e implementação de programas e de ações em saúde (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Na entidade nosológica em questão, a transcendência e a magnitude têm sido os dois parâmetros que vêm norteando, mais incisivamente, as políticas de assistência e de recuperação do que se considera um antigo e renovado problema de Saúde Pública.

¹ Transtorno foi o vocábulo adotado pela Organização Mundial de Saúde para traduzir a palavra *Disorder* (encontrada nos textos em inglês) para a Língua Portuguesa (DUNNINGHAM, 1988). Os termos doença ou enfermidade mental têm sido utilizados mais nos textos clínicos e epidemiológicos, enquanto que sofrimento ou transtorno mental, mais nos textos de cunho social e antropológico. Muito embora não seja um termo exato, *transtorno* é usado para indicar que existe um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associados, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais (CTMC da CID 10, 1993:5). Nesta produção, a autora vai utilizar, preferencialmente, a terminologia utilizada pelo CID 10, mas, eventualmente, utilizará as sinônimas, respeitando a opção terminológica dos autores com os quais fará interlocução.

Transcendência e magnitude são dois conceitos que dão a dimensão da frequência do aparecimento do problema, como ele se distribui na população estudada e da valorização ou impacto social na população atingida, respectivamente. A vulnerabilidade se relaciona com a tecnologia disponível para se enfrentar o problema com eficiência, isto é, a maximização dos resultados e, ou, a minimização dos recursos investidos (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Tratando-se da enfermidade que se relaciona diretamente com o objeto desta pesquisa, inicialmente, haverá a apresentação da magnitude do transtorno, através do recorte de seu perfil epidemiológico. Posteriormente, serão introduzidos alguns aspectos históricos sobre o ambulatório psiquiátrico, da sua criação até os dias atuais, tendo em vista ser ele um dos espaços onde os transtornos mentais e de comportamento são cuidados, conforme focaliza a presente tese.

1.1 O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

A análise da situação da Saúde Mental no país, a partir do conhecimento do perfil epidemiológico, da oferta dos serviços de saúde, dos grupos mais vulneráveis e das condições e estilos de vida, se apresenta como um grande desafio a ser superado no sentido, não só da assistência aos que já manifestam a enfermidade, mas, principalmente, da Prevenção dos Transtornos e da Promoção à Saúde. A complexidade do problema é revelada no fato de que, além de atingir uma extensa faixa etária, que vai de crianças aos idosos, os estudos apontam hábitos e estilos de vida, bem como as questões sócio-econômico e culturais como fatores implicados na eclosão e manutenção do sofrimento mental (DUNNIGHAM, 1988; ALMEIDA FILHO, 2001; MARI & JORGE, 1997; 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), essas doenças colaboram com cinco das dez maiores causas de incapacidade e anos perdidos de vida produtiva entre todas as doenças incapacitantes. Além disso, elas representam 12% de todas as doenças existentes, atingindo uma média de 450 milhões de pessoas no mundo (OMS/OPAS, 2001). Enquanto que a média em outros países é de que 20% das pessoas apresentarão algum tipo de transtorno mental, no Brasil este índice atinge a marca que varia de 30% a 41,3%, no decorrer do tempo de vida, segundo projeções, a partir de resultados de um único estudo epidemiológico multicêntrico, realizado em Brasília, São Paulo e Porto Alegre, em 1992 (MARI & JORGE,

1997; MELLO, MELLO, A.; KOHN: 2007). Os índices da OMS/OPAS, utilizados para se formular políticas públicas, indicam que, dos 20% da população mundial que necessitarão de cuidado específico em alguma época de suas existências, 3% delas terão distúrbios graves e 1% das mesmas terá psicose.

Os transtornos mentais, abordados desde Durkheim², no fim do século XIX, apresentam algumas peculiaridades epidemiológicas no que tange aos aspectos de gênero, faixa etária e situação sócio-econômica, haja vista que, em geral, são mais freqüentes na população feminina, aumentam com a idade e apontam para uma maior prevalência na camada social de baixa renda (MARI & JORGE, 1997). Os aspectos relacionados à situação sócio-econômica apresentados, geralmente, apontam uma significativa relação entre os problemas psíquicos e os níveis sócio-econômicos (DUNNINGHAM, 1988)³. Estudos clássicos nas décadas de vinte, de trinta e de sessenta do século passado, nos EEUU, já revelavam as altas taxas de Esquizofrenia, Psicose Alcoólica, Sífilis Cerebral e a prevalência de 23,4% de incapacitação por doença mental e 21,8% de portadores de desordens mentais moderadas nas concentrações urbanas, com péssimas condições sociais de moradia e trabalho e elevadas taxas de mortalidade segundo o autor citado.

Apesar de serem escassas as pesquisas que buscam explicitar a conexão entre as doenças mentais e as condições das classes sociais, no que tange ao ambiente familiar, à criminalidade, à pobreza, à incerteza econômica e ao desemprego, na década de cinquenta, autores norte-americanos focalizaram a realidade social, a posição de classe e a sua relação com os distúrbios mentais. Naqueles estudos, detectaram uma inter-relação negativa entre ambos (DUNNINGHAM, 1988). Naquelas abordagens, foram observadas, também, variáveis como: a residência, a ocupação, a escolaridade, a etnia e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental, sendo o estudo de Blair Wheaton, em 1982, o que apresentou resultados mais significantes sobre a hipótese da associação negativa entre o nível sócio-econômico e as perturbações psiquiátricas recentes, conforme o autor citado.

Em se tratando da América Latina, há referências epidemiológicas em Psiquiatria, desde o final da década de trinta no Brasil, podendo-se observar um incremento nos anos sessenta. No Peru, no Chile, na Colômbia e na Argentina, as pesquisas realizadas, majoritariamente em

² Em 1897, Émile Durkheim publicou o resultado de um estudo sistematizado sobre os suicídios ocorridos em várias regiões da Europa, entre 1841 a 1880, no qual chegou à conclusão que o suicídio não é um fato psicológico pessoal, mas um fato social (DURKHEIM, 1978a,b).

³ O DUNNINGHAM (1988) tematiza as várias leituras do que seja classe social, principalmente, em Marx e neomarxistas clássicos; faz um rastreamento da Epidemiologia Psiquiátrica e Psiquiatria Social no mundo ocidental sob a hegemonia do sistema capitalista, principalmente, quando apresenta a metodologia da tese de Doutorado.

grandes centros urbanos, revelaram uma prevalência de transtornos mentais em torno de 17% naquela população (DUNNINGHAM, 1988). Na década de cinquenta e sessenta, Seguin e Rotondo relatam problemas de ajustamento cultural - tais como ansiedade, insegurança, alcoolismo e sintomas psicossomáticos - de índios e camponeses peruanos à vida na cidade de Lima, causados por experiências de desenraizamento, desorientação e desapontamento no processo de urbanização, também rotulada por Seguin, em 1956, como a *síndrome de desadaptação psicossomática* (ALMEIDA FILHO, 2001:105).

Nos estudos brasileiros, mas especificamente no Nordeste, nos fins da década de setenta, foram realizadas algumas abordagens quantitativas, nos municípios de Salvador e de Camaçari, no Estado da Bahia, apontando resultados de alta prevalência. Em 1976, foi encontrada, por Coutinho, num universo de 1.600 pessoas, no Bairro do Maciel, zona de prostituição, no Centro Histórico de Salvador, a frequência de 49,3% de casos de distúrbios mentais (23% de alcoolismo e de neurose) na população adulta; principalmente mulheres, solteiros, analfabetos e migrantes; 13,1% na população infantil (ALMEIDA FILHO, 2001). O mesmo autor cita que Santana, em 1978, no bairro de Amaralina, região predominantemente de pessoas com baixa renda familiar, encontrou 20% de alterações psíquicas numa amostra de 1.549 indivíduos com mais de 20 anos, destacadamente mulheres, idosos, baixa renda, migrantes e analfabetos. Almeida et. al., em 1982, detectaram uma variação de 24% a 41% de desordens mentais entre 1.067 pessoas dos Municípios de Salvador e Camaçari, região metropolitana de Salvador (DUNNINGHAM, 1988; ALMEIDA FILHO, 2001).

Dunningham (1988), cruzando as variáveis de ocupação, renda *per capita* e doença mental - esta última como variável dependente - num estudo realizado comparando uma amostra da população em Camaçari e outra do bairro de Amaralina, obteve resultados estatisticamente significantes entre os elementos analisados. A prevalência de distúrbios mentais foi de 36,6% no nível sócio econômico mais baixo, 20% no nível econômico intermediário e 14,55% no nível econômico superior. O autor constatou ainda, no critério de categoria nosológica, que havia uma prevalência de 60% de alcoolismo entre os assalariados de baixa e média qualificação profissionais e 60% de neurose para os desempregados e os trabalhadores do mercado informal.

Há uma carência de estudos epidemiológicos multicêntricos que revelem de modo representativo os índices de prevalência mundial, nacional ou regional dos indivíduos afetados por transtorno mental, por gênero, faixa etária e extrato social, determinando-se, na maioria dos casos, uma estimativa da extensão do problema, apesar da provável subestimação das taxas (MARI; JORGE; KOHN, 2007). Em geral, observa-se na população adulta, que,

entre as mulheres, de todas possibilidades clínicas de transtornos mentais, os mais comuns são os Transtornos de Ansiedade (9.0%), Transtornos Somatoformes (3.0%) e Transtornos Depressivos (2.6%). Entre os homens, é mais comum a Dependência ao Álcool (8%), seguindo-se os Transtornos de Ansiedade (4.3%) (MARI & JORGE, 1997; MARI; JORGE; KOHN; 2007).

Quando se trata dos extremos de idade, nos idosos, a partir dos sessenta anos, que nos próximos vinte anos representarão mais de 13% da população mundial, a prevalência de transtorno mental tem variado de 3% a 52,2%, estando associado ao sexo feminino, à coexistência de outras doenças, à incapacidade física e à pobreza (MAIA; DURANDE; RAMOS, 2004). No outro extremo, segundo resultados mais recentes da OMS/OPAS (2001), no mundo há uma prevalência de 7%, na população infanto-juvenil de 7-14 anos, de transtornos de conduta; 5,7% de transtornos de ansiedade e 1,5% de transtornos hipercinéticos; no Brasil, há uma prevalência, obtida por rastreamento, de 13,5 a 35,2% de transtornos psiquiátricos entre crianças e adolescentes (BORDIN; PAULA, 2007).

Num estudo realizado na cidade de Campinas, São Paulo, no qual foram relacionados dados sócio-demográficos de saúde mental, de qualidade de vida e de auto-estima, numa população de alunos da rede estadual⁴, de 11 –16 anos, constatou-se que esses sintomas eram, principalmente, sintomas depressivos, ansiedade, fobias, comportamentos que violam regras sociais, agressões contra pessoas e animais, destruição de propriedades e furtos, além de baixo rendimento escolar devido à hiperatividade, déficit de atenção e impulsividade (CUCCHIARO, 2001).

Numa pesquisa multicêntrica coordenada por pesquisadores da Universidade de São Paulo e Universidade de Londres, iniciada em 1999, os resultados, inferiores aos encontrados nos EEUU e superiores aos indianos e ingleses, confirmaram o índice de 12,5% de um ou mais distúrbios mentais, em escolares de 7 – 14 anos, de estabelecimentos públicos (22) e privados (4), na cidade de Taubaté – São Paulo. Os distúrbios mais comuns foram os de comportamento, descritos como brigas (furtos, conflito com a lei, violência contra animais, provocar incêndios e o uso de armas), ansiedades, depressão, hiperatividade e distúrbios alimentares (anorexia nervosa, bulimia e culpa por comer) (ANTENORE, 2003; BORDIN; PAULA, 2007).

⁴ Principalmente entre os adolescentes do sexo masculino, que moravam na periferia, cujos pais não eram casados e não faziam parte de algum grupo religioso ou ONG, o que, segundo a autora, os constituía um grupo de risco para transtornos mentais graves na idade adulta, tais como drogadição e envolvimento com atividades ilícitas e criminalidade (CUCCHIARO, 2001).

Fleitch-Bilyk e Goodman chegaram à conclusão que, se este índice de 12,5% – que representava um universo de 3,4 mil jovens - fosse aplicado a todo Brasil⁵, provavelmente, estaria subestimado, uma vez que a realidade sócio-econômica do Norte e Nordeste é bem menos favorável que no Sul e Sudeste (ANTENORE, 2003; BORDIN; PAULA, 2007). Observando-se que a pobreza assim como a violência doméstica e social são importantes fatores de risco para as doenças mentais, os autores sugerem que medidas de intervenção sejam implantadas. Defendiam que a implantação deveria ser o mais precocemente possível, durante a fase da formação da personalidade, envolvendo pais e professores, para que se chegue à cura e se evite o comprometimento da qualidade de vida, como ocorre no baixo desempenho escolar, no desemprego, no abuso de substâncias psicoativas e na criminalidade.

Em se tratando do papel dos professores, não importando o nível sócio-econômico de sua escola, eles podem dar uma enorme contribuição na detecção de Alunos-alvos e alunos-autores do *bullying*, um fenômeno complexo, seja como sofrimento mental ou como sociopatia, com dimensões internacionais, detectado na década de noventa, que se caracteriza por atos anti-sociais *repetidos de opressão, discriminação, tirania e agressão de pessoas ou grupos, sobre pessoas ou grupos, subjugadas pela força dos primeiros* (BRASIL, 2007a: 118). Alvos e autores são vítimas do descompromisso e/ou desestruturas familiares e sociais, seja pela violência doméstica, pelo individualismo, competitividade, supervalorização dos bens materiais e desvalorização dos valores éticos e morais, característicos do mundo hodierno (BRASIL, 2007a). Entre os autores se encontram jovens de comportamentos violentos e delinquentes (atos criminosos, porte de armas, uso de drogas lícitas e ilícitas); entre os alvos estão os alunos isolados, com baixa estima, sujeitos à depressão e ao suicídio, ou partindo para outro extremo de combater com armas, atirando sem alvo específico, e “*matar a escola*” (p. 120).

Além desses quadros inequivocadamente caracterizados como transtornos mentais leves, moderados e graves, há outros inespecíficos, porém persistentes, carecendo de estudos epidemiológicos para se conhecer e se construir ações de enfrentamento. Um deles é denominado de Síndrome de Burnout (em inglês, combustão completa), que se apresenta com sintomas de exaustão, podendo variar da modificação no comportamento, avaliação negativa de si, da irritabilidade à depressão clínica; acometendo mais a determinados profissionais que vivem em situação de estresse profissional e institucional tais como: taxistas, controladores de

⁵ Na mesma matéria, o psiquiatra coordenador da Atenção à Saúde Mental do Ministério da Saúde, Pedro Gabriel Delgado declarou que não havia um conhecimento oficial de quantas crianças e adolescentes sofriam de distúrbios mentais em todo país. Afirmava que, em 2002, começaram a ser implantados os CAPS Infanto-Juvenil e que, em 2003, havia uma rede de 32, em 12 estados brasileiros (ANTENORE, 2003).

tráfego aéreo, professores, médicos, enfermeiros, psicólogos, carcereiros, assistentes sociais, atendentes públicos, artistas e bombeiros (ARAÚJO T., 1999). Um outro distúrbio que vem sendo observado com freqüência na população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se por não apresentar alterações mentais ou orgânicas de grande comprometimento, sugerindo a possibilidade de um certo nível de transtorno funcional no psiquismo e no corpo. Normalmente os portadores desses distúrbios são submetidos a vários exames complementares, cujos resultados não apresentam alterações em 60% dos casos (ARAÚJO E., 2003), onerando o setor de saúde, que vem se mostrando pouco ou nada resolutivo para esses casos.

Entre estes transtornos, há que se destacar uma enfermidade que se manifesta como uma síndrome, *borderline* entre o orgânico e o psíquico, denominada *doença dos nervos*, explicada como a manifestação de conflitos psicossociais (COSTA J., 1986; DUARTE, 1986; 1994). Apesar do poder normatizador, nomeador e da grande competência diagnóstica da medicina oficial, que categoriza as queixas em sinais e sintomas, a polissemia da linguagem popular nas consultas, seja na fala, nas manifestações variadas, nos rituais, nas buscas de tratamento ou na compreensão de seu processo, é desafiadora e causa perplexidade ao saber médico dominante a constatação da riqueza de queixas (MONTEIRO D., 2002). Sem diagnóstico que explique aquele sofrimento na racionalidade médica ortodoxa, inclusive na neurologia, escolha primeira e espontânea de quem apresenta esses sintomas (DUARTE, 1986), *o nervoso* migra voluntariamente ou é encaminhado de especialista para especialista, na busca de um diagnóstico para o seu sofrimento.

Denominado de *poliqueixoso*, *de histérico* - ou de deprimido, nos dias atuais - após submeter-se a uma série de exames não conclusivos, terá seus sintomas medicados com um ansiolítico (os mais ansiosos), estabilizador do humor (os de humor instável), antidepressivos (os mais deprimidos) ou um coquetel com todos eles. Na ausência de um suporte psíquico ou uma forma de tratamento que seja integral, o paciente se transforma em mais um usuário crônico dos ambulatórios psiquiátricos, na dependência farmacológica ou passiva de substâncias psicoativas⁶, comprometendo sua qualidade de vida e onerando o serviço público com intermináveis exames não conclusivos e a medicalização não resolutiva (MONTEIRO D., 2002a). Portadores do que é denominado de “*neurose social*”, “*os nervosos*” têm o seu discurso abafado pela racionalidade médica que o biologiza e responde com fármacos ao

⁶ Os ansiolíticos e os hipnóticos são descritos, na literatura médica, como causadores de dependência; entre os fármacos em geral; os ansiolíticos são os mais prescritos, a ponto de 10% da população dos países mais desenvolvidos fazerem uso regularmente (RANG *et al.*, 2004).

desamparo humano, ao medo da morte, ao medo da violência e da insegurança, aos conflitos de relações, às fraquezas do corpo e à impossibilidade de trabalhar (NUNES, 1993).

Toda essa gama e variedade de tipos de sofrimentos psíquicos, bem como os que deles sofrem, geralmente são acompanhados, nos serviços públicos ou privados. São atendidos por clínicos, gastroenterologistas, ginecologistas, geriatras, pediatras, hebiatras, cardiologistas, neurologistas e psicólogos. No entanto, com os psiquiatras, prioritariamente, está sendo conduzido a maioria dos casos em tratamento do que tem sido classificado como transtornos mentais e de comportamento. Assim sendo, os ambulatórios psiquiátricos, local privilegiado para este acompanhamento clínico, é um dos espaços no qual o psiquiatra utiliza a sua tecnologia, buscando curar ou estabilizar o paciente.

1.2 OS AMBULATÓRIOS PSIQUIÁTRICOS

Tais serviços, especializados para tratamentos dos transtornos mentais e do comportamento, surgiram nos países centrais logo após a Segunda Guerra Mundial e, no início da década de setenta, no Brasil. Na Europa, vivia-se a conjuntura econômica de intensa industrialização capitalista, sustentada por movimentos ideológicos, que atingiram a Psiquiatria, pelo viés da crítica à prática asilar psiquiátricas que eram próprias do modelo vigente (PINHEIRO, 1980; CRUZ FILHO, 1983). Ainda na década de cinquenta, surgiram movimentos alternativos ao oneroso tratamento asilar caracterizados como Psiquiatria Social, na Inglaterra, e Psiquiatria Preventiva, nos EEUU, que se baseavam na prevenção, na multicausalidade e na utilização da psicofarmacologia, com ações estratégicas extra-hospitalares, como os ambulatórios e atendimentos psiquiátricos por médicos generalistas, cujas ações também eram denominadas de Psiquiatria Comunitária (PINHEIRO, 1980). Naquelas décadas, na Inglaterra, surgiram as comunidades terapêuticas, com a mesma alternativa ao confinamento, sob direção de Main, Bion e Maxwell Jones, que utilizaram bases e finalidades psicossociológicas, defendidas por Lewin e Moreno, na abordagem e na orientação terapêutica (JACOBINA, 1982).

Como acontece em outras áreas da seguridade social, essas mudanças na saúde foram historicamente determinadas na tensão das questões sociais de classe, do controle e da coerção estatal, bem como a organização do Estado, das políticas de saúde e do poder de barganha da organização popular mobilizada (PINHEIRO, 1980). Entretanto, não obstante a

visão crítica dos fatores extra orgânicos na eclosão do sofrimento psíquico, esta pouco afetou as práticas terapêuticas, que continuaram refratárias às discussões teóricas (PINHEIRO, 1980). De sorte que foram muito comuns no Brasil, por muitas décadas, apesar da forte influência da psiquiatria francesa, as práticas organicistas, principalmente as utilizadas nos enfermos das classes de baixo poder aquisitivo, os quais eram submetidos ao eletrochoque, choque insulínico, choque cardiazólico, malarioterapia, terapias convulsivantes, sonoterapia, leucotomia, quarto forte, contenção mecânica e a impregnação medicamentosa (PINHEIRO, 1980; JACOBINA, 1982).

Na esteira do desenvolvimento da sociedade capitalista e na intensificação dos conflitos gerados pelas contradições sociais, a Psiquiatria amplia seu campo de atuação técnica para agir sobre os produtivos, os incapacitados para a produção e os marginalizados da produção, significativamente, concentrados nas classes sociais menos privilegiadas (PINHEIRO, 1980). Segundo o mesmo autor, a Psiquiatria, enquanto atividade médica, portanto social, se consolidou, muito competentemente, junto às outras especialidades clínicas como uma técnica responsável pela recuperação e a manutenção da força de trabalho, conservando e separando, inclusive, o contingente dos produtivos, dos potencialmente trabalhadores e daqueles que são improdutivos, portanto, de pouco valor para a lógica do sistema capitalista.

Para além dos muros asilares, a psiquiatrização da vida social dos homens e das mulheres, se consolida no discurso dos recém-nascidos programas preventivos, pedagógicos, comunitários e nos ambulatórios especializados em Saúde Mental. Essas mudanças contribuíram para reordenar e reorganizar a prestação dos serviços psiquiátricos, com níveis diferentes de qualidade e finalidade, segundo o poder aquisitivo, a especificidade do cliente e a sua inserção na manutenção e reprodução do sistema econômico (CRUZ FILHO, 1983). Par e passo, no âmbito das organizações dos serviços, os movimentos citados anteriormente, preconizavam a regionalização, a integração da saúde mental aos serviços policlínicos e a atuação de equipes multidisciplinares.

Ao promover o tratamento extra-muros, disseminava-se o processo de psiquiatrização nas populações periféricas, nos guetos sociais e geográficos dos países centrais e dependentes, garantindo, dialeticamente, a segregação e a reabilitação dos enfermos latentes e manifestos (JACOBINA, 1982). Nessa difusão, a prática psiquiátrica se insere em outros espaços sociais para além da loucura e dos muros asilares, mas sem abandoná-los, chegando aos locais de trabalho, às escolas, às igrejas, às comunidades, às relações familiares. Interessante marcar

que essa expansão foi favorecida pelo surgimento das drogas psicoativas, principalmente, neurolépticos típicos⁷ e antidepressivos tricíclicos, na década de cinquenta, e dos hipnóticos e ansiolíticos, a partir da década de sessenta (RANG *et al.*, 2004; LOUGON, 2006). A psiquiatrização avançava sedando os conflitos, as dificuldades de adaptação, as insatisfações, pretendendo prevenir os sadios ao cuidar de sua saúde mental, fazendo uso de técnicas psicoterápicas, principalmente a Psicanálise, porém, sem assimilá-las completamente (PINHEIRO, 1980). Isso contribuiu para que o arcabouço teórico reforçasse o modelo médico-psiquiátrico da individualização e da leitura do biológico na abordagem psíquica, revestindo toda a prática especializada de uma aparente neutralidade e autonomia em relação ao contexto histórico, pseudo-distanciada das questões estruturais da sociedade, como se estivesse à margem delas (PINHEIRO, 1980).

O processo de ambulatorização no Brasil foi resultado não só dos interesses da classe trabalhadora, das camadas populares e dos profissionais do setor, mas foi, também, utilizado político e ideologicamente pelo Estado sob o regime militar, na década de oitenta (PINHEIRO, 1980). Naquele contexto autoritário e dominador, a prática psiquiátrica ambulatorial, em que pese seu potencial tecnológico, reproduzia as relações de poder, de segregação-exclusão, de estigmatização, de reclusão sem muros, o controle e a imobilização do paciente com sofrimento mental (PINHEIRO, 1980). Não obstante a incorporação, nos ambulatórios e em outros serviços psiquiátricos (hospital-dia, hospital-noite e oficinas protegidas), das técnicas de relações humanas e psicoterápicas de abordagem da subjetividade, elas não eram universalizadas. Não faziam parte do repertório de escolhas ou do itinerário terapêutico dos que eram pouco qualificados na hierarquia da produção econômica, que não recebiam tratamento psíquico - emocional diferenciado, até mesmo porque a mão de obra era escassa, conforme o mesmo autor.

Vale a pena assinalar, que, muito embora os serviços ambulatoriais fossem colocados em oposição ao mais antigo, a internação psiquiátrica foi mantida até nos dias atuais como uma opção de retaguarda, preferencialmente dirigida a uma clientela pouco valorizada pelo sistema econômico (PINHEIRO, 1980). Ou seja, a permanência do asilo travestido no moderno hospital especializado, na sua grande maioria terceirizado, sob orientação do consumo e do lucro, continua por constituir-se em mais um espaço de exclusão para o usuário. Nesse lugar onde perde a sua identidade construída ao longo de sua existência (GOFFMAN,

⁷ Substâncias antipsicóticas denominadas de clássicas ou típicas, tais como a clorpromazina, o haloperidol, a tioridazina, a flufenazina, o clopentixol e o flupentixol (RANG *et al.*, 2004).

2005), ele conduz e é conduzido por uma vitalícia “*carreira de doente mental*”, com “*descompensações*” recorrentes (PINHEIRO, 1980: 65), reatualizando a distorção sócio-econômica para os que já são socialmente excluídos da máquina de produção dos bens e do acesso ao consumo.

Os ambulatórios públicos e os consultórios privados especializados, ao serem implantados, em vários bairros da cidade mais próximos das escolas, dos trabalhos, das comunidades e das famílias, proporcionavam maior cobertura populacional, carreavam a estratégia da penetração social, a psiquiatrização e a psicologização da vida e do controle da sociedade - que naqueles tempos, deveria superar a clássica e a centenária estratégia de segregação, do afastamento da urbe, conforme preconizavam os protocolos asilares (MACHADO, et al., 1978; FOUCAULT, 2005). Subordinadas à macro-estrutura econômica, essas mudanças mascaravam as contradições sociais do campo sócio- político- econômico (CRUZ FILHO, 1983) e aumentavam o consumo de consultas nos serviços, o aumento da oferta do setor privado e o consumo de fármacos pela população em geral, conforme os interesses do empresariado de serviços de saúde e das indústrias farmacêuticas (PINHEIRO, 1980; CRUZ FILHO, 1983).

De sorte que, naquele contexto de plena Ditadura Militar brasileira, esses dispositivos próprios da “*psiquiatria capitalista moderna*” (PINHEIRO, 1980:76) representavam, dialeticamente, um duplo papel: o explícito e facilmente defensável, que era o de avanço do modelo assistencial, que não mais priorizava o confinamento de forma desumana e arbitrária do doente mental, respondendo aos anseios, ao enfrentamento e aos embates⁸ dos profissionais do setor, das classes trabalhadoras e das camadas populares (PINHEIRO, 1980). O outro, o implícito, sub-reptício e de forte apelo político- ideológico-econômico, ou seja, eles eram um instrumento economicamente racionalizador das ações técnico-administrativas das políticas de saúde mental, interessante ao setor privado – rentável para as indústrias farmacêuticas e para empresários dos serviços - atenuador de tensões e socialmente normatizador do comportamento aceitável, agindo sobre o indivíduo no seu próprio espaço social (PINHEIRO, 1980; CRUZ FILHO, 1983).

Daí constata-se que os ambulatórios psiquiátricos, ainda que como possibilidade de humanização e modernização, também sutilmente, ampliavam, viabilizavam e aproximavam espacialmente o autoritário e o repressivo controle estatal, na sua vertente técnica, privativista e assistencialista, da população civil e dos conflitos gerados pelas insatisfações e inaptações

⁸ Maiores detalhes sobre esses movimentos no capítulo 2.2 que trata sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

sociais crescentes naqueles anos reconhecidos hoje, na leitura histórica e nas produções literárias memorialistas, como anos rebeldes.

Implantados pela assistência previdenciária brasileira, através do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), os ambulatórios de várias especialidades atendiam, exclusivamente, o universo dos trabalhadores formais e seus dependentes. Os ambulatórios psiquiátricos eram serviços próprios, da rede pública, e conveniados, rede privada, ofertados em várias unidades especializadas ou policlínicas em todo território brasileiro (CRUZ FILHO, 1983). Para o restante da população, excluída do mercado formal, os ambulatórios psiquiátricos começaram a ser implantados ao lado ou na frente dos hospitais psiquiátricos públicos, como seus anexos (MACHADO R., et al., 1978), como se pode observar em grandes centros urbanos, tal qual ocorreu nos municípios do Rio de Janeiro, de Salvador e de Feira de Santana.

Os hospitais e ambulatórios psiquiátricos públicos, utilizados pelos não previdenciários, eram da responsabilidade das instâncias estaduais de saúde, raramente municipais (GIORDANO JÚNIOR, 1989). O autor recorda o exemplo histórico em todo Brasil quando eles atendiam apenas “*indigentes*” - isto é, pessoas fora do mercado de trabalho formal - após o início da compra de serviços pelos órgãos responsáveis pela assistência previdenciária para seus segurados. Essa segregação dos serviços e da assistência à saúde foi interrompida após a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, iniciando, assim, a concretização de algumas das diretrizes da Reforma Sanitária no que tange à democratização da saúde e à implantação de uma assistência à saúde universal, completa e igualitária (PAIM, 2002:87).

O processo de ambulatorização psiquiátrica foi tão rápido e intenso que superou o acelerado processo de urbanização da atenção, haja vista que no período de 1970 a 1981, o aumento do número de consultas foi da ordem de 902,12% e o índice de cobertura populacional de consultas psiquiátricas/1.000 habitantes, no período de 1970 a 1980, teve uma elevação real de 163,10%, enquanto que, na clínica geral, foi de 163,41% (CRUZ FILHO, 1983). O mesmo autor informa que a concentração desses serviços era da ordem de 57,82% na região Sudeste, não só porque 53% da população urbana brasileira ali se localizavam, devido ao grande parque industrial gerador de emprego e de renda, mas também, porque a maior parte dos recursos previdenciários, conseguidos nos embates políticos legítimos ou pouco transparentes, tinham aquele destino. Em 1981, o atendimento psiquiátrico já ocupava o terceiro lugar de maior quantidade de consultas ambulatoriais (10,72%) para previdenciários

brasileiros, só perdendo para traumatologia (14,52%) e oftalmologia (12,69%) (CRUZ FILHO, 1983). Coletados na mesma fonte, os dados daquela década apontam que o dispêndio com a assistência ambulatorial cresceu de 25,7% para 37,75%, enquanto que o dispêndio com os hospitais decresceu de 67,0% para 56,1%.

Em termos gerais, estes índices apontam tanto para o processo de maior oferta e demanda de consultas ambulatoriais, como para o processo de ampliação da demanda e oferta de especialistas e ainda para expansão do setor privado, que, na década de setenta, ampliou de 15,75% para 45,71% seu poder de oferta de serviços em geral (CRUZ FILHO, 1983). Com marcada especificidade, na área da clínica psiquiátrica, entre 1975 a 1981, esse setor cresceu em torno de 251,3%, conforme o citado autor. Essas ampliações revelam a implícita política característica da assistência médica previdenciária, que era criticada como a *que tem privilegiado o setor privado empresarial em detrimento da satisfação das concretas necessidades de saúde mental na maioria da população* (p. 35). Não obstante a importância da avaliação dos serviços prestados à população usuária, o impacto dessa crescente medicalização só era monitorada através do Mensário Estatístico do INPS, que trazia anualmente o número de consultas realizadas, por grupo de serviços (próprios, contratados, conveniados) e por região, não havendo registro de informações sobre a qualidade dos serviços prestados naquelas unidades de assistência especializada, segundo Cruz Filho (1983).

O documento da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) analisado nessa tese entende como dispositivo ambulatorial psiquiátrico um serviço no qual há pelo menos quatro psiquiatras lotados e atendendo, não se considerando as unidades de Atenção Básica ou Hospitais Gerais que têm menos de três especialistas prestando consultas de saúde mental. Sobre eles, os dados mais recentes da Coordenação Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, informam que há 862 ambulatórios psiquiátricos, que respondem pelo atendimento de 9% de toda população, em qualquer faixa etária, estando pouco articulado ao restante da rede de atenção à saúde. Constata-se maior concentração na Região Sudeste (394), menor concentração na Região Norte (18); existindo 280 unidades, na Região Sul e 148, na Região Nordeste. Nesta região, o Rio Grande do Norte tem apenas uma unidade, Pernambuco tem 62 unidades e a Bahia se coloca como o estado que tem o maior número desses serviços, em torno de 37, estando 7 deles em Salvador (BRASIL, 2007b).

1.3 O PROBLEMA E A JUSTIFICATIVA

Mesmo enfatizando o avanço técnico que a assistência ambulatorial psiquiátrica trazia nos anos 80, ainda que enredada pela distorção estampada no crescente investimento do empresariado da saúde, havia questionamentos sobre o tipo de atenção que ali era desenvolvido, o quanto aquele modelo de atenção incorporava as reivindicações dos profissionais, trabalhadores e usuários dos serviços de Saúde Mental (CRUZ FILHO, 1983). Entre essas preocupações, estava o risco da reprodução da lógica dos asilos que cronificam e estigmatizam os que não estariam mais intra-muros, mas continuariam retidos nos novos serviços (PINHEIRO, 1980). Fato este que demandaria constante vigilância dos segmentos sociais interessados e envolvidos por mudanças positivas na área de Saúde Mental (PINHEIRO, 1980; CRUZ FILHO, 1983)

Sem entrar no mérito, se houve falta de vigilância, esvaziamento dos militantes ou se a sobredeterminação sócio-econômica da sociedade, que, por vezes, parece monolítica, impenetrável e insuperável, termina por extenuar a mobilização, a capacidade de confronto dos opositores e a manutenção dos avanços conseguidos – estes quase sempre de forma pontual em relação ao macro desafio - o certo é que, em nossos dias, os ambulatórios psiquiátricos são o sucedâneo direto e fator de retroalimentação das ações técnicas e da clientela do modelo asilar, segundo Ribeiro Marçal (1995), Pompei (1996) e Silva Filho, (2000). Constata-se isto em produções acadêmicas contemporâneas que fazem as pesquisas qualitativas, quantitativas ou híbridas acerca do modelo de atenção desenvolvido nesses serviços (RIBEIRO MARÇAL, 1995; POMPEI, 1996; RIBEIRO, 1996; MONTEIRO; CAMPOS, 2007).

Dia após dia, esses serviços continuam na sua rotina de atender aos usuários que buscam dar continuidade ao tratamento iniciado num serviço de emergência ou após alta hospitalar especializada, ou ainda, iniciar um acompanhamento direcionado para qualquer tipo de sofrimento mental, prioritariamente sob a condução do médico especialista. Neles, além das consultas de Psiquiatria, são realizados rotineiramente os acolhimentos, as triagens, os encaminhamentos, os psicodiagnósticos, as terapias em grupo, as terapias individuais, a dispensação de psicofármacos típicos e de última geração, denominados de antipsicóticos atípicos, os exames de sanidade mental para fins jurídicos e admissionais e os atestados psiquiátricos para fins de benefícios previdenciários.

Tendo em vista a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM/MS), com implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos substitutivos do modelo de atenção centrado nos hospitais psiquiátricos, que devem funcionar na lógica de um outro modelo de assistencial, baseado no acolhimento, na territorialização, na humanização e na integralidade (MS, 2007a), o ambulatório psiquiátrico, neste novo cenário, apresenta-se como um desafio. Isto porque a sua implantação ocorreu em um contexto sócio-econômico e cultural, cuja proposta em Saúde Mental favoreceu a sua formatação atual, num molde que não se baseava nesses quatro eixos norteadores do novo modelo de assistência em Saúde Mental, conforme está proposto pela PNSM/MS. Mesmo tendo sido pensado como serviços de reorientação, como serviço de solução, os ambulatórios psiquiátricos não reduziram as internações, tendo, inclusive, em algum momento, aumentado o número de leitos e o número de internações psiquiátricas (CRUZ FILHO, 1983:11). Agora, com o advento dos novos dispositivos, principalmente, os Centros de Atenção Psicossocial e as oficinas produtoras de autonomia financeira, revela-se a necessidade de se reformar o que antes foi colocado como solução (SILVA FILHO, 2000).

Constatando-se a manutenção dos ambulatórios psiquiátricos na rede de Saúde Mental, mesmo nos municípios onde a implantação de serviços substitutivos tem avançado consistentemente, surge uma indagação sobre esse instrumento remanescente do antigo modelo de atenção. Sabe-se que nem todos pacientes portadores de transtorno mental têm perfil para a dinâmica dos Centro de Atenção Psicossocial, ou conseguirão aderir ao mesmo, além do número insuficiente desses serviços (MS, 2006) para dar conta da demanda incrementada com a queda de oferta dos leitos hospitalares. Entretanto, observa-se que, na atual proposta da Política Nacional de Saúde Mental, inexistente uma diretriz específica que enquadre, transforme, reoriente ou otimize a atenção ao usuário desse antigo serviço (MS, 2007a), ou que faça mudanças no seu caráter conservador, biologicista e medicamentoso centrado no psiquiatra (RIBEIRO MARÇAL, 1995; POMPEI, 1996; RIBEIRO, 1996; MONTEIRO; CAMPOS, 2007).

Detectando-se uma lacuna no conhecimento sobre o objeto proposto, pretende-se investigar e analisar o ambulatório especializado em Psiquiatria, a fim de que, identificando o modo como funciona, possa se saber de que forma a Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde está influenciando a sua prática cotidiana, no que concerne ao modelo assistencial adotado, com base no acolhimento, na territorialização, na humanização e na integralidade de atenção à saúde. Desta maneira, esta pesquisa tem o papel técnico e social de

trazer informações, análises, questionamentos e propostas, a partir do estudo aprofundado do funcionamento dessas unidades, a fim de que possam ser criados mecanismos que contribuam para que o ambulatório psiquiátrico possa estar afinado com os princípios do acolhimento, da territorialização, da humanização e da integralidade, comuns à Política de Saúde Mental e ao Sistema Único de Saúde.

1.4 OS OBJETIVOS E AS HIPÓTESES

Para que se possa materializar a proposta de ampliação do conhecimento sobre os ambulatórios psiquiátricos, este estudo tem como objetivo geral identificar quais as possíveis influências da Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde no modelo de atenção que vem sendo praticado na rotina dos técnicos do ambulatório psiquiátrico.

Quanto aos objetivos específicos, eles se apresentam como na seguinte orientação:

- 1) Descrever um serviço de ambulatório psiquiátrico;
- 2) Descrever os serviços que são oferecidos num ambulatório psiquiátrico;
- 3) Descrever o perfil e o percurso dos técnicos que trabalham no ambulatório psiquiátrico;
- 4) Identificar o modelo assistencial materializado pelos técnicos do ambulatório psiquiátrico;
- 5) Identificar o conhecimento da Política Nacional de Saúde Mental entre esses técnicos do ambulatório psiquiátrico;
- 6) Analisar a influência do acolhimento, da territorialização, da humanização e da integralidade, orientadores da Política Nacional de Saúde Mental, no modelo assistencial adotado por esses técnicos;

Como hipóteses, investiga-se se:

1. O ambulatório psiquiátrico conserva a mesma característica de funcionamento desde a sua implantação, no que tange ao modelo assistencial; ou seja,
2. Que o modelo assistencial, baseado no acolhimento, na territorialização, na humanização e na integralidade, enquanto eixos orientadores da Política Nacional de Saúde Mental, ainda não foi incorporado à rotina do ambulatório psiquiátrico;

3. Que os técnicos de nível superior, enquanto sujeitos da capilaridade da rede na implantação das políticas de saúde não têm um domínio adequado dos conceitos e das práticas de acolhimento, de territorialização, de humanização e de integralidade, enquanto eixos orientadores da Política Nacional de Saúde Mental;

1.5 A ESTRUTURA DA TESE

Esta produção está dividida em onze capítulos. No capítulo um, a Introdução, apresenta-se o perfil epidemiológico dos transtornos mentais, no Brasil e no mundo, a razão da existência do ambulatórios psiquiátricos, bem como o seu impacto na qualidade de vida daqueles são portadores dessas enfermidades. Em seguida desenvolve-se a trajetória histórica dos ambulatórios psiquiátricos até se chegar aos nos dia atuais.

No capítulo dois, a pesquisadora dialoga com os autores que se debruçaram sobre as ferramentas analíticas que dão sustentação teórica e metodológica a esta tese. Assim é que a loucura, a Psiquiatria, Reforma Psiquiátrica, a Política Nacional de Saúde Mental e o modelo de atenção em Saúde Mental são as categorias mestras, as colunas da pesquisa. O estado da arte sobre o que já se estudou sobre os ambulatórios psiquiátricos, no que se aproxima do recorte traçado para esta produção, está descrito e analisado no capítulo três.

A metodologia está descrita no capítulo quatro. Nele, são explicitados todos os passos, técnicas e instrumentos que foram utilizados para que se chegasse aos resultados do que se coletou e se analisou, assim como os limites encontrados. Também estão descritos os limites metodológicos e os procedimentos éticos que orientaram toda a abordagem empírica, além da técnica de análise empregada para se chegar aos resultados.

Nos capítulos de cinco a dez há relatos dos resultados sob sete enfoques diferentes que se completam, para dar uma visão abrangente e em profundidade das informações analisadas. Assim sendo, no capítulo cinco apresenta-se, de forma preferencialmente descritiva, o campo empírico no qual foi feita a pesquisa, buscando-se conduzir, àqueles que lerem a produção, a uma certa familiaridade e ambiência com o serviço, até a se chegar à dinâmica cotidiana do ambulatório psiquiátrico.

O sexto capítulo descreve em números e em interlocuções diversificadas o perfil dos técnicos que trabalham no serviço onde funciona o ambulatório psiquiátrico. Além de apresentar os profissionais que são os sujeitos chaves da escuta da autora, a descrição vai

revelando o que há de peculiar na rotina daquele serviço. Complementando o capítulo anterior, no sétimo capítulo inicia-se um diálogo com os profissionais do ambulatório psiquiátrico para que eles revelem como chegaram as suas profissões e ao campo de Saúde Mental, além deles revelarem como se sentem enquanto profissionais na sua prática.

O oitavo capítulo analisa o modelo de atenção que vem sendo reproduzido no ambulatório psiquiátrico, desde a organização da rede de Saúde Mental de Salvador e como ela incide sobre o serviço ambulatorial até as suas relações internas de funcionamento. O capítulo anterior dá subsídios para que se faça a análise que se materializa no nono capítulo. Nele, a autora confronta a prática cotidiana do ambulatório psiquiátrico à luz da Política Nacional de Saúde Mental em vigência legal desde 2001, tendo como norte o eixo central baseado na territorialização, no acolhimento, na humanização, na integralidade para perceber as possíveis influências do segundo na primeira.

No décimo capítulo a pesquisadora analisa os desafios apontados como problemas pelos informantes chaves. Nele, apresenta duas propostas de enfrentamento da realidade atual. A primeira proposta foi elaborada a partir do que os técnicos enunciaram como o avesso do que gostariam de que tomasse forma no ambulatório psiquiátrico; foi construída na imagem negativa que aponta para o desejo da materialidade do seu contrário. A segunda proposta foi elaborada pela autora a partir dos elementos coletados nessa pesquisa, da interlocução com os autores que dialogou durante todo o processo de construção dessa tese e, principalmente, da sua vivência como profissional de saúde, com maior tempo de trabalho num ambulatório psiquiátrico público.

Finalmente, no último capítulo estão as considerações finais a partir da retomada das hipóteses que foram construídas, tentando entender o objeto em foco a partir dos objetivos apresentados. Uma vez que não traz conclusões definitivas, o fechamento desta tese, principalmente no que pontua como questionamentos e desafios, abre caminhos de prosseguimentos e buscas e pode instrumentalizar outros sujeitos para a construção de novos objetos com outros recortes e novos saberes, ainda que o tema seja o mesmo.

CAPÍTULO 2

A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO METODOLÓGICA

*A sabedoria e a loucura estão muito próximas.
Há apenas uma meia- volta entre uma e outra.
Isso se vê nas ações dos homens insanos.*
(CHARON, 1827 apud FOUCAULT, 2005:34).

2.1 DA LOUCURA, DA PSIQUIATRIA E DA SUA REFORMA

A loucura torna-se um objeto recorrente de especulação dos europeus eruditos a partir do Século XVI (FOUCAULT, 2005). Período no qual todo o saber acumulado, no mundo ocidental - em processo avançado de descobrir as novas terras, os novos povos, um novo comércio e uma nova dominação e dando seus primeiros e consistentes passos rumo à globalização concretizada nos dias atuais - por mais de dois milênios, passava por revisões, questionamentos e desintegrações sob o terremoto da Renascença. Segundo Emilio Rodrigué (1995:214): *Desde Aristóteles até o Espírito Santo, tudo foi abalado por este fabuloso século, atravessado pela ousadia de Colombo, pelo estrondo da pólvora e pelo Édito de Lutero.*

O declínio da nobreza feudal, o crescimento dos mercadores burgueses, o abalo ao poderio da Igreja Católica, a consolidação da Reforma Protestante e a crítica aos ideais e valores em vigência na Idade Média - a escolástica, o coletivismo, o código de honra da cavalaria - cujo epicentro intelectual foram as universidades, criadas a partir do Século XI, contribuíram para o fortalecimento do movimento Renascentista (CÁCERES, 1996). O sobrenatural, o teocentrismo e o religioso foram sendo cada vez menos valorizados, dando lugar a uma cultura, à educação e às condições de vida que tivessem um caráter natural, antropocêntrico e laico; homem, não apenas criatura, mas também, criador e lógico, apesar dos renascentistas não negarem a existência de Deus (CÁCERES, 1996). As incredulidades, a fragilidade da fé, o desejo do poder, o individualismo, a ambição pelo conhecimento e a cobiça aos bens materiais, assim como o esforço para obtê-los foram assumidos francamente. Em contrapartida, como a mulher era considerada um ser biológico inferior, espiritualmente sem alma, moralmente frágil, dominada pelo patriarcalismo e pela autoridade do homem nas famílias, ao se falar de dignidade humana, os humanistas (...) *referiam-se ao indivíduo do sexo masculino, rico, morador das cidades, intelectualizado e bem posto na vida* (p.158-159).

Sobreviventes da epidemia da peste negra e de outra série de mazelas, além de lidarem com as pragas da fome, da lepra endêmica, das guerras entre senhores e reis nas suas disputas internas e externas e a praga da corrupção da Igreja Católica, as grandes massas populares européias viviam a realidade da morte e tinham obsessão pelo tema, aguardando a cada dia o fim do mundo e a chegada do Juízo Final (CÁCERES, 1996). Perdidas as esperanças, a garantia do transcendente e defrontando-se com suas questões interiores, potencializa-se a aplicação do mecanicismo newtoniano até ao corpo humano, respalda-se a desmistificação do funcionamento do organismo humano por Descartes, que chega à subjetividade das paixões. Logo, *o homem deixa de ser tema e passa a ser problema* (RODRIGUÉ, 1995: 215). Surge a partilha, sem mistura das duas partes, do que é da ordem da razão e o que é da ordem da desrazão, com o agravante de que *a razão produziu a loucura* (p. 216), uma vez que o louco não tinha um espaço próprio, misturava-se a outros marginalizados: o seu quadro até à certeza do *cogito* cartesiano não tinha um estatuto próprio (RODRIGUÉ, 1995).

Traçando um nexos sócio-econômico e cultural entre a lepra e a loucura, Michel Foucault (2005) coloca esta como sucedânea daquela, após uma rápida passagem pelas doenças venéreas no imaginário europeu, principalmente no final da Idade Média até o Século XVII, quando a lepra desaparece da Europa. A relação é estabelecida, não só porque há relatos de que vários e espaçosos prédios, que serviram de leprosários, foram ocupados posteriormente por incuráveis e loucos, mas principalmente, no que concerne à necessidade histórica das comunidades ocidentais de apontar e circunscrever o mal, ter em mente a experiência do medo de uma enfermidade e exorcizar os pecados, a culpa. Buscavam a purificação e determinavam pela exclusão dos indesejáveis, indubitavelmente o meio de garantir a proteção, a princípio dos sãos e depois dos enfermos, sob o manto da finalidade salvífica. Nos dias atuais, Susan Sontag, citada por Minayo (2006), denominou-as de “*doenças metáforas*”, cujas atualizações, nesses dois últimos séculos, foram a sífilis e a tuberculose, e nas duas últimas décadas, têm sido o câncer e a AIDS. São doenças que apresentam alterações anátomo-patológicas, que podem responder favoravelmente aos biofármacos, entretanto, são doenças símbolos que interpretam a sociedade, detectando-se nelas, as seguintes características: 1) desafiam a ciência e a tecnologia médicas; 2) favorecem a competitividade corporativista dos profissionais e grupos industriais que lutam para vencer a doença e a guerra econômica da supremacia no mercado; 3) ideologicamente há um conflito entre a imagem salvadora do médico e sua impotência diante da doença e da morte; 4) essas doenças são estigmatizadas como uma das consequências das anomalias sociais, mobilizando

a religiosidade, a moralidade aceita em cada período, bem como as reações preconceituosas; 5) por não fazer acepção de classe, essas doenças mascaram a questão sócio-econômica e causam um temor generalizado, pois são vistas como um castigo dos céus pelo comportamento irresponsável, dissoluto e desregrado da humanidade.

Quanto aos loucos, as exclusões se concretizavam quando lhes era proibido adentrar os muros das cidades, sendo escorraçados para os campos ou despachados para grupos de mercadores ou peregrinos, além de terem o acesso aos templos católicos negado, apesar de terem direitos aos sacramentos. Desde o Século XIV, há relatos de barqueiros alemães que faziam o serviço de retirada dos loucos das vilas, sendo que, no Renascimento, o barco denominado “Stultifera Navis” (a nau dos insanos) navegava pelos rios europeus, principalmente Renânia e Reno, confinando, no seu interior, os loucos que, sem ter quem por eles se responsabilizasse, não deveriam conviver nas cidades e nas aldeias, circulando entre os cidadãos e aldeões (FOUCAULT, 2005).

Em que pese a compulsividade do afastamento físico do louco dos espaços urbanos, um quê de fascínio sobre as diversas imagens da loucura rondava o pensamento popular e erudito da Idade Média e da Renascença, uma vez que a loucura detectada no outro significava a potencialidade da loucura em toda a natureza humana, sem exceção. Soma-se a isso o fato de que a loucura seduzia porque significa um saber da ordem do inacessível, do invisível e do temível aos não loucos, dada a sua relação com o proibido, com Satã, com a felicidade mais intensa e o castigo mais severo, com o poder a mais sobre todos os homens, a queda até o inferno e, na religião, tinha um lugar próprio na hierarquia dos vícios: era o desatino contrapondo-se à virtude da Prudência (FOUCAULT, 2005).

Entendida como inata ao ser humano, a loucura é o modo como o homem se relaciona consigo mesmo e suas verdades; o apego que tem por si e por suas próprias regras, mesmo que significasse apresentar desvios sociais e aceitá-los como se fossem seus opostos positivos. Tão comum tais comportamentos que geravam reação nos filósofos humanistas do Século XVI, entre eles Brant e Erasmo, que expressaram *a consciência crítica do homem* através de suas sátiras morais (FOUCAULT, 2005:28). Erasmo de Roterdam (1979), satirizando o mundo construído pelos homens de sua época e seus desvios morais, tornou a loucura filha de Plutão⁹, nascida no coração dos homens e companheira alegre de todas as fraquezas humanas (amor próprio, adulação, preguiça, voluptuosidade, estouvamento, irreflexão e indolência).

⁹ Rei dos Infernos e deus dos mortos, filho de Saturno (Cronos) e Réia, irmão de Júpiter e Netuno, esposo de Prosérpina (Hades é o seu equivalente grego) (KOOGAN/HOUAISS, 1992).

Em contrapartida, ele não se esqueceu de elencar os seus desejáveis atributos e benefícios, posto que ela, ao seu entendimento, é a verdadeira sabedoria, é sincera e transparente em todos, confere sabor à vida, traz alegria e felicidade, torna as mulheres amáveis, anima as comemorações, sustenta o casamento, é a mãe das artes, é guia de sabedoria, torna a vida suportável, anima as comemorações, forma amizade e prolonga vida, além de dominar os deuses (FOUCAULT, 2005).

Entre as várias imagens da loucura, circulava a dos religiosos calvinistas¹⁰ – mais um dos frutos criados no e do Renascimento – entendiam que a loucura é própria ao homem, finito no tempo, na sua verdade aparente e parcial e na sua inteligência, quando ele é comparado à infinita razão de Deus, quando ele pensa que pode entender e explicar Deus, quando busca apreender a razão desmesurada de Deus (FOUCAULT, 2005). De sorte que havia um tipo de loucura, desejada pelos cristãos católicos e reformados; era aquela da renúncia aos prazeres do mundo, da busca dos valores espirituais, do abandono total à vontade de Deus, da vida mística; além do mais, diante da Sabedoria divina, a razão do homem não passa de loucura e a Razão de Deus, do Todo, por ser tão infinita, inalcançável e incognoscível é loucura para o homem, segundo o citado autor.

Tomando a loucura como uma das próprias formas de razão, a sua força secreta, o homem, descrito por Montaigne como frágil e presunçoso, utiliza sua imaginação para dar asas a sua vaidade e, *na loucura da vã presunção*, se sentir superior a tudo que o cerca, igualando-se a Deus, uma vez que (...) *Os homens são tão necessariamente loucos que não ser louco significaria ser louco de um outro tipo de loucura* (p.36). Detectada na imaginação sem limites de todos os artistas, a loucura foi assumida pelos expoentes da literatura européia, desde aqueles tempos. Eles a manifestaram nas diversas formas de paixão, desesperada, entregue ao imaginário e desatinada - como em Cervantes e seu Dom Quixote ou a que se mistura tragicamente à amargura, às traições, à morte e ao assassinato, como no caso dos personagens de Shakespeare, em Hamlet, Otelo e Rei Lear (FOUCAULT, 2005). Sem esquecer a relação da loucura com a demência, com o ridículo, com as mal formações genéticas e congênitas e com o tragicômico que circulava nas feiras e nas artes populares das

¹⁰ João Calvino (1509-1564), reformista dissidente de Martinho Lutero, líder político e religioso suíço que dominou Genebra com mão-de-ferro, sendo o criador da religião Presbiteriana (BURNS, 1989). Em que pese, que, bem antes da Reforma, há relatos de grandes famílias de financistas germânicos e italianos, desde o Século III, acumulando bens, “praticando a usura”, na Itália (Roma, Florença e Veneza) e nos Países Baixos, o Calvinismo tem sido apontado como o grupo reformado cujas doutrinas dariam sustentação religiosa ao capitalismo, uma vez que o Catolicismo proibia oficialmente o empréstimo a juros, o que convinha economicamente, no Século XVI, a uma sociedade dominada pelo sistema agrário, de indústria reduzida e de pequenos padrões (CROUZET, 1995).

diversas aldeias ou nos personagens vividos pelos bufões nos palácios dos reis e dos nobres (CROUZET, 1995).

O crescimento da população e o aumento dos desamparados e dos alienados reclamavam por intervenções, que foram iniciadas em tempos remotos com variantes de prisões, masmorras, castigos públicos, expulsão das cidades, até que, sob a égide do poder administrativo judicial burguês, sem atenção médica, surgiram as instituições voltadas para esses indivíduos; fossem espontaneamente, ou enviados por uma ordem real ou judicial, os internos eram recolhidos, alojados e alimentados (FOUCAULT, 2005). No início do Século XVII, segundo o autor citado, já se determinava o enclausuramento *ad eternum* e os loucos, que eram confinados juntamente com os mendigos, desempregados e criminosos e vagabundos, foram transferidos para hospitais gerais, alguns tendo ou não parceria com as ordens religiosas, na França, ou em casas de correção, na Alemanha e na Inglaterra; mas em todos, o gesto de aprisionar são respostas políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais para aqueles dias.

Nos fins do Século XVIII, surgiram os asilos para alienados - na Inglaterra, sob condução religiosa dos quakers¹¹ e, na França, sob inspiração ética e médica, tendo à frente Pinel e seus pares, que avançaram, reconhecendo a loucura como doença mental - iniciando-se a instituição da Psiquiatria, como espaço físico e como prática. Os transgressores da lei foram remanejados para as prisões, para serem disciplinados e reeducados, enquanto os alienados, os que não eram responsáveis, os incapacitados e os tutelados foram para os asilos para serem controlados, e também, disciplinados e reeducados. Os asilos segregavam e excluíam os alienados, inclusive, separando-os dos outros confinados, marginais da sociedade, marcando o nascimento do campo do saber e da prática sobre a loucura (FOUCAULT, 2005). Esse período é coetâneo ao nascimento da medicina moderna, definido por Foucault (1987) como o abandono da abstração da medicina das espécies ou classificatórias e migração para a medicina da clínica, do corpo concreto, o que, segundo Jacobina (1982:10), evidencia que (...) *a Psiquiatria emergiu como especialidade médica dentro de um referencial já superado, o das classificações nosográficas, servindo, portanto, para demonstrar que “a consciência da loucura” também não foi, no fundamental, “uma consciência científica”*.

Desde o seu início até nos dias atuais, a Psiquiatria bascula entre as correntes do alienismo e a do organicismo, A primeira, sustentada por Pinel e Esquirol, apontava para uma

¹¹ Grupo religioso pacifista remanescente dos anabatistas, protestantes históricos, que eram dissidentes próximos dos luteranos da Alemanha, no Século XVI (BURNS, 1989).

nosografia moral, enraizada no social patogênico, enquanto que a segunda, tendo Bayle e Morel como expoentes, buscava numa lesão a causa da doença (FOUCAULT, 2005). A segunda corrente tem prevalecido na formação e na orientação terapêutica do que, nos dias atuais, é denominada de Psiquiatria biologicista, que tem se alinhado à neurologia com a utilização de tecnologias propedêuticas de ponta para diagnósticos de quadros psíquicos, apoiando-se nas estruturas orgânicas do cérebro, neurônios, sinapses e nas sínteses químicas dos neurotransmissores. Esse movimento é uma atualização do que ocorreu nos fins do Século XIX, sob a batuta de Sigmund Freud. Muito embora ele questionasse a supremacia do orgânico e da hereditariedade nas doenças mentais, elaborou o que Peter Gay (1989) chama de uma *psicologia para psicólogos*.

Em 1895, o criador da Psicanálise apresenta um ensaio incompleto, chamado de “Projeto”, no qual há uma tentativa arrojada de descrever os aspectos anátomo-fisiológicos dos neurônios nos processos psíquicos normais e na psicopatologia. Com bases em seus estudos sobre a histeria, ele apresentou o que denominara de uma *psicologia para neurologistas*, ou *projeto para uma psicologia científica*. Investido e catalisando a ambição da época, Freud tentou avançar cientificamente por uma grande avenida do saber na qual os pontos de referência, num crescendo e articulando todos os campos de conhecimento reverenciados, seriam: anatomia do cérebro, fisiologia do cérebro, psicopatologia individual e sua repercussão no coletivo, psicologia, tendo como ponto de chegada, a filosofia (JONES, 1989).

Nos fins do Século XIX até as primeiras décadas do século subsequente, com o desenrolar da Revolução Industrial, saindo da fase competitiva e atingindo a sua fase de expansão imperialista, marcada pelo conflito do Estado e os interesses divergentes das classes sociais, iniciou-se a era do discurso da Higiene Mental (JACOBINA; 1982). Esta era disciplinar e defensora da saúde mental, disseminada nas campanhas sanitárias que urbanizavam os aglomerados populacionais, distanciava os marginalizados econômica e moralmente dos grandes centros e exaltavam os valores higiênicos e morais positivos para homens e mulheres, que se tornavam responsáveis individuais por sua higidez orgânica e psíquica. A Psicanálise freudiana e suas dissidências, marcadas pela ideologia liberal e de acesso restrito à elite burguesa - incorporadas tanto pela vertente alienista francesa, quanto pela organicista germânica, embrião da Psiquiatria nazista - tiveram um papel significativo na sustentação e na divulgação da Higiene Mental, principalmente, após a viagem de Freud aos EEUU, em 1909, influenciando os setores econômicos e sociais da vida social americana (JACOBINA, 1982; GAY, 1989).

Após a II Guerra Mundial, o enfrentamento dos asilos tornou-se crucial para a humanização do tratamento psiquiátrico. Na Inglaterra, a vitória do Partido Trabalhista e o avanço dos projetos de seguridade social garantiram programas de reabilitação aos pacientes psiquiátricos fora do hospital (FOUCAULT, 2005). Na França, a Psicoterapia Institucional, produto da experiência de Tosquelles e outros psiquiatras e enfermeiros, como prisioneiros nos campos de concentração nazista - posteriormente conduzida por Jacques Lacan e seus discípulos - conseguiam reunir contribuições tanto dos surrealistas e dos psicanalistas quanto dos marxistas. Tinham como grande objetivo analisar a terapêutica, os terapeutas e as instituições asilares para se chegar à cura dos psicóticos, como era almejado naquela época conforme o autor acima.

Naqueles tempos, na Inglaterra, surgiram as Comunidades Terapêuticas, com a mesma finalidade de se superar o confinamento, sob direção de Main, Bion e Maxwel Jones, que utilizaram bases e finalidades psicossociológicas, defendidas por Lewin e Moreno, na abordagem e na orientação terapêutica (JACOBINA, 1982). Todas essas estratégias, muito embora trouxessem uma crítica ao antigo modelo organicista germânico da irrecuperabilidade da doença mental e apontassem novos caminhos a se percorrer, tiveram baixo impacto, sem mudanças substanciais, tanto nos países centrais como nos periféricos, como ocorreu no Brasil, uma vez que as experiências ficaram restritas aos segmentos que lidavam diretamente com a questão, sem alcançar outros grupos progressistas da sociedade civil organizada (JACOBINA, 1982). Não obstante a visão crítica dos fatores extra orgânicos do sofrimento psíquico, suas práticas, pouca afetadas pela discussão teórica sob uma perspectiva social, eram marcadamente organicistas, principalmente nos enfermos das classes de baixo poder aquisitivo, através do eletrochoque, choque insulínico, choque cardiazólico, malarioterapia, terapias convulsivantes, sonoterapia, leucotomia, quarto forte, contenção mecânica e impregnação medicamentosa; todas essas muito comuns no Brasil, por muitas décadas, apesar da forte influência do tratamento moral da Psiquiatria francesa (PINHEIRO, 1980; JACOBINA, 1982).

Na esteira do desenvolvimento da sociedade capitalista e na intensificação dos conflitos gerados pelas contradições sociais, a Psiquiatria amplia seu campo de atuação técnica, para agir tanto sobre os produtivos como sobre os incapacitados para a produção e os marginalizados da produção; estes, significativamente, concentrados nas classes sociais menos privilegiadas. (PINHEIRO, 1980). Além de reforçar as normas que se esteiam na produtividade e que sustentam a lógica da estrutura social capitalista - sendo responsável pelo controle e pela punição, seja segregando ou excluindo os que não se submetem à mesma - a

Psiquiatria, enquanto atividade médica, portanto social, se consolidou, muito competidamente, junto às outras especialidades clínicas como uma técnica responsável pela recuperação e a manutenção da força de trabalho (PINHEIRO, 1980). Era de sua competência conservar e separar o contingente dos produtivos, dos potencialmente trabalhadores e daqueles que são improdutivos, determinando quem tinha mais ou menos valor para a lógica do sistema, conforme defende o autor citado.

Para além dos muros asilares, a psiquiatrização da vida social dos homens e das mulheres, a partir dos anos cinquenta, se consolida no discurso dos recém-nascidos programas preventivos, pedagógicos, comunitários e nos ambulatorios especializados em saúde mental. Lançando mão de instrumental psicológico, disfarçava as suas ações socialmente coercitivas, de controle da vida e do psiquismo dos indivíduos e de marginalização dos que, por conflitos ou antagonismos, distúrbios ou desvios, não subsumiram a ordem vigente. Tal discurso garantia, inclusive, uma imunidade contra os ataques à prática psiquiátrica escancarada nos asilos, tão combatida e insustentável, por ser desumana e ultrapassada (PINHEIRO, 1980). Essa nova estratégia se caracterizaria socialmente como (...) *menos violenta, menos excludente no sentido explícito, porém mais ampla e abrangente no controle e na intervenção; menos repressora, mais política e ideológica; menos selvagem e brutal, porém mais virulenta e sutil* (p. 25).

No Brasil, muito semelhante ao que ocorreu na Europa, a Psiquiatria nasce da medicina que toma a sociedade brasileira como objeto de controle social, desde os indivíduos até os aglomerados populacionais; de uma medicina elitizada, que assume um papel político explícito de medicalizar a sociedade; nasce com um projeto de categorizar o comportamento do louco como anormal, portanto, passível de controle, da medicalização e do confinamento, através de uma “Psiquiatria preventiva”. Em 1830, o Relatório da Comissão de Salubridade, determina, pela primeira vez em solo brasileiro, que o louco é um doente mental, referendando a orientação vigente - surgida na segunda escola médica brasileira, criada no Rio de Janeiro, naquele mesmo ano, com o nome de Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro – de que os loucos deveriam estar no hospício (MACHADO R., et al., 1978).

O louco, elevado oficial e academicamente à categoria de doente mental, era considerado, em potencialidade, um indivíduo perigoso física e moralmente, devendo ser afastado do seio da sociedade, para tratamento específico, demandando para isso um espaço e facultativos especialmente preparados para dominar e recuperá-lo de tais desvios. O hospício e a necessidade do controle do louco – principalmente, daqueles que eram pobres e abandonados, que perambulavam pelas ruas - e do seu afastamento do convívio social nos

centros urbanos ou em hospitais gerais, revelam a orientação higienista, preventiva, disciplinar e normatizadora da medicina policialesca, hegemônica, contrária à liberdade dos loucos (MACHADO, R. et al., 1978).

Civilizando-se a si mesma e à ciência brasileira, com o que era de mais novo e avançado no mundo de então - basicamente o que era produzido inicialmente por Pinel e, posteriormente, por Esquirol - a Psiquiatria, desde a sua fase embrionária, reveste-se, gradativamente, de prestígio acadêmico, garante a sua legitimidade científica de intervir no louco e na loucura, ao tematizar duas grandes articulações de ponta: a da loucura com a inteligência e a da loucura com a civilização versus a moralidade contemporânea (MACHADO, R. et al., 1978). O grande desafio, aqui e alhures, consistia em formatar a doença mental ao esquema da racionalidade médica, em avanço exponencial desde o século XVII, com sua taxinomia do patológico e suas comprovadas alterações orgânicas. Além da originalidade da abordagem, internamente, a Psiquiatria em conflito, claudicava em decidir se a loucura era da ordem da inteligência, da ordem da razão ou da ordem do mundo da vontade, segundo os autores acima citados.

Esquirol deparou-se com as múltiplas formas da loucura e as classificou como: as delirantes - a lipemania, a monomania e a mania (curáveis) e as da desrazão - demência e idiotia (incuráveis). Considerava a lipemania e a monomania como delírio parcial, com predomínio da paixão, enquanto que a mania era o delírio total. De sorte que, traduzindo a loucura como delírio, uma alienação mental, parcial ou total, conectava a desordem mental à inteligência, à sensibilidade e à perversão da vontade (MACHADO, R. et al., 1978). Isso não significava a destruição ou inexistência do pensamento, a ausência da razão, atributos tão caros aos herdeiros de Descartes. A loucura era, principalmente, um fenômeno moral e social e menos do campo intelectual, sinalizando, dessa maneira, a possibilidade de cura de tais desvios, pois *as paixões são os sintomas mais essenciais e os mais poderosos agentes terapêuticos da loucura* (ESQUIROL apud MACHADO, R. et al., 1978: 389).

Nas monografias mais antigas sobre o tema, que remontam de 1837, os facultativos brasileiros traduzem o delírio como uma hiperatividade da inteligência, um desequilíbrio do pensamento, um distúrbio do discurso, uma doença que atinge a substância cinzenta do cérebro e que pode ser corrigida, atuando-se sobre as idéias e sobre os sentimentos, moral e fisicamente (MACHADO, R. et al., 1978). Sob os resquícios do entendimento clínico do que é normal ou patológico, do que é aceitável ou do que não é, tanto para o organismo/psiquismo humanos quanto para o organismo social (CANGUILHEM, 1978), a loucura e seus delírios expõem um hiperfuncionamento da mente e dos afetos, revelando a sedutora possibilidade do

conhecimento completo do homem e demandando a prescrição do que seria tomado como normalidade, no nível moral e social, para se evitar as graves consequências de loucos, aparentemente normais, simuladores ou não, não serem detectados (MACHADO, R. et al., 1978).

Sintomaticamente, a questão do alienado se tornou, de forma recorrente, nos escritos acadêmicos, um problema de conduta moral e social, e bem menos da inteligência e das idéias. Havia inequívocas distinções e autonomia entre as faculdades intelectuais e as faculdades afetivas; de maneira que, devido à prevalência da paixão sobre a razão, o resultado seria que *o alienado pensa bem e age mal* (1978: 399). Sendo tênue a linha que separa o normal do anormal, a conduta moral da patológica, cabia ao saber médico, a serviço das instituições sociais, distinguir as condutas, com longas observações, para definir os limites entre o passional e o razoável. Assim sendo, a Psiquiatria se constituiu como medicalizadora, não apenas de um ato, mas da totalidade de uma vida, o que foi muito bem retratado de forma crítica, divertida e inteligente pelo grande escritor brasileiro Machado de Assis (2007), no conto *O Alienista*. Nele, o autor revela no psiquiatra Dr. Simão Bacamarte - um profissional sincero nas suas intenções, mas equivocado nas prescrições - o abuso do poder normativo do médico e a fragilidade do conhecimento científico que sustentam as normas sociais, bem como a insensatez e a arbitrariedade do confinamento.

Em que pese todo esse esforço de se tornar a medicina do comportamento, a Psiquiatria emergente buscava, como já citado em relação aos estudiosos europeus, também, enraizar-se no mesmo terreno que sustentava a clínica geral, explicando as doenças mentais, organicamente, através das alterações cerebrais provocadas pelos humores, definidos por Hipócrates¹². Por essa abordagem, perseguiam-se as alterações somáticas da sede do pensamento, na doença mental; garimpava-se um cérebro¹³ alterado pelas produções das veias, fígado, útero, baço ou estômago, para orientação terapêutica com sangrias, purgas, banhos e defensivos, conforme preconizavam os autores tradicionais (MACHADO R., et al., 1978).

A leitura, que elege as perversões do pensamento e da vontade como explicação do alienismo, justifica tanto um programa de intervenção médica quanto o estabelecimento de regras e limites aos excessos, no entanto, carrega consigo dois problemas de manejo

¹² Os quatro humores (linfa, sangue, bile amarela e bile escura) e seus respectivos temperamentos que determinariam o processo de adoecimento e reações humanas (HAHNEMANN, 1990).

¹³ Alguns relatórios, no fim do Século XIX, denunciavam que no Hospício de Pedro II não havia instrumentos de autópsias, nem microscópio para os estudos, que formam a base de conhecimentos especiais da patologia mental (MACHADO, et al., 1978:471).

complicado. O primeiro, diz respeito à dificuldade de se chegar a um diagnóstico, haja vista que, além das paixões serem atributos inerentes aos indivíduos, existe uma multiplicidade de comportamentos possíveis numa mesma sociedade. Sendo a consequência do primeiro, o segundo problema seria a explicação das causas que geraram os sintomas morais da loucura, o desarranjo intelectual com ou sem delírio (MACHADO R., et al., 1978). Constatada a exacerbação das paixões e da vontade, há que se deslindar as causas sociais que provocam tal desregramento, refletindo-se sobre os fatores históricos, políticos e filosóficos que se interrelacionam nas sociedades modernas e sustentam o chamado processo civilizatório conforme os autores acima destacados.

Uma conduta social que modifica a rotina de hábitos, idéias e relações sociais pode ser interpretado como loucura, a depender da época, do caráter e do grau de instrução, tendo em vista que *a nossa razão é a medida da loucura alheia* (ALBUQUERQUE, 1858 apud MACHADO, et al., 1978:412). Os valores da civilização, construídos no distanciamento progressivo da barbárie, permitem separar o equilibrado do louco, quando detecta a regularidade dos hábitos no primeiro e garante a posição de doente, e de “não possuído” por forças do mal, ao segundo (MACHADO, et al., 1978). Daí que o ponto crítico da Psiquiatria, enquanto produto do processo civilizatório, é delimitar o que deve ou não deve ser considerado *normalidade*¹⁴ da conduta, comparando, de modo arbitrário, os indivíduos quanto ao seu caráter, seus hábitos, suas inclinações, suas atitudes na relação familiar e com os amigos e nas suas diversas opções, inclusive as políticas e religiosas, conforme os autores focados acima.

Ao questionar o nexos patogênico da civilização, as teses dos alienistas brasileiros seguiam os passos de Esquirol e defendiam que a civilização não é em si mesma a causa da doença mental, mas, sim, as *paixões factícias* (necessidades artificiais, não relacionadas à conservação e à reprodução), que surgiam dos desejos engendrados pelo progresso e pela razão, favorecendo aos excessos; pela educação viciosa, voltada só para o espírito; pela ausência do cultivo da religião; pelo abandono do conhecimento das artes, ou pelo excesso de imaginação que elas trazem; pelas mudanças bruscas e ambições ocorridas na vida profissional; pela perda das afeições domésticas e do respeito aos pais; a educação paterna que cria os filhos sem disciplina e alienados da própria realidade social (MACHADO, et al., 1978:416). Assim, portanto, mesmo não assumindo a posição extrema de Rousseau, quanto ao

¹⁴ Quase proverbial é o exemplo do que era considerado *desvios e transtornos sexuais*, código 302 no CID 9 (1979), retirado do CID 10 (1993). Naquele repertório de diagnóstico, a homossexualidade é patologizada, juntamente com a bestialidade, a pedofilia, o transvestismo, o exibicionismo, o transexualismo, o transtorno da identidade psicosssexual, a frigidez e impotência, além de outros e os não especificados.

seu malefício, o corrente era que, quanto mais a civilização avança velozmente e produz homens com hábitos e comportamentos diferenciados dos animais, homens regidos pela razão, desenvolvidos intelectualmente, mais produz homens depravados de espírito, corruptos e loucos, esses últimos, principalmente, nas classes inferiores¹⁵.

O fenômeno da alienação mental torna-se possível a partir de um lugar específico, termo médio entre o desenvolvimento da inteligência e da sociedade, ponto de comutação, centro de transmissão entre o individual e o social e que, conjugando esses dois aspectos, constitui o homem como objeto da Psiquiatria: este lugar de honra é ocupado pelas paixões (MACHADO, et al., 1978:419).

Tratava-se do fato de que a civilização, com todas as suas conquistas, não era em si mesma o fator da alienação, porque era tida como o inexorável avanço da humanidade, inclusive, trazendo no seu bojo a ciência, que juntamente com a virtude e a felicidade concretizariam a plenitude humana na terra, certeza esta, tão cara aos iluministas. Ratificando Esquirol, discípulo de Pinel, os estudos dos facultativos brasileiros, apontavam a fragilidade humana, mais precisamente na sua unidade físico-moral, o elemento que era suscetível, negativamente, ao turbilhão de mudanças em todas as áreas das relações entre os homens, de forma especial, na vida intelectual e econômica (MACHADO R., et al., 1978). Outro motivo para se preservar as qualidades da civilização, já se delineava na recém nascida ciência da mente: a Psiquiatria pleiteava o reconhecimento de ser a ciência do homem, como analista das faculdades afetivas, que (...) *aparece como aprimoramento da sociedade civilizada* (1978:418).

Estatuída como a legítima ciência das faculdades afetivas, das faculdades morais e das faculdades intelectuais, o alienismo, enquanto saber científico, o alienado, enquanto objeto do estudo e do cuidado, e o alienista, enquanto o cientista desse saber, precisavam de um espaço para exercício da prática científica daqueles três elementos, questionamento central naquele momento da civilização. Semelhante ao que aconteceu na Europa, a doença mental e tudo que a circundava precisavam de um espaço próprio de atuação, o que justificou a criação de hospitais específicos para o alienado, os chamados hospícios, já que os hospitais gerais eram criticados por não curarem e não conseguirem dominar a loucura, além de parecerem um cárcere que conduz à morte: não havia o médico especialista, enfermeiros competentes, condições higiênicas e tratamento físico e moral para o doente (MACHADO R., et al., 1978).

¹⁵ Diferente da Psicanálise, que apontava nos rígidos valores morais e espirituais burgueses do Século XIX - dos quais estariam imunes as pessoas das classes populares - a causa dos sintomas psíquicos, principalmente os histéricos e os do transtorno obsessivo compulsivo (FREUD, 1987).

A Santa Casa de Misericórdia, nos fins do Século XIX, no Rio de Janeiro¹⁶, constrói o Hospício de Pedro II, “o palácio de guardar os doidos”. Muito embora Salvador tenha sido a primeira cidade a ser povoada como Colônia Portuguesa instalada no Brasil, e onde surgiu a Escola de Cirurgia, em 1808, de onde se originou a primeira Faculdade de Medicina em terras brasileiras, coube ao Rio de Janeiro, em 1841, sediar a construção do primeiro hospício para tratamento dos alienados e inaugurar a Psiquiatria institucional, a partir da sua vertente terapêutica, uma vez que a cadeira de Psiquiatria só teria sua criação na academia em 1881, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a segunda do Brasil (MACHADO R., et al., 1978). O prédio reproduzia muito dos aspectos arquitetônicos europeus - recolhidos numa viagem de um médico, com esta finalidade, aos grandes centros de tratamento de doenças mentais - copiando os arquitetados por Pinel e Esquirol, com seus espaços divididos e classificatórios de sexo, comprometimento clínico e nível social, segundo os autores citados. O isolamento, herança dos papas franceses do alienismo, era um dos instrumentos terapêuticos indispensáveis e justificados pelo viés etiológico de ser uma doença causada nas relações sociais, principalmente, a familiar¹⁷, agravando-se no caso de famílias pobres, que não tinham como conter e nem cuidar de seus alienados, abandonando-os nas ruas e se expondo. Além de terapêutico para o doente, o alienista estava contribuindo para preservar a família, defendendo-a e protegendo-a (MACHADO R., et al., 1978).

Para os mesmos autores, sendo o hospício, desde o Século XIX, um poder disciplinar, respaldado em dispositivos específicos, tanto jurídicos como sociais, voltado para uma população específica e institucionalizada, ele concretiza o papel normalizador da medicina, ao ser o operador de cura, que atinge a individualidade dos corpos e transforma os indivíduos, gerindo suas vidas, limitando o comportamento desviante com sua vocação pedagógica que persegue a ordem. Porém, a realidade faz emergir conflitos, críticas e problemas que expõem a fragilidade do instrumento asilar, denunciados pelos médicos que, sob o manto da necessidade de por em ordem o lugar que ordenava os loucos, buscavam expandir seu poder normatizador a partir daquele espaço, sem questionar seu real ponto crítico, ou seja, (...) *uma incapacidade ou uma impossibilidade terapêutica que, longe de por em questão a própria Psiquiatria, serve fundamentalmente de apoio a uma exigência de maior medicalização*

¹⁶ O decreto para a criação do hospício foi assinado por D. Pedro II, já na condição de imperador do segundo reinado, após o conveniente golpe da maioria, em 1840 (VICENTINO; DORIGO, 1997).

¹⁷ A prescrição do internado não ver a família, enquanto estiver em crise, principalmente, na agitação psicomotora, é ainda defendida nos hospitais psiquiátricos, nos dias atuais. Entretanto, nos novos dispositivos, os familiares e os outros vínculos sociais são elementos indispensáveis no projeto terapêutico e de ressocialização [Nota da Pesquisadora].

(MACHADO R., et al., 1978: 450-451), conforme foi criticado posteriormente, na passagem para o Século XX.

Baseando sua prática no sequestro do louco, para a defesa da coletividade, onde reside a sua autoridade, a Psiquiatria se isenta de ser ré na sua prática contra o direito individual da liberdade. Contraditoriamente, por décadas, ela transformou um ato violento e arbitrário em um ato terapêutico em relação a um indivíduo, em um benefício social, que ao ser socialmente aceito, deixa de ser arbitrário, mesmo porque está baseada em estatutos científicos, morais e socialmente aceitos (MACHADO R., et al., 1978). Daí que se constata que, subsumindo os alienados, os asilos e seu modelo de atenção só foram interessantes para a sociedade, que se livrava do mal estar de uma figura que destoava o cenário social almejado, e para a Psiquiatria nascente, que tinha seu espaço e campo de exercício científico legitimado.

Tecnicamente, a Psiquiatria institucionalizada sempre foi responsável pela organização, administração da custódia, pela terapêutica, pela intervenção e pela prevenção, observando-se que sua atividade, em determinados momentos, para além da atuação científica, expandia-se enquanto prática clínica e social. Concomitantemente, reproduzia uma ideologia, tornando-se politicamente útil, configurando-se como uma instância semijurídica, servindo para medicalizar a sociedade, psiquiatrizar conflitos sociais¹⁸ gerados pelo desemprego, a miséria e a necessidade de se manter a ordem vigente, seja na sociedade burguesa ou na capitalista (FOUCAULT, 2005).

Catapultada para uma posição de ser um problema, também do Estado, a loucura teve seus primeiros hospícios construídos com o erário público (MACHADO R., et al., 1978). O louco é um indivíduo danoso para o seu meio, é um doente, segundo uma lei do deputado Teixeira Brandão, aprovada em 1903: um incapaz, devendo ser assumido pelas instâncias competentes, internado só em hospícios, ou tratado em domicílio, sem competência de exercer seus direitos civis, inclusive, administrar seus bens; tudo isso determinado só após o parecer técnico do psiquiatra (MACHADO R., et al., 1978).

¹⁸ Foi largamente exposto na mídia, em 2002, na greve dos motoristas, em Salvador, que um deles, com maior expressão entre os sindicalistas, foi levado pela Polícia Militar, à Emergência do Hospital Juliano Moreira sob acusação de ser portador de transtorno mental, o que foi rechaçado pelo plantonista, Dr. Luiz Leal, que, após conversa com o acusado, liberou clinicamente o pseudo louco. O outro lado da moeda é que há relatos da Psiquiatria manter rotineiramente a força policial nas suas unidades, desde a década de oitenta (PINHEIRO, 1980) até os dias atuais, principalmente onde há serviço de emergência. Na sua experiência de servidora pública em hospital, ambulatórios psiquiátricos e mais recentemente CAPS, a pesquisadora percebeu que, a presença de policiais (chamados pelos gestores, quando há ameaça de algum usuário insatisfeito) e seguranças – empregados de empresas que são contratadas para preservação do patrimônio – não só intimida os usuários, mas funciona, inclusive, como controladores e auxiliares, na contenção mecânica dos pacientes em agitação psicomotora, nas unidades públicas [Nota da Pesquisadora].

Desde o final do Século XIX, o questionamento do modelo asilar de atenção psiquiátrica vem tomando forma, a partir da década de cinquenta, do último século, reverberava em movimentos que criticavam os danos sociais da medicalização ou da psiquiatrização da sociedade em várias épocas e localidades do mundo europeu e norte americano. Entre os americanos do norte, o crescimento exponencial da população internada¹⁹ revelava o poder segregacionista do que se propunha a ser um tratamento mais criterioso, tornando-se mais recorrente no rastro do avanço da biomedicina e do fortalecimento da Psiquiatria – alijando as outras práticas terapêuticas alternativas ou não científicas, mas já consagradas- a ponto de que, no período de 1880-1940, os dados apresentavam um crescimento de 12,6 vezes da população interna psiquiátrica, enquanto que a população geral alcançava a taxa de crescimento de 2,6 vezes (LOUGON, 2006).

Tanto na Europa como nos EEUU, e também no Brasil, o movimento de desinstitucionalização da Psiquiatria vem organizando os opositores e os partidários. Nos EEUU os opositores, geralmente psiquiatras, são classificados por Lougon (2006) como *tradicionais ou conservadores*, por sustentarem argumentos de forte apelo corporativista da especialidade psiquiátrica, defendendo *o status quo*, desqualificando as doutrinas sociais, defendidas por Michel Foucault (2005), que se tornaram matrizes teóricas da desinstitucionalização. Doutrinas estas que consideram a instituição psiquiátrica como uma agência de controle social. Já os segundos, psiquiatras e planejadores, que aquele autor denomina de *revisionistas*, localizam o processo de reforma na confluência do surgimento dos neurolépticos, com as inquietações quanto aos direitos civis dos asilados, assim como uma ebulição política que exigia ambientes menos restritivos e que, apesar do aparecimento dos efeitos indesejáveis no que concerne aos pacientes sem vínculo social, as comunidades alternativas eram preferíveis aos hospitais psiquiátricos²⁰. Alguns desses psiquiatras inspiravam-se no movimento da Psiquiatria Preventiva Americana, capitaneada por Kaplan. Este, desde 1963, preconizava a implantação de serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados, buscando integrar os três níveis de atenção, principalmente o primário e o

¹⁹ Tal tendência já havia sido detectada em outros locais e em tempos remotos. Foucault (2005:55) critica o furor da internação de loucos, mendigos, dementes e desempregados, informa que 1% da população de Paris esteve internada em Salpêtrière no século XVII, documentado em manuscritos de 1662, o que correspondia a seis mil pessoas agrupadas em cinco casas.

²⁰ A Reforma Psiquiátrica na Europa e nos EEUU já se encontra na fase de pós-reforma e, às vezes, contra-reforma, diferente do Brasil que está ainda em fase de implantação dos novos serviços; de sorte que, enquanto por aqui as questões enfrentadas têm sido internação voluntária *versus* involuntária, centralização ou descentralização dos programas, tratamento em hospitais ou em comunidades, naqueles países, as questões são da ordem do *surgimento ou agravamento da marginalidade social por criminalidade, da desagregação familiar, aumento dos sem-teto, as restrições aos direitos civis dos doentes mentais, o tratamento compulsório e também as distorções econômicas no mix público/privado levando a agravos de saúde* (LOUGON, 2006: 140-141).

secundário, sob direção do poder público, com maior ênfase à prevenção na saúde mental (LOUGON, 2006).

Mesmo antes do advento dos neurolépticos, ou de se pensar em desinstitucionalização, entre a Primeira e Segunda Guerra Mundial, a Psiquiatria norte-americana estava sofrendo modificações, na perspectiva de uma privatização crescente da atenção à saúde mental. Após 1945, 80% de dez mil associados da Associação Psiquiátrica Americana trabalhavam no setor privado e em seis anos, revelando o abandono dos hospitais públicos, surgiram 1.234 clínicas psiquiátricas (LOUGON, 2006). O autor defende que tais informações indicam uma modificação incipiente do modelo e a confiança da clientela naquela proposta, já que essa clientela não era constituída por pacientes psiquiátricos graves, mas por uma demanda gerada por oferta de serviços a quem antes não tinha acesso aos serviços públicos. Entretanto, não se pode deixar de apontar, nessa experiência, indícios da criação de uma necessidade de serviço de saúde pelo viés da oferta, sob o interesse do poder econômico (PAIM, 1980). Como boa parte daqueles pacientes do setor privado eram solteiros, viúvos, divorciados ou separados, o tratamento comunitário, no seio da família, fora das instituições, era mais uma retórica do que uma realidade, mesmo porque há relatos documentados de preconceito e rejeições, dificultando a implantação de residências para os doentes mentais (LOUGON, 2006).

Tendo sua eclosão na Itália, na década de sessenta, a Reforma Psiquiátrica, inspiradora do que vem suscitando um movimento social, político e técnico da ordem psiquiátrica institucional brasileira arcaica, trouxe consigo a possibilidade de se questionar o modelo psiquiátrico asilar. O questionamento é multifacetado e tem encontrado respostas ao colocar em cena as distorções centenárias, que se constata em pelo menos seis desafios (AMARANTE, 1994) que se constituem como: os vieses da compreensão da enfermidade e na relação dos profissionais e pacientes com a mesma; os vieses da clínica e da terapêutica, dos fatores sociais que marginalizam, estigmatizam e confinam social e espacialmente o portador de transtorno mental; os vieses da política de Estado voltada para saúde mental; os vieses da relação entre a saúde mental e atenção básica sob o desafio da integralidade; os vieses do questionamento da supremacia do saber e da condução biomédica sob a doença mental; e os vieses das instituições médicas que se relacionam diretamente com os cuidadores, os usuários dos serviços e seus familiares.

A Reforma Psiquiátrica, desde seu início, tem sido provocativa e traumática – beirando, em vários momentos de embates, a passionalidade latina entre seus defensores e seus detratores - haja vista o impacto social do fechamento dos hospitais psiquiátricos por Franco Basaglia, em 1971, em Trieste, na Itália e a instituição da Lei 180/78, de sua autoria,

conhecida como “Lei Basaglia” (BASAGLIA, 2005). Esta lei, incorporada a normatização da Reforma Sanitária Italiana, proíbe a recuperação dos antigos e a construção de novos manicômios, realocando recursos para a promoção de cuidados em saúde mental de qualidade (BASAGLIA, 2005). Não sendo a negação da doença mental, a Reforma Psiquiátrica Italiana busca deslocar a doença mental para um papel secundário na vida do enfermo, procurando enfocar o todo que esse sujeito pode ser, apesar do seu problema; visa, também, deslocar o cenário de tratamento desse sujeito para as suas relações extramuros, centrando-se na ressocialização e na restauração dos seus laços sociais (BASAGLIA, 2005).

No Brasil, a tradição hospitalocêntrica, em franco desenvolvimento desde a década de cinquenta, fortaleceu-se ainda mais no período da ditadura militar, no governo do presidente Emílio Garrastazu Médici, sob amparo do Decreto Lei 6229/72 (FLEURY, 1997). Com esse decreto, assinado na presença das entidades privadas, representantes da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), o hospital se torna o dispositivo central na Promoção de Saúde da população brasileira, com marcante influência na assistência psiquiátrica (ASSIS FILHO, 2007). Na contra mão desse processo de valorização, torna-se, também, como em outros países, o elemento de superação mais simbólico e combatido da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Quanto a esta, na tentativa de delimitá-la, aceita-se um “período germinativo”, que vai de 1978 a 1987, posto que efervescia naqueles tempos a insatisfação, as denúncias e as críticas ao modelo assistencial asilar, as internações *ad eternum*, ao lucro das empresas privadas na engrenagem da “indústria da loucura” e às precaríssimas condições de trabalho e salários dos trabalhadores do setor; fatos que amalgamaram um movimento coeso e efetivo já na década de oitenta (A TARDE, 1979a,b,c,d,e; LOUGON, 2006.).

Entre as contestações desse movimento, estavam o hospitalocentrismo e a medicalização excessiva, acenando com a alternativa das redes regionalizadas e hierarquizadas dos serviços de saúde, além de questionar a prática psiquiátrica no país (LOUGON, 2006). Em todo território nacional, vários segmentos da sociedade começaram a denunciar as múltiplas violações dos direitos humanos dos asilados, com menção especial para a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). Desta instituição, foi criada, em 1978, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, agregando muitos dos técnicos do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro (AMARANTE, 2007; ASSIS FILHO, 2007). Ainda nos anos 70, jovens e inquietos psiquiatras se alinham a outros médicos, através das várias instituições representativas, no Movimento de Renovação Médica. Devido a sua repercussão nacional, seu processo de amadurecimento e pela mobilização de seus militantes, principalmente da Bahia, Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, essa inquietação e

insatisfações dos diversos segmentos sociais, de várias organizações populares, acadêmicas e profissionais, inclusive dos servidores do setor, tomaram corpo e ganharam espaço com tal força entre profissionais de saúde²¹, estudantes, familiares e portadores de transtorno mental que, em 1988, todo esforço se consolida no que tem sido chamado de Movimento da Luta Antimanicomial²² (AMARANTE, 2007; ASSIS FILHO, 2007) o qual representa a vertente mais radical da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no sentido do fechamento dos hospitais psiquiátricos (DESVIAT, 1999: 143).

Os militantes da Luta Antimanicomial e a PNSM chamam os novos serviços de substitutivos, muito embora, no Brasil eles se coloquem como alternativos à hospitalização. Os primeiros chamam de substitutivo porque entendem que deve ocorrer o desaparecimento do hospital psiquiátrico. A PNSM, no seu texto chama de substitutivo, mas faz menção à redução de leitos hospitalares e não o desaparecimento do hospital. Já os militantes da Reforma Psiquiátrica ou Reforma do Modelo Assistencial em Saúde Mental defendem a redução dos leitos psiquiátricos, a humanização desses espaços, que devem perder sua característica asilar, e a implantação de serviços alternativos à hospitalização. Entre os defensores da Reforma Psiquiátrica, mais do que o espaço, o que se questiona é a dinâmica, o que se concretiza no interior dos muros, das divisórias e das paredes das salas.

Ainda que se priorize a atenção extra-hospitalar dos serviços modernos, e apesar de toda rejeição do Movimento da Luta Antimanicomial mais radical, não se pode perder de vista que o leito psiquiátrico tem a sua importância e que instituições, criadas no antigo modelo manicomial, têm conseguido mudanças intra-muros que reforçam a idéia de que o resultado da atenção em saúde mental é a junção do que se apresenta no continente e no conteúdo. Ao estudar uma instituição para portadores de transtorno mental, no Paraná, inicialmente identificada com uma organização racional-instrumental, *burocracia totalizante e altamente degenerativa da personalidade do indivíduo* (VIZEU, 2006:164), sob influência da Reforma Psiquiátrica, desde 1984, pautada em princípios ético-morais de cunho religioso, o autor analisa três categorias para verificar se os processos organizacionais eram de natureza instrumental ou comunicativa, segundo a abordagem habermasiana. Utilizando *o processo decisório, o processo de comunicação e o sistema de normas e regras*, o autor delinea a

²¹ Vide Capítulo 5, sub-capítulo 5.2.

²² Dia de 18 de maio é o dia da comemoração do dia da Luta Antimanicomial, no Brasil, em homenagem à data da lei italiana que respaldou o fechamento dos hospitais psiquiátricos sob liderança de Basaglia. O nome do movimento se relaciona com o fato que na I Conferência de Saúde Mental, em 1988, o lema era: *Por uma sociedade sem manicômios* (CASTRO; SILVA, 2002; AMARANTE, 2007).

dinâmica das relações e o funcionamento do hospital psiquiátrico em questão, marcado pela lógica racional-comunicativa.

Esta contribuição aponta para o entendimento de que, parodiando Gramsci, as mudanças que libertam os pacientes da prisão manicomial e da sujeição a um tratamento reducionista e impessoal, também libertam os profissionais de saúde e a própria instituição que a todos enquadrava. Neste exemplo, é constatado que a incorporação da teoria da ação comunicativa fazia prevalecer o princípio de reciprocidade na equipe técnica e nos pacientes, apesar dos distintos níveis hierárquicos. Vizeu credita tal superação das assimetrias, ao processo de re-significação das práticas terapêuticas e da condição humana, com mudança constitutiva das representações simbólicas (VIZEU, 2006).

Desse novo olhar, surge a figura do **agente terapêutico** que modifica a prática terapêutica e a vida organizacional, colocando no mesmo patamar qualquer pessoa que lide com o paciente e considerando toda e qualquer atuação como uma contribuição para o *quantum* terapêutico da abordagem. Essa ampliação da abordagem terapêutica e da compreensão da importância de todos os funcionários no processo traz como consequência modificações no tratamento, na percepção da doença, na relação com o paciente e na organização administrativa e social do trabalho no hospital. Tem-se percebido, segundo o autor, práticas de gestão participativa, afastando-se de uma gestão presa à eficiência técnico-burocrata e mais próxima de um modelo de gestão participativa baseada em *múltiplas instâncias discursivas e em processos comunicativos orientados para o entendimento de várias significações que podem se estabelecer no cotidiano organizacional* (VIZEU, 2006:182).

Não obstante os vários movimentos em saúde que se expressavam nos anos sessenta e setenta, a Reforma Psiquiátrica Brasileira só começou realmente a se efetivar nos anos oitenta, fazendo um percurso que variou do modelo norte-americano de Kaplan – Psiquiatria Preventiva e Comunitária – até chegar ao modelo italiano proposto por Basaglia – a Psiquiatria Democrática (LOUGON, 2006). Se as bases dos questionamentos do movimento estadunidense eram de ordem técnica e gerenciamento da assistência, as do movimento de Trieste, na Itália, eram profundamente marcadas pela questão política que incidia sobre a loucura; com a peculiaridade que, ao chegar no Brasil, a experiência italiana, que questionava o modelo institucional, sofreu a influência de pensadores franceses, especialmente, Foucault e Castel, conforme o mesmo autor. É importante marcar que, no que concerne à atuação dos órgãos oficiais de saúde e aos gestores, **só em 1990** [grifo da pesquisadora], no cenário Latino-Americano, a OPS e OMS promovem a Conferência de Caracas, centralizada na reestruturação do modelo de atenção psiquiátrica, trazendo 27 recomendações voltadas para uma assistência fora dos hospitais especializados (LOUGON, 2006) .

Mesmo sendo um conceito recorrente na área de políticas públicas de Saúde Mental, nos EEUU e na literatura européia, há mais de quarenta anos, a desinstitucionalização é um tema de introdução mais recente na academia e no setor público de saúde brasileiros, apesar da expressiva redução de leitos psiquiátricos nesses últimos anos (LOUGON, 2006). Ainda que haja muitas definições e diversos usos, a desinstitucionalização, entendida pelos técnicos de saúde norte-americanos com ela afinados, é uma política de saúde que não se limita à diminuição da oferta dos leitos psiquiátricos, mas tem como contra-partida o aumento da assistência por serviços substitutivos comunitários e a descentralização e a fragmentação do centro de decisão e da autoridade (LOUGON, 2006). Para os seus opositores conterrâneos, ela foi denominada de *eufemismo para a crueldade oficial, sinônimo dos sem-teto*, ou uma *transinstitucionalização, a saída de asquerosas instituições unitárias* [os *state hospitals* ou manicômios] *para outras tantas múltiplas e miseráveis instalações* [*nurse room* ou lares abrigados] (TALBOTT, 1978 apud LOUGON, 2006: 143), ou ainda, (...) *um termo polido para os cortes nos orçamentos de saúde mental* (BACHRACH & LAMB, 1989 apud LOUGON, 2006: 143).

Ainda que, ao contrário dos EEUU, na Itália a dessitucionalização seja uma experiência de significativo impacto social, apesar dos desafios a serem superados e o conceito de desistitucionalização seja tido na perspectiva de desconstrução do aparato psiquiátrico tradicional, há que se estar atento aos confrontos que têm ocorrido entre os psiquiatras americanos. Tais confrontos sinalizam a necessidade de se prestar atenção ao processo e às críticas que eclodem em outros cantos. Se há uma perda na defasagem de trinta anos da experiência brasileira em relação aos países centrais há, entretanto, o ganho das avaliações dos equívocos, deformações e efeitos colaterais ocorridos alhures, que podem ser evitados por aqui, superando os erros, limites, as consequências indesejáveis e os mitos para além da realidade (LOUGON, 2006). O desafio, que se coloca concretamente em perspectiva nessa primeira década do novo milênio, é que a política brasileira neoliberal, muito semelhante e dependente do modelo norte-americano - marcada pelo estado mínimo e tendo o mercado como gerenciador das organizações sociais - terá o setor privado como parceiro complementar ou majoritário²³. A conjuntura político-econômica do Brasil, marcada por desigualdades intransponíveis de acesso e consumo aos bens mais básicos e necessários, na sua dependência do setor privado, refratário à Reforma Psiquiátrica e por estar interessado

²³ Nos EEUU, a desinstitucionalização favoreceu um aumento da criação de Lares Abrigados, para os doentes mentais crônicos, pelo setor privado. Este se apropriou, para manutenção dos serviços, das verbas do Medicare e Medicaid, oferecendo um serviço precário, piorando a qualidade de vida dos usuários e mantendo os pobres indigentes e incapacitados sem assistência (LOUGON, 2006).

em manter “o modelo gerencial administrativo economicista” (LOUGON, 2006:182), emerge como o principal agente que poderá favorecer o surgimento dos problemas sociais decorrentes da desinstitucionalização dos pacientes estruturalmente marginalizados.

Dispondo *sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais*, o Projeto de Lei nº 3657/89 do deputado Paulo Delgado agregava todas as entidades afins ao campo da Saúde Mental interessadas em modernizar e humanizar suas práticas. Entretanto, só após doze anos de tramitação, transformou-se na Lei 10.216/01. Modificada por três substitutivos, que revelam os conflitos que variavam dos mais radicais, que defendiam o fechamento imediato dos asilos (os militantes da Luta Antimanicomial) aos defensores velados ou declarados dos asilos (principalmente o empresariado do setor), passando pelos híbridos, que desejavam a implantação primeira, para alguns, concomitante, para outros, dos serviços substitutivos (os militantes da Reforma Psiquiátrica) (ASSIS FILHO, 2007). Segundo o mesmo autor, esses embates vêm desde os anos setenta e se prolongam nos dias atuais, através dos encontros e discussões ardorosas de vários atores sociais, no interior de várias organizações, onde, em alguns momentos, as parcerias desmoronam e, em outros, se articulam e se reorganizam outra vez.

O desequilíbrio nos embates políticos entre as forças hegemônicas e contra-hegemônicas, no cenário nacional e regional, criou desde um atraso até um desnível no processo de esvaziamentos dos hospitais e de implantação de novos serviços (LOUGON, 2006). O que se observa é que as peculiaridades, próprias a cada mudança de gestão ou do quadro político dominante, tornam os municípios, de um mesmo estado, dissonantes no mesmo processo. Processo este que deveria se nortear pela diretriz comum, isto é, a Política Nacional de Saúde Mental, ainda que guardando as particularidades e garantindo a expressividade do potencial criativo das práticas²⁴ regionais e locais, segundo o autor citado.

No Brasil, somente no início da década de noventa, é criado o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), através da Portaria 224/92, da Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde (LOUGON, 2006). Esta visava à ação estratégica governamental de reduzir os leitos psiquiátricos, substituindo-os por outros dispositivos, como o primeiro passo para viabilizar a desinstitucionalização. Por falta de verbas, até 1998 o programa não havia sido implantado, mas determinava que pessoas, com mais de cinco anos contínuos ou dez anos com intervalos pequenos de internamento, poderiam retornar para suas famílias, ou

²⁴ Em que pese tal diretriz, vale ressaltar as múltiplas faces do movimento. Desde o final dos anos oitenta, há relatos de experiências alternativas, não respaldadas por dispositivos jurídicos tecnocráticos em planificação, funcionando com uma gestão não burocrática, em diversas cidades e estados, marcadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica (LOUGON, 2006).

famílias substitutas, mediante o auxílio de um e meio salário mínimo mensal. O custo mensal de internação foi orçado em três e meio salários mínimos e reduzido, para fins do PAD, para três, sendo que a metade seria repassada para a Secretaria de Saúde local, garantindo o suporte institucional da desospitalização, segundo Lougon (2006).

Desde aquela época, os Lares Abridados²⁵ representavam uma outra estratégia utilizada para acolher ex-internos. Copiados do modelo norte americano dos *nursing e boarding rooms*, esses apartamentos ou casas recebiam aqueles que, desejando aquela morada, tivessem autonomia, sendo mantidos pelos recursos públicos oriundos da verba mensal de internação/paciente abrigado; sendo que no Brasil, Rio Grande do Sul, São Paulo e Rio de Janeiro foram estados pioneiros nessa iniciativa (LOUGON, 2006). Conforme o autor, o impacto dessas moradias na rotina dos habitantes dos bairros com esses dispositivos ainda não é muito conhecido por falta de estudos, mas há referências, baseadas em entrevistas, de que o antigo modelo manicomial é reprovado pelo senso comum, ocorrendo, em geral, o contrário com a nova proposta. Posição esta que não garante, necessariamente, a inexistência de rejeições, preconceitos, indiferença e mobilizações contrárias²⁶, persistentes ou a priori, contra os novos, diferentes e especiais vizinhos.

Outra alternativa de enfrentamento da lógica manicomial tem sido a normatização das internações psiquiátricas involuntárias através da Lei 3652/1989 (BRASIL, 2007b), que prescreve a comunicação de internações psiquiátricas compulsórias (sem que o paciente tenha expressado seu desejo), à autoridade judiciária, em vinte e quatro horas, devendo a mesma proceder a auditorias periódicas aos hospitais psiquiátricos, com o fim de identificar sequestros ilegais e garantir os direitos de cidadania do internado. Digno de registrar são os relatos históricos de críticas contra o abuso de internação ocorridos antes da citada lei²⁷, no que tange à internação sem que tenha havido exame médico, autorização judiciária e intervenção do Ministério Público. Também tem sido alvo das críticas, a conservação de alguém, por mais de vinte e quatro horas, nos hospitais psiquiátricos, depois de terem sua integridade mental verificada, ou se o desequilíbrio que porte for inofensivo para si ou para sociedade (LOUGON, 2006).

²⁵ Na Bahia, nos dois casos de implantação de Lares Abridados, funcionam intra-muros hospitalares, dois no Hospital Juliano Moreira e dois no Hospital Especializado Lopes Rodrigues. O que na experiência norte-americana é chamado de Lar Abridado, no Brasil, tem sido denominado de Serviço de Residência Terapêutica (SRT) (MS, 2006b).

²⁶ Como exemplo, o CAPS Franco Basaglia, do Distrito Sanitário de Itapuã, foi motivo de um abaixo-assinado movido pelos moradores da rua onde está o imóvel, quando da sua implantação em 2008 (Nota da pesquisadora).

²⁷ Como no caso do advogado, Dr. Carlos Carvalho, contumaz defensor do direito e combativo na organização que orientava a Assistência Médico-Legal a Alienados, em 1896 (LOUGON, 2006).

Como estratégia de avanço e consolidação, a municipalização dos hospitais psiquiátricos públicos e a criação de serviços substitutivos, principalmente, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm sido as reivindicações mais constantes dos partidários da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no Brasil (LOUGON, 2006; AMARANTE, 2007; 2008). Estes serviços têm sido implantados a partir do acordo de competência de cada uma das instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, apresentando uma expansão crescente como se verá adiante.

2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OS AMBULATÓRIOS

No que tange à formulação de políticas públicas, há que se pensar no papel do Estado no seu processo até sua execução. Há que se considerar, também, que o papel do Estado está sendo conduzido por veredas modeladas na complexa realidade moderna, resultante do tensionamento de determinantes econômicos, políticos e sociais num cenário de intenso e crescente processo de globalização (MONTEIRO, P., 2008). Desde Marx (1996), o aparelho estatal, enquanto poder centralizador instituído, tem sido tematizado como a instância que mantém, administra e reproduz as relações sociais na perspectiva dos interesses hegemônicos das classes dominantes nas sociedades capitalistas. Tempos e processos históricos depois, Gramsci (1966) apresenta uma leitura dialética da História, na qual a sociedade civil é um elemento estruturante do Estado, sendo co-responsável pelas relações tanto materiais como pelas relações ideológicas e culturais.

Segundo Monteiro, P. (2008), apesar do anúncio do desaparecimento do Estado-nação, a forma como se concretizam e se relacionam os processos sócio-econômicos e políticos não prescindem do controle estatal, ainda que tal intervenção não se harmonize com o imobilismo defendido pelos interesses neoliberais. Assim sendo, o Estado, na interface das relações materiais com as relações ideológicas e culturais permanece sendo o gerenciador das necessidades e demandas sociais dos seus cidadãos, apesar dos embates da sociedade civil organizada, buscando a conquista e a garantia de permanência das conquistas sociais (COELHO, T., 2001).

Desta maneira, a formulação e a implantação de uma política pública de saúde não se trata apenas de uma resposta técnica a um problema de saúde da população, nem um movimento da saída da inércia da burocracia institucional; não se trata, apenas, de ações que racionalizam os custos e otimizam as intervenções; e não se trata de uma tomada de posição

do gestor de saúde, ou um cumprimento de uma plataforma eleitoral ou política. Para além disso, mas sem negá-los, é um instrumento de governo, para manter o governo, para manter o poder, para garantir a governabilidade (CPPS, 1975). A formulação e a execução de políticas sociais é uma complexa rede de desejos, de projetos, de mobilizações, de ações individuais e coletivas, com repercussões imediatas e no porvir, envolvendo uma multiplicidade de atores, de demandas, de jogos políticos nas instâncias diversas, intra e extra setorial (MATUS, 1997).

Pelo seu viés normativo, autoritário e centralizador, o planejamento em saúde é um instrumento político focado e direcionado para o recorte que impossibilita discussões outras de abrangência mais causal, mais estrutural, portanto, mais crítica (MATUS, 1987). Não se pode perder de vista, que tanto na formulação como na implantação de uma política de saúde, os interesses hegemônicos dos que detêm o poder econômico, político, técnico e a autoridade estão desde sempre colocados. Tal quadro é de tal maneira detectável, que a incorporação das reais necessidades da população não ultrapassa o limite mínimo do avanço que garante a estabilidade da ordem vigente (CPPS, 1975; PINHEIRO, 1980).

Não obstante se ter conhecimento, se relacionar e se fazer menção do nexos sócio-econômico no incremento e na variedade dos problemas de saúde a serem enfrentados, é preciso tornar claro que a abordagem, nas instâncias formuladoras ou de implantação, é técnica, esterilizada dos questionamentos das relações sociais em conflito para emergência ou permanência dos inúmeros problemas de saúde da população (CPPS, 1975). Nessa forma de gestão técnica e política, numa realidade insofismável das contradições econômicas, as necessidades sociais que geram reações, insatisfações e inaptações são absorvidas e decodificadas nas formulações de política de saúde, principalmente pela Psiquiatria, em demanda de serviços de saúde e demanda de consumo de fármacos (PAIM, 1977; 1980; PINHEIRO, 1980). Tal como assinala Pinheiro (1980): *(...) evidencia-se, portanto, ao lado dos interesses político-ideológicos hegemônicos de atenuar tensões sociais, gerar o imobilismo político, reforçar o controle social, a organização e ampliação do consumo dos medicamentos* (p. 34).

Para elaboração de políticas públicas em Saúde Mental²⁸, uma vez que a enfermidade neste campo tem alta magnitude e compromete a qualidade de vida de um número considerável de pessoas em todo mundo, a Organização Panamericana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2001), seguindo o traçado dos interesses hegemônicos da ordem mundial, recomendam que os gestores observem o contexto dos sistemas gerais de saúde e os esquemas de financiamento, busquem a interlocução com políticas coerentes de álcool e outras drogas, políticas e serviços de bem estar social (previdência social, educação, emprego e habitação), respeitando os direitos humanos e de bem estar social. Instam a que se incorpore a participação dos interessados, apoiando as organizações não governamentais e as associações de usuários, utilizem informações dignas de crédito e incentivem pesquisas que contribuam para aprimoramento das políticas, dos serviços e para o conhecimento das diferenças culturais. Preconizam, ainda, que o respeito aos direitos humanos deve ser assegurado, principalmente, no que tange às necessidades dos grupos vulneráveis, que o modelo de atenção seja priorizado nos serviços comunitários articulados à rede integral de saúde e, garantindo a dispensação dos medicamentos psicotrópicos. Na mesma direção, orientam que se qualifique os servidores de saúde e se trabalhe junto à mídia, no sentido de reduzir o estigma e o preconceito contra o transtorno mental e os seus portadores. Tudo isso sendo monitorizado e avaliado através dos resultados dessas ações, a fim de que as decisões possam ser tomadas com base na realidade dos desafios existentes.

Em 181 países monitorados, foi constatado que a função gestora em Saúde Mental carece de desenvolvimento em mais da metade deles, haja vista que, na maioria, ocorre a inexistência ou limitação de recursos (OPAS/OMS, 2001). Observa-se que, em um terço desses países, não há orçamento específico para o setor, muito embora existam ações nesta área, enquanto que no outro terço, utiliza-se menos de 1% do orçamento de saúde pública para a Saúde Mental; entre eles, quatro em dez países não têm políticas específicas e um terço do

²⁸ Saúde Mental aqui definida como um campo da Saúde Pública que objetiva prestar assistência aos portadores de transtorno mental e reduzir a quantidade de perturbação mental, assim como estudar a quantidade e as diversas manifestações da doença mental e os seus componentes psicológicos, físicos, e sociais que têm uma correlação etiológica (LEAVELL & CLARK apud ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 2003). Entendendo-se aqui, Saúde Pública como a ciência e arte de evitar doenças, utilizar tecnologias para prolongar a vida, desenvolver a saúde física e mental; buscando a eficiência, articulação com a comunidade; expansão do saneamento do meio ambiente; controle de doenças transmissíveis, organização dos serviços médicos e paramédicos, priorizando o diagnóstico precoce para o tratamento preventivo da doença; aperfeiçoando os mecanismos sociais para garantir a cada indivíduo um padrão de vida com qualidade, adequado à manutenção da vida (WINSLOW, 1920 apud ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

total não tem políticas sobre álcool e outras drogas, sendo mais grave a ausência de políticas em saúde mental para crianças e adolescentes na maior parte deles (OPAS/OMS, 2001).

Na experiência brasileira, o processo de construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação, com maior incremento de adesão na década de noventa, constitui-se como o exemplo mais emblemático da materialização de uma política pública (ARRETCHE, 2005). Esta autora defende que, por ser uma política estatal, por estar sob a influência da alternância no poder dos partidos políticos, por ser a expressão de vários interesses, decisões e conflitos, o SUS está em constante reformulação. Defende ainda, que mesmo sendo resultado da mobilização de um grupo hegemônico da Reforma Sanitária Brasileira, não se pode perder de vista que, como ocorre em qualquer política pública, os *grupos perdedores* (p. 285) estão, permanentemente, buscando meios de introduzir mecanismos institucionais, nas instâncias públicas, para reverter as perdas, e tal quadro resulta em contínuas modificações.

No que diz respeito à Saúde Mental, não diferente dos embates e reformulações próprios de sua condição de ser uma política pública setorial, tem como o grande divisor de águas, na formulação de políticas em Saúde Mental, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, enquanto uma das instâncias que garante a participação do controle social no SUS. Mesmo com uma defasagem de nove anos do que vem ocorrendo na atualidade, em 2001²⁹, esta conferência referendou as diretrizes e propostas da Reforma Psiquiátrica, alinhadas ao processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde, após uma ampla mobilização e participação social articuladas às instâncias institucionais nos três níveis de gestão (BRASIL, 2007b).

A gestão central da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) está sob responsabilidade da Coordenação Geral de Saúde Mental, que, por sua vez, está inserida no Departamento de Ações Estratégicas (DAPE), subordinado à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b). Outro instrumento de vital importância, tem sido o Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental³⁰, que se reúne, pelo menos duas vezes ao ano, em Brasília, para discutir os desafios, entraves e avanços no movimento de

²⁹ Em junho de 2010, será realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental; a de Salvador será em abril e a estadual em maio [Nota da Pesquisadora].

³⁰ O Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental é composto por 146 participantes, assim distribuídos: 27 Coordenadores Estaduais de Saúde Mental, 26 Coordenadores de Saúde Mental Municipais, 44 de cidades com mais de 300.000hab, 13 técnicos de Saúde Mental do Ministério da Saúde, 13 Coordenadores de Saúde Mental de Municípios de grande concentração de leitos, 14 Consultores ou interlocutores da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, 2 representações do CONASS e CONASSEMS, 1 Observador do Conselho Nacional de Saúde e 6 Técnicos de outras instâncias do Ministério da Saúde DAPE, DERAC, DABE, SE, PNDST/AIDS, ANVISA) (BRASIL, 2007a).

mudança do modelo de atenção à saúde mental, conforme direciona o eixo mestre da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2007b).

A Reforma Psiquiátrica vem se constituindo como um movimento e um processo que busca ultrapassar o antigo modelo assistencial e procura construir um novo, sendo que, em alguns momentos e lugares, substituindo; em outros, co-existindo e, em outros, adaptando novas abordagens às enraizadas ações do modelo que se busca ultrapassar (AMARANTE, 2006). O Ministério da Saúde traz no seu *site*, no Portal da Saúde, a sua Política Nacional de Saúde Mental³¹, tendo como informação em destaque, a explicação do que vem a ser a Reforma Psiquiátrica. Fazendo um brevíssimo histórico sobre o vício da internação como sinônimo de tratamento psiquiátrico, o texto, copiado em dois momentos diferentes³², traz algumas modificações. No mais atual, há uma conceituação do que é entendido como território e coloca-se maior ênfase nos serviços comunitários, o que não havia no mais antigo. Enfim, os dois textos concordam que, na última década, em consonância com a OPAS/ Carta de Caracas de 1990, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) vem se definindo como:

uma nova política de saúde mental que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária. Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública, de base territorial, ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar humanizado (BRASIL, 2007c).

uma nova política de saúde mental que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo, baseado em serviços de base comunitária. Isto é, que oferecem cuidados na comunidade e em articulação com os recursos que a comunidade oferece. Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental públicos e territorializados (território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária), ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado. (BRASIL, 2010).

Com o grande desafio de ampliar os 2,3% para 3%, almejando chegar à 4,5% de financiamento até o final de 2010, a Coordenação Geral de Saúde Mental recebe do orçamento do SUS tais recursos para: fortalecer as políticas voltadas para os transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial, consolidar e ampliar a rede que possa prover a reintegração social e a cidadania e implementar uma política que possa dar suporte às pessoas que sofrem a crise social, a violência e o desemprego (BRASIL, 2007c). A Política Nacional de Saúde Mental tem suas ações essencialmente voltadas para a assistência de uma população, cujo perfil epidemiológico - que já está defasado, conforme dados

³¹ Esse site foi acessado em 24/04/07, quando a pesquisadora estava elaborando o projeto de qualificação do Doutorado, que aconteceu em 14/12/07; o segundo acesso foi em 02/12/08 (ANEXO 1) e o texto disponibilizado não apresentava alterações em relação ao primeiro; e a terceira visita foi em 05/02/10 (ANEXO 2), quando já havia um outro texto [Nota da Pesquisadora].

³² A finalidade de colocar o texto em dois momentos é para fazer uma comparação com parte dele, conforme se verá adiante [Nota da Pesquisadora].

anteriormente apresentados - no qual 3% da população sofrem transtornos mentais severos e persistentes, mais de 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves devido ao uso de álcool e outras drogas, 12% das pessoas necessitam de atendimento em saúde mental de forma contínua ou eventual (BRASIL, 2007b; c; 2010).

Definindo cinco itens acerca do que é que se trata a Reforma Psiquiátrica Brasileira, o Ministério da Saúde compromete-se com a mudança do atendimento, com um tratamento sem isolamentos da família e da comunidade, com a acessibilidade e com o respeito aos direitos das pessoas com sofrimento mental (BRASIL, 2007c). Aponta o instrumento jurídico (lei 10.216/2001), desprezado por 12 anos, que respalda o avanço. Nomeia os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, os Ambulatórios, os Hospitais Gerais e os Centros de Convivência como espaços do novo modelo de atenção e preconiza que as internações ocorrerão nos CAPS III, ou nos hospitais gerais, e que os grandes hospitais psiquiátricos serão substituídos, segundo o citado texto.

Quanto à implantação desses serviços substitutivos e baseado nas recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, o Ministério da Saúde tem investido na expansão, consolidação e qualificação da rede de atenção à saúde mental, principalmente nos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. Muito embora não utilize o critério técnico do perfil epidemiológico da população e suas reais necessidades de serviços especializados - até porque faltam estudos mais atuais que indiquem esse perfil em muitos estados e município, o que poderia se constituir como fator de maior eficiência e efetividade - o Ministério da Saúde tem trabalhado com o critério de cobertura populacional.

Partindo da relação CAPS/população e mais a complexidade do serviço, cada CAPS I provê a cobertura de até 50.000 habitantes, os CAPS II adultos, CAPS II infantil, e CAPS II álcool e drogas até 100.000 habitantes e os CAPS III, até 150.000 habitantes (BRASIL, 2007b,c). Em termos de cobertura, 40 municípios com mais de 100.000 habitantes ainda não têm CAPS, apesar da expansão dos mesmos, tendo em vista que, de uma cobertura de 21%, em 2002, passou para 53%, em 2008 (BRASIL, 2009). Esses serviços, além de se constituírem o dispositivo referência ao que deve ser o avesso do modelo hospitalocêntrico, neles vêm sendo inaugurados modelos alternativos de abordagem terapêutica, que varia do modelo instrumental psicanalítico (COSTA-ROSA; 2000; LOUGON, 2006) até as formas mais diversas de abordagem da subjetividade do portador de transtorno mental, pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2007b).

O investimento estatal na implantação desses serviços substitutivos pode ser constatado nos números que retratam o direcionamento das verbas do setor. Em 1997, os 176 CAPS

nacionais recebiam 6,86% dos recursos que vinham para Saúde Mental e a rede hospitalar psiquiátrica (71.000 leitos) 93,14%; em 2004, 20% dos recursos foram direcionados para os 516 CAPS e 80% para os 55.000 leitos especializados; em 2006, 48,67% foram gastos hospitalares e 51,33% foram gastos extra-hospitalares (BRASIL, 2007b). Quanto à regionalização desses serviços, em 1980 o Ministério da Saúde contabilizava 6 CAPS, nas Regiões Sul e Sudeste; em 1990, 12; em 2000, 208 e, até dezembro de 2006, já contava com unidades em todos 27 estados brasileiros, na sua grande maioria municipais e públicos (98,6%), num total de 1011, ainda concentrados nas citadas regiões. Existem 46 CAPS na Região Norte; 341, na Região Nordeste; 52, na Região Centro-Oeste; 358, na Região Sudeste e 201, na Região Sul (BRASIL, 2007c). Estando eles distribuídos em 430 CAPS I, 320 CAPS II, 37 CAPS III, 75 CAPS II infante juvenil, e 138 CAPS II álcool e drogas (MS, 2007b).

Na esteira dessa oxigenação, seja pelo engajamento dos técnicos, ou pela mobilização popular, ou seja através do investimento da instância federal, mais gestores regionais têm aderido aos novos dispositivos, de sorte que, no período de 2002 à 2006, o número de serviços substitutivos sextuplicou, saindo de 14 para 89 CAPS (BRASIL, 2007b). Segundo o parâmetro do Ministério da Saúde, a boa cobertura é aquela cujo indicador ultrapassa 0,50 para cada 100.000 habitantes. É importante marcar que a Bahia ocupa o 11º lugar no Brasil e o 6º lugar no Nordeste, sendo que Paraíba e Sergipe ocupam o primeiro e segundo lugares, respectivamente, em todo Brasil (BRASIL, 2009).

Quanto aos Serviços de Residência Terapêutica (SRT), a sua expansão tem sido gradativa e até mais lenta, haja visto que é voltado, a princípio, para os internados, não visando os portadores de transtorno mental grave ou moderado que são moradores³³ de rua, como reivindicam os militantes do Movimento da Luta Antimanicomial. Estes apontam essa reivindicação como uma estratégia de humanização e de evitar a demanda de leito psiquiátrico. O SRT é um dispositivo que funciona como suporte de residência somente para os antigos moradores dos hospitais psiquiátricos, que perderam o vínculo social com seus familiares, que estiveram internados até 2003, uma vez que a partir dessa data não se admite mais a existência de *novos moradores* nesses hospitais. No período de 2002 a 2006, houve um aumento de 85 para 475 unidades implantadas, em todo território nacional, albergando

³³ Aí se coloca um grande desafio para as instâncias setoriais e extra setoriais do município e do estado, uma vez que as organizações e movimentos que defendem os direitos humanos, juntamente com a academia, pleiteiam um projeto de extensão dos SRT. As diversas áreas que formam profissionais para saúde têm apontado que, entre os portadores de transtorno mental que perambulam pelas ruas, há muitos que se enquadram no direito a uma casa de acolhimento, semelhante aos Serviços de Residência Terapêutica. Faz-se ressalva que seja de gestão intersetorial, principalmente, com as Secretarias de Bem-Estar Social, para que não se caracterize como se fosse o retorno do Higienismo do século passado. [Nota da Pesquisadora].

2.500 moradores (BRASIL, 2007b). Entre os exemplos positivos, está o município baiano de Feira de Santana que alcançou a sexta posição no cenário nacional, em termos de cobertura extra-hospitalar (CAPS X população), atuando na implantação de dez Serviços de Residência Terapêutica para desospitalização dos moradores do Hospital Colônia Lopes Rodrigues segundo o mesmo documento.

Como elemento de triangulação entre os CAPS e os SRTs, o Programa de Volta para Casa, criado pela Lei Federal 10.708/2003, possibilita a emancipação social e a autonomia financeira dos ex-internos dos hospitais psiquiátricos, funcionando como elemento positivo na reabilitação social dos beneficiários (BRASIL, 2007b). A parceria com o Ministério Público facilitou a inclusão social dessa clientela que, em estado de abandono nos hospitais psiquiátricos, não possuía documentação alguma para identificá-la para um cadastramento, para fins desse e de outros benefícios. Funciona como um auxílio-reabilitação, no valor mensal de 80% do salário mínimo, para o paciente com histórico de longo período de internação, com um ano de cobertura, podendo ser renovado, tendo expandido de 206 beneficiários, em 2003, para 2519 beneficiários em 2006, em todo Brasil, conforme a mesma fonte. Esse auxílio, cujo período tende a se estender, desde 2008 vem funcionando como indicador complementar no Pacto pela Vida (BRASIL, 2009).

Tendo em vista o grave problema social que enfrentam os portadores de transtorno mental, nos serviços substitutivos, têm havido algumas mobilizações para se resolver a questão da autonomia financeira do paciente desospitalizado. Há uma consciência de que a ausência dela é um problema a se enfrentar, podendo significar um retrocesso de seu quadro psíquico e de sua vida extra-muro, levando-se em consideração o problema das altas taxas de desemprego no país e a desqualificação profissional da maioria dos portadores de transtorno mental, devido a sua baixa escolaridade (MELLO; FEIJÓ DE MELLO; KOHN, 2007). Também não se pode perder de vista, no caso da Bahia, as implicações étnico-raciais (GUIMARÃES; PODKAMENI, 2008; SILVA, 2008) que agem como um fator negativo no portador de transtorno mental e os obstáculos que ele deverá enfrentar na ressocialização e na manutenção do conquistado.

Esses dados de realidade, demandam políticas públicas que intervenham no tripé epidemiológico (magnitude, transcendência e vulnerabilidade), no sentido de reorientar o modelo de atenção anterior. Demandam, também a explicitação clara do que está sendo proposto nas políticas públicas a fim de que os atores que serão responsáveis por sua implantação e implementação possam compreender, com intensidade e com profundidade,

qual o seu papel na condução técnica do processo. Retornando ao textos que foram acessados no site do Ministério da Saúde, o qual disponibiliza as propostas da Política Nacional de Saúde Mental, a fim de articulá-las ao objeto desta produção, que são os ambulatórios psiquiátricos, elas estão colocadas, em dois momentos, como uma ação do Governo brasileiro que:

tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas de Hospitais Gerais (UPHG) – incluir as ações de saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários a drogas, implantar o programa “De Volta Para Casa”, manter um programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria (BRASIL 2007c) (ANEXO 1).

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta Política. (BRASIL, 2010). (ANEXO 2).

Em 2007, o texto acima afirma que a Política Nacional de Saúde Mental se fundamenta em ações executadas em dois espaços. O primeiro deles tem sido no interior dos hospitais psiquiátricos e objetiva reduzir leitos e avaliar continuamente a qualidade das unidades remanescente por meio do PNASH. O segundo espaço, na rede extra-hospitalar, considerando, inclusive, as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), objetiva-se o fortalecê-la e a expandi-la. Entretanto, não se determina a proporcionalidade da expansão desses leitos, ou se esta ação colide com a primeira (a redução), ou se as UPHG têm uma funcionalidade específica, não explicitada no texto, cuja expansão não sendo quantificada no momento, pode estar sendo estratégica para esta formulação. Quando o documento eletrônico explicita o espaço extra-hospitalar, há uma série de objetivos que implicam vários atores e cenários: os gestores das três instâncias, outros setores sociais, principalmente os relacionados com justiça, cidadania e segurança, os técnicos dos três níveis e da capilaridade da rede, o próprio usuário e seus familiares (BRASIL, 2007c).

Já em 2010, a Política Nacional de Saúde Mental, como primeira modificação, quando comparada ao texto de 2007, está colocada como um instrumento jurídico, investindo-se da

força simbólica da força da Lei. A segunda é que não cita os leitos psiquiátricos. Mas, mesmo não fazendo menção direta deles, o texto os presentifica quando marca o que se quer consolidar, uma vez que o novo modelo de atenção é, diametralmente, oposto à assistência do antigo modelo, frequentemente, criticada (AMARANTE, 1994; 1997; 2007; COSTA-ROSA, 2000; BASAGLIA, 2005; LOUGON, 2006), dos hospitais psiquiátricos. Haja vista que é um modelo, em que, diferente do anterior, há liberdade de ir e vir, pois se *garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece* (BRASIL, 2007c).

A terceira diferença entre os dois textos, é que no primeiro, a ênfase está nos serviços que se pretende qualificar, expandir e fortalecer na rede externa aos hospitais, enquanto que, no segundo texto, busca-se a consolidação, ou seja tornar seguro e firme o **modelo de atenção psicossocial** [grifo da pesquisadora]. A quarta modificação é que não se trata mais de serviços hospitalares *versus* serviços substitutivos, isto, é a troca de um serviço pelo outro, como sugeria o primeiro texto, observa-se, agora, que o foco está ratificado no **modelo de atenção**. [grifo da pesquisadora]. Dito de outra maneira, o modelo asilar dos serviços hospitalares *versus* o modelo de atenção psicossocial dos novos serviços, sugerindo que não basta o serviço chamado CAPS, mas há que se garantir que ele esteja funcionando em uma outra lógica, marcadamente num modelo psicossocial (COSTA-ROSA, 2000). A quinta mudança está no fato de que, diferente da anterior, que não fazia menção alguma, este texto destaca um dos quatro eixos norteadores do novo modelo de atenção, que é a territorialização, nos moldes defendidos por autores da Saúde Coletiva (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; CAMPOS GW, 2000; COSTA-ROSA, 2000, LUZ, 1986; 2003; TEIXEIRA, 2006; PAIM, 2006).

A sexta modificação, que se relaciona diretamente com esta pesquisa, trata-se da ausência da citação dos ambulatórios psiquiátricos. Deve-se ressaltar que, em 2007 (BRASIL, 2007c), muito embora haja a citação dos ambulatórios psiquiátricos como um dos espaços onde são realizados os atendimentos psiquiátricos (ANEXO 1), ao ratificar esses espaços, o primeiro a quatro parágrafos acima, os omite, ainda que se faça menção individual dos outros dispositivos classificados como **rede extra-hospitalar** [grifo da pesquisadora]. Mas no documento mais recente, a três parágrafos acima, o de 2010, em momento algum os ambulatórios psiquiátricos, serviços extra-muros, de perfil comunitário (PINHEIRO, 1980; CRUZ FILHO, 1983) aparecem (ANEXO 2), eles não são mais citados.

Essa ausência gera surpresa quando se analisa a PNSM, tendo em vista que, contabiliza-se 862 ambulatórios psiquiátricos em todo Brasil, os quais vêm atendendo milhares de usuários diariamente, destacando-se como serviços de grande impacto no

atendimento em Saúde Mental, conforme descreve a contribuição de Rabelo e Coutinho (2008: 116). Os autores, que fizeram uma projeção do impacto do atendimento dos ambulatórios psiquiátricos na Bahia informaram que, considerando sua população atual de 14.000.000 de habitantes e baseados em estudos cujos resultados mostram que, neste estado, há uma prevalência de 25-30% de pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos. Com esses dados, os ambulatórios psiquiátricos seriam, potencialmente, responsáveis pelo atendimento de 11-16% das pessoas incluídas nesta prevalência, o que, em termos absolutos, seria algo em torno de 1.540.000 a 2.240.000 habitantes, só no Estado da Bahia.

Sem outra explicação oficial que possa justificar o desaparecimento desse serviço no elenco dos serviços extra-muros no documento da Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde e, em se tratando esta uma área que aborda o psiquismo, fica facilitada uma associação livre, na qual a teoria psicanalítica esteja implicada (FREUD; 1987a,b,c,d). Tomando emprestado um conceito, que é muito caro à Psicanálise, ao pensar nessa ausência de enunciação dos ambulatórios psiquiátricos, que esta pesquisa tem por finalidade materializar, pontua-se, nesse silêncio, algo que pode ser caracterizado como um “*ato falho institucional*”.³⁴ O ambulatório psiquiátrico, estando fora de foco, muito embora tenha mais de cinco décadas em atividade, sintomaticamente “recalcado” do documento oficial, pode estar significando ser ele uma grande interrogação para o projeto atual, entre os formuladores da Política Nacional de Saúde Mental, dada a sua estreita e insofismável vinculação com o modelo que se quer superar.

Este serviço, na sua funcionalidade atual, representa uma falência do que estava posto como vanguarda e reforma no período de sua implantação (SILVA FILHO, 2000; LEVCOVITZ, 2000; RABELO;COUTINHO, 2008). No momento atual, o ambulatório psiquiátrico aponta um desconforto político-institucional de que há sempre a possibilidade de não se dar conta dos novos desafios e da manutenção das conquistas. Psicanaliticamente, o modelo de atenção cristalizado no ambulatório psiquiátrico, reproduzindo um modelo de atenção com fortes características asilares, ainda que seja um serviço externo (LEVCOVITZ,

³⁴ Entendendo o *ato falho* ou *acto fallado* como *uma relação de compromisso entre a intenção consciente do indivíduo e o recalado* (LAPLANCHE/PONTALIS, 1988:32), Neste evento, há que se considerar que a elaboração de políticas sociais é sempre da ordem do coletivo, da interação de muitos sujeitos e atores sociais, tanto na elaboração quanto na implantação e tanto mais quanto à população alvo. (CPPS, 1975). Logo, esta construção acima, referente ao ambulatório psiquiátrico, é híbrida porque há muito se sabe que o criador da Psicanálise discordara conceitualmente, até às últimas consequências, de Jung, no que diz respeito ao *inconsciente coletivo*, vez que o inconsciente que elaborara, seja na primeira ou segunda tópica, era sempre da ordem do individual (JONES, 1989 ;GAY, 1989, RODRIGUÉ, 1995), ainda que cada sujeito fosse produto de sua cultura, do seu entorno e do seu grupo social (MONTEIRO, 2001).

2000), com potencialidade de articulações comunitárias, significa algo da ordem do não elaborado, do não superado, ou seja, aquilo que incomoda e até pode paralisar. Conforme a teoria psicanalítica, o *retorno do recalado* (FREUD, 1987a,b).

Mesmo entendendo a Psicanálise como um método consciente (racional e deliberado) para se desvendar o inconsciente, este como a incoerência constitutiva de todos os sujeitos (CAMPOS GW, 2000: 224) e, por extensão, dos que decidem e produzem as políticas, não se pretende aqui reduzir à teoria psicanalítica a lacuna da Política Nacional de Saúde Mental. Saindo do campo da Psicanálise e voltando o olhar para o planejamento em saúde sob a perspectiva de uma intervenção política, deve-se pensar que, num processo técnico normativo, nem todas as demandas políticas e nem todos os problemas são encarados, nem todas as formulações são expostas e, que, na planificação, muitos e diferentes são os documentos que são elaborados a partir do mesmo objetivo geral e das mesmas formulações (CPPS, 1975). Assim sendo, a omissão sobre o ambulatório psiquiátrico, dado o seu impacto, na rede de atenção à saúde mental, pode estar fazendo parte de um desenho estratégico, traçado nos níveis técnicos e gerenciais (TESTA, 1995). Ou ainda, este silêncio pode, também, estar se constituindo na real política do Ministério da Saúde em relação a eles.

Não havendo uma política de atuação, um plano de intervenção sobre os ambulatórios psiquiátricos, dialeticamente, ele está politicamente enquadrado na zona da marginalidade do processo. Esta estratégia tanto pode ser uma suspensão para se pensar a finalidade dele como já pode ter o significado de uma exclusão completa. O estar fora de cena, sem foco, mas tendo um reconhecimento, tem a impostura de um jogo (LACAN, 1983; MATUS, 1989; 1997). No caso das formulações e implantações de políticas, há focalização e desfocalização de necessidades, demandas e de tipos de enfrentamentos. No caso da Política Nacional de Saúde Mental, ratificando-se as propostas que se apresentam como de maior impacto social positivo, que suscitem maior satisfação dos vários sujeitos historicamente implicados, como têm sido os novos dispositivos, e que, causando menos conflitos e movimentos de oposição, ofereçam garantias de execução do planejado³⁵ (MATUS, 1989; 1997). Isto é, propostas que respondam, favoravelmente, às análises essenciais de factibilidade, viabilidade e de coerência das propostas (CPPS, 1975), nas condições políticas atuais, para o avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira e consolidação da Política Nacional de Saúde Mental.

³⁵ Muito embora não haja, no momento, literatura que viabilize uma interlocução sobre as causas técnicas, políticas e sociais que determinaram as mudanças da apresentação e do conteúdo da Política Nacional de Saúde Mental, aguarda-se que as próximas produções contribuam desvelando os atores e elementos que estão a determinar, não só as mudanças no escrito, bem como na opacificação dos ambulatórios psiquiátricos [Nota da Pesquisadora].

2.3 UM MODELO DE ATENÇÃO PARA A SAÚDE MENTAL

Quando se pesquisa a noção de modelos de atenção, detecta-se que as diversas produções dos autores que se debruçaram sobre o tema seguem, geralmente, sua tematização sobre três focalizações com formatações descritivas e analíticas, quais sejam: sob a perspectiva histórica e política das organizações de saúde no mundo e no Brasil (LUZ, 1979; POSSAS, 1981; JACOBINA, 1982; PAIM, 1997; TEIXEIRA, 2000; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; PAIM, 2003; FOUCAULT, 2003b); sob a perspectiva das ações programáticas do Ministério da Saúde brasileiro (LUZ, 1979; POSSAS, 1981; JACOBINA, 1982; PAIM, 1997; 2006; TEIXEIRA, 2000; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; PAIM, 2003a;b) e, sob a perspectiva dos eixos norteadores da Saúde Coletiva (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; CAMPOS GW, 2000; LUZ, 1986; 2003; TEIXEIRA, 2006; PAIM, 2006; COELHO I, 2008). Em que pesem o valor histórico das descrições e análises sócio-econômicas e políticas das duas primeiras abordagens, nesta produção, opta-se pela terceira perspectiva. Esta decisão baseia-se no entendimento de que as discussões no campo da saúde na atualidade, face ao protagonismo da Reforma Sanitária Brasileira e à constante reformulação do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental (ARRETCHE, 2005; BRASIL, 2007c; 2010), estão histórica, técnica e politicamente adiante daqueles fatos, demandando, por isso, enfoques mais atuais, segundo a linha dos autores citados.

Sob a égide da Saúde Coletiva, enquanto campo de saber e de intervenção em saúde, voltada para defesa da vida, através das políticas saudáveis, e para o fortalecimento dos sujeitos, no auto cuidado e na participação social (CAMPOS GW, 2000; PAIM, 2006), há algumas reflexões sobre propostas para um novo modelo de atenção em saúde. Nessas produções, os autores sinalizam algumas categorias, teoricamente elaboradas e operacionalizadas nas práticas dos serviços de saúde, desde os tempos mais remotos, antes da criação do SUS e, ainda, com forte influência na Atenção Básica à Saúde e na Saúde Mental, que formatam um modelo de atenção desarmônico com o que defendem os sujeitos da Saúde Coletiva (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; CAMPOS GW, 2000; LUZ, 1986; 2003; TEIXEIRA, 2006; PAIM, 2006; COELHO I, 2008).

Sob a perspectiva de confluências de modelos de atenção à saúde, pode-se perceber a afinidade entre a proposta da Política Nacional de Saúde Mental e a proposta do modelo de atenção na Atenção Básica à saúde a partir da estratégia da Saúde da Família. Esta confluência se torna material a partir dos quatro eixos orientadores das duas propostas, aqui tematizados, quais sejam: o acolhimento, a humanização, a territorialização e a integralidade,

no qual se supera a dicotomia dualística do corpo-mente, valorizando-se as tecnologias leves, as quais se esteiam nas contribuições dos vários campos de conhecimento que sustentam a interdisciplinaridade (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). Assim sendo, confrontando com as características de um outro modelo de atenção à saúde, como no exemplo do que está proposto para a Atenção Básica à Saúde, que possa ser operacionalizado no campo da saúde como um todo, especialmente em Saúde Mental, apresentam-se, abaixo, algumas das categorias do modelo sanitário dominante, que demandam efetivas mudanças de sentido, como defendem Mendes (1996) e Paim; Almeida Filho (2000):

1. A concepção do processo saúde-doença deve sair de uma condição negativa para uma positiva, apreendendo-se que saúde é o resultado de uma produção social, materializada na qualidade de vida de uma população; qualidade que se caracteriza por uma condição de existência do ser humano prazerosa no seu viver diário, tanto individual como coletivamente;
2. A mudança do paradigma³⁶ sanitário do flexeriano para o paradigma da produção social em saúde, na qual o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo do antigo paradigma sejam substituídos por um modelo de atenção que incorpore dos dois níveis da fenoestrutura (o sócio-político e o dos atores e organizações sociais) e mais o nível da genoestrutura (as regras básicas das relações sociais); o que se tem produzido e acumulado em saúde; e que lance mão do conhecimento na ordem da interdisciplinaridade.
3. A prática sanitária deve superar a atenção médica e se pautar na vigilância à saúde, o que é colocado como a mudança do olhar de Tânatos para Eros; ao invés de curativa, ser uma prática de promoção à saúde; migrando da burocracia tecnicista e das unidades de saúde para os territórios, para a comunidade; problematizar a realidade buscando a sua essência para além do foco assistencial como orienta o Relatório Lalonde, de 1974; movimentar-se do olhar médico para a multiplicidade de olhares; do campo da saúde para a intersetorialidade; e das condutas normativas para as trocas intersubjetivas, em constante diálogo e transformações.

³⁶ Os autores explicitam que paradigma é entendido na visão sociológica kuhiana, na qual um conjunto de elementos culturais, de conhecimentos e códigos teóricos, técnicos e metodológicos compartilhados pelos membros de uma comunidade científica (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000:237).

4. A ordem governativa da cidade mais ampliada, saindo da ótica da gestão médica para a ótica da gestão social; na qual se busca a implantação de uma cidade saudável, com melhoria da qualidade de vida para a população, o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, o trabalho intersetorial, o compromisso com a equidade, a construção cotidiana da cidadania, a criatividade e o espírito inovador, e o compromisso efetivo e afetivo das autoridades com o município e os munícipes, sob o norte do que estabelece a vigilância em saúde, articulando interdisciplinaridade e intersetorialidade no objetivo de um modelo de atenção baseado na integralidade das ações.

Carreando a proposta de mudança de sentido no modelo de atenção acima exposta para a Saúde Mental, destaca-se que neste campo, trabalha-se, especificamente com determinadas abordagens que se harmonizam com o que foi colocado por Campos GW (2000), no que tange à intervenção em saúde voltada para a defesa da vida e o fortalecimento dos sujeitos. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os novos serviços, com a finalidade de serem substitutivos ao modelo hospitalar, no tratamento, principalmente, dos transtornos mentais graves ou moderados, objetivando a superação do modelo asilar (BRASIL 2006), de isolamento e esvaziamento do sujeito alienando-o de si mesmo (COSTA-ROSA, 2000; AMARANTE, 2008).

Esses serviços têm seu modelo de atenção baseado no Projeto Terapêutico Individual, o qual se fundamenta nas quatro categorias, diretrizes do SUS e norteadoras da elaboração desse projeto, as quais têm sido tematizadas por vários autores³⁷ (MILTON SANTOS, 1997; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; COSTA-ROSA, 2000; PINHEIRO; MATTOS, 2001; 2003; TEIXEIRA, 2006; AMARANTE, 2008; COELHO I, 2008; OLIVEIRA; FURLAN, 2008): 1) o acolhimento como a partir de uma releitura das necessidades de saúde da população, estando cada profissional de saúde colocando-se como um sujeito em possibilidade de escuta e vínculos com o usuário, numa co-responsabilização no processo de conquista da saúde do usuário 2) a humanização como a tentativa de resgatar os valores humanísticos e superar a despersonalização do indivíduo que ocorre no modelo centrado no médico, o qual coisifica ou reduz o sujeito a um número de matrícula ou a uma entidade nosológica a ser curada, estabilizada, extirpada ou uma função a ser reabilitada 3) a integralidade como uma forma de abordagem ampliada do sujeito nas suas inter-relações com o ambiente natural e social, nos espaços nos quais ele se materializa como sujeito social; é, também, em relação à

³⁷ No Capítulo 9 esses conceitos serão retomados, fazendo-se uma interlocução com os discursos dos técnicos sobre eles.

organização dos serviços, uma alternativa superação do modelo de atenção classificatório das necessidades de saúde a partir da ótica da complexidade da atenção à doença, como primária, secundária e terciária 4) a territorialização como o processo no qual os sujeitos, em relações de redes, de trocas e de contigüidade, materializam-se como seres sociais no seu cotidiano.

Fazendo um recorte para o campo da Saúde Mental, é possível encontrar correspondências entre esses princípios e o modo de atenção psicossocial. Para compreendê-lo é necessário confrontar o modelo de atenção asilar e o modelo de atenção psicossocial, tal como proposto por Costa-Rosa (2000). No modelo de atenção asilar, instituído ou repetitivo, existe a ênfase das determinações orgânicas; utilização prioritária do medicamento; existe um esvaziamento do sujeito, na função de uma subjetividade desejante; os recursos humanos utilizados, ainda que sejam múltiplos e variados em categorias, trabalham sob a perspectiva do modelo da divisão de trabalho; o prontuário é o espaço comum de suas atuações e a instituição preferencial é o hospital, muito embora os dispositivos extra asilares, ainda que objetivem um outro modelo de atenção, possam reproduzir a mesma lógica asilar do hospital psiquiátrico (p. 154).

Considerando o modelo de atenção psicossocial, o instituinte ou inovador, o mesmo autor destaca que, sem perder de vista o aspecto orgânico e sócio-cultural, existe a supremacia do sujeito como participante principal de seu próprio tratamento; há uma triangulação entre os sujeito, a instituição e os familiares nas mudanças objetivadas; encarando-se a loucura como um fenômeno para além do indivíduo. Neste modelo de atenção, buscam-se outras implicações com a família e grupo ampliado, principalmente das organizações sociais e comunitárias, criando rede de sustentação; partindo de uma visão não biologicista, a loucura não é mais para ser removida, extirpada, porém, a equipe se organiza no sentido de acolher o sujeito e familiares sob a perspectiva de tomar outro posicionamento frente aos conflitos da existência. Não mais sendo passivo, mas, implicando-se no sofrimento, tornando-se um agente de mudança, colocando-se maior ênfase na re-inserção social, privilegiando a recuperação da cidadania através das cooperativas de trabalho de peças artísticas ou utilitárias, apontando para a autonomia econômica, para o fortalecimento de sua identidade de cidadão (COSTA-ROSA, 2000) .

No próximo capítulo, focando os ambulatórios psiquiátricos, enquanto unidades que prestam assistência aos portadores de transtornos mentais, serão apresentados algumas contribuições de autores que têm se debruçado sobre este objeto.

CAPÍTULO 3

O ESTADO [ESTUDADO] DOS AMBULATÓRIOS

O que conta nas coisas ditas pelo ser humano, não é tanto o que teriam pensado alguém ou além delas, mas o que desde o princípio as sistematiza, tornando-as, pelo tempo afora, infinitamente acessíveis a novos discursos e abertas à tarefa de transformá-las. [FOUCAULT].

Tomado como objeto, o ambulatório psiquiátrico tem sido abordado, prioritariamente, pelo seu viés clínico ou terapêutico, enfocando as síndromes psíquicas mais comuns segundo a sua classificação epidemiológica (MARI; JORGE, 2007); noutras produções, estão os estudos sobre os efeitos dos psicofármacos típicos ou atípicos neles utilizados (SANTANA FILHA, 2008); menos comum, há uma tematização dos mesmos como uma unidade gestora na rede de atenção à saúde (LUCHESE; BARROS; FORCELLA, 2001).

Entre as cento e cinquenta referências encontradas no arquivo da BIREME, LILACS e SCIELO³⁸, que versam sobre ambulatórios psiquiátricos, havia apenas três estudos que se aproximam, mas sem tangenciar o que está sendo objetivado nesta pesquisa. Eles abordam sobre: o discurso dos profissionais do ambulatório e a prática de seu cotidiano (MARÇAL RIBEIRO, 1995); as relações técnicas e sociais num ambulatório psiquiátrico (SILVEIRA, 1996); avaliação da satisfação dos usuários de um ambulatório psiquiátrico de uma faculdade de medicina (POMPEI, 1996). Muito embora tais abordagens subsidiem, no sentido de dar uma visão panorâmica do escopo desta pesquisa, no que tange a se ter um conhecimento de como vêm funcionando estes serviços, semelhante a outros estudos realizados nos ambulatórios psiquiátricos em todo país, o recorte do objeto – sobre o papel do ambulatório psiquiátrico sob o enfoque da Política Nacional de Saúde Mental - surge como um foco de investigação pioneiro, no que diz respeito às produções indexadas nas fontes acima.

O estudo de caso conduzido por Marçal Ribeiro (1995) debruça-se sobre um ambulatório psiquiátrico na rede municipal paulistana, utilizando a metodologia qualitativa, para dar voz aos técnicos que exercem sua prática no cotidiano daquele serviço. Sendo este o trabalho que mais se aproxima do que é pesquisado aqui, é importante destacar alguns percursos e resultados apresentados pelo autor. Metodologicamente, o autor escolheu uma equipe de profissionais de nível superior constituída em seu total por: cinco psiquiatras, cinco

³⁸ Pesquisa realizada no <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>, em 24/04/07, às 11:44h.

psicólogos, três assistentes sociais, um enfermeiro, um terapeuta ocupacional, um fonoaudiólogo e um farmacêutico e, desses, o autor selecionou dez para realizar a entrevista em profundidade e discussão de grupo, técnica também denominada de grupo focal, segundo Gaskell (2002): quatro psicólogos, dois enfermeiros, um psiquiatra, um farmacêutico, e dois assistentes sociais.

O pesquisador, ao dar voz aos profissionais citados, traz as suas percepções sobre aquela unidade e seu funcionamento. Ao organizar os discursos, o autor os dividiu em quatro eixos: 1) o cotidiano do ambulatório – atividades, relação com pacientes e colegas; 2) a política governamental – questionamentos sobre a gestão municipal, salários, políticas municipais; 3) a política interna – como o ambulatório era dirigido e organizado; 4) o regime de trabalho – críticas ao regime. A unidade escolhida pelo autor estava num processo de recente municipalização, com alguns conflitos internos e externos ligados à gestão e com nuances político-partidárias, trazendo aspectos muito peculiares.

Como resultado, Marçal Ribeiro (1995) coloca que os discursos se concentraram em destaques de aspectos negativos do dia-a-dia daqueles profissionais. Pragmaticamente, aqui se privilegiam os resultados que lançam luz sobre o ambulatório psiquiátrico, a sua dinâmica e os seus tensionamentos, os quais são inerentes ao modelo assistencial em vigência. Da elaboração apresentada, foram pinçadas as que delineiam o modo como vem funcionando essas cinquentenárias unidades de saúde, no que tange ao cotidiano e ao regime de trabalho.

Deste modo, chama atenção que, como ponto central dos depoimentos, os entrevistados apontam a inexistência de integração entre os membros da equipe, a ausência de um trabalho interdisciplinar sistematizado e universal para a equipe, muito embora haja relatos de que há algum nível de troca, ocorrendo, esporadicamente, entre os colegas que têm mais afinidade entre si. Outro ponto que foi consensual é o desconforto da maioria dos técnicos em relação aos médicos. Foram recorrentes as colocações que descreviam a conduta dos psiquiatras, como os que se isolam no atendimento, que tratam os outros profissionais como se os considerassem como os *exames subsidiários*; além de permanecerem pouco tempo no ambulatório (MARÇAL RIBEIRO, 1995: 106).

Semelhante ao que já foi apresentado por outros autores (POMPEI, 1996; SILVEIRA, 1996; MONTEIRO; CARNEIRO, 2007) aqueles profissionais trazem, como terceiro aspecto que os incomoda, o fato do tratamento ser predominantemente farmacológico, o paciente ficar refém do psiquiatra, que transforma o serviço em *unidade Psiquiátrica e não uma unidade de Saúde Mental* (p. 121), conforme a expectativa da equipe. Ainda sobre os psiquiatras, os outros técnicos pontuaram mais dois motivos de insatisfação. O primeiro é o seu pouco tempo

de permanência na unidade, o qual comprometia a qualidade do tratamento e dificultava as trocas. O segundo foi que eles gozam de privilégios, sendo que os mais apontados foram: na carga horária e no salário diferenciado. De sorte que, para os técnicos não médicos, eram motivo de insatisfação os psiquiatras, os quais, além de terem maior salário, mais do que as outras categorias profissionais, ainda usufruíam de uma flexibilidade do horário, que não era compartilhada pelos outros.

Da variedade de resultados, para o que interessa nesse estudo, faz-se necessário destacar uma outra pesquisa em que Pompei (1996), utilizando métodos quantitativos e qualitativos, avalia o grau de satisfação dos usuários de um ambulatório psiquiátrico. O estudo foi realizado no ambulatório psiquiátrico da Faculdade de Medicina de Botucatu, na Universidade Estadual de São Paulo, onde revisou 289 prontuários e entrevistou 211 pacientes. A equipe que trabalha no citado serviço é composta por: 5 psiquiatras (3 docentes), 6 psicólogos (4 docentes), uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional, uma orientadora educacional, 4 residentes de psiquiatria, 3 estagiários de psicologia, 1 de assistência social e internos do 5º ano de medicina.

Nos seus resultados, que revelam o modelo assistencial na prática daquele serviço, Pompei (1996) refere que, quanto ao aprazamento dos que faziam apenas tratamento psicoterápico, 34,6% retornavam 1 a 4 vezes/mês, devido a terapias semanais ou quinzenais ou em fase de finalização, em grupo ou individual; e os que só faziam tratamento psiquiátrico, 48,9%, retornavam a cada dois meses. Foi detectado que 50,5% não compareceram nas datas aprazadas e 33,7% tiveram 1 a 2 faltas. O tempo de espera para conseguir vaga na psicoterapia variou de um mês (78,1%) a dezenove meses (21,9%). Entre os pacientes estudados, 63,5% consultaram-se com os psiquiatras, 15,2% com psiquiatra e assistentes sociais, 10,4% com psiquiatras e psicólogos e 10,9% com psiquiatras e dois outros profissionais de diferentes formações. Detectou ainda que, em média, os pacientes se consultavam, com qualquer profissional, três vezes por ano (75,4%): 16,1% tiveram 3 a 6 consultas/ano e 7,6% tiveram 7 a 24 consultas/ano.

Os dados coletados apontam, ainda, que em 36,55% das vezes o tratamento foi somente farmacológico, 29,9% foi psicoterápico (individual ou grupo) e farmacológico, 14,2% só psicoterápico, 5,2% encaminhados para hospital e 9% receberam orientação e/ou foram encaminhados para outros serviços. Os tratamentos psicoterápicos só tiveram indicação após, pelo menos, uma consulta psiquiátrica. No caso do tratamento farmacológico, 74,1% eram psicotrópicos, 2,4% não psicotrópicos e 1,9% combinavam psicotrópicos e não psicotrópicos. Com os dados coletados, a autora analisa o modelo assistencial daquele serviço,

marcadamente centrado no médico e no fármaco, identifica que existe uma insatisfação do usuário por conta da demora da marcação para primeira consulta e no intervalo entre um retorno e outro. Observou, também, que os pacientes se queixavam que as consultas com o psiquiatra duram pouco tempo e que existe uma demanda reprimida para psicoterapia.

Silveira (1996), também num estudo qualitativo e quantitativo, na mesma instituição que é o campo empírico desta pesquisa, descreveu a qualidade do atendimento e o vínculo com o tratamento num ambulatório psiquiátrico. A autora entrevistou 173 pacientes e nove psiquiatras. Além da Psiquiatria, seis deles tinham outra especialização³⁹: em Saúde Pública (4) e em Homeopatia (2); a maioria tinha alguma formação em psicoterapia, sendo destacadas a Psicanálise, Bioenergética e o Psicodrama. Muito embora não tenha entrevistado outros técnicos, as falas dos pacientes trazem relatos e possibilitam análises que delineiam o modelo assistencial no ambulatório psiquiátrico em foco.

Traçando um perfil dos médicos e sua tendência a se qualificar em teorias e em técnicas que lidam com a subjetividade, a autora destacou, numa interpretação baseada na teoria lacaniana (LACAN, 1983), que a maioria daqueles profissionais já tinha se submetido a uma análise pessoal curta ou longa, como uma forma de, *já tendo atravessado as agruras de ser ele neurótico, doente, ascende, através de sua própria terapia à condição “sadia” de ser e que comporta antes de tudo um suposto saber* (p. 141).

Muitos desses psiquiatras se sentiam insatisfeitos por terem que prescrever medicações inadequadas, quando desejariam trabalhar com outro esquema terapêutico, mas o faziam para assegurar que o paciente as usaria, apesar de efeitos colaterais indesejáveis, pois são dispensadas gratuitamente nas unidades. Segundo eles, diante dessas limitações, a estratégia do tratamento do ambulatório psiquiátrico era (p. 156): *1- conseguir que o paciente use a medicação, 2- obter um efeito “sedativo”, 3- suprimir a queixa, 4- satisfação do paciente e/ou família, 5- satisfação do técnico.*

Quanto ao ambiente de trabalho, tanto os usuários quanto os psiquiatras se ressentiam das péssimas condições de trabalho deste profissional. Há declarações dos pacientes que diziam ter pena do *doutor*, desprestigiado num ambiente sujo, quente, mal cuidado, pelos baixos salários e pela grande quantidade de pacientes que deve atender. Apesar desses problemas, o trabalho ambulatorial é considerado mais *leve* e preferido pelos psiquiatras entrevistados, não sendo caracterizado o real sentido dessa qualificação. Cronometrando o tempo de atendimento dos psiquiatras, Silveira (1996) traz informações, em números, do que

³⁹ Com referência a tais achados, conferir os capítulos 4, 5 e 6 adiante.

já fora trazido por Marçal Ribeiro (1995) e por Pompei (1996), ratificando a curta duração das consultas. De sorte que, dentre os 6 dos 9 psiquiatras da pesquisa, aquela autora encontrou que o tempo médio de consulta foi de **2 minutos e 40 segundos**, entre os técnicos mais antigos, e **7 minutos e 10 segundos**, entre os técnicos mais novos (p.167) [grifos desta autora].

Além das pesquisas já referidas nesta interlocução, outros estudos têm sido realizados buscando descrever e analisar o funcionamento do ambulatório psiquiátrico. Alguns desses trabalhos, ainda que buscando diagnosticar o perfil de funcionamento, terminam por delinear uma análise com nuances de avaliação de como vem funcionando esse serviços. É o caso de um estudo que tinha como objetivo identificar como vinha funcionando um ambulatório psiquiátrico da rede estadual, em Salvador. A partir da análise de 100 prontuários de pacientes em atendimento ambulatorial no Hospital Especializado Mário Leal, Monteiro e Carneiro (2007) descrevem o modelo assistencial vigente naquela unidade. No período da pesquisa, a equipe técnica do ambulatório era composta por 18 psiquiatras, 1 neurologista, 6 enfermeiras, 4 psicólogas, 1 assistente social, 1 enfermeira sanitária, 1 terapeuta ocupacional, 1 nutricionista e 1 odontóloga.

Em termos gerais, foi constatado que, em 83% dos prontuários, inexistia a maioria dos dados na anamnese psiquiátrica; principalmente, os dados identificatórios na ficha de matrícula dos pacientes nas unidades focalizadas, dados estes que também foram encontrados por Pompei (1996). Quantificaram e pontuaram que havia itens cujas informações freqüentemente não constavam, tais como: cor (89,7%), estado civil (7,7), escolaridade (41,9%), renda familiar (88,9%), religião (86,2%), procedência (5,1%), profissão (32,5%) e data de matrícula na unidade (13%). Como a data da matrícula está na primeira folha, onde constam os dados de admissão, tal impresso, quando não estava incompleto, estava rasgado ou perdido, dificultando a identificação completa do paciente (MONTEIRO; CARNEIRO, 2007). Constatou-se que havia a prática de abertura de prontuários extras (para pacientes já em tratamento), denominados provisórios, geralmente consistindo de uma folha contendo apenas o nome do usuário, número da matrícula e algumas evoluções. A existência desses prontuários se deve ao fato que o prontuário original não foi encontrado, naquele momento ou, em casos menos comuns, segundo informações, definitivamente.

Foi encontrado que o tempo de tratamento ambulatorial variava em torno de 7 a 30 anos, sendo que, em 49% dos prontuários, há referência a re-internações periódicas. Como a re-triagem deve ocorrer quando o usuário, tendo um apazamento, passa mais de 6 meses sem comparecer ao ambulatório, o que tem sido caracterizado como abandono de tratamento, 26%

dos prontuários registram abandono do tratamento, em uma a mais de sete vezes (MONTEIRO; CARNEIRO, 2007). Outra constatação foi que, em 27% dos prontuários, não havia a suspeita diagnóstica e, em 21%, o que estava escrito era ilegível. A ausência deste dado aponta para um comprometimento do tratamento psiquiátrico, pois o diagnóstico orienta a prescrição e sinaliza, apesar de todos os questionamentos, sobre a adequação desses diagnósticos psiquiátricos, na direção do prognóstico clínico (FELDMANN, 1986). Outro fator a ser considerado é que boa parte desses pacientes estão em gozo de benefício previdenciário ou sob intervenção jurídica, sendo o diagnóstico psiquiátrico um dado indispensável no relatório médico para estes fins.

Na interface do modelo de atenção adotado e a qualidade do atendimento, 75% dos prontuários não apresentavam a solicitação de exames complementares em nenhum período do tratamento e nem havia citação de alguma comorbidade ou de encaminhamentos para outros profissionais, ou serviços policlínicos, ou referência de tratamentos concomitantes com outros especialistas, revelando que, em termos clínicos, o tratamento estava restrito ao psiquiatra (MONTEIRO; CARNEIRO, 2007). Essa informação revelava, também, que não houve investigação de diagnóstico diferencial no início do tratamento e nem um acompanhamento conduzido, com base nas condutas clinicamente adequadas, tendo em vista que, no uso contínuo de psicofármacos, é imperativo a realização de periódicos exames complementares, como no caso do perfil hepático, para quem usa carbamazepina e da litemia, para quem faz uso de carbonato de lítio (PORTO, 2001; RANG, 2004; QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI; 2008).

Quanto à necessidade do diagnóstico diferencial no início de um tratamento psiquiátrico, já se tornou um aforismo, nas primeiras aulas de Psiquiatria, enraizado na cautela clínica e na formação biologicista dos psiquiatras decanos, que o diagnóstico de primeira crise, em distúrbio mental, seja com agitação psicomotora ou com produção delirante, deve ser sempre um diagnóstico por exclusão. Daí que, antes de um diagnóstico psiquiátrico, de transtorno mental⁴⁰, especialmente no primeiro episódio de crise, o médico deve pensar na

⁴⁰ Quando presentes, os prontuários de pacientes acompanhados em ambulatórios especializados trazem os diagnósticos classificados como transtornos mentais e de comportamento. Os prontuários mais antigos trazem o CID 9 (1979). A partir de 1990, a classificação vem obedecendo a seguinte padronização e caracterização do Código Internacional de Doença (CID 10, 1993): F00-F09 – Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos; F10-F19 – Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa; F20-F29 – Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes; F30-F39 – Transtorno do humor (afetivos); F40-F48 – Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes; F50-F59 – Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos; F60-F69 – Transtornos de personalidade e de comportamentos em adultos; F70-F79 - Retardo mental; F80-F98 – Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência e F99 – Transtorno mental não especificado.

possibilidade da ausência de algum distúrbio metabólico, nefropata, hepatopata, neurológico, geriátrico, infeccioso, neoplásico, de reação farmacológica adversa, endócrino, nutricional, traumático, intoxicação exógena, uso de substâncias psicoativas, doenças auto-imunes, dentre outras (FELDMANN, 1986; QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI; 2008).

Ainda sobre o modelo de atenção no ambulatório psiquiátrico, mesmo havendo uma equipe multiprofissional, 79% dos pacientes são encaminhados, após a triagem de primeira consulta, para o psiquiatra, 8% para o assistente social, 7% para o psicólogo, e 6% para o neurologista e o Programa de Epilepsia (PROEP) (MONTEIRO; CARNEIRO, 2007). Com esses dados, observa-se que menos de 60% dos técnicos (os 18 psiquiatras) executavam 79% das atividades de assistência ambulatorial aos pacientes, enquanto que os 16 profissionais restantes executavam apenas 21%. Interessante destacar é que as autoras revelam que, para o mesmo paciente, as folhas de evolução no prontuário eram individuais para cada um dos profissionais, por categoria, que já o havia atendido, ratificando o já descrito por Ribeiro Marçal (1995) e Pompei (1996), a ocorrência de uma atenção segmentada e mesmo sendo multiprofissional, não ocorrem intervenções interprofissionais.

Na mesma direção do modelo sustentado pela intervenção dominante da psicofarmacologia, com índices superiores aos encontrados por Pompei (1996), a prescrição medicamentosa na primeira consulta ocorreu em 92% dos prontuários, sendo 18% um psicofármaco e em 73,5% mais de um psicofármaco foi prescrito (MONTEIRO; CARNEIRO, 2007). Em relação aos psicofármacos mais utilizados, as prescrições, em ordem decrescente, foram: 35% ansiolíticos, 26% antipsicóticos, 14% anticonvulsivantes, 13% lítio e 6% antidepressivos tricíclicos. A evolução clínica, isto é, relatos a partir da segunda consulta, estava legível em 57% dos prontuários, ilegível em 18% e ausente em 25% , dificultando a análise do impacto do esquema terapêutico adotado, segundo as mesmas autoras.

Apesar da diminuta quantidade de literatura que tome o ambulatório psiquiátrico como objeto de estudo e, menos ainda, que se aproxime do esboço proposto nesta pesquisa, aqui há o esforço de sistematizar, otimizando o que foi acima exposto. De sorte que, se tomando os três estudos acima como referenciais para se caracterizar o ambulatório psiquiátrico, a partir da década de noventa, pode-se delinear-lo desde três perspectivas, quais sejam: 1) o serviço; 2) os profissionais e 3) as práticas dos profissionais no cotidiano.

No que concerne ao serviço e sua infra-estrutura, os autores o apresentaram como uma unidade que pode estar sob gestão estadual (SILVEIRA, 1996; MONTEIRO; CARNEIRO, 2007), municipal (MARÇAL RIBEIRO, 1995), ou, ainda, fazer parte de um hospital geral, campo de prática de uma faculdade de medicina, com cursos de graduação e pós-graduação

(POMPEI, 1996). Observaram que podem funcionar em condições precárias, no que diz respeito ao bem estar e conforto no ambiente de trabalho, tanto para seus servidores como para seus usuários (SILVEIRA, 1996); assim como na qualidade da manutenção dos prontuários dos pacientes em tratamento (MONTEIRO; CARNEIRO, 2007). Verificaram ainda que, muito embora disponibilizem psicofármacos gratuitamente, esses são insuficientes em quantidade e variedade para as especificidades clínicas da clientela, segundo o parecer dos psiquiatras, que prescrevem visando garantir a adesão (SILVEIRA, 1996).

Em relação aos técnicos de nível superior que exercem suas atividades profissionais no ambulatório, em um dos estudos aponta-se que são profissionais qualificados e com pós-graduações (SILVEIRA, 1996). Há uma concordância das pesquisas de que são profissionais de diversas categorias profissionais (MARÇAL RIBEIRO, 1995; POMPEI, 1996; SILVEIRA, 1996; MONTEIRO; CARNEIRO, 2007). As categoriais profissionais mais frequentes são: psiquiatras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais (MARÇAL RIBEIRO, 1995; POMPEI, 1996; SILVEIRA, 1996; MONTEIRO; CARNEIRO, 2007). As outras categorias profissionais encontradas foram: orientadora educacional, terapeuta ocupacional, residentes de Psiquiatria, acadêmicos de Psicologia, de Serviço Social e de Medicina (POMPEI, 1996); neurologista, terapeuta ocupacional, nutricionista, odontóloga, sanitaria (MONTEIRO; CARNEIRO, 2007).

No que tange às práticas dos profissionais no cotidiano, é um serviço que presta atendimento a sua clientela de longa duração, podendo chegar até a três décadas de atendimento (MONTEIRO; CARNEIRO, 2007); com abandonos frequentes de tratamento (POMPEI, 1996; MONTEIRO; CARNEIRO, 2007) e re-internações (MONTEIRO; CARNEIRO, 2007). As consultas de retorno podem ocorrer com até dois meses de aprazamento sendo que, frequentemente, ocorre o não comparecimento a elas (POMPEI, 1996; MONTEIRO; CARNEIRO, 2007). Afirma-se que existe uma insatisfação da clientela quanto à demora das consultas, como quanto ao tempo da consulta do psiquiatra, que pode chegar a menos de três minutos por paciente (MARÇAL RIBEIRO, 1995; POMPEI, 1996; SILVEIRA, 1996).

Muito embora seja um serviço rico em diversidade profissional, no modelo assistencial adotado, existe a supremacia da atuação do psiquiatra (MARÇAL RIBEIRO, 1995; POMPEI, 1996; SILVEIRA, 1996; MONTEIRO; CARNEIRO, 2007). Essa é constatada na disparidade da frequência de prescrição de psicofármacos em relação às outras abordagens oferecidas (MARÇAL RIBEIRO, 1995; POMPEI, 1996; MONTEIRO; CARNEIRO, 2007). Comprovando esse modelo, mono ou a politerapia farmacológica é majoritariamente adotada,

inclusive, na primeira consulta (MARÇAL RIBEIRO, 1995; POMPEI, 1996; SILVEIRA, 1996; MONTEIRO; CARNEIRO, 2007). Observa-se ainda que, apesar da polifarmacologia e do tratamento longo, os pacientes não são investigados quanto a comorbidades ou efeitos iatrogênicos das drogas (MONTEIRO; CARNEIRO, 2007).

Ainda sobre as práticas dos técnicos do ambulatório psiquiátrico, foi detectada uma insatisfação entre os não médicos contra os psiquiatras, tendo sido detectados quatro motivos. O primeiro deles é o desequilíbrio da demanda ou encaminhamentos para psiquiatras em detrimento às outras terapias (MARÇAL RIBEIRO, 1995; POMPEI, 1996; MONTEIRO; CARNEIRO, 2007), descaracterizando a proposta do serviço (MARÇAL RIBEIRO, 1995); o segundo, conforme o autor citado, é a indiferença ou o descaso com que os psiquiatras tratam o saber e a atuação dos outros técnicos, deixando-os desconfortáveis; o terceiro motivo, para o mesmo autor em foco, é o salário diferenciado, para mais, que os psiquiatras recebem; e o quarto é a exclusividade de flexibilização na carga horária de trabalho no ambulatório para este profissional.

Há outro elemento implicado nas práticas dos profissionais, no cotidiano do ambulatório psiquiátrico, e que pode ser tomado como fator, que, se não determinante, debuxa com marca de forte impressão na maioria dos aspectos aqui analisados. Ele foi colocado como ponto central, em vários discursos diretos dos entrevistados e na análise dos autores em foco. A inexistência de integração entre os técnicos e inexistência da integralidade no tratamento ambulatorial sobressaem-se na imagem atual desse serviço, no que ela tem de fragmentadora, medicalizante e de aprisionamento do paciente aos eternos e repetidos retornos, quando não faz uma escala na internação hospitalar.

No próximo capítulo, estarão sendo apresentados os caminhos e os percursos, visitados pela autora, visando, alcançar e dar materialidade ao que colocou como desafio e objetivo desta pesquisa.

CAPÍTULO 4

O MÉTODO E O SEU PROCESSO: A BÚSSOLA E AS BUSCAS

Tudo o que te vier à mão para fazer, faze-o conforme a tua capacidade, pois no lugar para onde vais após a morte, não existe obra, nem projetos, nem reflexão, nem conhecimento e nem sabedoria alguma. (AFORISMO SEMÍTICO).

Neste estudo, tanto a pesquisa analítica quanto a empírica sustentam-se nos saberes das Ciências Sociais em Saúde, daí que a opção de se garimpar o saber êmico (GEERTZ, 1983; DURANDI, 1997; HARRIS, 1999a;b) foi direcionada pela bússola que aponta para uma abordagem etnometodológica. Tal caminho empírico favorece o deslindar da hipercomplexidade das inter-relações e das práticas cotidianas em saúde, fazendo emergir sujeitos e saberes, revelando o que é objetivo e o que é da ordem da subjetividade (ZALUAR, 1986), apontando os ajustes e as adaptações que devem ser consistentemente apreendidas quando o instrumento metodológico traça um caminho cujo final é uma produção de cunho etnográfico. Partindo-se do princípio que o que se produz de conhecimento científico *é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica; sendo o método o fio condutor para se formular essa articulação* (MINAYO; SANCHES, 1993:240), utiliza-se aqui o método qualitativo. Este, por estar baseado em referenciais teóricos nos quais os sujeitos e as suas inter-relações são a matéria prima, além de não excluir as intersubjetividades como elementos constituintes do processo e da produção, é o instrumento mestre, *é o caminho do pensamento deste estudo* (MINAYO; SANCHES, 1993:240).

A etnometodologia, enquanto método qualitativo, que se sustenta em bases compreensivistas, interpreta a vivência cotidiana, as produções, as relações e os conflitos humanos como uma realidade socialmente construída (COULON, 1995). Sob esta perspectiva, os gestos, as percepções, as ações e os discursos dos técnicos - atores quanto ao seu cotidiano, a sua prática e sua implicação no processo terapêutico dos usuários dos serviços de um ambulatório psiquiátrico – são construtos forjados nas e pelas suas relações sociais a partir do papel que cada um desempenha rotineiramente (GOFFMAN, 2008). A elaboração materializada neste estudo se apresenta como mais um recorte delimitado e específico da realidade, a qual é passível de ser perscrutada e traduzida sob várias leituras, dada a polissemia de sua riqueza simbólica (BECKER, 1994; VICTÓRA, 2000).

Sabendo que, na sua fase empírica, esta pesquisa fez um enquadramento espacial e cronológico de um determinado segmento social, há que se ter em mente, conforme defendeu Wax (1993) que não é uma tarefa fácil observar, analisar e descrever um determinado grupo e, posteriormente, transpor o grande desafio de tornar o descrito inteligível para o leitor que não vivenciou o processo de imersão. Isto se dá porque os eventos vivenciados em cada grupo só se tornam plenamente inteligíveis a partir de significados, conceitos e definições criados e compartilhados pelos componentes daquele grupo ou por aqueles que vivenciaram um trabalho de campo (BECKER, 1994).

Wax (1993) justifica o que defende, informando que a imersão ou viver no campo de pesquisa é um processo lento de ajustes e acomodações bilaterais, permeado por equívocos e, por vezes, desgastes e isolamentos. Tal empreitada exige do pesquisador uma abstração e um desligamento do que conhece de outros espaços e práticas semelhantes, para que, imergindo, seja possível apreender a nova realidade e usufruir do prazer e da fascinação que é o envolvimento e aprendizagem do campo (WAX, 1993). Neste percurso, constata-se que se leva mais tempo organizando e escrevendo a etnografia do que coletando os dados, entretanto, os autores que têm se caracterizado como etnógrafos chegam sugerir que não se deve elaborar a etnografia quando se está no campo, pois compromete tanto o processo de coleta como a elaboração do texto final (GEERTZ, 1989a,b). É importante ressaltar que tal entendimento não inclui o instrumento denominado de Caderno de Campo ou Diário de Campo, onde se registram os eventos do cotidiano, sendo parte intrínseca da monografia final.

Quanto à posição do pesquisador no campo, Johnson (1983) - baseado na sua experiência com trabalhadores de uma instituição pública canadense de apoio social a crianças carentes - pontua que essa atuação do pesquisador, no que diz respeito ao envolvimento com os atores nativos, deve se apoiar em duas balizas: ser natural e verdadeira, ou seja, não tomar atitudes que comprometam a rotina e não agir com afetada artificialidade, visando tornar-se aceito, como se nativo fosse. Em contraponto, ainda que não seja aceitável nem factível que o pesquisador se esvazie totalmente de si mesmo e se torne igual ao outro de sua pesquisa, é esperado dele uma boa interação. Nela e dela, sem troca ou disputa do espaço, espera-se uma capacidade de fotografar a realidade, de apreendê-la, de interpretá-la e, *a posteriori*, torná-la perceptível e inteligível aos seus pares (ALVES, 2003).

Tal habilidade, mais do que a narrativa minuciosa de uma Observação Participante, garante a sua produção o status de uma “Participação Observante” (ZALUAR, 1986), devido à possibilidade de algum nível de intervenção, ainda que indiretamente e ainda que não se trate de uma pesquisa-ação (FRANCO M., 2005). Isto é o que se constata quando o

conhecimento empírico toma corpo, municiado pela empatia ao compreender uma determinada realidade, podendo a produção resultante ser acolhida inclusive como uma denúncia. Com mais frequência, isso se materializa quando se trata dos estudos sobre as condições de vida das minorias, dos estigmatizados, dos marginalizados, ou de grupos populares. O pesquisador, nesses casos, termina por ocupar uma posição de um intermediário entre a sociedade mais vasta e o grupo que estuda (CARDOSO, 1986; ZALUAR, 1986). Isso não vem a significar que ele seja porta-voz ou líder, ou ainda um representante, mas, ao fornecer manancial teórico e prático para aquela realidade, a partir de uma visão externa e instrumentalizada, o pesquisador pode vir a ser um aliado (ZALUAR, 1986).

Sob este foco, o desafio da vigilância epistemológica (SANTOS B., 1989) deve ser onipresente em toda pesquisa, principalmente quando o seu recorte empírico traz uma realidade familiar. Esta familiaridade pode ocorrer quando a instituição, onde a intervenção ou a prática a ser observada é o local de trabalho do pesquisador, ou quando o tipo de intervenção ou prática é a própria atividade do mesmo, ainda que a instituição escolhida não seja a de seu exercício. Quanto maior essa proximidade, maior deve ser a vigilância para que, no estranhamento do que é familiar, se ultrapasse o conhecimento inerente ao senso comum. Segundo Velho (2003:15), o pesquisador deve estar atento para *estranhar o que lhe é familiar* e se familiarizar com o que lhe é estranho. Propõe que se seja turista em sua própria paisagem, no seu próprio espaço, ou seja, uma criança a manifestar constantemente sua curiosidade do “*por que*” diante de qualquer detalhe, mesmo o mais trivial, o mais óbvio ou o mais recorrente. Há que se garantir um certo e cuidadoso distanciamento, o qual permite uma aproximação da “neutralidade” desejada, apesar da controvérsia quanto a sua existência, nos moldes como é proposta na metodologia positivista (CARDOSO, 1986).

Por estar entremeado de várias subjetividades, as relações entre pesquisadores e pesquisados podem se apresentar com nuances de autoridade, poder, disputa ou conflitos, resultando numa comunicação social que se materializa em momentos de omissões, distorções, *pausas, interrupções, proibições interiorizadas, constrangimentos e restrições ao dizer* (ZALUAR, 1986:119). Esta percepção norteadora pode ser tomada como um fator de proteção ao pesquisador quanto a um outro viés, muito comum em pesquisa qualitativa de cunho etnometodológico, que é o pesquisador “*cair no conto do “nativo”*”, ou seja, o pesquisado comportar-se ou dizer exatamente aquilo que ele acredita que o pesquisador espera, quer, precisa e deve ouvir (ZALUAR, 1986:119).

Quanto a esse viés, ou seja, o pesquisado satisfazer a expectativa do pesquisador, Becker (1994) traz à baila a questão da credibilidade do informante e de suas informações.

Chega a defender que, mesmo nos casos de alguma declaração defeituosa – quando há desvio da verdade ou omissão – deve-se interpretá-la como indicação de um ponto de vista muito peculiar do entrevistado sobre o tema em pauta. Por não ser consensual essa defesa de Becker, a posição de estranhamento do que parece óbvio, de se lançar mão constantemente do “*porque*” sugerido por Velho (2003), coloca-se como uma estratégia da vigilância epistemológica. Esta contribui no sentido de desvencilhar o pesquisador das armadilhas do método qualitativo, facilitando a compreensão do significado das ações humanas, ainda que a intimidade entre o sujeito e objeto, ambos com a mesma natureza, possa favorecer a deformação dos vieses (MINAYO; SANCHES, 1993).

Para se evitar o viés etnográfico no qual só os fatos sistematizados e fixos são registrados (ZALUAR, 1986), houve o cuidado de tudo se observar e se registrar, mormente o que causava estranhamento por fugir da rotina. No Caderno de Campo estão descritas em quais condições de rotina, ou excepcionalidade dela, os dados foram coletados e as entrevistas foram respondidas e gravadas, inclusive, o papel dos sujeitos, com a identidade preservada, mas referenciados em todo processo. Todas essas fases da pesquisa se articulam organicamente, tomando uma forma que as sintetiza, uma vez que *observar é contar, descrever e situar os fatos únicos e os cotidianos, construindo cadeias de significação* (CARDOSO, 1986:103).

Esta pesquisa se constitui em um estudo de caso exploratório (BRUYNE; HERMAN; SCHOUTHEETE, 1977) de um ambulatório psiquiátrico, tendo como unidade de análise a prática dos profissionais de nível superior que nele atuam frente à proposta de reorientação do modelo assistencial em saúde mental. Além do propósito de deslindar como funciona e os atores que nele exercem suas práticas, pretende-se sistematizar considerações teóricas sobre o seu funcionamento enquanto um serviço implantado numa unidade de alta complexidade na rede de Saúde Mental soteropolitana. É um estudo inicialmente observacional com desdobramentos sob forma de entrevistas, segundo os mesmos autores, buscando refletir sobre as atuais condições do funcionamento deste ambulatório psiquiátrico, identificando e especificando sua potencialidade e seus problemas, origens e conseqüências dos mesmos.

Na imersão no campo, na busca das informações, algumas bússolas foram utilizadas a fim de que não se perdesse o rumo do que deveria ser alcançado e se otimizasse o material encontrado e o tempo disponível para se dar conta de tal desafio. Logo adiante, estão descritas, mais minuciosamente, as técnicas e os instrumentos que nortearam todo o processo do “*como fazer*” desta produção.

4.1 ESTRATÉGIAS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

São dois os campos estratégicos que se desenharam de forma dinâmica e articulada para este estudo em análise:

- a) O campo do referencial-teórico - o levantamento na literatura escrita e eletrônica do que se tem abordado a respeito das categorias analíticas e empíricas, e que foi transversal a todo o processo do estudo.
- b) O campo da abordagem empírica – a garimpagem e análise dos fenômenos e das categorias empíricas previamente identificadas e as que surgiram no campo, às quais demandaram nova pesquisa teórica, indispensável para a interlocução final.

Desde outubro de 2006, quando se definiu este objeto do estudo, até a finalização do mesmo, o enfoque para a pesquisa teórica teve como objetivo construir o embasamento teórico-metodológico, principalmente no que tange às categorias analíticas já descritas e as empíricas que emergiram. As fontes de dados mais utilizadas foram: textos de revistas, livros, dissertações e teses, bem como os arquivos eletrônicos de bancos de dados. Estas fontes já constituídas subsidiaram com informações gerais e específicas, destacando-se: Bireme, Medline, Lilacs, Scielo, palestras, artigos, livros, anais e slides de congressos, conferências, seminários e fóruns, homepages, os documentos municipal e estadual sobre as ações em Saúde Mental e o documento do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Outras três fontes documentais de coleta de dados foram: 1) cópias de recortes de jornais de circulação estadual tais como A Tarde e Tribuna da Bahia das décadas de setenta e oitenta; 2) cópias de exemplares da Revista Baiana de Psiquiatria da década de setenta e 3) os documentos históricos que fazem parte do acervo do Memorial Juliano Moreira.

As fontes específicas foram constituídas pela pesquisadora, desde a sua entrada no campo. Forjaram-se na interação com o espaço físico, institucional e, principalmente, na interação com todos os sujeitos observados e entrevistados, segundo critérios previamente elaborados e adiante explicitados. Os sujeitos, principais e coadjuvantes, são os servidores ou os usuários da instituição, respectivamente, que estiveram nesta unidade, no período da sua imersão no campo. Entre as fontes específicas constituídas, está um instrumento de anotação de informações, de dados e de reflexões, que, nesta produção, será chamado de Diário de Campo. Nele estão as anotações do percebido pelos sentidos da pesquisadora, mas que

também traz as anotações de reflexões suscitadas pela imersão no campo, pela observação das dinâmicas e das relações e práticas sociais e pela interação com os sujeitos encontrados.

O trabalho de campo da presente pesquisa foi realizado no Ambulatório Psiquiátrico do Hospital Juliano Moreira (HJM), situado na capital baiana, a unidade especializada em tratamentos de transtornos mentais mais antiga, a de maior porte, a mais conhecida e a mais hipercomplexa das que compõem a rede do SUS, atendendo a população de poucos ou nenhum recursos financeiros (SILVEIRA, 1986), usuária do Sistema Único de Saúde, no Estado da Bahia. A coleta de dados desenvolveu-se em duas etapas, utilizando-se as técnicas de: 1) Observação Direta e Participante e 2) Entrevistas com um questionário semi-estruturado e outra com um roteiro aberto (APÊNDICES 1,2,3).

4.1.1 OBSERVAÇÃO DIRETA E OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

O período total de imersão no campo aconteceu de agosto de 2008 até junho de 2009. A primeira fase da pesquisa em campo, quando a Observação Direta e Participante ocorreram mais intensamente, foi de agosto a dezembro de 2008. Nesse período, a pesquisadora esteve nos turnos matutinos e vespertinos, nos horários de funcionamento do Ambulatório, ora circulando em todo HJM e ora sentada em qualquer uma das várias salas de estar, juntamente com os usuários. Quando chegava à instituição antes das sete horas da manhã, aguardava com eles - na área externa coberta que antecede a porta principal de acesso para a Emergência e o Ambulatório - a distribuição das fichas e o momento no qual eles poderiam entrar no Ambulatório, para serem atendidos, receberem medicação, ou marcarem consultas. Nesse local, vendedores de lanche, café e cigarros permanecem nos dois turnos, suprimindo a necessidade de comer ou de fumar dos usuários externos e dos internos estabilizados que podem circular livremente por toda a unidade. Alguns desses vendedores são conhecidos de todos e a todos conhecem porque já trabalham naquele ponto há mais de 20 anos.

Após a abertura do portão, a Observação e o contato ocorriam nas salas de espera, nos corredores e nas áreas de circulação aberta que circundam e cortam internamente o prédio principal e os módulos da Internação. Nesses momentos, a pesquisadora, além de observar as atitudes e escutar os servidores e usuários nas suas conversas com seus pares, interagia com eles questionando-os sobre as suas impressões a respeito da unidade e do seu funcionamento. Deles, ouvia informações sobre o objeto investigado quando interrogava, ou quando eles

falavam espontaneamente. Frequentemente os entrevistados traziam outros assuntos, principalmente relativos aos problemas familiares, financeiros, desemprego, experiências religiosas, resultado do último jogo de futebol, o juiz que roubou, a última tragédia, ou outros, que eram compartilhados pela pesquisadora e outros servidores ou usuários que estivessem mais próximos.

Nas primeiras semanas, observou-se mais detalhadamente o espaço físico do imóvel, bem como dos variados serviços que nele são oferecidos, com a finalidade de se familiarizar com o todo, descobrindo suas características, sua dinâmica e suas correlações externas e internas. Esse mergulhar foi se dando aos poucos, na medida em que os sujeitos da pesquisa, principalmente os técnicos de nível superior, permitiam o aprofundamento do contato, de sorte que se partiu da visão macro para a segmentar, da visão geral para específica, do HJM em geral para os técnicos e para a rotina do Ambulatório de Psiquiatria daquela unidade. Além de revelar o campo de forma mais abrangente, a Observação Direta e a Participante favoreceram a aproximação com os funcionários da unidade que, quando familiarizados com a pesquisadora, abandonaram as resistências iniciais e conversavam sobre as questões internas com pouca ou nenhuma reserva.

Obedecendo aos parâmetros éticos, a pesquisa foi apresentada ao Gestor do HJM que, gentilmente, atendeu à solicitação da pesquisadora, e a apresentou ou a encaminhou a vários dos coordenadores que contribuíram com suas informações e permitiram o acesso e a observação de seus setores e dos demais servidores. Ao fazer a apresentação, ele identificava a pesquisadora como médica e, no decorrer do processo de coleta de dados, é interessante marcar que os entrevistados, quando não sabiam, sempre perguntavam, como se tal informação creditasse uma prerrogativa, não verbalizada, de ser atendida, já que é uma instituição de saúde e o profissional médico ainda ocupa uma posição de destaque no seu quadro. Traçando uma comparação, vale destacar que, em uma vivência de campo numa unidade de saúde na qual entrevistou 112 usuários de uma Policlínica do SUS, do Serviço de Homeopatia, apenas um dos entrevistados perguntou-lhe sua profissão, quando soube qual o objetivo da pesquisa (MONTEIRO D., 2005).

Percebem-se aí, duas formas de comportamento dos sujeitos de uma pesquisa: na primeira, os informantes tiveram curiosidade de saber o que queria a pesquisadora, do que se tratava a pesquisa. No segundo grupo, além de querer saber o mesmo, os técnicos reivindicavam saber quem era o sujeito que pesquisava. Ou seja, de qual lugar de saber progresso vinha o desejo de saber sobre eles. Tal diferença pode ser explicada pelo nível de

escolaridade dos entrevistados e pela inserção da pesquisadora no ato da coleta de dados. O grupo do primeiro trabalho tinha até o segundo grau de escolaridade, sendo que a maioria tinha primeiro grau incompleto e a pesquisadora estava com eles sentada na sala de espera (MONTEIRO D., 2005). No segundo grupo, todos tinham nível superior e a pesquisadora tinha liberdade de transitar pelo Hospital Juliano Moreira como se fosse alguém do serviço.

Sabendo-se que a Observação, seja Direta ou Participante, é uma construção de mão dupla, como já se percebeu acima, não só a pesquisadora faz observações e as interpreta, mas certamente que o mesmo ocorre com os sujeitos do campo em relação a ela, o fato de ter sido apresentada pelo gestor local já facilitou o acesso aos vários setores e diminuiu o estranhamento inicial, que causa a presença de uma pessoa desconhecida ao serviço, em qualquer repartição. Mesmo com esses pontos favoráveis, ser apresentada pelo Gestor e ser profissional da área e médica de formação, houve um período no qual alguns servidores ficavam observando a pesquisadora e seu momento de coleta de dados. Certamente, que esta circulação demandou a curiosidade sobre a nova personagem.

Outros, mais desinibidos, dirigiam-se a ela e tiravam as suas dúvidas sobre o que ela fazia, para que era e quanto tempo duraria, por que tinha escolhido o HJM, etc. Devido o tempo de permanência no campo, a pesquisadora foi, de certa maneira, envolvida com a dinâmica do HJM e seus usuários dos diversos serviços. Quanto a isso, vale registrar os vários episódios de abordagem deles, solicitando informações sobre localização e marcação de exames, perguntando onde era a dispensação de medicação ou curiosos em relação ao que se anotava eventualmente.

Embora se fosse privilegiando alguns aspectos em cada visita, a observação contínua da estrutura, da dinâmica do ambulatório psiquiátrico, das atividades dos técnicos e do comportamento dos usuários do HJM, ocorria em cada ida ao serviço. Todas as observações foram regularmente anotadas por ordem cronológica (turno, dia e data), constando o setor ou ambiente observado. O Caderno de Campo recebeu informações dos detalhes que foram percebidos sobre a sala de espera, sobre os diversos serviços oferecidos, a demanda reprimida para os serviços do HJM, as filas dos guichês, horários de marcação, a clientela, suas reações, os seus comentários e depoimentos espontâneos ou motivados, que se sucederam no período de presença no campo no campo.

Por não serem meramente descritivos, os registros revelam um certo nível de percepção das subjetividades dos sujeitos envolvidos, seja do sujeito pesquisador, como também dos sujeitos observados e ouvidos. Entre todos eles, havia os que ocupavam o foco principal e o foco secundário. O foco direcionado aos *sujeitos coadjuvantes* iluminou os técnicos de

enfermagem, os usuários do serviço e todos os outros sujeitos que foram observados e ouvidos no período de trabalho de campo. O foco principal incidu sobre os *sujeitos da pesquisa*, ou seja, todos os técnicos de nível superior que trabalham no Ambulatório do HJM. Esses sujeitos⁴¹ se constituíram numa fonte inesgotável de dados, seja pela oralidade, comportamento ou gestos (GEERTZ, 1989; GOODWIN.; DURANDI, 1997). Logo, todas as informações coletadas, no período de imersão, são multifacetadas de percepções e de potencialidades interpretativas.

As diversas vezes em que a pesquisadora esteve no HJM, e mais especificamente no Ambulatório, fizeram com que a mesma tivesse uma noção aproximada da aglomeração dos que estariam aguardando para as consultas, ou do tamanho das filas que se formavam nos guichês a cada manhã. Poucas foram as vezes em que se surpreendeu com um número de usuários abaixo do esperado. Pode relatar, sem estar incorrendo em equívoco, que em apenas duas manhãs estranhou a ausência do robusto aglomerado desses *sujeitos coadjuvantes*. Ambas aconteceram no mês de maio de 2009, quando sobre a cidade se abateu um temporal com muitas inundações e alagamentos, céu nublado o dia inteiro, dificultando o deslocamento da população mais empobrecida do município. Nesses dois dias, foram otimizadas as aplicações do questionário de rastreamento para o delineamento do perfil dos sujeitos informantes, os *sujeitos principais* ou informantes chaves da pesquisa.

Nos onze meses de campo, não foram observados momentos de tensão ou hostilidade entre a pesquisadora, os observados e os entrevistados do HJM. Na proporção em que o tempo ia passando, aumentava o nível de entrosamento e algumas conversas mais pessoais eram ouvidas pela pesquisadora. Alguns sinais de acolhimento e familiaridade se expressaram quando um dos técnicos providenciou sua inscrição no refeitório do hospital para ter direito ao almoço; quando lhe era facultado beber água na copa dos servidores; quando partilhavam com ela o cafezinho que é servido na metade de cada turno; quando transitava por toda unidade, utilizando um crachá de identificação, conversando e sendo reconhecida, sem nenhum constrangimento. Por ser um estudo de cunho etnográfico, a pesquisadora procurou interagir com toda equipe do HJM, principalmente do Ambulatório, observando, questionando, acompanhando ou participando discreta, ou mais interativamente, de todas as atividades surgidas por iniciativa de funcionários ou de estudantes do curso de Residência de Psicologia e que lhes foram facultadas.

⁴¹ Vide sub-Capítulo 4.4.

Vale pontuar que, nesta interação, ocorreram duas intervenções nas quais a pesquisadora, em Observação Direta e Participante, teve uma atuação, que pode ser classificada como *Participação Observante*, conforme explicitado por Zaluar (1986). Cronologicamente, a primeira delas foi ter cedido cópias de seu arquivo pessoal, organizado para o doutoramento - de documentos, teses, dissertações e artigos de jornais antigos e da Revista Baiana de Psiquiatria, das décadas de setenta e oitenta, que fazem menção do Hospital Juliano Moreira e da crise da Psiquiatria - para serem reproduzidas e disponibilizadas pelo arquivo do Memorial Juliano Moreira. A outra foi ter trazido uma informação sobre o funcionamento do Grupo de Recepção do Instituto Municipal Phillipe Pinell, no Rio de Janeiro, vivenciada no primeiro semestre de 2008, antes de entrar na fase de no HJM, quando ali fez uma Observação Participante, a qual foi incorporada pelos técnicos que fazem o acolhimento no HJM, conforme será narrado no sub-capítulo 5.3.2.

4.1.2 OS INSTRUMENTOS, AS ENTREVISTAS E OS ENTREVISTADOS

No período de janeiro a junho de 2009, ainda que permanecendo em coleta de informações fruto das Observações Direta e Participante - técnica transversal a todo processo empírico - foi privilegiado a busca de informações através das entrevistas com 46 técnicos de nível superior cuja atividade se relacionava diretamente com o Ambulatório. Para a primeira entrevista, foi criado o QUESTIONÁRIO DO PERFIL/ROTINA DO TÉCNICO DO AMBULATÓRIO (QPRTA), que foi aplicado de janeiro a abril de 2009.

O critério de inclusão dos entrevistados foi principal: todos os técnicos de nível superior que estavam lotados no Ambulatório do HJM, no período das entrevistas, excetuando-se aí, uma farmacêutica que estava em licença-saúde, por tempo indeterminado, e dois técnicos que se recusaram a participar das entrevistas⁴². Este critério foi adotado para que se pudesse traçar, com o universo mais representativo das diversidades que formam esse mosaico, o perfil dos técnicos de nível superior daquele serviço. Com este questionário (APÊNDICE 1), buscou-se descrever as características dos entrevistados, ou seja, todo e qualquer funcionário de nível superior lotado e na ativa naquele setor. O QPRTA foi constituído de 52 questões: 50 divididas em quatro blocos e mais 2 fora dos blocos, que subsidiaram, com informações

⁴² Mais detalhes sobre os dois técnicos no Capítulo 5.

complementares, a escolha do entrevistado para a etapa seguinte. As questões básicas do QPRTA procuram dar conta das seguintes informações:

- I. IDENTIFICAÇÃO – gênero, idade, raça/cor, naturalidade, procedência, estado civil, religião, renda mensal bruta no HJM e o impacto da renda mensal bruta do HJM na renda mensal bruta total;
- II. TRAJETÓRIA PROFISSIONAL – profissão, cargo que ocupa, tempo de graduação, vínculos empregatícios, frequência anual em atividades científicas, publicações, vida docente, de militância, tempo de atuação em saúde mental, em hospital psiquiátrico, em ambulatório psiquiátrico e em CAPS;
- III. COTIDIANO DA PRÁTICA NO AMBULATÓRIO PSIQUIÁTRICO – dias e turnos de trabalho no ambulatório psiquiátrico, atividades semanais individuais/coletivas/multiprofissionais, média/semanal de atendimento, novos /retornos, encaminhamentos, problemas da clientela, dificuldades da rotina, tempo médio de tratamento no ambulatório;
- IV. CONHECIMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL X PRÁTICA AMBULATORIAL – o conhecimento da Política Nacional de Saúde Mental e seus sucedâneos estadual e municipal, conhecimento da Reforma Psiquiátrica, a influência delas sobre a rotina do ambulatório, a relação das atividades do ambulatório com o território.

A penúltima questão deste questionário era aberta e auxiliou na percepção de qual é o interesse e/ou a referência mais atual do entrevistado na sua área de atuação, que ele leu ou estava lendo. Já a última funcionou como rastreadora para se detectar se o profissional teria interesse ou se e quando estaria disponível para a outra etapa da pesquisa. Foram 46 os técnicos que responderam o questionário, sendo que 41 eram lotados no Ambulatório; sendo 4 coordenadores de setores além do Gestor do Hospital Juliano Moreira. Dos 46 entrevistados, 70,7% (29) aceitaram ser entrevistados na segunda fase da pesquisa. Entretanto, devido aos critérios metodológicos, houve uma seleção e apenas 23,9% (11) preenchem os pré-requisitos. Logo, para 38 técnicos, só houve uma entrevista, a aplicação do questionário na primeira etapa. Quanto aos que declinaram a segunda entrevista, usavam como motivo o pouco tempo de trabalho no Ambulatório, o desconhecimento do serviço e sugeriam a pessoa que chefiava sua categoria ou setor, ou diziam-se tímidos e que não poderiam acrescentar mais nada ao que responderam na entrevista do momento.

Quando se tratou da entrevista gravada, foi utilizado um outro roteiro, o ROTEIRO DE ENTREVISTA GRAVADA (REG) (APÊNDICE 2). Com este instrumento foi realizada uma entrevista em profundidade e tudo foi registrado em fitas cassetes, através de um gravador, no período de abril a junho de 2009. O roteiro era composto de dez questões abertas, distribuídas em quatro blocos temáticos, que sondavam informações mais pessoais e específicas (APÊNDICE 3) sobre:

- I. PERCURSO PROFISSIONAL – a escolha da profissão e a capacitação até chegar em Saúde Mental e ao HJM;
- II. ROTINA DA PRÁTICA AMBULATORIAL – a prática, a satisfação no que faz, a organicidade do setor, os problemas de rotina e o que/como melhorar;
- III. CONHECIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (PNSM) - o que sabe, como conheceu ou por que não conhece o documento;
- III. IMPACTO DA PNSM NO HJM E NO AMBULATÓRIO – o quanto percebe de impacto da PNSM na rotina da prática ambulatorial.

Para controle pessoal, a fim de monitorar se a pergunta havia sido entendida e se a resposta do entrevistado tinha alcançado ou, pelo menos, tangenciado o objetivo essencial de cada tema, a pesquisadora trazia consigo instrumento (GASKELL, 2002), o qual denominou de Anexo do Roteiro de Entrevista Gravada (AREG) (APÊNDICE 3), o qual a orientava, e às vezes foi necessário explicitar, ao entrevistado, quais as informações que se buscava com aquela questão. Resumidamente, eis o que era imprescindível extrair do entrevistado:

I. PERCURSO PROFISSIONAL

Saber quais os eventos mais importantes que lhe conduziram à escolha da profissão e quais os percursos, cursos e escolhas, decisões que fez para estar atuando em Saúde Mental (Questões 1, 2).

II. ROTINA DA PRÁTICA AMBULATORIAL SEM INDUZIR A RELAÇÃO COM A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (PNSM)

Saber o que era motivo de prazer ou desprazer na sua prática diária no Ambulatório do HJM e se havia percebido alguma mudança na prática ambulatorial, com a data aproximada, sem induzir a relação com a PNSM, para observar se o entrevistado faz espontaneamente a relação. Se o profissional percebe sua prática integrada com as demais de outros setores e profissional. Se integrada, saber se a prática é norteada por um protocolo ou pela demanda do usuário ou pela potencialidade dos serviços da unidade ou pelo perfil do profissional. Saber sua opinião sobre quais as modificações que deveriam acontecer para sua realização profissional e quais contribuiriam para humanização e integralidade das ações voltadas para o usuário. (Questões 4-6).

III. CONHECIMENTO DA PNSM E A RELAÇÃO COM A PRÁTICA AMBULATORIAL

Saber seu conhecimento acerca dos três documentos (Política/Plano/Linhas de ações Nacional, Estadual e Municipal), nível de conhecimento e de onde/quem partiu a iniciativa para conhecer ou desconhecer cada um deles. E saber sua percepção sobre territorialização,

humanização, acolhimento, integralidade e como é percebida a concretização deles na rotina do Ambulatório do HJM (Questões 7-8).

IV. IMPACTO DA PNSM NO HJM/AMBULATÓRIO DA PNSM

Saber se há e quais são as intervenções multiprofissionais ou interprofissional na prática ambulatorial do HJM, se há reunião periódica entre os técnicos, discussão de casos e por que há, ou não. E saber se a proposta de mudança do modelo assistencial em Saúde Mental da PNSM teve algum impacto na rotina do ambulatório psiquiátrico do HJM, desde quando, como e por quê (Questões 9,10).

Para esta etapa, foram considerados os seguintes critérios de inclusão, sem hierarquias valorativas: 1) já terem sido entrevistados com o roteiro QPRTA; 2) um representante de cada uma das oito categorias profissionais atuantes no Ambulatório, quais sejam: Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social e Terapia Ocupacional; 3) que atuem, pelo menos, há dez anos no Ambulatório do HJM. A escolha do terceiro critério se sustenta no fato que a lei 10.216/2001 foi promulgada há 8 anos. Sendo esta o instrumento legal que ampara a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), logo, espera-se que, nesse intervalo de tempo, tenha ocorrido a implantação dos novos dispositivos e os antigos serviços, que fazem assistência aos portadores de transtorno mental, possam ter incorporado as novas diretrizes de funcionamento. A escolha de 10 anos é porque significa que o técnico entrevistado está em atividade no Ambulatório desde antes (dois anos) da implantação da PNSM, de sorte que ele pode falar com propriedade de quem está atuando, qual o impacto da PNSM, conforme demanda o Roteiro de Entrevista Gravada (REG).

Norteados por esses critérios, apenas 8 profissionais fariam parte do universo de entrevistados em profundidade, porém, entre os 46 que responderam o QTRPA, havia três técnicos de nível superior que ocupavam cargos de direção, cujas atribuições incidem sobre a organização, administração e o funcionamento do Serviço de Ambulatório do HJM, muito embora não estejam nele lotados. Além desses três coordenadores, no grupo dos 8, há um profissional que ocupa o cargo de coordenação, de sorte que, entre os 11 entrevistados, estão os que exercem a função de coordenadores: do Ambulatório do HJM, do Serviço de Psicologia, do Serviço Social e o Gestor do complexo HJM. Uma informação suplementar, mas que não foi incorporada como critério de inclusão, é que alguns desses técnicos, além de já estarem atuando há mais de dez anos no Ambulatório do HJM, têm a experiência de, pelo menos um ano, ter um vínculo em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Esse fato tem

a importância de que esses técnicos têm a experiência de como funciona um serviço substitutivo do novo modelo de atenção.

Facilitadas pelas Observações Direta e Participante, as entrevistas foram os elementos-chaves na apreensão das categorias que orientam esta produção. Elas contribuíram para que houvesse uma percepção mais abrangente e profunda dos vários aspectos que são explorados quando da análise das categorias empíricas. Estas técnicas foram escolhidas pois favorecem a apreensão das peculiaridades e características mais marcantes dos sujeitos e dos espaços institucionais (BECKER, 1994). Tem a conveniência metodológica de poder atravessar todo período de campo e acontecer concomitantemente à utilização de outras técnicas de coleta de dados. Favorece, também, a ampliação das categorias empíricas e a identificação e a incorporação de outros sujeitos no campo enriquecendo a pesquisa. Daí o porquê do número de entrevistados, nesta produção, chegar a onze e não ter se restringido em número às oito das categorias profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional do Ambulatório.

Para evitar transtornos operacionais para a pesquisadora e para os entrevistados, estabeleceu-se que as entrevistas, seja com o QPRTA (46 técnicos) ou com o REG (11 técnicos), fossem realizadas, preferencialmente, no consultório de atendimento do profissional no HJM. Quase todos os técnicos, quando convidados, agendaram um outro dia e turno para responder ao QPRTA, antes do início de suas atividades, enquanto o restante só pedia um tempo até atender o último paciente daquele turno. Quando a pesquisadora precisava se apresentar ao técnico, principalmente aos psiquiatras, para agendar uma entrevista, aguardava sentada, como se paciente fosse, e comunicava ao que parecia ser o próximo paciente a ser atendido que não se tratava de uma consulta, só agendamento de uma entrevista. As entrevistas do QPRTA (escritas) foram, preferencialmente, realizadas após o último paciente. Quando eram antes do primeiro, era num horário anterior, com folga, em relação à primeira consulta. As entrevistas do REG (gravadas), agendadas com muita antecedência, também, ocorreram após o término das consultas. Numa das aplicações do QPRTA, uma das psiquiatras solicitou que seu último paciente do turno matutino chamasse a pesquisadora, como é comum acontecer: o paciente que sai, chama o subsequente, por solicitação do facultativo (SILVEIRA, 1996), uma vez que as auxiliares de enfermagem ficam circulando. Ele saiu do consultório chamando como se fosse mais um paciente, causando estranhamento nos auxiliares de enfermagem e risos na entrevistada e entrevistadora pelo inusitado.

Por conveniência do informante, só uma entrevista foi gravada (REG) no consultório particular desse profissional, outras duas na Biblioteca do Memorial Juliano Moreira, obedecendo a sugestão do dia/turno escolhido pelo técnico, sem nenhuma interferência da

pesquisadora no aprazamento. Todas as entrevistas foram realizadas num ambiente privativo, com a porta fechada, no qual só o entrevistado e a entrevistadora estavam presentes. Mesmo as salas dos consultórios do Ambulatório Psiquiátrico não sendo um espaço neutro, não foi percebido algum constrangimento por parte do entrevistado, que, em nenhum momento, fizeram referência ao fato de estar retornando ou permanecendo no consultório, após seu expediente e com uma outra finalidade.

As entrevistas gravadas duraram, em média, duas horas e apenas uma delas durou duas horas e quarenta e cinco minutos. Duas ocorreram à tarde, uma na passagem da manhã para a tarde e o restante pela manhã. Podem ser caracterizadas como entrevistas individuais, em profundidade (GASKELL, 2002), um mergulhar etnográfico, que rastreou, através da linguagem e vivências peculiares de cada técnico de nível superior, as informações particulares, que se relacionavam com as categorias empíricas propostas. Percebeu-se que as perguntas permitiram uma certa liberdade de expressão, que variou conforme as características pessoais de cada entrevistado, no que tange à desenvoltura e, provavelmente, à interação com a pesquisadora no momento da entrevista, identificação com o tema e entendimento das questões propostas (JOHNSON, 1993), muito embora isso não tenha sido verbalizado, em momento algum, por nenhuma das partes.

4.2 A ANÁLISE DOS DADOS

O QUESTIONÁRIO DO PERFIL/ROTINA DO TÉCNICO DO AMBULATÓRIO (QPRTA) utilizado na primeira fase da pesquisa, muito embora esteja sustentado na proposta da metodologia qualitativa, propicia o aporte a dados quantitativos traduzidos em frequências (MINAYO; SANCHES, 1993), com vistas a caracterizar o perfil sócio-econômico e algumas características da rotina dos profissionais que atuam no ambulatório do HJM. Os dados foram organizados e quantificados através do programa SPSS 15.0 EVALUATION, buscando-se a distribuição de cada variável que compunha os itens distribuídos em quatro blocos de questões. Os resultados desse processamento no software geraram 88 variáveis, que após uma análise minuciosa, orientou uma seleção criteriosa, que estão sendo apresentados em tabelas e gráficos e reflexões, principalmente, nos Capítulos 5 e 6 desta produção. Quanto à entrevista em profundidade, todo conteúdo que estava armazenado nas fitas gravadas, através de um gravador portátil, foi transcrito em Word 2008 e posteriormente transferido e processado

através do software NUDIST (serial WNV1150-2563). Esses resultados serão analisados nos capítulos 6, 7, 8, 9 e 10.

Entendendo que a técnica de entrevistas individuais em profundidade era o meio que faria emergir as percepções e compreensões dos entrevistados em relação ao tema abordado (GASKELL, 2002), o produto dela demandou mais tempo e investimento interpretativo sobre seu *corpus*. Este, que materializa o espectro de percepções dos técnicos do HJM sobre o tema abordado, está registrado num documento constituído de 217 páginas digitadas (fonte Times Roman 12, espaço 1,5), organizadas segundo a sequência cronológica das entrevistas e a ordem das perguntas e respostas segundo o Roteiro de Entrevista Gravada (REG). Nele estão registrados os discursos que foram interpretados pela autora como a visão e a compreensão daqueles técnicos sobre o cotidiano do Ambulatório, suas práticas ali realizadas e como a Política Nacional de Saúde Mental tem influenciado aquela rotina.

Para fins de se buscar e refletir sobre as categorias empíricas no material coletado nas entrevistas, utilizou-se a técnica da Análise do Discurso sustentada nas impressões e reflexões das Observações Direta e Participante registradas no Diário de Campo. Discurso aqui entendido não como simples ato de fala, mas como *uma efetivação do dizer e do dito*, também entendido como, *lugar de constituição do sujeito e das formas lingüísticas com valor e força social, política, bem como do entendimento mútuo* (ARAÚJO I., 2004a:10-11).

A teoria da Análise do Discurso, baseada na sociologia da linguagem, parte do princípio que não há um sentido próprio numa palavra, numa frase ou numa expressão, mas que a formação discursiva expressa, de forma não declarada, as posições ideológicas dos que emitem o discurso (MINAYO, 2006). Esse discurso, partindo de pessoas inseridas em lugares institucionalmente reconhecidos - como o dos técnicos de nível superior do Ambulatório do HJM, informantes-chaves desta pesquisa - têm no seu dito o estatuto de enunciado, pois que ele só pode ser externalizado por aquelas pessoas que, em determinado contexto, ocupam uma posição, num lugar institucional, em meio a uma rede de informações (ARAÚJO I., 2004b).

O enunciado é um texto, o qual tanto pode ser uma palavra, uma frase, um documento ou um livro, que funciona como pretexto, de sorte que o explicitado tem o poder de ratificar a posição dos atores no campo (ARAÚJO I., 2004b), daí que a análise passa forçosamente pela compreensão do processo produtivo do enunciado (MINAYO, 2006). Isso demanda audições e leituras repetidas para que se deslindem as idéias centrais, a fim de que haja a emergência das categorias empíricas que, dialogando com o recorte da fundamentação teórica, possam dar conta do objeto que é tema e finalidade do discurso (MINAYO, 2006).

O texto, por ser polissêmico, acumula sentidos de discursos prévios, traz em si a potencialidade de múltiplas interpretações, na dependência do interlocutor, do leitor ou do analista e ainda do tempo e do contexto onde é elaborado e expresso. O texto, enquanto discurso formatado para fins de análise, um instrumento teórico-metodológico, mesmo se considerando os momentos de silêncio, possui três dimensões de argumentação sociologicamente determinadas e sustentadas na lingüística (MINAYO, 2006): a) relações de força – a posição social do locutor (pesquisador) e interlocutor (entrevistado); b) relação de sentido – a rede de relação entre o discurso analisado e vários outros não explicitados; c) relação de antecipação – cada falante antecipa em relação ao outro a previsão de uma reação.

A Análise do Discurso é uma técnica de análise essencialmente qualitativa, que localiza a informação no discurso do sujeito, aquele que traz suas representações e interpretações como uma produção social e, ainda que emprenhada pela participação do discursante, não se reduz ao indivíduo do discurso (REY, 2003). O discurso aqui analisado é construído na troca dinâmica da externalidade e internalidade de cada sujeito e de sua historicidade, percurso e momento de vida, sem perder de vista seu meio social. Com esta forma de análise, lê-se a partir do sujeito o contexto no qual o discurso foi produzido. Sujeito enquanto construtor, modificador e disseminador do discurso, assim como é construtor, modificador e dá sustentação ao seu contexto (REY, 2003). Logo, conforme pontuou o mesmo autor, analisando-se o discurso do sujeito, não só se descobre o contexto do discurso, que é também contexto do sujeito, o seu lugar social, mas também se descobre o sujeito como causa e consequência de seu próprio discurso. Assim, dadas a riqueza e a extensão do material coletado através do Caderno de Campo, do QPRTA e do REG a pesquisadora utiliza a prerrogativa metodológica da técnica de análise adotada para, dando voz aos sujeitos de sua escuta, colocar ao longo de seu texto, fragmentos de discursos, grafados em itálico.

4.3 OS ASPECTOS ÉTICOS

Mesmo que a ciência exija relatos francos e irrestritos (BECKER, 1994), toda investigação tem o compromisso ético de não causar danos aos entrevistados e à instituição. Não se deve perder de vista que uma pesquisa social está inserida num ambiente ético societal, com pelo menos quatro campos de abrangência, quais sejam (BRUYNE; HERMAN; SCHOUTHEETE, 1977): 1) o campo da demanda social - a atividade do pesquisador é

permitida, demandada e legitimada pelo sistema sócio-cultural da sociedade 2) o campo axiológico - nele circulam os valores sociais e individuais que condicionam a pesquisa científica 3) o campo doxológico – é o campo do saber não sistematizado, da prática cotidiana onde o método científico vai sistematizar seus problemas específicos e 4) o campo epistêmico – que é o campo do conhecimento científico.

Devido o tempo de atuação e a inserção profissional de quem a conduz, esta pesquisa se materializa numa realidade de ocupação avançada e privilegiada, tanto na capilaridade da rede quanto no aporte de informações oficiais públicas e privadas. Percebe-se que, tendo em vista o seu vínculo estatutário numa instituição municipal de saúde, no seu nível central, a pesquisadora transita nos espaços de saúde institucionais, onde estão o objeto e os sujeitos de sua reflexão, fato pouco comum nos processos de pesquisa. Tal peculiaridade demanda uma constante e severa *vigilância epistemológica* (SANTOS, B. 1989), cautela no documentar as observações e o que é refletido, dada a tênue linha que, neste caso, separa o que é coletado no processo de pesquisa e o que é conhecido de sua inserção laborativa na instância municipal, onde exerce as atividades de supervisão das unidades do antigo e do novo modelo de atenção em Saúde Mental e de representação institucional.

O segundo aspecto a ser considerado é o respeito à privacidade dos entrevistados. Pode-se garantir que foi cuidadosamente observado, tendo em vista que os nomes de todos os que foram observados e ouvidos estão mantidos em sigilo, ou quando for necessário, far-se-á o uso de nomes fictícios. O terceiro aspecto foi contemplado antes de cada entrevista, quando a pesquisadora informava aos técnicos de nível superior do ambulatório psiquiátrico, o que era e qual a finalidade da pesquisa, inclusive, mostrando os roteiros (APÊNDICES 1,2) que seriam utilizados. Sob demonstração de entendimento do que lhes fora explicado, era garantido a eles total privacidade de sua identificação e era-lhes perguntado se eles poderiam participar da segunda entrevista e se permitiam que ela fosse gravada.

Aqueles que passaram pela segunda entrevista (APÊNDICES 2,3) também receberam renovadas informações sobre a pesquisa e a garantia da privacidade de sua identificação. O quarto aspecto observado, mas não detectado em qualquer das entrevistas, foi tentar perceber algum indício de retraimento, constrangimento ou desconforto em relação aos itens questionados. O quinto aspecto foi documentar o compromisso ético da pesquisa, de sorte que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES 4,5) foi assinado em duas vias, sempre no início de cada entrevista, sendo que a original ficou com o entrevistado e a segunda via, com a pesquisadora.

Em consonância com os parâmetros do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que normatiza a realização de pesquisas em seres humanos, esta pesquisa, bem como os seus instrumentos metodológicos e os seus anexos foram apresentados ao Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA, sob número FR- 168287; 062-07/CEP-ISC e aprovados em 18/12/2007. Tais procedimentos estão em consonância com as resoluções 196/96 e 251/97 que versam sobre esta matéria (GOLDIN apud, VICTÓRA *et al.*, 2000). Os informantes foram escolhidos com base em duas pré-condições (VICTÓRA *et al.*, 2000): 1) enquadram-se nos pré-requisitos já elencados no sub-capítulo que versa sobre procedimentos e técnicas para coletas; 2) aceitaram voluntariamente participar da pesquisa e 3) autorizaram, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3), a pesquisadora a proceder à entrevista e utilizar as informações coletadas em outras produções, sob condição de seus verdadeiros nomes permanecerem incógnitos.

4.4 OS LIMITES METODOLÓGICOS

A literatura tem apontado que qualquer escolha de objeto ou de abordagem, por mais que pretenda ser neutra, estará sempre contaminada por determinações subjetivas de quem investiga e dos informantes (WAX, 1993). Bem como, dependerá do tipo de relação que é construída em cada entrevista, cuja finalidade é facilitar o surgimento de informações acolhidas como verdadeiras, a partir das representações dos informantes (JOHNSON, 1993).

Mesmo que não tenha se constituído como um obstáculo à coleta de dados ou um comprometimento da qualidade das informações, é interessante elencar alguns acontecimentos que poderiam ter tido efeito negativo sobre a qualidade do trabalho de campo e repercutir nos resultados, podendo ser encarado potencialmente como vieses: 1) o percurso e a atuação profissional da autora em Saúde Mental e 2) a relação intersubjetiva dos sujeitos, tanto da pesquisadora como dos pesquisados.

O fato de ter vinte e sete anos de atividade na área médica e em Saúde Mental, principalmente em ambulatório psiquiátrico, propicia uma certa familiaridade com o objeto que, não vigiada, poderia conduzir a uma coleta de dados menos minuciosa, menos detalhista e baseada na experiência pregressa. Entretanto, ao se escolher uma unidade que nunca foi local de trabalho, de exercício da profissão, atenua-se a intimidade com o objeto, facilitando o esforço consciente de estranhamento do mesmo, a fim de que fosse captado, sob um olhar

metodologicamente instrumentalizado, o que era genuinamente do entendimento dos profissionais entrevistados (SANTOS. B; 1989; 2000). Em contrapartida, a mesma familiaridade com o objeto, no que tange a sua rotina, sua dinâmica de funcionamento e as dificuldades que lhe são comuns, favoreceu a elaboração dos instrumentos de coleta de dados, assim como a percepção e as análises a partir de um lugar privilegiado, com um tempo razoável de prática em serviço. É esperado que isso permita uma abordagem teórica e empírica mais profunda, mais abrangente já que é embasada e confrontada com a experiência refletida na interlocução com os autores citados.

Quanto à segunda possibilidade de limite metodológico, o que diz respeito à relação intersubjetiva dos sujeitos envolvidos na pesquisa, sabe-se que a ausência de neutralidade, por conta dos processos intersubjetivos de quem investiga e dos informantes (WAX, 1993), pode se constituir numa fonte em potencial de viés nas pesquisas qualitativas. No entanto, isso não significa que venha a se tornar num entrave para a relação que é construída em cada entrevista (JOHNSON, 1993). O período de onze meses de campo permitiu uma certa aproximação com o HJM e com alguns servidores, tendo havido oportunidades em que usuários solicitavam informações como se a pesquisadora ali trabalhasse. Do mesmo modo que, havendo recebido a autorização de fazer as refeições na unidade, várias vezes dividia a mesa com outros funcionários e entabulava conversas, buscando informações ou apenas ouvindo os comentários, as brincadeiras entre colegas, as opiniões sobre o que ocorria na cidade, no país, no mundo ou no complexo estudado.

A imersão por quase um ano e mais o tempo de atuação da pesquisadora na área de Saúde Mental contribuíram para que, no universo de servidores e usuários observados e entrevistados, houvesse encontro com alguns que já tangenciaram a vida da mesma no seu percurso acadêmico desde o primeiro grau, no percurso profissional e de militância, ou em outros setores de sua vida social. Tal fato não veio a se constituir como um impedimento, por dois motivos: primeiro, que a maioria desses servidores e usuários já conhecidos fazem parte daqueles que foram observados e ouvidos como informantes secundários, os sujeitos coadjuvantes; o segundo motivo foi que a utilização dos roteiros de entrevista (APÊNDICES 1, 2 e 3) serviram como baliza orientando a coleta das informações, auxiliando no direcionamento dos possíveis desvios ou ruídos na comunicação que podem ocorrer numa interação comunicativa (THOMPSON, 1999).

O tempo de permanência no campo e a mudança de fase da pesquisa, sem que a primeira tivesse sido esgotada foram decididos pela pesquisadora, a qual observava que o tempo de permanência no campo não se colocasse como um limite metodológico. Foram

considerados como sinais de saturação de permanência no campo, episódios que começaram a ocorrer a partir de abril de 2009, tais como: ao passar pelo relógio de ponto às 08:00h, uma funcionária do SAME, após cumprimentar, dizer sorrindo na escada que dá acesso para o ambulatório: “*você está parecendo que já é funcionária daqui*”; quando a servidora da Biblioteca já trazia um cafezinho, que era privativo dos funcionários do setor, sempre que a pesquisadora estava em seu setor; quando as recepcionistas dos diversos setores a cumprimentavam sem estranhamento, perguntando pelo seu fim de semana; quando a roupa que ela vestia era notada e havia comentários de algumas servidoras, sobre as cores que ela mais usava; quando os internos em remissão, que circulavam no complexo, se dirigiam a ela como a *doutora* e lembravam que já tinham conversado consigo em outra oportunidade.

Esses acontecimentos foram de suma importância para que o processo de entrevistas fosse adiantado e fosse possível o desligamento definitivo do campo, a fim de que se evitasse o comprometimento das informações coletadas e se adiantasse a fase de análise, conforme pode ser acompanhado a partir das próximas páginas.

No próximo capítulo, o leitor será conduzido através das informações que descrevem a historicidade da instituição e narram a experiência do estar entranhada e refletindo sobre a instituição, onde os sujeitos dessa pesquisa realizam suas práticas profissionais.

CAPÍTULO 5

O COMPLEXO DE SAÚDE MENTAL JULIANO MOREIRA

O Juliano, isso aqui é uma riqueza.
NAIMA.

Quando o novo serviço foi inaugurado, no início dos anos oitenta, todo complexo recebera o nome de Centro de Saúde Mental de Narandiba (SILVEIRA, 1996); no entanto, a antiga denominação do serviço já estava entranhada no imaginário dos servidores, pacientes e da população baiana em geral. Era tão fortemente enraizada que, só na memória dos documentos da época ou nas produções com dados históricos, existe a nova referência. Na fala dos usuários ou na dos profissionais que nele exercem suas atividades, este complexo de atenção à saúde especializada é conhecido, antes de tudo, como o Hospital Juliano Moreira (HJM). No imaginário baiano, esse complexo é visto apenas como um hospital de Psiquiatria ou “*hospital que trata de doidos*” ou “*para loucos*”, sendo tal referência uma simples metonímia, pois que toma a parte pelo todo⁴³. Esse tipo de visibilidade se ancora no fato de ter sido um serviço de implantação antiga, produzindo um senso comum, construído historicamente, que restringe a percepção global do que se constitui essa unidade. Não importando para quais de seus setores esteja sendo encaminhado, os usuários, não muito diferente de boa parte de seus servidores, sempre se referem ao personagem homenageado que dá nome o hospital.

Com base no que foi observado no trabalho de campo, do que foi coletado e ouvido, foi possível perceber alguns sinais reveladores do quanto a relação com o HJM e o tratamento ambulatorial são marcados por significados e sentidos contraditórios (JUCÁ, 2003), os quais suscitam sentimentos da mesma ordem. Utilizar o nome do complexo, ao invés do serviço que nele funciona e para o qual se dirige, revela que a grande maioria dos usuários não tem noção do universo de serviços e setores em funcionamento naquele hospital, os quais ficam eclipsados pela finalidade que lhe deu origem, ou seja, a Internação. Também, é importante dar ênfase que, ao se localizar no Hospital Juliano Moreira um tratamento psiquiátrico ou psicoterápico, contribui-se para tornar patente ao interlocutor a denotação de gravidade, a premência de uma resposta imediata, à demanda realizada pelo usuário ou por outrem. De um

⁴³ Com base na rotina que a autora compartilhou no período de campo, pode-se dizer que, geralmente, ocorrem duas metonímias (relação de interdependência, contigüidade, proximidade): uma quando se chama de hospital todo o complexo: *Vou pegar medicação no Hospital Juliano Moreira* (a parte pelo todo) e quando se refere à unidade apenas como “Juliano Moreira”: *Trabalho no Juliano Moreira*” (o homenageado pela unidade).

lado, essa posição funcionaria, em alguns casos, como uma possibilidade de atribuição de uma função social, ao se assegurar uma identidade social, uma auto referência reconhecida pelos pares (SPINK, 1992; KIRMAYER; TRANG; SMITH, 1988; 1995; RABELO; ALVES, 2000). Entretanto, dialeticamente, a motivação pelo reconhecimento, por conseguir a aceitação social - que age como força centrípeta, que atrai, dá justificativa e valor por se estar incluído naquele marco histórico do tratamento psiquiátrico baiano – por outro lado, funcionaria como força centrífuga, de afastamento, de exclusão. Isto justificaria, em muitos casos, a rejeição de ali estar em acompanhamento especializado, uma vez que esse processo está entranhado de uma conotação estigmatizante, significando ser portador de um transtorno mental que, por estar em tratamento naquele espaço, será considerado muito grave. Preservando-se de uma rejeição e de um preconceito que marginaliza (AMARANTE, 1997), alguns usuários não mencionam onde se tratam e outros recusam o tratamento em qualquer um dos serviços dali, ou que seja realizado por qualquer um técnico, ainda que não pelo psiquiatra, caso sua intervenção profissional se dê no Hospital Juliano Moreira.

Já os trabalhadores da unidade, contaminados ou não pelo linguajar dos usuários, vivenciaram ou ouvem relatos da tradição histórica do hospital no cenário baiano e brasileiro, preservada em artigos, livros e eletronicamente no Memorial Juliano Moreira, desde 2004. Mas tanto os usuários como aqueles que prestam serviço na unidade, quando indagados, explicam que fazem menção do todo como *o hospital*, porque é o primeiro nome que lhes vem à mente e pelo valor simbólico e técnico que tem a palavra *hospital* na hierarquização na rede, na complexidade na assistência à saúde e pela facilitação da logomarca e da abreviatura do HJM, as quais simplificaram, terminando por reduzir em hospital todo o complexo (SILVEIRA, 1996), valorizando cada vez mais este significante⁴⁴. Neste capítulo, sob o recorte que permitem a metodologia e os objetivos adotados nesta pesquisa, inicialmente há um breve relato histórico, do final do Século XVI até este início do Século XXI, com a finalidade de trazer algumas informações históricas sobre o Hospital Juliano Moreira. Destacam-se, nesse percurso historiográfico, algumas das inúmeras vicissitudes que o complexo atravessou; algumas informações sobre o médico afro-brasileiro que lhe emprestou o nome; até mostrar um retrato atual da instituição e de como vem funcionando, este que é o serviço mais complexo em Saúde Mental na Bahia. Em seguida, serão apresentados, em

⁴⁴ Significante é um conceito retirado da lingüística, uma contribuição de Saussure, no início do Século XX. Aquele defendia que a unidade lingüística denominado de signo lingüístico é composto por duas partes: o *significante* (S - a imagem acústica) e o *significado* (s - o conceito) (SAUSSURE, 1999). Segundo o citado lingüista, há uma autonomia do significante para com o significado, o que permite as substituições presentes na metáfora e na metonímia (AZEREDO, 1999; ARAÚJO I., 2004a). Isso é possível porque *o signo lingüístico não une uma coisa e uma palavra, mas um conceito e uma imagem acústica* (ARAÚJO I., 2004a:30).

destaque, alguns relatos, frutos das Observações Direta e Participante, no período em que a autora esteve imersa no complexo de assistência em estudo.

5.1 O HOMEM QUE TRADICIONALIZA E IMPLICA SEU NOME

O Professor Juliano Moreira (1872 –1932)⁴⁵ nasceu em Salvador, na Freguesia da Sé, a poucos metros do atual bairro do Pelourinho. Mestiço, nasceu dezesseis anos antes da abolição oficial da escravatura no Brasil. Era filho do português Manoel do Carmo Moreira Junior, que trabalhava como inspetor de iluminação pública, e da brasileira afro-descendente Galdina Joaquim do Amaral, que era doméstica na casa de Adriano Gordilho, o Barão de Itapuã, o qual veio a se tornar seu padrinho e seu grande incentivador.

Extraordinariamente precoce em seu percurso acadêmico, aos quatorze anos (1886) já era aluno da Faculdade de Medicina da Bahia, berço do ensino médico no Brasil, tendo chegado ao fim da vida dominando os idiomas francês, inglês, italiano e o alemão. Aos dezoito anos (1890), cursando o quinto ano, foi interno da Clínica Dermatológica e Sifiliográfica. Aos dezenove anos, finaliza o seu curso e, logo após sua formatura (1891), apresenta a tese "*Sífilis Maligna Precoce*", produção que o tornou referência mundial no campo de conhecimento da sífilis. Clinicou, num curto espaço de tempo, na Santa da Casa da Misericórdia, sendo médico-adjunto do centenário serviço filantrópico que hoje é denominado Hospital Santa Isabel.

Em 1894, submeteu-se ao concurso na faculdade onde se graduara para professor da 12ª seção, que compreendia as doenças nervosas e mentais. Submeteu-se a uma banca examinadora, composta, em sua maioria, de professores declarados escravocratas, sendo a Faculdade de Medicina tinha fama de racista. O evento mobilizou o mundo acadêmico baiano de então e todas as provas foram acompanhadas com a presença maciça dos estudantes e de outras pessoas que lotaram o salão daquela que era considerada *a área nobre da faculdade*. O concurso foi realizado seis anos após a Lei Áurea⁴⁶ ter sido assinada e três anos após a promulgação da primeira Constituição do Brasil republicano. Semanas depois, em dezesseis

⁴⁵ Todas as informações bibliográficas e de datas, nomes e fatos históricos contidas neste capítulo, não referenciadas, foram coletadas principalmente do site www.memorialjulianomoreira.ba.gov.br/Instituição.asp - acessado em 07/10/09, às 10:00hs.

⁴⁶ Segundo Vicentino e Dorigo (1997), ao invés de ter sido uma conquista do lento processo abolicionista brasileiro, a Lei Áurea foi mais intensamente uma consequência do lento processo de decadência da escravidão.

de junho, é nomeado Professor e, em seu discurso de posse, o médico e Professor Juliano Moreira declarou⁴⁷:

Há quem se arreceie de que a pigmentação seja nuvem capaz de marear o brilho dessa faculdade. Subir sem outro borgão que não seja a abnegação ao trabalho, eis o que há de mais escabroso. Tentei subir assim, e se méritos tenho em minha vida este é um (...) Só o vício, a subserviência e a ignorância tisnam a pasta humana quando a ela se misturam (HJM, 2009).

Naquele mesmo ano, inicia-se na clínica dos alienados como assistente da cátedra de Clínica Psiquiátrica e de Doenças Nervosas, liderando, naqueles anos, o movimento de professores e médicos que viria a se tornar a Sociedade de Medicina e Cirurgia e de Medicina Legal. Contrapunha-se às idéias evolucionistas daquela época, as que implicavam a raça negra, no que tange à inferioridade da mestiçagem, e aqueles que enxergavam os fatores climáticos dos trópicos como etiopatogênicos de várias doenças, incluindo-se as doenças mentais. Minoritário em sua posição, mas obstinado e questionador, ele contrariava tais pensamentos e sustentava que se deveria.

deixar os ridículos preconceitos de cores e castas e realizar um “trabalho de higienização mental dos povos”. Os verdadeiros inimigos das degenerações nervosas seriam a ignorância, o alcoolismo, a sífilis, as verminoses, as condições sanitárias e educacionais (HJM, 2009).

Foi um dos mais ativos e constantes profissionais do *Asylo São João de Deus*, hospital que, em 1935, passa a se chamar *Hospício São João de Deus*, quando um de seus pavilhões recebe seu nome e, décadas adiante, toda a unidade. Na virada do Século XIX, é um dos cientistas mais conceituados do país, membro de diversas sociedades médicas nacionais e no exterior, inclusive, da Academia Brasileira de Ciência. Nos anos subseqüentes, representa o Brasil em congressos internacionais, na qualidade de conferencista, além de ser presidente de vários deles. Em 1901, é aclamado como Presidente de Honra do IV Congresso Internacional de Assistência aos Alienados em Berlim. Dois anos depois, Juliano Moreira vai residir definitivamente no Rio de Janeiro, a Capital Federal, na função de diretor do Hospício

⁴⁷ www.memorialjulianomoreira.ba.gov.br/Instituição.asp - acessado em 07/10/09, às 10:00hs.

Nacional e da Assistência Médico-Legal aos Alienados Dom Pedro II, sendo responsável por grandes embates e mudanças na história da Saúde Mental no Brasil.

Mesmo lidando com oposições e desafetos, busca, com determinação e com tenacidade, recursos do governo, ampliando parcerias afinadas com seus propósitos. Entre as reformas materiais e éticas que empreende no Palácio Dom Pedro II, retira as grades das janelas das enfermarias, proíbe os coletes e camisas de força e recupera e constrói pavilhões. Implanta, no Pavilhão Seabra, um amplo e arejado prédio com equipamentos trazidos da Europa para fazer funcionar oficinas terapêuticas. O grande salão no pavimento superior passa a ser um local de cultura onde os encontros musicais atingem os corredores e chegam aos ouvidos dos pacientes, professores, cientistas e trabalhadores. Implanta oficinas artísticas, antecipando-se às terapias ocupacionais desenvolvidas algumas décadas depois pela sensível, criativa e inovadora psiquiatra alagoana Nise da Silveira⁴⁸. Entre as oficinas profissionalizantes, havia a de ferreiro, bombeiro, mecânica elétrica, carpintaria, marcenaria, tipografia e encadernação, sapataria, colchoaria, vassouraria e pintura.

Procurando estender esses avanços para outros asilos brasileiros, consegue que, em 22 de dezembro de 1903, o Decreto nº. 1132 do Presidente Rodrigues Alves sancione a resolução do Congresso Nacional que aprova a Lei Federal da Assistência a Alienados. Em 1907, passa a fazer parte do Instituto Internacional para o Estudo da Etiologia e Profilaxia das Doenças Mentais. Mobiliza apoio governamental e implanta, em 1921, o primeiro Manicômio Judiciário em todo continente americano.

Nutria um grande interesse pelos aspectos culturais da psiquiatria, denominada, na sua época, de Patologia Comparada e, atualmente, de Psiquiatria Transcultural. Caudatária exclusiva da escola francesa, a psiquiatria brasileira era uma cópia passiva da metrópole europeia, não considerando as diversidades culturais existentes, desafio enfrentado por Juliano Moreira, que conseguiu dar nuances antropológicas, ampliando o conhecimento com traços sócio-culturais brasileiros (HJM, 2009).

Caracterizou-se como um ferrenho crítico ao uso de termos pejorativos tais como: *maluco* e *doido*. Em defesa dos alienados, repetia sempre que a maioria dos doentes mentais estava fora dos hospitais e sanatórios especializados (HJM, 2009). Chegou ao fim da vida, no Rio de Janeiro, vítima de tuberculose, após várias tentativas de tratamento no Brasil e no exterior, principalmente, na Europa. Seu nome está tão intrinsecamente associado ao estudo e tratamento das doenças mentais, que, desde a década de quarenta, no século passado,

⁴⁸ Nise da Silveira, nasceu em 1905 e formou-se em 1926, na Faculdade de Medicina da Bahia. www.ccs.saude.gov.br/cinco.../nise_biografia.htm; acessado em 13/02/10, às 15:00hs.

contabiliza-se mais de uma dezena de instituições e pavilhões de hospitais psiquiátricos batizados com seu nome em todo Brasil (JACOBINA, 2001).

5.2 A TRAJETÓRIA DO HOSPITAL JULIANO MOREIRA

Bem antes de se tornar um campo de saber e intervenção sistematizado, a doença mental já foi abordada das mais variadas formas, inclusive, com níveis de atenção orientados pelo viés do econômico como se acontecer nas relações sociais, conforme analisou Foucault (2005). A instituição que primeiro abrigou os insanos e que até os dias atuais continua sendo o espaço tido, pelo menos pelo senso comum, mais adequado para eles são os hospitais especializados. Os hospitais, e mais especialmente o hospital psiquiátrico, têm sido objeto de estudos históricos e sociológicos (FOUCAULT, 1987; 2003b; 2005; GOFFMAN, 2005), devido a sua posição central na complexidade dos serviços de saúde (ADAM; HERZELICH, 2001).

No seu percurso histórico, os hospitais foram se transformando, na dinâmica rotineira e na finalidade de serviço ao longo dos séculos. Transmutaram de uma instituição beneficente, que providenciava alimentação, hospedagem e tratamentos médicos, quando necessário, chegando a se transformar em uma instituição de controle social (FOUCAULT, 1987; 2003b). Saiu de uma rotina de acolhimento, cuidado e reconhecimento do indivíduo para ser uma instituição totalitária, de reclusão, de isolamento, cujo impacto destrutivo sobre seus internos os descaracteriza e esvazia suas identidades, ou os faz criar uma identidade paralela, assim como ocorre nas prisões e nos mosteiros (GOFFMAN, 2005).

Semelhantemente ao que ocorreu na Europa, constatam-se no Brasil três fatos que trazem implicações históricas do ponto de vista da oferta, da qualidade da assistência à saúde, da consciência de direito da população, da consolidação do saber médico e do poder estatal (MACHADO R., et al., 1978). O primeiro é que as instituições e os cuidados hospitalares, no Ocidente, surgiram como iniciativa de ordens católicas religiosas. Quando foi criado na França, na Idade Média, era chamado *Hôtel-Dieu* (FOUCAULT, 2003c:99). Era um atendimento caritativo e religioso aos pobres e não, necessariamente, voltado para uma intervenção terapêutica, uma vez que os médicos pouco o frequentavam (FOUCAULT, 1987). Tendo a assistência médica surgido com a mesma finalidade filantrópica, no Brasil, mesmo 20 anos após a criação do SUS (Lei 8080/90) e 22 anos da promulgação da chamada *Constituição Cidadã*, alguns usuários ainda conservam uma certa passividade baseada na

idéia de que o atendimento no serviço público é *uma caridade* ou *um favor*⁴⁹, desconhecendo a extensão de seu direito de cidadania (FIRSS, 2009).

O segundo fato, referente à consolidação do saber médico, origina-se a partir do que é descrito por Foucault (1987), que os tratamentos hospitalares aos soldados feridos de guerra ou em treinamento para batalhas, nos Séculos XVI e XVII, propiciaram o aperfeiçoamento da intervenção médica, conduzindo da antiga para o que se considera hoje a medicina moderna. Em estudos sociológicos, autores como Foucault (1987) e Pinell (2005) creditam o surgimento das especialidades, enquanto área técnica, a partir das divisões hospitalares, como consequência da reserva de leitos ou enfermarias para as variadas patologias ou condutas terapêuticas (PINELL, 2005). O terceiro fato é que os hospitais psiquiátricos podem funcionar, e já funcionaram, em regimes políticos, abertos ou de exceção, como instrumentos de controle social, para punir, inativar ou isolar determinados indivíduos considerados perigosos para permanecer com sua autonomia constitucional (LANDMAN; 1984; FOUCAULT, 2003 a,b,c,d).

Além desses três aspectos, em se tratando do cuidado ao portador de transtorno mental, na época do Brasil Colônia, o tratamento era realizado de acordo com a origem de classe social do alienado. Era de conhecimento de todos que o *louco rico* ficava no âmbito familiar, enquanto que o *louco pobre* circulava livre ou ficava encarcerado, morrendo de fome, ou por violência física e maus tratos dos que se sentiam molestados por seu comportamento (JACOBINA 2001; HJM, 2009). Foi por causa do *louco pobre* que os hospitais psiquiátricos, como o que aqui se estuda, surgiram. O Hospital Juliano Moreira de hoje é a instituição resultante de uma antiga história de avanços, retrocessos e repetidos momentos de reformas para modificar, ampliar, adaptar ou otimizar suas possibilidades de intervenção. Ao longo de seus 135 anos de funcionamento, o serviço já passou por mudanças de nome, de gestão, de endereço, de organograma, de fluxograma, de setores, de finalidade, da quantidade de leitos, de variedade de serviços, do modelo assistencial e de clientela de atendimento, seja pela moradia ou pelo tipo de queixas do enfermo (JACOBINA, 2001; HJM, 2009).

Em épocas remotas, no fim do Século XIX, o HJM já se chamou *Asylo de Alienados São João de Deus*. Antes dele, relata-se que os *doentes da razão* em terras brasileiras foram confinados no primeiro hospital geral, criado em 1549, em instalações toscas recebendo o nome de Hospital da Cidade do Salvador. Algum tempo depois, sob administração da Santa

⁴⁹ Essa mesma constatação é feita por uma das técnicas entrevistadas, conforme se verá adiante, no Capítulo 8.

Casa de Misericórdia, com uma estrutura melhorada, passou a se chamar Nossa Senhora das Candeias. Mais tarde, nos fins do Século XVI, foi denominado de Hospital de São Cristóvão e, no início do Século XVIII, funcionando na Rua da Misericórdia, no atual Centro Histórico, passou por uma reforma e, só então, oficializou-se como um espaço de tratamento peculiar, pois que uma de suas três enfermarias foi designada como *casinha dos doudos* (JACOBINA, 2001:133). O que em absoluto não significava um tratamento especializado, haja vista que a formação de médicos na Colônia só acontece a partir de 1808 e a cadeira de Psiquiatria, como especialidade, só foi criada nestas terras em 1881 (MACHADO R., et al., 1978). Entretanto, as primeiras teses e artigos médicos sobre alienação mental foram apresentadas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e publicadas na Revista Médica Fluminense, em 1837, versando, principalmente, sobre as características e a importância da criação de manicômios e a indicação de internações, segundo os sinais e sintomas clínicos (MACHADO R. et al., 1978).

Em 1869, foi comprado o Solar da Boa Vista, que já havia pertencido ao médico e professor da Faculdade de Medicina da Bahia, Dr. Antônio José Alves, pai do “*poeta dos escravos*” Antônio de Castro Alves (HJM, 2009). O prédio ficava distante do centro da cidade, daquela época, no local que hoje se chama bairro do Engenho Velho de Brotas. Caracterizava-se por ser um recanto elevado, longe de charcos e do aglomerado populacional e de boa ventilação, como bem preconizava a Medicina dos Espaços Urbanos, própria do Higienismo francês, na sua versão brasileira. Desde a sua origem, havia uma orientação teórica, que tinha entre seus objetivos investigar o cotidiano da cidade, realizando um profundo diagnóstico sanitário das instituições públicas, no que concerne às suas precárias condições de higiene, bem como exercer o controle da vida dos loucos na cidade, sejam os que viviam nas ruas ou abrigados nas prisões, sob responsabilidade de órgãos públicos (FOUCAULT, 2003b,c).

Inaugurado em 24/06/1874, o *Asylo de Alienados São João de Deus*⁵⁰, o primogênito e o mais conhecido dos asilos baianos, e o oitavo do Brasil (JUCÁ, 2003), é fruto de uma parceria da Santa Casa de Misericórdia, a Monarquia e as lideranças médicas com suas devidas representações. Para os *deserdados da razão*, nasceu com a finalidade de ser abrigo caritativo, um refúgio para os miseráveis sociais, uma segurança para os abandonados pelos familiares e uma escola prática para o aperfeiçoamento do saber médico (SILVA LIMA, 1876 apud JACOBINA 2001:145-146). Era um espaço com oficinas, jardins e hortas, não mais um

⁵⁰ Segundo Jacobina (2001: 144), o São João homenageado não é o Batista – o que é tão festejado no Nordeste – mas o São João de Deus que viveu na Granada, Espanha, nos idos de 1537. Segundo a mesma fonte, o santo em questão pertencia à *Ordem dos Irmãos Hospitaleiros* que assistia a pobres, doentes, inválidos e loucos.

lugar para um prisioneiro ou uma fera, mas uma casa de tratamento, segundo os moldes europeus. Semelhante ao que acontecia no Asilo D. Pedro II – criado com 22 anos de antecedência, na Capital do Império – entre os internados, havia os pensionista e os indigentes.

Entre os dirigentes e servidores, havia conflito na orientação e conduta, o velho confronto de poder entre leigos e religiosos na assistência (MACHADO R. et al., 1978). Algum tempo depois, já em 1881, o asilo, de tão insalubre e tão deteriorado, foi descrito pelo respeitável médico baiano Manoel Vitorino como um *enorme erro de pedra e cal*, e tal era sua indignação que, inclusive, desejava, poupando os doentes, que o prédio desabasse, dado o *espetáculo repugnante de guardar-se loucos como se fossem feras em jaula* (MOREIRA, 1895 apud JACOBINA 2001:151).

Nos últimos anos do Século XIX, os asilados atravessavam a crise do *Asylo de Alienados São João de Deus* e sofriam maus tratos, fome, varíola, impaludismo, tuberculose, malária e beribéri⁵¹, enquanto que se reagudizavam os conflitos de conduta entre o corpo médico e os Provedores da Santa Casa, pela determinação de quem deveria ser ou permanecer internado. Além do que, havia atraso no pagamento da parcela do governo relativa aos indigentes, sua grande maioria, a partir de 1886. A Provedoria começou a aceitar criminosos alienados, na *casa forte*⁵², captando recursos na cobrança de diárias, melhorando a arrecadação que só se revitalizou ao reajustar a diária dos indigentes internados, a partir do período republicano (JACOBINA 2001:182).

Ainda que a criação do hospício tivesse sido uma antiga reivindicação médica, profissional considerado, desde o Século XIX, como o único agente autorizado da ciência alienista, este não tinha poder decisório sobre a o asilo. Encontrava-se subordinado às decisões da Santa Casa de Misericórdia, que impunha limites ao seu exercício clínico, uma vez que as religiosas exerciam e dominavam as atividades nas enfermarias (JACOBINA, 1982). Finalmente, em 4 de maio de 1912, após vários conflitos e imbróglios entre os provedores e as entidades médicas, o asilo foi chamado de *Hospício São João de Deus*, os alienados foram chamados de psicopatas e a instituição passou a ser controlada pelo governo do Estado e dirigida por médicos, evidenciando o poder dos facultativos e a tendência laicizante e cientificista do cuidado ao alienado em terras brasileiras (JACOBINA 2001; HJM, 2009). Entre outras mudanças, o antigo *Asylo de Alienados São João de Deus* ainda teria seu

⁵¹ No período de 1897-1904, a taxa de mortalidade entre os asilados chegou a 47,8% e a mortalidade proporcional por beribéri, carência de vitamina B 1 (tiamina), atingiu a marca de 67,4% (MOREIRA, 1895 apud JACOBINA 2001:192).

⁵² Jacobina (2001: 182) sugere que daí surge o embrião do Manicômio Judiciário na Bahia.

nome alterado para *Hospital São João de Deus*, em 29 de Julho de 1925, antes que, em 27 de agosto de 1936, recebesse sua denominação atual (HJM, 2009). Por cento e dois anos o hospital - como Hospital Juliano Moreira há 46 anos - funcionou no antigo solar de Brotas que se deteriorava tanto no seu interior quanto no seu exterior, tanto nas condições do imóvel quanto no tipo de serviço que era prestado ao interno. Oficialmente, a capacidade instalada do antigo asilo era mais de 700 leitos, tendo sido reduzido para 600 no final da década de setenta do século passado (A TARDE, 1979a). Entretanto, os relatos de *leito-chão* nas enfermarias de indigentes, estes 70% do total, cuja capacidade era de 100 leitos, revelam que, em muitas oportunidades, a população extrapolava a casa dos 1.500 internados (A TARDE, 1982b; CORREIO DA BAHIA, 1982). Naqueles mesmos anos, apenas 30% da população era mantida pela Previdência Social (o ex-INAMPS), a média de internação durava 10 meses, o índice de mortalidade beirava a 79 óbitos/ano, a população interna, oriunda de vários recantos do estado, contabilizava dois terços de pacientes crônicos (A TARDE, 1979a).

O asilo era descrito como um campo de concentração, uma anomalia execrável, repetida nos treze pavilhões, com internos que se apresentavam em péssimas condições de higiene, mal alimentados, ingerindo comidas estragadas, ociosos, sem autonomia para a vida social e sem perspectivas de mudanças, como ocorria em outros asilos na capital baiana e em todo país (HJM, 2009, 1979; A TARDE, 1979a,b,c; CORREIO DA BAHIA, 1979). Esses pacientes conviviam com moscas, ratos, baratas, cachorros abandonados, dejetos, lama, o cheiro repugnante de gordura dos esgotos e fossas abertas nos pátios ou nos banheiros das enfermarias, bem como o odor desagradável das roupas em trapos, dos corpos e dos cabelos sujos e infestados de piolhos e de escabiose (A TARDE, 1979a,b,c; CORREIO DA BAHIA, 1979). Quanto à terapêutica, não havia uma proposta de conduta esquematizada, mas um uso abusivo de “*quarto - forte*” e de psicofármacos, o que, por confinamento e sedação intensa, reduzia a necessidade da contratação de mais profissionais. Esses esquemas, sob a justificativa terapêutica, além de controlar ou penalizar os que eram considerados incontroláveis - seja pela doença ou por ter um perfil reivindicatório - embotando-lhes a voz, o raciocínio e pesando o deambular, reprimindo-os e contendo-lhe química e fisicamente, contribuía para a cronicidade e a perda de perspectiva de vida do internado (A TARDE, 1979a,b,c; CORREIO DA BAHIA, 1979). Entre os vários artigos que denunciavam essas condutas, um dos mais contundentes foi “*Métodos superados e ânsia de lucros sustentam as “fábricas de loucos”*” [grifo da autora], que foi publicado no Jornal ATARDE (1979a), em folha inteira, no qual relata as condições do Hospital Juliano Moreira e denunciavam-se as mesmas condições no Hospital Mário Leal (estadual, com 30 leitos, no bairro do IAPI) e nos

hospitais privados⁵³ Sanatório São Paulo, Sanatório Bahia, Casa de Saúde Ana Nery e o Hospital Santa Mônica, os quatro somando mais de 1.600 leitos na capital (A TARDE, 1979a; TRIBUNA DA BAHIA, 1981).

Nas décadas que se seguiram ao golpe militar de 1964, a prestação de serviço de saúde no Brasil vivia num período de extrema precariedade e objeto de vários debates, discussões, manifestações e surgimento de articulações das organizações sociais em defesa dos direitos de cidadania (FLEURY, 1997). Fato este que favoreceu a mobilização e a organização de várias categorias profissionais através de associações e sindicatos, inclusive fazendo emergir a figura *do profissional de Saúde Mental*, como um sujeito combativo, aglutinador de insatisfações e mobilizador de outros atores (AMARANTE, 1997). As denúncias reverberavam em vários estados brasileiros, notadamente, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, segundo o mesmo autor. Eram contra toda sorte de violência, segregação, repressão e o estado sub-humano das instalações e da rotina nos hospitais psiquiátricos para os pacientes, as péssimas condições de trabalho dos servidores, bem como a enorme lacuna de uma política local e nacional de Saúde Mental (TRIBUNA DA BAHIA, 1981; AMARANTE, 1997).

As queixas e a intensidade das insatisfações entre os servidores do antigo HJM eram tão recorrentes e intensas que os reclames, as assembléias e as greves da categoria de servidores de saúde, notadamente os de Saúde Mental, ocupavam as manchetes dos jornais e as praças (A TARDE, 1979a,b,c,d,e; CORREIO DA BAHIA, 1979). Além da insalubridade no ambiente de trabalho, havia um temor pela própria segurança física, devido às hostilidades declaradas, pois entre os reclusos havia, não só psicóticos, mas mendigos, desocupados, alcoólatras, toxicômanos e marginais deixados pela polícia (A TARDE, 1979b,e). As notícias em tempo real davam conta de que os 500 profissionais lotados no HJM formavam um corpo clínico assistencial constituído por: 50 médicos (42 psiquiatras), 20 enfermeiros, 20 assistentes sociais, 4 psicólogos, 6 terapeutas ocupacionais, 7 nutricionistas, 4 farmacêuticos,

⁵³ No bojo dessa luta em defesa da melhoria das condições de assistência aos pacientes e das condições de trabalho dos servidores, o comércio e a *psiquiatrilização* (internação sem indicação clínica) praticada pelas empresas psiquiátricas na Bahia, principalmente em Salvador, acontecia o embate entre os psiquiatras (TRIBUNA DA BAHIA, 1981). Estes eram militantes do Movimento de Renovação Médica - apoiados pela Associação Baiana de Medicina, Sindicato dos Médicos e Associação Baiana de Psiquiatria – contra o Conselho Estadual de Medicina da Bahia, naqueles anos alinhado ao *cartel de psiquiatria* da Bahia, formado pelos Serviços Médicos Cirúrgicos S/A (SER) e a empresa do Sanatório São Paulo S/A, tendo muitos deles sido retaliados com demissões, desclassificações em concursos ou preteridos para atuar no Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Medicina/UFBA, inclusive, um deles com doutoramento no exterior (TRIBUNA DA BAHIA, 1981). Esses jovens, médicos baianos, alguns psiquiatras e sanitaristas, podendo-se citar Antônio Néri, Naomar Almeida Filho, Daniel Cruz Filho, Luiz Umberto Pinheiro, Jairnilson Paim e Ronaldo Jacobina entre outros, tiveram um papel marcante nas entidades da classe médica, tanto local como nacionalmente, atuando nos movimentos de sua categoria e elaborando produções acadêmicas, algumas delas, inclusive, referenciadas neste trabalho.

e 3 odontólogos (A TARDE, 1979e). Entretanto, prestava-se uma assistência de uma precariedade medieval a ponto dos livros de registro dos plantões das enfermarias trazerem relatos de reivindicações de auxiliares de enfermagem, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e nutricionistas, solicitando o mínimo de condições para que “*o dever possa ser cumprido*” (A TARDE, 1979b,d,e).

Naquelas condições desumanas de hospedagem e de tratamento, a super medicação, seja com polifármacos, como com altas dosagens de antipsicóticos, aliada com o uso abusivo de contenção mecânica, eram práticas comuns. Há relatos de uma técnica de nível superior, remanescente daquele período, que fala das vezes que teve que *surtar, dar uma de maluca*, solicitando averiguação, ameaçando tornar público a questão, porque algum paciente, em contenção mecânica, amanhecia morto, por ter sido estrangulado, à noite, e ser enterrado com a Declaração de Óbito (DO) de que fora morte natural. Diz que há profissionais que por isso e por criticar o excesso de DO de pacientes internados, com a mesma *causa mortis*, até hoje a tratam com respeito e hostilidade.

Como resultado de várias demonstrações da tenacidade e da resistência de vários atores insatisfeitos e desejosos de transformar a péssima qualidade da assistência ao doente mental e das condições de trabalho dos servidores, o novo prédio do HJM, com 240 leitos, 10 módulos (24 pacientes/enfermaria), foi inaugurado no dia 17/03/82, no bairro de Narandiba (A TARDE, 1982b; MEMORIAL JULIANO MOREIRA, 2004), então subúrbio de Salvador, *após décadas de descaso do poder público em relação à sorte dos que eram internados ou abandonados* (MEMORIAL JULIANO MOREIRA, 2004). Segundo a mesma fonte, se não fora a militância das várias organizações sociais baianas, principalmente dos trabalhadores da área de Saúde Mental, na conquista de um novo hospital, por pouco o governo do Estado não destrói o antigo prédio, encaminha **todos** [grifo da autora] os pacientes para o Hospital Colônia Agrícola Lopes Rodrigues em Feira de Santana, e adapta um exíguo espaço no recém-inaugurado Hospital Roberto Santos, no mesmo bairro, para os portadores de doença mental agudos e/ou com vínculos sociais.

Quanto aos transferidos, não se têm notícias e nem comentários de quantos foram, como estão e quantos restam daqueles *pacientes moradores*, seja nos fóruns acadêmicos, científicos ou políticos, que tratam dos desafios e competências na área da Saúde Mental baiana na atualidade. Talvez, ou provavelmente, seja por isso que o que circula na memória e reminiscências dos mais antigos servidores seja desconhecido pelos novos profissionais da área. Entretanto sobre este acontecimento, foram encontrados dois registros documentais: uma produção acadêmica (SILVEIRA, 1996) e uma notícia num jornal da época (A TARDE,

1982a). Os que vivenciaram aqueles anos, principalmente os técnicos de enfermagem, ratificados por alguns técnicos de nível superior entrevistados para este trabalho e mais um jornal da época, referem que, quando da inauguração do novo prédio, em 1982, sendo governador do Estado o Dr. Antônio Carlos Magalhães e o Secretário de Saúde o Dr. Jorge Novis (A TARDE, 1982a), um certo número de pacientes crônicos e sem vínculo social (houve quem referisse cerca de 150, outros 300 e uns pouco referiram 500) foram conduzidos para o Hospital Especializado Lopes Rodrigues, antigo Colônia Agrícola Lopes Rodrigues em Feira de Santana (o segundo maior município baiano, a 115 km de Salvador), que fora construído para desafogar o antigo HJM.

Antes de se efetivar a transferência, uma comissão de técnicos esteve no então Hospital Colônia Lopes Rodrigues, em abril de 1980, com cerca de 600 leitos (SILVEIRA, 1996:185), e, lá, constataram um quadro típico do tratamento asilar, sem pouco diferir do que ocorria no antigo prédio do hospital em vias de demolição, ou seja, pacientes ociosos, amontoados nos pátios dos pavilhões, em precárias condições de higiene. Silveira (1996) cita um relatório no qual se questiona:

(...) sendo esta a realidade do Colônia Lopes Rodrigues, como pensar em transferir pacientes crônicos de Salvador para lá, aumentando sua população em quase 100%? Por que não discutir junto à equipe técnica de Feira de Santana, novas formas de atendimento menos cronificadoras? Por que não reformular significativamente a política de assistência do doente mental depois de ampla discussão, analisando suas variáveis socioeconômicas e culturais? Estaria a Secretaria de Saúde disposta a patrocinar um erro histórico que é a psiquiatria nosocomial, segregadora e cronificadora? (Comissão de Técnicos do HJM, Bol, HJM, 1980 apud SILVEIRA, 1996:93 -94).

Uma reportagem da época, embora não quantifique os internos transferidos e nem a quantidade de leitos ou de internos no Hospital Colônia Lopes Rodrigues, reitera, a partir da informação do diretor do antigo HJM, Lopes Moura Santos, que a transferência foi de “*quase a totalidade dos pacientes do antigo hospital*” (A TARDE, 1982 a). Esse triste episódio, mais canhestro que o evento original europeu, testemunha não só um *erro histórico*, mas a política de escamotear a realidade, retirando a visibilidade do que testemunha, materialmente, decisões e omissões do descaso público.

Assim é que, por estas terras, substituindo a nau velejando, sem rumo, pelos rios europeus e atracando e sendo reembarcados, em algum cais, houve, parafraseando Foucault (2005), uma versão motorizada e não à vela, do que se pode denominar de vários *ônibus dos*

*insanos*⁵⁴ rodando pela BR-324 e estacionando no pátio daquela instituição asilar, que, naquela época, ficava na periferia do município vizinho. A diferença marcante é que, enquanto aqueles loucos, que circulavam pelos rios da Europa, estavam na condição de *prisioneiros da passagem*, ou um eterno passageiro sem destino e de origem ignorada, por limitação terapêutica da época (PASSOS; BEATO, 2003:143), os que de Salvador foram transferidos tinham origem e destino, mas, completamente destituídos de rumo terapêutico, por determinação dos que eram socialmente responsáveis pela assistência de cada um deles.

Focando a escolha dos sítios para implantação de hospitais psiquiátricos e analisando-os sob a perspectiva de território, enquanto espaço e processo do viver cotidiano (SANTOS M., 1997), há que se considerar alguns fatos ligados às mudanças e adaptações urbanas. É importante ressaltar que o Hospital Juliano Moreira foi instalado, em épocas diferentes, em locais com determinadas características, que resultaram em dois fatos curiosos e de valor histórico, que relacionam, de forma estreita, o novo e o antigo prédio do HJM. O primeiro é que os 12 pavilhões do imóvel antigo foram destruídos e transformados em estacionamento e área de lazer, com pistas, quadras esportivas e parques infantis, enquanto que o antigo Solar da Boa Vista de Brotas (13º pavilhão) foi preservado, posto que foi tombado pelo Patrimônio Histórico (A TARDE, 1982b). O segundo fato é que o novo prédio foi construído numa área natural de mata Atlântica, que era utilizada como lazer da população do Cabula/Narandiba (A TARDE, 1982b). Chama atenção que, no primeiro momento, um território de confinamento de doentes mentais se transformou em área aberta, de lazer para os não portadores de tal doença e, no segundo momento, parte de uma área aberta, que era lazer desses considerados sãos, transformou-se em um espaço de tratamento confinado ou aberto para aqueles que são diagnosticados como doentes.

Outro dado importante revela que houve um mesmo eixo ideológico norteando a implantação desses serviços, inclusive o Hospital Colônia Lopes Rodrigues: é que todos esses imóveis situavam-se em locais afastados do centro da cidade, obedecendo às orientações do Higienismo francês (FOUCAULT, 2003b,c), determinando o uso saudável do espaço urbano. Entretanto, pela força da expansão urbana, marcadamente desordenada nas cidades do Salvador e de Feira de Santana, principalmente nos bairros populares, com o passar dos anos e o crescimento populacional, essas regiões foram incorporadas ao núcleo central da cidade. Em

⁵⁴ No início do Século XX, os trens que circulavam na estrada de ferro mineira D. Pedro II, um entroncamento da Estrada de Ferro da Central do Brasil, conduziam os portadores de transtorno mental, com as mãos e os pés e amarrados, para serem internados no Sanatório em Barbacena/MG (PASSOS; DUARTE; LONDE, 2007). Eles desembarcavam, vindos de outras cidades, à noite, numa estação que dava acesso ao hospital e, segundo as autoras, isso se configurava como a *nau dos loucos* (p. 10), no estilo mineiro.

1996, Silveira descreve o crescimento vertiginoso de invasões ao redor do novo HJM, nos dois sentidos: a construção de moradias sem planejamento urbano, por famílias que invadiam os terrenos ao redor do hospital, destruindo os muros que o cercavam, e as invasões nas vias intramuros que davam acesso ao prédio, que por muitos anos ficaram *espremidas por quartos de aluguel e vendas, obstruídas por carros em conserto nas oficinas mecânicas* (p.185, 186).

Segundo Veras (2009), a invasão dos moradores de Narandiba no HJM é uma contestação, a qual inverte a ideologia da segregação: *se o hospital não vai à cidade, a cidade vai ao hospital* (p. 187). Ao lado disso, por muito tempo, aquela população inverteu outra segregação. Desprovidos de acesso a água, esgotamento sanitário e luz, os vizinhos do HJM, em situação de marginalidade aos direitos de munícipes, faziam uso comum do que fora implantado para a unidade, através de arranjos, furtos e adaptações, tipo “gato” para luz e instalações de tubos para água (p. 187, 188), todos os direitos mais elementares que eram usados para isolar outros marginalizados pela doença. Segundo Veras (2009: 189), por diversas vezes teve que receber moradores e fazer negociação para que o HJM pudesse funcionar, inclusive pleitear para que a comunidade tivesse acesso a luz, água e telefone, revelando uma atuação dos gestores HJM, afinada com a integralidade e a territorialização, intervenções estas próprias do novo modelo de atenção em Saúde Mental (BRASIL, 2010). Dada a superpopulação e crescimento da cidade deixaram de ser periferia geográfica e topológica. Entretanto, devido as precárias condições de moradia e de saneamento básico, o baixo índice de escolaridade, o alto índice de desemprego e trabalhadores da economia informal e a violência, tanto o bairro de Engenho Velho de Brotas como o de Narandiba ainda se constituem como periferia (A TARDE, 1982b), a periferia sócio-econômica, segundo apontam os índices de qualidade de vida na capital (PAIM, 2006b).

5.3 HOSPITAL JULIANO MOREIRA DE HOJE

Para o Século XXI e enquanto serviço, o Hospital Juliano Moreira se define como uma instituição que *estará irreversivelmente comprometida em construir uma organização pública moderna, republicana, comprometida com a dignidade do ser humano e desmistificadora da loucura* [grifo original] (HJM, 2009). Caracteriza a sua intervenção na rede de saúde da Bahia a partir de três visões: como um serviço de Psiquiatria (visão restrita), que atua na Saúde Mental (visão abrangente) e que busca fomentar a saúde e qualidade de vida (visão

expandida), conforme a mesma referência. Enquanto o hospital tem por sua abrangência toda a Região Metropolitana de Salvador (ANEXO, 3), os outros serviços, inclusive o Ambulatório, só estão adstritos aos bairros do Distrito Sanitário Cabula/Beiru (ANEXO 4). Entretanto, pode-se encontrar entre seus internos alguns que são procedentes de vários municípios baianos e de outros estados, principalmente, dos oito que fazem divisa geográfica com a Bahia.

Para estes novos tempos, o HJM tem como objetivos institucionais, conforme está exarado no seu domínio eletrônico (HJM, 2009): executar os programas e/ou projetos decorrentes da Política de Saúde Mental formulada pelo Governo do Estado da Bahia; propor instrumentos e medidas que possibilitem o adequado fortalecimento do Sistema Estadual de Saúde Mental; realizar e apoiar a execução de estudos e pesquisas de desenvolvimento tecnológico-científico em Saúde Mental; estabelecer ações dirigidas de resgate, preservação e organização do patrimônio histórico-cultural da Instituição e da Saúde Mental no Estado da Bahia; promover o aperfeiçoamento e a especialização de profissionais em Saúde Mental; estimular e apoiar a elaboração e divulgação de publicações especializadas em Saúde Mental; incentivar e promover articulações e intercâmbios de organismos e instituições técnico-científico envolvidas com Saúde Mental; criar espaços e oportunidades, como, também, promover eventos que realizem reflexões críticas visando à identificação e proposição de soluções no campo da Saúde Mental; colaborar e apoiar organismos públicos e particulares na execução de ações na área da Saúde Mental; buscar pragmatizar as diretrizes contidas na Lei Federal n.º 10.216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental; exercer outras atividades correlatas.

Todo complexo ocupa um espaço considerável de 8.333 m² de área construída, num terreno total de 26.744 m². Seu efetivo de pessoal era de 567 servidores até dezembro de 2004 (HJM, 2009), mas devido às aposentadorias por tempo de serviço, às aposentadorias por incapacidade e ao longo período da inexistência de concurso público estadual, em outubro de 2008, o quadro tinha sido reduzido para 443 servidores (ANEXO 5). Oficialmente, produz seis tipos de serviços nas áreas da Saúde e da Educação: Emergências, Internações, Ambulatório, Atenção Psicossocial, Lares Abrigados e Campo de Estágio de graduação, pós-graduação e para Técnicos de Enfermagem de várias instituições públicas e privadas (HJM, 2009).

Para cumprir seus objetivos, o complexo especializado tem seu quantitativo de servidores distribuídos em três categorias que revelam a sua organização hierárquica no

mesmo número de níveis. No primeiro, enquadram-se os servidores que ocupam a posição de Cargos Comissionados: Diretor Geral (1), seis coordenações e suas sub-coordenações (21) e uma secretária; o segundo nível, o Grupo Ocupacional de Saúde, é composto pelos técnicos de nível superior, e o terceiro nível, ou Área Administrativa, é constituído por servidores que fazem o apoio para atividade de assistência (ANEXO 5).

Dos 443 servidores lotados em todo complexo do HJM, segundo o Departamento de Pessoal, em outubro de 2008, baseado no relatório de desempenho do mês anterior (ANEXO 4), constata-se que 23 (5,2%) ocupam cargos comissionados, 295 (66,6%) representam o grupo de saúde que trabalha na atividade fim e 125 (28,2%) respondem pelo apoio administrativo. No que diz respeito ao tipo de vínculo empregatício, 399 (90,1%) são servidores da Secretaria Estadual da Saúde (SESAB), estatutários efetivados⁵⁵ ou concursados, 33 (7,4 %) são contratados pelo Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), 3 (0,7%) da Fundação da Associação Baiana de Medicina (FABAMED) e 8 (1,8%) da Empresa de Serviços Gerais SERLIMPA (ANEXO 5).

Quanto aos níveis das atividades, 291 (65,7%) funcionários, com escolaridade de primeiro e segundo grau, atuam no nível médio, enquanto 152 (34,3%), com o terceiro grau completo, são técnicos de nível superior. Alguns deles, inclusive, ocupando cargo de chefia. Baseado no mesmo relatório, observa-se que os 36 servidores terceirizados (REDA e FABAMED) são de nível superior, representando 23,7% dos técnicos de nível superior e todos trabalham na atividade de assistência à saúde (ANEXO 5).

No grupo de servidores responsáveis por concretizar a atividade fim do complexo, observa-se a sua multiprofissionalidade e sua concentração nas profissões cujas atividades são prioritariamente assistência à saúde (ANEXO 5): assistente social (17), educador físico (zerado), enfermeiro (20), farmacêutico⁵⁶ (4), fisioterapeuta (zerado), médico (25), nutricionista (4), odontólogo (5), psicólogo (15), terapeuta ocupacional (6), agente de saúde (1), atendente de enfermagem (13), auxiliar de enfermagem (131), técnico de patologia clínica (2), técnico de enfermagem (16), auxiliar de odontologia (3). Há que se pontuar que, entre os 96 técnicos de nível superior e a variedade de dez categorias profissionais, os médicos, em maior número, representam 28% deste grupo.

⁵⁵ Segundo informações do Setor Pessoal, efetivado significa que o funcionário entrou antes de 1984, época que ainda não havia concurso para a SESAB. Em 1991, todos não concursados foram efetivados e a partir de 1981, todos funcionários estaduais deixaram de ser da CLT e passaram a estatutários.

⁵⁶ Para este estudo foram entrevistados 3 farmacêuticos, tendo em vista que um deles estava afastado por questões de saúde [Nota da Pesquisadora].

O organograma da unidade, em vigor desde 2007 (ANEXO 6), evidencia que a Diretoria Geral gerencia três diretorias adjuntas – que, por sua vez, respondem pelas coordenações e pelos departamentos - e mais a coordenadoria do Memorial Professor Juliano Moreira, com seu setor de Biblioteca. Há reuniões administrativas semanais por categoria profissional, quinzenais para os setores e mensais para as coordenações. As diretorias adjuntas são responsáveis pelas funções administrativas, de planejamento e de clínica. A esta última, a mais complexa, subordina-se o Ambulatório psiquiátrico, setor sobre o qual esta produção se deterá mais adiante.

5.3.1 OS ANTIGOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DO HJM

A Emergência, Internação e Ambulatório são setores que estão no organograma do Hospital Juliano Moreira (HJM) desde a sua instalação no bairro de Narandiba, no século passado. Inicialmente, vão ser apresentados os dois primeiros serviços, uma vez que a descrição do Ambulatório, colocada mais adiante, está intrinsecamente relacionada aos capítulos subseqüentes desta produção.

A Emergência funciona em regime de 24 horas, há 27 anos, mas os técnicos de nível médio e superior, há dez anos, dão plantão de 12 horas, devido às modificações estabelecidas pela Secretaria Estadual de Saúde (SESAB). O serviço dispõe de quatro leitos de observação, recebendo pacientes de todos os bairros da capital e dos arredores dela. Até por conta dessa imensa cobertura territorial e pela insuficiência e ineficiência da rede de Saúde Mental, há informações dos servidores que, rotineiramente, eles distribuem até 16 colchões no chão, o que é denominado de *leito-chão*. Os pacientes mais agressivos e inquietos ficam deitados nos leitos padrão, até para que seja possível a contenção mecânica, enquanto que os mais calmos ficam nos *leitos-chão*. Há plantões em que é necessário reter a maca do Serviço de Ambulância Móvel de Urgência (SAMU), para viabilizar a contenção mecânica, comprometendo a atuação desse serviço, que dá cobertura a toda cidade e, mais, a Região Metropolitana e a Ilha de Maré. Quando o quadro clínico, que levou à Emergência, não remite em 24 a 72 horas, o paciente é transferido para um dos novos ou o outro antigo serviço, o Núcleo de Atenção à Crise (NAC) ou para a Internação, respectivamente, dependendo do quadro e do histórico do paciente.

O Setor e serviço de Internação, em funcionamento desde 1982, é constituído, atualmente, pelos módulos A, B, C e D, com 40 leitos cada um. Há relatos que, para

adequação à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), foram desativados 80 leitos nos últimos anos. Nos módulos A, B e C estão os pacientes que não lograram remissão do surto na Emergência ou no NAC, se para ele teve indicação. São pacientes que preservam o vínculo social e estão com, no mínimo, 20 dias no HJM. Esses módulos funcionam com uma média de 28 - 30 dias de internação.

Já no módulo D, estão 32 pacientes crônicos, a maior parte com sintomas residuais, com 10-30 anos de internamento, sem mais vínculo com os parentes, que, na maioria das vezes, nunca os visitaram. Muitos deles e mais alguns dos outros módulos, já compensados, são os que transitam, livremente, em todos os espaços do complexo, conforme será explicado adiante. Todos os módulos têm basicamente a mesma estrutura física e todos foram reformados na gestão anterior. Em cada um deles, há um refeitório e uma área de lazer, sendo que a do módulo D é a maior, tendo, inclusive, uma quadra para esportes. Segundo informação, já tiveram, no seu quadro de profissionais, 2 professores de Educação Física e uma terapeuta ocupacional. Mas, há 4 anos que todo lazer é conduzido pelos auxiliares de enfermagem, uma vez que eram profissionais de contrato temporário (REDA). Da mesma fonte, há o relato de que, em contrapartida, se falta profissional de nível superior para promoção de atividades terapêuticas não centradas no médico, a medicação nunca falta para esses módulos: *pode faltar medicamento para o ambulatorizado, mas não falta medicamento para internado.*

No que tange ao funcionalismo do nível médio na assistência, segundo relatos dos servidores entrevistados, tem sido preocupante a falta de técnicos de enfermagem do sexo masculino, para conter fisicamente os pacientes em agitação psicomotora, nos setores de Emergência, NAC e Internação. Muitas vezes, solicitam-se aos vigilantes, servidores terceirizados, contratados para proteger o patrimônio, que auxiliem no ato de contenção mecânica. A maioria dos funcionários daquela categoria tem mais de 40 anos e os novos que estão chegando não têm qualificação. Pelas mesmas fontes, não há previsão para quando será realizado um curso de capacitação para os técnicos de enfermagem contratados no último concurso de 2006, que, já em atividade, estão *aprendendo no susto*, como comentam os mais antigos.

Essa preocupação ocorre, não só porque o novo funcionário, se não qualificado, se torna mais vulnerável física e psicoemocionalmente (BERNARDES & GUARESCHI, 2004), mas, também, porque se teme que a contenção mecânica realizada por pessoas não capacitadas seja muito danosa ao paciente. Elas podem causar hipóxia tecidual e lesões irreversíveis nos membros superiores e inferiores do paciente, como já foi denunciado em

várias contenções realizadas por leigos, principalmente, quando o paciente é trazido para Emergência por familiares ou policiais.

5.3.2 OS NOVOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DO HJM

Outros serviços foram criados, no HJM, nos primeiros anos do Século XXI. Esses surgiram a partir da iniciativa de alguns técnicos, por grupo de categorias profissionais, com o apoio do Diretor Geral, Dr. Marcelo Veras⁵⁷. Este psiquiatra com formação psicanalítica - marcadamente influenciado pelo movimento⁵⁸ da reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental - esteve à frente da instituição no período de 2000-2007 (ANEXO 7), inovando e acolhendo sugestões transformadoras, segundo os relatos de muitos servidores, nos vários níveis profissionais e ratificado pelo atual diretor.

Uma das transformações que salta aos olhos é a liberdade de transitar por toda área do HJM que os pacientes internos têm, bastando estar tranquilos e não terem histórico de evasão. Por não ter grades de ferro nos módulos e nas enfermarias, retiradas naquele período, os internos, trajando o fardamento do hospital - *por falta de condições de possuírem vestimentas pessoais diárias* - misturam-se aos funcionários e aos pacientes externos. Eles circulam interagindo com todos, inclusive com os comerciantes que ficam nas cercanias da porta externa da Emergência, pedindo cigarro, dinheiro para cigarro, dinheiro para lanche ou cafezinho, celular para fazer ligação e ficha telefônica, para o mesmo fim. Desaparecem nas horas em que servem as refeições no HJM.

Só foi constatada uma proibição formal ao trânsito livre pela unidade: eles não têm acesso ao refeitório dos funcionários por causa de algumas condutas inadequadas e anti-higiênicas, que causaram desconforto na hora das refeições. Segundo relatos dos entrevistados, a mudança que fez a retirada das grades foi um processo muito tumultuado, causou insatisfações porque os funcionários antigos, e mais resistentes, temiam as fugas e as agressões dos internos, confirmado por Veras (2009). Entretanto, na percepção de outros, a experiência tem mostrado que essa liberdade, sem amarras, sem grades e cadeados, tem sido

⁵⁷ A pesquisadora não teve acesso ao citado, profissional, no período em que esteve no Hospital Juliano Moreira, porque o mesmo estava fora do Estado da Bahia, finalizando o doutoramento.

⁵⁸ Na literatura e no período de campo, a autora encontrou referências a profissionais que militam no movimento da Reforma Psiquiátrica, os que militam no movimento da Luta Antimanicomial e os que estão inseridos no movimento de reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental (Vide Capítulo 2). Dito isto, a autora vai utilizar as três referências, respeitando o que foi declarado pelo interlocutor quando entrevistado

positiva no processo terapêutico e, até, perceberam alguns, diminuíram *as hostilidades de muitos pacientes*.

Nos sete anos de gerenciamento, foram criados os seguintes serviços: 1) NAC – Núcleo de Atenção à Crise 2) SETA - Serviço de Emergência Triagem e Acolhimento 3) CENA – Centro Especializado de Narandiba 4) CRIA MUNDO - um serviço de geração de renda 5) Lares Abrigados – residências terapêuticas que funcionam intramuros e 6) Memorial Juliano Moreira. A apresentação desses serviços vai se nortear por duas linhas de informações: 1) marcar o ano e qual a categoria profissional que tomou a iniciativa de criar ou coordenar o surgimento do mesmo, ressalvas que serão deslindadas no Capítulo 8 desta produção e 2) pontuar a finalidade de cada um, obedecendo à seguinte ordem de apresentação: CENA, Lares Abrigados, CRIAMUNDO e Memorial Juliano Moreira. O SETA será o penúltimo a ser apresentado por trazer algumas peculiaridades e por fazer intercessão entre as áreas de Saúde e Educação.

O NAC tem a finalidade de ser um local de uma observação intensiva e diferenciada. Foi uma iniciativa do diretor e da vice-diretora da época, em 2004, apoiados por vários técnicos de outras categorias. Funciona com 18 leitos de observação, divididos em femininos e masculinos, e mais 3 leitos de acompanhantes, quando estes vêm do interior. Percebe-se, pela conservação e limpeza do piso e das paredes do ambiente, que sua manutenção é constante, não havendo aquele odor desagradável e característico dos hospitais que têm enfermarias com muitos leitos e higienização precária. É interessante registrar que a posição espacial do Posto de Enfermagem, central e, marcadamente, mais elevada em relação às enfermarias, dá uma vista completa, de cento e oitenta graus, dos pacientes e seus leitos. Este se assemelha muito ao Panóptico de Bentham⁵⁹, descrito por Foucault (2003d), revelando a tendência do controle a partir do olhar onipresente do médico, mesmo num serviço modernizado, que relaxa o aprisionamento na intensidade em que era vigente nos antigos asilos.

A equipe do NAC é composta por um psiquiatra, um clínico, duas assistentes sociais (uma delas a coordenadora), uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e dois técnicos de enfermagem. O tempo de permanência varia de 15 a 20 dias e é, prioritariamente, indicado para adolescentes, idosos, primeiro surto e complicações clínicas. Ainda não há um trabalho estatístico acurado sobre o desempenho do NAC, em termos de

⁵⁹ O Asilo Colônia construído em Barbacena/MG, em 1922, afastado do centro da cidade, segundo as orientações do Higienismo Urbano, estudado por Foucault (2003b), tinha uma disposição arquitetônica que lembrava o Panóptico de Bentham (PASSOS; DUARTE; LONDE, 2007).

tempo de remissão do quadro, mas as informações obtidas dão conta que a maioria dos casos não passa de quinze dias de observação. Esse tempo ocorre, principalmente, quando em caso de primeiro surto psicótico ou quando são pacientes que não tiveram acesso ao psiquiatra ou faltou medicação nas unidades onde se trata, sejam estaduais ou municipais. Explicações estas, que são, inclusive, critérios de seleção de encaminhamento para o NAC. Visando a recuperação mais rápida, para que o paciente retorne a sua vida cotidiana, sem cronificar, o atual diretor falou dos planos de duplicar a equipe técnica *para intensificar o que tem sido intensivo*. Além do tratamento, os pacientes e familiares recebem orientação quanto aos encaminhamentos necessários e ao que deve ser feito para o controle das crises.

O CENA (ANEXO, 8), também chamado de Hospital-Dia pode ser, ou não, caso ele não tenha os pré-requisitos de admissão, o próximo serviço a receber o paciente que tenha remitido da crise. Funciona numa estrutura modular⁶⁰, distanciado do prédio central do HJM, tendo como princípio a lógica de um centro de convivência nos moldes de um serviço substitutivo, semelhante a um CAPS. Foi criado em 2005, sob liderança e atual coordenação de uma assistente social, tendo sido construído com os recursos do REFORSUS. Além da clientela que assiste com intervenções psicossociais, oficinas terapêuticas e dá suporte aos 12 moradores do dois Lares Abridados do HJM. Recebe pacientes encaminhados dos vários setores do HJM ou da comunidade, desde que venham acompanhados de familiares que se comprometam em estar presentes e serem um suporte no processo terapêutico do usuário. Em algumas das suas atividades, há a participação dos internos do HJM mais compensados. O serviço, por funcionar intramuros, é mantido financeiramente pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Quando o usuário tem alta, ele e seu familiar recebem um relatório de encaminhamento para um Centro de Atenção Psicossocial no seu território de residência.

Segundo os técnicos do CENA, acolhimento, socialização e autonomia são três dos atributos que aquele serviço procura desenvolver nos usuários e familiares. Diariamente, às 9:00h, as tarefas coletivas e individuais são elencadas a giz, numa louça que fica na área de entrada do módulo do CENA. É muito comum observar usuários conversando entre si; cumprimentando-se, na chegada e na saída; procurando saber uns sobre os outros, bem como de seus familiares; cada um procurando informar ao outro sobre alguma novidade, além das oficinas e atendimentos. Quanto à autonomia, observou-se que tanto havia os que auxiliavam o funcionário de limpeza a sacudir o enorme tapete de entrada do CENA, sem que tenham

⁶⁰ Segundo os técnicos entrevistados, a planta baixa do CENA é a mesma que foi utilizada para a construção do CAPS estadual Águas Claras, em 2003, municipalizado em 2009.

sido solicitados, como cada um cuidava e lavava os seus pertences pessoais (pratos, copos e talheres) e os objetos das oficinas.

As duas casas dos Lares Abridados, mais um novo serviço, de iniciativa das assistentes sociais, ficam à esquerda, um pouco mais alto que o nível da guarita, logo na entrada do HJM. Foram construídos com os recursos do REFORSUS, em 2003, e neles residem 12 ex-internos, *pacientes moradores*, sem vínculo social, que foram abandonados pelos familiares no antigo prédio, há mais de 30 anos. Seis homens e seis mulheres, com autonomia, estabilização do quadro psíquico, que recebem do hospital, financiado pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a alimentação, o vestiário, a medicação e são orientados e coordenados pelo CENA. Por meio deste, são acompanhados por assistente social, psicóloga, enfermeira, nutricionista, odontólogos, psiquiatra e auxiliares de enfermagem. No processo de saída da Internação para as casa, eles foram acompanhados pelos antigos auxiliares de enfermagem do HJM, com os quais tinha boa relação, que os levava para escolher nas lojas, todos os utensílios, roupas e objetos que foram comprados para montar os Lares Abridados.

Os Lares Abridados são considerados *a menina dos olhos aqui do Juliano*, uma vez que promovem a autonomia e a circulação fora dos muros, de quem estava esquecido no antigo asilo. Esse serviço é visto como uma oportunidade de uma segunda chance de vida a esses ex-moradores, numa convivência coletiva, compartilhada, assistida e monitorada. No HJM estão os primeiros Lares Abridados da Bahia; só há referência de outros dois que estão implantados no Hospital Especializado Lopes Rodrigues, em Feira de Santana. Esses serviços funcionam como uma transição, um *desmame* para que o *paciente morador* possa se sentir seguro de deixar o hospital e ir residir nos Serviços de Residências Terapêuticas. Estas são casas montadas em bairros residenciais, gerenciadas pelos CAPS municipais e mantidas com recursos da transferência do valor da AIH do hospital onde estavam internados para o município de naturalidade ou procedência do paciente onde funciona o serviço que será a nova residência do ex-interno.

Outra iniciativa que é administrada pelos psicólogos, juntamente com dois técnicos de enfermagem, é o Projeto CRIAMUNDO (ANEXO 9), desde 2008 transformada numa ONG, coordenada por uma voluntária, com escritório externo, mais ainda com atividades de apoio logístico no HJM. Surgiu em 2004, a partir das atividades de oficina do Centro de Atividades Terapêuticas (CEAT), sendo este desativado quando foram implantadas as oficinas terapêuticas do CENA. Posteriormente, as oficinas que se revelaram rentáveis tornaram-se oficinas profissionalizantes e de geração de renda para ex-internos e usuários do Ambulatório.

O convênio celebrado entre o HJM e o CRIAMUNDO reza que o hospital auxilia na administração e disponibiliza o espaço para algumas oficinas e a ONG tem o compromisso de, em um ano, profissionalizar e inserir 50 pacientes do Ambulatório no mercado de trabalho. Desde sua criação, tem investido em produtos confeccionados utilizando-se de matérias primas como velas, papel reciclado, tecidos, pintura, vime, essências perfumadas e, atualmente, iniciou um projeto de inclusão digital. Contam com a orientação de uma artesã cedida pelo Instituto Mauá. Para otimizarem as potencialidades, estão em busca de um químico que deseje doar algumas horas por semana para orientar determinadas atividades ligadas a cores e a perfumes.

As atividades ocorrem segunda, quarta e sexta-feira, nos dois turnos e os participantes, sem vínculo empregatício, são remunerados com a renda do que é vendido nas feiras que ocorrem nos eventos de Saúde Mental, para lojas comerciais, para o Instituto Mauá e para os servidores do HJM. Além disso, é-lhes garantido: o transporte para o deslocamento, a farda e a alimentação dos dias de atividade, quando se alimentam no refeitório do HJM. O CRIAMUNDO tem uma potencialidade para capacitar 50 pessoas, chamados de *colaboradores*, mas no momento estão com 14: 5 mulheres e 9 homens, dos quais 12 têm o diagnóstico de esquizofrenia e 2 de alcoolismo. Nem todos são usuários do HJM, há alguns que estão matriculados nos ambulatórios psiquiátricos municipais. O critério de participação e a permanência nas oficinas é a opção pessoal: quem não sabe fazer a arte, auxilia na infraestrutura para a criação e alguns levam trabalho para casa. Eventualmente, algum entra em surto e passa um período fora, na internação do HJM, até que se recupere e retorne para suas atividades criativas.

Um outro setor e serviço, que gera muito orgulho e satisfação nos gestores e funcionários, é o Memorial Juliano Moreira⁶¹. Foi criado em 2004, por iniciativa do antigo diretor e outros técnicos, sob orientação de bibliotecários. Está instalado no térreo do edifício principal e, além de guardar o acervo da biblioteca, ter seis computadores interligados à rede, funciona como um setor de comunicação e informação do HJM, há cinco anos, inclusive já tendo um livro publicado⁶² sobre a vida do grande psiquiatra baiano Juliano Moreira e a história da instituição. Há relatos de iniciativas antigas de fazer circular informações entre os servidores. Entre elas, o Ambulatório Psiquiátrico Infante-Juvenil, descrito adiante, fazia

⁶¹ Segundo informação do atual gestor da unidade, existe um projeto para desmembrar o Memorial Juliano Moreira da Biblioteca e aquele seria instalado no Pelourinho – Centro Histórico de Salvador – podendo ser transformado numa fundação e a Biblioteca continuaria no HJM.

⁶² Quando esta pesquisadora se apresentou para iniciar sua pesquisa empírica, o atual gestor do HJM doou-lhe um exemplar desse livro, que vem sendo utilizado neste trabalho, como referência de informações sobre os fatos históricos aqui registrados sobre o personagem e o Hospital Juliano Moreira.

circular, na década de noventa, sob coordenação de uma psicóloga, o Jornal Comportamento, com oito páginas, com distribuição gratuita e periódica, com notícias e informações gerais, além de várias colunas com jogos, piadas e charadas para lazer. Na década de oitenta, circulava o Boletim do Juliano Moreira, que trazia informações sobre os problemas de estrutura e funcionamento do antigo hospital (SILVEIRA, 1996). Contemporaneamente, para informação geral dos servidores, o HJM faz circular o Boletim Expresso, um informativo em duas páginas, que é distribuído bimestralmente, com as notícias de todo o complexo e do funcionalismo público estadual.

O Serviço de Emergência Triagem e Acolhimento (SETA) funciona como uma das portas de entrada de todo o complexo, integrando a Emergência com os demais serviços. Foi criado em 2005 com a proposta de ser a única porta de entrada e de *se fazer encaminhamento e não um despacho; não apenas ouvir, mas dar solução* a fim de que cada um que chegasse ao HJM fosse acolhido, escutado e, saindo ou permanecendo, que tivesse um encaminhamento bem orientado, mais humanizado. Surgiu como uma *proposta belíssima, como nunca existiu aqui*. Surgiu com o desafio de ser multiprofissional, os profissionais indo para linha de frente, sendo marcadamente uma iniciativa do antigo diretor juntamente com as psicólogas (VERAS, 2009). No início de seu funcionamento, havia 4 psiquiatras por dia, a maioria com vínculo REDA, e mais três psicólogas, uma enfermeira e uma assistente social. Com esses técnicos e mais seis residentes de Psicologia, formavam seis equipes, funcionando três em cada turno, diariamente.

Quatro anos de funcionamento depois, o SETA conta com duas psicólogas e os seis residentes de Psicologia, contando com o suporte de uma assistente social, que participa orientando algumas demandas específicas. Conta, ainda, com um psiquiatra com vínculo temporário (REDA), cuja disponibilidade é de três turnos matutinos/semana. Os residentes de Psicologia têm um bom acesso a esse jovem psiquiatra que interage, fazendo perguntas ao usuário e acompanhantes, mas não discute o caso dos pacientes acolhidos pelos estudantes, na medida de suas expectativas, conforme seus relatos. Faltam, ainda, nesta equipe, uma enfermeira e mais um psiquiatra para que o trabalho do grupo seja multiprofissional. Segundo o que foi relatado, as enfermeiras ainda podem ser chamadas, dada a vigência do último concurso de 2006, mas, no caso do médico, é mais desafiador pois, além de não ter sido aberta vaga para psiquiatra no último concurso da SESAB - proliferando contratos temporários e com solução de continuidade - há poucos profissionais nesta especialidade no Estado da Bahia e para a demanda do HJM.

Além do já descrito, os poucos psiquiatras da unidade, quando lotados e em plantão na Emergência, mostram resistência em prescrever e maior resistência ainda em participar do acolhimento nos moldes propostos pelo SETA, ou seja, multiprofissional, com discussão dos casos clínicos mais complicados e escuta dos usuários e dos familiares. Alguns não são procurados para fazer prescrição porque só se sentem na obrigação de atender na Emergência ou, em casos especiais, atender o paciente que seja da área de cobertura do HJM ou de uma área onde não haja CAPS municipal.

Esse comportamento dos psiquiatras atuais vem sendo relatado desde a criação do SETA e tem se reproduzido mesmo após a aposentadoria dos psiquiatras mais antigos, os quais mostravam insatisfação e se recusavam a participar, de forma horizontal, com os outros técnicos da equipe, no acolhimento e na triagem do novo serviço. Entrincheiravam-se no argumento de que estavam lotados na Emergência, de que não foram escutados e nem preparados para a nova proposta e terminavam por não aceitar as fichas de pacientes sem as características sintomatológicas de crise psicótica, causando constrangimentos e desgastes para os outros técnicos.

O espaço físico insuficiente, a inexistência de organicidade com outros serviços do HJM, a falta de infra-estrutura e de pessoal para fazer o atendimento, frente à grande quantidade de demanda espontânea e a resistência de alguns profissionais são colocados como fatores que comprometem diariamente o acolhimento e o bom desempenho do SETA. Por não ter conseguido efetivar sua proposta mestra - conseguir acolher e dar resolutividade, de segunda à sexta-feira, às demandas de **todos** [grifo da autora] que chegassem na unidade, em qualquer turno - percebe-se um certo nível de frustração e desgaste na equipe remanescente, que, em alguns momentos, faz menção de falta de apoio das instâncias internas hierarquicamente superiores no HJM. Numa tentativa de adaptação aos obstáculos e ainda querendo manter o serviço, os técnicos restringiram o atendimento para 16 pessoas por dia, só pela manhã, com ficha por ordem de chegada, distribuídas a partir das sete horas, o que não impede que muitos usuários cheguem antes das 06:00h.

Nesse acolhimento, o paciente é escutado, avaliado imediatamente pelo psicólogo, o R1 e R2 da Residência de Psicologia; primeiramente em dois grupos de oito usuários e depois individualmente. Nesse segundo momento, além do psicólogo e dos residentes de Psicologia, já se conta com a presença da assistente social. Caso tenha indicação, o usuário recebe a

medicação para três dias se for de outro território⁶³ e, se houver psiquiatra para fazer a prescrição, até que seja admitido, com formulário de encaminhamento, em outro serviço próximo a sua residência. Sendo adstrito ao território do HJM, será encaminhado para matrícula no Ambulatório. Outra adaptação às limitações da não disponibilidade do psiquiatra é orientar o usuário que retorne em outro dia, quando o psiquiatra já referido estará em atendimento no SETA, caso não haja sintomas que indiquem Emergência.

Foi na primeira abordagem de acolhimento do SETA que emergiu a oportunidade da pesquisadora ter uma segunda⁶⁴ intervenção de caráter interativo mais denso, a qual pode ser classificada como *Participação Observante*, conforme explicitado por Zaluar (1986). No acolhimento do SETA, no primeiro instante, os oito pacientes e seus respectivos acompanhantes são escutados, mas havia a dinâmica de, acabando de falar sobre o motivo que lhes faziam procurar o HJM, o usuário e acompanhante saíam e aguardavam para um outro momento de escuta individual. Nessa condução, só o último paciente, com ou sem acompanhante, ao sair, ouvia a história e o sofrimento psíquico de todos, enquanto que o primeiro a sair só ouvia a sua própria narrativa.

Numa Observação Participante que vivenciara em maio de 2008, a pesquisadora percebera que, no Grupo de Recepção do Instituto Municipal Phillipe Pinel⁶⁵, no Rio de Janeiro, o grupo do primeiro momento só se desfazia quando todos narravam suas demandas e isso era acordado antes que o primeiro começasse a falar. A pesquisadora percebeu, que, nestas circunstâncias, a escuta e o compromisso do pacto de confiança estavam igualmente distribuídos, além do que a inibição natural de se falar a estranhos de problemas tão privativos e estigmatizantes, seria atenuada, porque todos ouviram sobre o sofrimento psíquico de todos, gerando menos resistências, mais solidariedade e evitando desconfianças (LACERDA; VALLA, 2003). Quando informadas da experiência e do impacto positivo para atenuar as resistências e constrangimentos, as técnicas de Psicologia, após uma reunião semanal da categoria, decidiram adotar, a partir do segundo semestre de 2008, esse novo método de conduzir a primeira fase do acolhimento no SETA.

Para os pacientes que, após ter passado pelo segundo momento do acolhimento, o individual, apresentem sintomas psíquicos que não estão sendo controlados com medicação

⁶³ O Ambulatório do HJM tem 26 bairros e mais o interior baiano sob sua adstrição; o Hospital Especializado Mário Leal (estadual), 16 bairros; os ambulatórios de psiquiatria municipais Aristides Novis, Rubim de Pinho e Osvaldo Camargo têm respectivamente 15, 18 e 17 bairros (ANEXO 4).

⁶⁴ A primeira interação está descrita no sub-capítulo 3.1.1.

⁶⁵ Neste Instituto que fica na Praia Vermelha, Urca, no mesmo espaço onde fora instalado o Asylo Dom Pedro II, funcionam: Ambulatório, Emergência e o Hospital do Instituto Municipal Phillipe Pinel. Além dele, há algumas unidades da Universidade Federal do Rio de Janeiro, inclusive, e o Instituto de Psiquiatria da UFRJ [Nota da Pesquisadora].

ou que relatem sofrimentos leves e pontuais, sem indicação de psicofarmacologia, os profissionais de Psicologia, técnicos e residentes os encaminham para uma psicoterapia específica que eles denominaram de Grupo de Urgência Subjetiva (GRUS). Funciona na lógica de um pronto atendimento em Psicologia, como era desejo do diretor anterior, que defendia a possibilidade de terapias curtas e pontuais ao invés da proposta da Psicanálise, que demanda uma profunda elaboração, por um período indeterminado (FREUD, 1987c). Inicialmente, são acordadas quatro⁶⁶ sessões psicoterápicas numa semana e, caso se faça necessário, podem chegar até a dezesseis sessões em quatro semanas e, no máximo, vinte sessões em cinco semanas.

Se houver necessidade de prolongar o tratamento, o paciente será matriculado no Ambulatório para fazer a psicoterapia convencional e ser encaminhado ao psiquiatra, se ainda não tiver sido medicado. Foi uma estratégia encontrada para evitar demanda reprimida, fila de espera e plethora de demandas pontuais de psicoterapias, além de evitar o alto índice de evasão das psicoterapias a partir da quinta sessão, como ocorria freqüentemente no Ambulatório. Por haver questionamentos em relação à sigla GRUS, pois tem sido questionado por outros técnicos, que não vêm a psicoterapia como um recurso de Urgência, a categoria está pensando em mudar o nome desse serviço que é caudatário e extensão do acolhimento do SETA.

Entendendo que em Salvador, *há unidades de Saúde Mental, mas não há uma rede de Saúde Mental*, os residentes de Psicologia do HJM, procuram criar estratégias para implicar os serviços externos ao complexo. Para consecução de suas atividades no SETA, os residentes de 2008 criaram o Guia Prático de Encaminhamento para Serviços (GPES-SETA), no qual constam, em ordem alfabética, todos os serviços próprios, filantrópicos e terceirizados da rede SUS e rede intersetorial (instituições de ensino, ONGs, grupos religiosos, fundações, etc) nos três níveis de complexidade, por Distrito Sanitário e por região do Estado da Bahia. O guia define que a sua funcionalidade busca:

- 1) diminuir as dificuldades dos técnicos que fazem a triagem SETA;
- 2) responder à demanda do usuário porque a relação dos serviços foi construída em função da necessidade deles;
- 3) ter o compromisso de estar se atualizando devido à dinâmica da rede publica ou privada: serviços fecham e outros abrem; suprir a precariedade de informações da rede de Saúde Mental;
- 4) dar um encaminhamento adequado para garantir um tratamento eficiente e

⁶⁶ Os técnicos de nível superior organizam seus horários de sorte que tenham pelo menos um dia livre/por semana, segundo as informações dos entrevistados [Nota da Pesquisadora].

- 5) demonstrar o respeito que os profissionais do HJM têm para com os usuários que os procuram solicitando ajuda.

Sobre a qualidade do serviço prestado pelo SETA, tanto os funcionários do HJM quanto os residentes, de Psicologia e Medicina, fazem referência de forma positiva, ressaltando que, após sua criação, houve uma mudança para melhor no atendimento, principalmente, na abordagem inicial de quem chega pela primeira vez no HJM. Quanto à repercussão desse serviço na clientela, uma acompanhante de um usuário em primeiro atendimento, comentou elogiando, durante a consulta psiquiátrica, que nunca passou por um atendimento tão *atencioso e humanizado*. Reforçando seu parecer, ela relatou que assiste na televisão tanta notícia ruim sobre o tratamento no SUS, mas, ali, eles foram muito bem tratados e que, enquanto aguardavam a chamada, todos os outros usuários estavam comentando, na mesma sintonia, o bom tratamento no HJM.

Ainda que seja alvo de elogios dos usuários e dos técnicos de outros serviços do HJM, o SETA não cumpre sua finalidade de ser o organizador do fluxo interno, do portão externo até o NAC. Este, considerado pela maioria dos profissionais como uma extensão da Emergência e não uma Pré-Internação. Ao invés de ser a porta de entrada do complexo de Saúde Mental, que funciona no Hospital Juliano Moreira, ele tem sido **uma** das muitas portas. Estas podem ser tantas quantas sejam os serviços oferecidos. Por questões de infra-estrutura - falta de sala de atendimento individual, uma equipe multiprofissional para cada turno e a ausência de uma divisão estabelecida de competências e hierarquias dos vários setores - nem sempre ele é a via preferencial de entrada, de sorte que o usuário pode ter sido matriculado recentemente no HJM, ou participar de alguma oficina sem nunca ter passado pelo acolhimento do SETA. Para os que nele atuam principalmente os psicólogos, há uma constante reivindicação de que ele tenha estrutura e fôlego para exercer o papel de orientador e organizador do fluxo, entre os vários serviços do complexo HJM, humanizando o atendimento, no sentido de que possa funcionar e ser reconhecido como o lugar *onde tudo acontece, a linha de frente do hospital, a porta de entrada para tudo e o miolo da articulação entre os serviços*.

Quando se foca a interface da saúde com a Educação, o Hospital Juliano Moreira é o campo de estágio, por excelência, para todos os cursos da área de Saúde, mormente, quando se trata de uma aproximação tangencial ou um mergulhar em Saúde Mental. Quanto às atividades de ensino, elas são realizadas na Emergência, NAC e Internação, quando dirigidas para os Técnicos de Enfermagem, graduandos de Enfermagem, Medicina e Psicologia e

residentes de Medicina e de Psicologia. O CENA recebe os residentes de Psicologia, os estudantes de Enfermagem e os de Serviço Social. Para o SETA, vão os estudantes de Enfermagem, de Serviço Social e residentes de Psicologia. No Ambulatório, só foram observados os residentes de Medicina e de Psicologia. O CRIAMUNDO é campo de estágio para os terapeutas ocupacionais e psicólogos. Em termos de variedade de estágio e riqueza de experiência, chama atenção em especial, a proposta da Residência de Psicologia do HJM. Além de estagiarem nos serviços citados, os residentes acompanham os moradores dos Lares Abrigados e, ainda, fazem estágios externos ao HJM, tais como nas Equipes de Saúde da Família do território da unidade e no CAPS Docente-Assistencial do bairro do Garcia, atuando e qualificando-se em serviços com diferentes modelos assistenciais, privilegiando-se os novos modelos.

Os preceptores desses estagiários e residentes são da responsabilidade da entidade formadora. Ocorre que alguns técnicos têm duplo vínculo empregatício e os que são docentes trazem seus alunos de outras instituições, para cumprirem seus estágios durante seu horário de atividade no HJM. Entretanto, há técnicos que fazem supervisão de estágios de alunos de suas categorias profissionais sem ter outro vínculo empregatício que não o HJM. Semanalmente, ocorrem duas Sessões Clínicas, de 9:00- 12:00h. A de quinta-feira é coordenada pela Residência de Psicologia e de terça-feira, pela Residência de Psiquiatria. Muito embora as duas residências sejam uma parceira da Universidade Federal da Bahia e o Hospital Juliano Moreira, não há interlocução entre os coordenadores e os preceptores. Percebe-se que a que é coordenada pelos psiquiatras segue a linha fenomenológica – prescritiva e centrada no psiquiatra, enquanto que a que é coordenada pelos psicólogos já tende para a linha dialógica – explicativa, centrada na interpretação, com marcante influência da Psicanálise Lacaniana. Ambas são freqüentadas por todos os estudantes e funcionários que o desejarem, porém, a sessão mais concorrida é a de Psiquiatria, na qual os estudantes de Medicina (graduandos e residentes) estão com seus preceptores.

Ainda que não declarado em palavras, nota-se que, nas várias iniciativas que trazem a marca de humanização da assistência e o aperfeiçoamento do ensino, devido ao protagonismo ou à liderança de uma categoria, ocorre a não participação ou a discreta presença de técnicos de outras categorias (vide Capítulos 8, 9,10). Na sessão clínica há raras participações dos técnicos do HJM, excetuando os que são preceptores e, na sessão clínica da Residência de Psicologia, raros são os residentes de Psiquiatria que comparecem. Suscitou estranheza o fato

dos residentes de Psiquiatria não participarem das atividades do SETA⁶⁷, tal qual os residentes de Psicologia e, após indagações, os técnicos do setor responderam que o argumento usado pelos coordenadores da Residência de Psiquiatria é que não há preceptores. Com certo desagrado, eles contra-argumentam que os mesmos residentes atendem, no turno vespertino, solitariamente, no Ambulatório.

Do mesmo modo que a proposta do SETA não conseguiu romper os vícios da rotina de décadas de tratamento do sofrimento psíquico, rotina que reifica o individualismo e o organicismo da abordagem psiquiátrica, há outras rotinas que se perpetuam e inquietam os profissionais que refletem sua prática e seu papel na rede de saúde Mental. Na opinião de alguns técnicos entrevistados, o Ambulatório é considerado um serviço que não mudou pois, além de ter a mesma forma de receber e tratar os pacientes, não há sinais de uma possível articulação com as propostas do SETA, que também não o incorporou. De sorte que ambos funcionam como setores paralelos, sem organicidade e sem hierarquia do fluxo.

Nos parágrafos seguintes, há alguns relatos de cunho etnográfico, os quais descrevem o que foi observado da rotina do Ambulatório do HJM, no que tange ao seu espaço, a sua clientela, aos seus servidores e a sua dinâmica interna, os quais concretizam as intervenções especializadas naquele serviço.

5.4 OS SERVIÇOS DO AMBULATÓRIO PSIQUIÁTRICO DO HJM

No antigo prédio do Hospital Juliano Moreira, funcionava um ambulatório rudimentar, que não fornecia medicações, no qual trabalhavam dois psiquiatras (SILVEIRA, 1996). O ambulatório psiquiátrico do Juliano Moreira, do modo como funciona hoje, no que tange à multiplicidade de servidores e à dispensação gratuita de fármacos, surgiu com a inauguração do novo prédio em Narandiba, há vinte e oito anos, com uma proposta avançada, à luz de uma nova filosofia, pautada num outro modelo assistencial que deveria ocorrer *a nível ambulatorial, com utilização de receitas e medicamentos, mas o tratamento principal se constituirá nas psicoterapias com o paciente e na orientação à família* (A TARDE, 1982 a).

Enquanto espaço físico, o ambulatório do HJM tem o formato de um longo corredor, sem ventilação e luz natural diretas, com os consultórios dispostos lado a lado, cujas portas

⁶⁷ No Instituto Pinel, no Rio de Janeiro, esta pesquisadora pôde observar o técnico da instituição coordenando o acolhimento de 10-15 pacientes/turno, com residentes de psiquiatria, enfermagem, psicologia e outros técnicos da instituição sem a presença de preceptor de cada um dos programas.

externas são ladeadas pelos bancos de madeira. Esses também estão dispostos defronte aos consultórios, favorecendo o controle de entradas e saídas pelos usuários que ficam atentos à chamada de seu nome e aos movimentos dos auxiliares de enfermagem que conduzem os prontuários para os técnicos. Nesse longo corredor - espaços vicinais que desembocam no estreito espaço principal - há três pequenos espaços, com sua sala de espera de forma quadrangular, com janelas de vidro e bancos de alvenaria. Um fica à esquerda e dois à direita de quem entra no Ambulatório. Comunicando-se com a pequena sala de espera que fica à esquerda, no fim do corredor, funcionam um consultório e o Serviço de Eletroencefalografia. Uma outra fica no meio dele, com dois consultórios, logo após a sala de enfermagem, da copa e do sanitário para os servidores. A terceira, à direita, é contígua ao espaço do Ambulatório Infante-Juvenil e ao espaço onde funciona o Serviço de Odontologia. Os sanitários dos usuários e mais um bebedouro elétrico ficam antes do balcão que dá acesso ao grande corredor.

Também na extremidade esquerda, estão o Serviço de Arquivo Médico (SAME) e o Serviço de Farmácia. O SAME só tem uma porta, geralmente chaveada, que desemboca no corredor principal, e por ela só transitam os servidores do setor. Esse setor é responsável pelo controle, registro e arquivamento de todos os prontuários abertos na unidade, sejam ativos ou inativos, desde que matriculados na unidade. Os pacientes atendidos na Emergência e no SETA, que não continuarão no HJM, têm sua passagem registrada em formulários próprios desses setores. Os servidores, sejam administrativos ou auxiliares de enfermagem, são escalados pela coordenadora do ambulatório, inclusive com a janta reservada no refeitório do HJM, para ficarem até o último médico terminar o atendimento⁶⁸, para garantir o retorno de todos os prontuários para o arquivo. A marcação das consultas é para determinado dia e turno, mas os usuários são avisados que serão atendidos por ordem de chegada. Esta tem seu controle pela auxiliar de enfermagem, que recebe o cartão de matrícula e o encaminha para o SAME, que libera o prontuário do paciente. Essa dinâmica do SAME vem se reproduzindo desde a transferência do HJM para o atual prédio, conforme já foi observado por Silveira (1996).

No que tange à marcação de primeira consulta, sempre foi e continua sendo da competência do SAME. Mas, as marcações de retorno eram realizadas pelos psiquiatras, até que, nos anos noventa, com a justificativa de que o haveria a implantação de um serviço informatizado - realidade até hoje não concretizada - a marcação de retorno foi centralizada

⁶⁸ Durante o período da coleta de dados, o horário mais prolongado chegou às 19:00 h de uma sexta-feira.

no SAME. Essa mudança causou choque de interesses e reações de desagrado e indignação entre os médicos do Ambulatório, pois tal medida administrativa era sustentada, principalmente, pela necessidade de controlar a produtividade daqueles profissionais, minando seu poder de decidir quantos paciente atenderiam por turno (SILVEIRA, 1996).

Ao todo, são 14 consultórios para clínica, 10 para adultos e 4 para infanto-juvenil, que são compartilhados por 38 técnicos de nível superior, tendo em vista que os farmacêuticos e os odontologistas ocupam espaços diferenciados, montados especialmente para suas atividades. Os 14 consultórios, com suas paredes em azulejo amarelo, são compostos por uma mesa, três cadeiras, ventilador ou ar condicionado, sendo utilizados por mais de um profissional, no mesmo dia ou mesmo turno. Por causa disso, em alguns dias e turnos, um profissional, quando atrasa seu atendimento, inicia sua atividade num consultório e a finaliza em outro. A sinalização das salas está fixada na parede, no alto à direita da porta, que traz o nome *consultório*, acompanhado do desenho de um estetoscópio, dando a entender que é de uso médico, muito embora os profissionais de outras categorias nelas atendam.

A Farmácia, por sua vez, tem uma porta privativa para acesso dos funcionários do setor e duas ante-salas à direita da entrada. Numa delas, voltada para a área externa ao ambulatório e que antecede imediatamente o balcão de entrada, há cinco guichês: três para distribuição de medicamentos para os usuários (um para distribuição de antipsicóticos excepcionais e dois para os básicos), com três auxiliares de enfermagem/turno, e dois para marcação de consultas para o ambulatório, com dois auxiliares de enfermagem/turno. A outra ante-sala tem um balcão alto, onde os auxiliares de enfermagem, da Emergência e da Internação, conferem as medicações que devem levar para os seus setores, duas vezes por dia⁶⁹, inclusive nos finais de semana e feriados. Na área reservada ao armazenamento das medicações, tanto psicofármacos como as medicações de uso clínico, três auxiliares de enfermagem são responsáveis pela organização das bandejas, segundo as prescrições médicas, por módulo de Internação e para o NAC. Essa atividade de organização das bandejas de fármacos foi implantada pela Coordenadora da Farmácia do HJM, para maior controle das medicações, principalmente, para evitar os crônicos desvios.

Além das medicações do elenco básico, os neurolépticos típicos (ANEXO 10) e outros psicofármacos do Programa Estadual de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde (SESAB), a unidade está credenciada, pelo Ministério da Saúde, desde 2002, e o setor de Farmácia dispensa as medicações do Programa Nacional de Medicações Excepcionais do

⁶⁹ A implantação dessa rotina será comentada no Capítulo 8 e 9.

Ministério da Saúde (PROMEX/MS) para atendimento ambulatorial, antes denominadas de alto custo. Essas são: clozapina (25 e 100 mg), olanzapina (5 e 10 mg), quetiapina (25, 100, 200 mg), risperidona (1e 2 mg), ziprazidona (40, 80 mg). Muito embora não faça parte do elenco, portanto não subsidiado pelo MS, a SESAB está adquirindo, com recursos próprios apesar de ser muito oneroso, o antipsicóticos aripiprazol (15 e 20 mg), semelhante ao que vem ocorrendo em outras secretarias estaduais, muitos sob ordem judicial do Ministério Público⁷⁰.

Os técnicos de Farmácia do HJM, ao realizarem a assistência farmacêutica, monitoram a evolução clínica do paciente que está matriculado no PROMEX/MS. Em relação aos benefícios do tratamento com os antipsicóticos atípicos e o seu impacto no controle das crises e na estabilização do quadro entre os usuários do HJM, Santana Filha (2008) informa que, dos duzentos pacientes acompanhados em 2006, apenas dois referiram internação naquele ano. Parte desses pacientes são acompanhados por psiquiatras da rede municipal ou da rede privada, uma vez que o protocolo faculta essa possibilidade. Entretanto, o paciente que é atendido na rede privada, deve ser auditado por um psiquiatra da instituição pública credenciada, antes de ser matriculado no programa, uma vez que o paciente tem que ser portador de esquizofrenia, F20 (CID X), ser refratário aos antipsicóticos típicos e ou apresentar reações de intolerância moderadas a graves (BRASIL, 1999).

Outro serviço cuja porta - neste caso de vidro, diferente das outras, que são de madeira pintada - desemboca no comprido retângulo, no outro extremo do corredor, é o Serviço de Odontologia. Dispõe de dois consultórios especializados e mais uma sala de espera envidraçada, onde circulam atendentes de enfermagem fardadas, estudantes de Odontologia e profissionais de jaleco, gorros, máscaras e luvas e os usuários, todos aguardando sentados sob o raio de ventiladores. Tanto o fardamento dos que trabalham nesse micro-espço como a disposição dos móveis brancos, piso de granito e parede azulejada, com detalhes em pastilha destoam de todos os outros espaços do Ambulatório, apesar da ausência de luz e ventilação naturais. Quanto a essa diferenciação, um dos profissionais entrevistados disse que a discrepância é muito notória e comentada, e que a estrutura física do Serviço de Odontologia, frente ao restante do ambulatório, parece *argola de ouro em focinho de porco*. Nesse serviço, o paciente tem assistência de orientações de higiene, profilaxia e restaurações dos dentes.

⁷⁰ Devido ao seu auto custo, o aripiprazol tem sido uma terceira escolha após a falência de eficácia ou desconforto incontrolável dos efeitos colaterais dos neurolépticos típicos ou atípicos, uma vez que em julho de 2008, uma caixa com 10 comprimidos de comprimidos de 10mg custava em torno de R\$ 483,6 (quatrocentos e oitenta e três reais e sessenta e três centavos ou duzentos e quarenta e cinco dólares), http://www.saude.sp.gov.br/resources/geral/acoes_da_sessp/assistencia_farmacutica/aripripazol/norma_tecnica_aripripazol.pdf; <http://www.tjpe.jus.br/jurisprudencia/doc.asp?codproc=189258> – acessado em 26/12/09, às 19:00hs).

Próximo ao Serviço de Odontologia, há o espaço do Ambulatório Psiquiátrico Infanto-Juvenil, com menor largura e extensão, com seus três consultórios e uma sala maior para a oficina de Terapia Ocupacional. Percebe-se, mais intensamente ali do que em outros setores, o mesmo fenômeno da presença maciça do cuidador feminino, administradora do tratamento de seus familiares, constatado por Loyola (1981; 1987): as mães, avós e irmãs, raramente os pais e os irmãos, são acompanhantes dos usuários do serviço. Todos, contidos em dois estreitos e insuficientes bancos de madeira, esperam seu momento de serem atendidos, em condições de espera mais precárias de iluminação e de ventilação do que nos outros espaços já descritos. Apesar dessa precariedade, o atendimento à clientela infanto-juvenil é considerado, entre os servidores e comentado pelos acompanhantes, como o setor mais humanizado e acolhedor do Ambulatório, devido ao compromisso e ao cuidado das oito técnicas que nele trabalham.

Desse mesmo ambulatório, de clientela mais jovem, surgiu na década de setenta, por iniciativa de uma psicóloga, ainda em atividade, o Clube de Mães, o qual tinha como objetivo tornar útil o tempo de espera dos filhos em tratamento, qualificando as mães ou acompanhantes para que pudessem se inserir no mercado de trabalho. Segundo a criadora do projeto, uma outra razão era se criar um espaço para as mulheres trocarem experiências sobre a doença dos filhos ou sobre seu quadro, uma vez que boa parte delas era portadora de transtorno mental e usuária do Ambulatório de adultos. Nesse clube, nos tempos áureos de grande participação, já tiveram oficinas de costura, pintura, maquiagem, artes plásticas, culinária, etiqueta, crochê, bordados, tricô, dança e perfumaria. Das várias atividades que foram desenvolvidas, só a culinária sobreviveu e, das duzentas mulheres associadas, só quatro permanecem vinculadas. Muitas delas foram inseridas no mercado formal, segundo a informante, ainda que não saiba precisar quantas.

As mães remanescentes, hoje instaladas no último piso do prédio principal do HJM, num pequeno espaço transformado em cozinha, preparam lanches, diariamente e nos dois turnos. Uma delas, muito comunicativa e bastante conhecida dos usuários mais antigos, sai vendendo coxinha de galinha, sanduíche, bolos, sonhos, empadas e tortas, todos organizados numa caixa plástica bem apresentável. Vende qualquer produto a R\$ 1,00 (um real), seja para funcionários, usuários e todos que circulam em todo complexo, inclusive à pesquisadora. Essas mulheres se sustentam e suprem essa atividade com o que arrecadam, já tendo adquirido e renovado, quando necessário, geladeira, fogão e freezer.

No que tange à atividade da nutricionista, não existe um Serviço de Nutrição específico para o Ambulatório, pois ele funciona voltado, prioritariamente, para os internos e para os funcionários, mesmo sendo terceirizadas a confecção e distribuição dos alimentos.

Entretanto, em 2006, foi instituído o serviço de distribuição de lanches (média de 15/dia) ao usuário que mora distante, que chegou muito cedo, principalmente, quando vem do interior de ambulância ou de carona. Essa distribuição de lanches já ocorreu no HJM nos anos noventa, mas foi retirada pelo gestor da época, o que causou muito descontentamento entre os pacientes, os auxiliares de enfermagem e as assistentes sociais (SILVEIRA, 1996).

Atualmente, duas auxiliares de enfermagem, às 07:00h (matutino) e às 12:00h (vespertino), fazem uma triagem de todos os que estão esperando a abertura do atendimento, numa grande área coberta, sinalizada e com vários bancos de cimento. Com essa distribuição, percebeu-se que a rotina do Ambulatório tem estado mais tranquilo, com menos reclamação pela demora dos psiquiatras. Segundo os técnicos, na tentativa de humanização da assistência, a distribuição de lanches tem funcionado como mais uma estratégia para garantir as reconsultas.

Em relação especificamente ao Ambulatório, uma nutricionista do serviço, desde 2008, vem fazendo um rastreamento dos funcionários do HJM com sobrepeso e obesidade, para ajudá-los a mudar os hábitos de vida. Segundo as informações do Relatório Anual do HJM, 2008, a profissional detectou que 62% dos servidores do HJM estão com sobrepeso, 10% com obesidade e 3% com obesidade mórbida. Ela intervém marcando consultas individuais, através de convites personalizados, folhetos explicativos, com orientações sobre a doença e seus riscos fazendo um programa de monitoração para os casos graves, com reeducação alimentar e adoção de hábitos saudáveis (ANEXO, 11). A mesma profissional estendeu esta atenção para os usuários do Ambulatório inscritos no Programa de Medicamentos Excepcionais, principalmente os que usam a clozapina e a olanzapina⁷¹. Daí porque atende duas vezes por semana no Ambulatório, no horário que vai das 12:00h às 14:00h. Segundo alguns técnicos, a falta de encaminhamento sistemático dos psiquiatras, apesar de saberem e perceberem o aumento de peso, tem sido um grande desafio para reverter essa comorbidade iatrogênica.

⁷¹ A clozapina e a olanzapina, entre todos os neurelépticos atípicos, são os maiores responsáveis por ganho de peso localizado e dislipidemia. <http://www.polbr.med.br/arquivo/mess0700.htm>, acessado em 11/01/10, às 10:00h.

5.5 A DINÂMICA DE ROTINA DO AMBULATÓRIO DO HJM

Rico em interatividade dos usuários, no ambiente aqui descrito, ouvem-se, diariamente, elogios e queixas dos que trabalham e dos que são atendidos. As queixas mais comuns dos profissionais são por causa da infra-estrutura, tal como a falta de climatização em algumas salas, seja pela inexistência ou por falta de manutenção dos aparelhos de ar condicionado. Faz muito calor em qualquer turno nos meses quentes⁷², apesar de todos os consultórios terem uma janela que permite ouvir o canto dos passarinhos, ver a claridade do dia e sentir alguma ventilação, quando há corrente de ar e se as janelas estiverem abertas. Tanto pela manhã como pela tarde, mas principalmente à tarde, pois sua localização é no poente, o corredor onde funciona o Ambulatório, em todas as direções, fica superlotado de usuários e de acompanhantes. Sempre que possível, instalavam-se defronte dos consultórios, sentados nos bancos, acorados no chão ou encostados na parede, intensificando, na mistura do colorido das vestimentas e nos odores - de suor, perfume, desodorante e sabonete - o desconforto térmico da pouca ventilação.

O desconforto térmico é um elemento a mais a ser considerado no Ambulatório, comprometendo o bem estar de todos e alterando a rotina. De tão intensamente ativo e por tanto tempo que perdura, ele foi analisado e implicado por Silveira (1996) como o fator responsável por um conflito ético dos psiquiatras: atender com a porta fechada, respeitando a privacidade do paciente e derretendo em suor, ou trabalhar com a porta aberta, garantindo um pouco de ventilação, mas comprometendo as revelações da consulta. De tão recorrente e sintomático, o calor foi considerado a *queixa principal* da maioria deles (SILVEIRA, 1996: 159, 160).

Nas tardes mais quentes do verão de 2009, por vezes, a pesquisadora presenciou alguns médicos do turno vespertino se recusando a atender na sala, devido ao calor. Tal ameaça deixava transparecer um certo ar de apreensão no semblante dos que aguardavam. Naqueles momentos, temiam o não atendimento, a falta de medicações e de relatórios, caso o médico fosse embora. Isso significaria remarcação, outro retorno, outro turno preso naquele espaço e outro deslocamento oneroso para a maioria dessa clientela, já que muitos vêm de longe, quando não de outros municípios.

Para tranquilidade dos que esperavam, na maior parte das vezes, a ameaça só ficava no tom, pois, no momento seguinte, todos migravam para um outro consultório que acabara de

⁷² A pesquisadora teve a experiência de estar na unidade nas quatro estações do ano.

esvaziar, organizado, às pressas, pela atendente escalada, para o médico. Mesmo com todo desconforto, empilhados e apinhados, os usuários, confiantes, aparentavam uma certa feição de serenidade, na imediação do consultório alternativo. De um modo geral, o tempo de espera era otimizado por boa parte deles, conforme o perfil e o interesse de cada um: havia mulheres fazendo crochê; havia os que conversavam com outros companheiros de espera; os que ficam em constante circulação, com ou sem sinais de incômodo, e os que se sentavam no chão pelo cansaço da espera.

Colocados em posição estratégica e monitorando todas as entradas e saídas do consultório, onde deviam ser atendidos pelo psiquiatra, geralmente, os usuários reagem mal a estranhos que entram para conversar, sem ter a finalidade da consulta ou não estivessem na seqüência do atendimento. Esta era estabelecida pela ordem de entrega do cartão de matrícula e era controlada por quase todos, pois que perguntam sempre, aos auxiliares de enfermagem, quantos já tinham sido entregues. Os propagandistas de indústrias farmacêuticas, querendo otimizar seu tempo, competem com os usuários na tentativa de serem mais rápidos e chegar à porta do consultório, quando sai uma pessoa atendida. Além de fecharem o cenho e reclamarem a invasão, que só faz retardar seu atendimento, como uma senha não verbalizada, os usuários se aproximam e se aglomeram ao redor da porta, dificultando o acesso desses “inoportunos” ao psiquiatra. Esse movimento estratégico foi percebido contra aqueles representantes que sempre estão bem vestidos, diferindo da simplicidade de seus trajes; bem falantes, com fácil acesso e desenvoltos. Os propagandistas chegam em dupla e são assediados pelas auxiliares de enfermagem e, às vezes, pelos técnicos. Trazem sacolas com brindes, revistas, folhetos e amostras de medicamentos, o que os tornam mais rapidamente acolhidos e preferenciais.

Apesar da maioria esperar placidamente, mesmo que seja por vários pares de horas, conforme observou Ribeiro Marçal (1995), vez ou outra havia intercorrências. Algumas vezes ocorreram alguns eventos de insatisfação bradada pelos que se sentiram prejudicados. O caso mais marcante foi o de uma usuária com 25 anos de tratamento ambulatorial, que se dirigiu exaltada ao Posto de Enfermagem porque estava esperando para ser atendida desde 9:00h horas da manhã e, até as 16:00h, a consulta não tinha acontecido. Foi um caso em que o atendimento seria realizado por um psiquiatra que se dispusesse a atender, porque a paciente era do interior e tinha perdido o horário, já que seu médico de referência atendia bem cedo e tinha ido embora. Entretanto, há casos de usuários que lançam mão do expediente de facilitar seu acesso à marcação e à consulta sem perder tempo em espera. São alguns privilegiados, que conhecem alguém que trabalha no Ambulatório ou em outro setor: não enfrentam fila, não

marcam retornos no guichê e só chegam para o atendimento. Por causa desses, para garantir a sua vaga, algumas auxiliares de enfermagem, ao dar a informação, superestimavam o quantitativo dos que já haviam entregue o cartão de matrícula para se consultar no turno.

Os grupos, trios ou duplas, que aguardavam conversando, são pródigos na variedade e alternância de temas e na abertura para ouvir e incorporar mais um interlocutor. Os assuntos começavam do que tinha mais impacto ao que era mais rotineiro, inclusive o funcionamento do HJM. Quando se aguardava a consulta com a médica ou o médico em atendimento, os temas de conversa avaliavam a rapidez, a atenção, a solicitude da ou do profissional na consulta até seu humor constante ou ocasional. No entanto, foi observado que, na ausência demorada do facultativo, os assuntos mais mobilizadores eram as insatisfações pelo calor, pela falta de conforto, pela demora *do que só chega atrasado*, tempo que eles contabilizavam em até duas a três horas, após o horário⁷³ agendado.

Apesar desses comentários, 90%, de um grupo de entrevistados deram respostas positivas quanto à satisfação pelo atendimento ambulatorial no HJM. Analisando essa frequência, a autora do estudo declarou que há um *pacto de silêncio* não verbalizado entre os pacientes no que se refere a avaliar a qualidade do atendimento que recebem naquele Ambulatório, quando foram diretamente questionados (SILVEIRA, 1996:132). A autora justifica que aquela avaliação, marcadamente positiva, deve ser atenuada, visto que os pacientes foram entrevistados na própria unidade e devido a esse fato pode ter havido algum nível de auto-censura ou temor de prejuízo no tratamento. Em contrapartida, outros autores, além de questionarem os resultados de pesquisas que avaliam a satisfação do usuário, defendem que o termo *satisfação* é muito complexo, vago e fluido para o usuário, sugerindo que se deve, antes de tudo, perguntar ao entrevistado qual a sua compreensão do termo em foco (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Há os que fazem relatos espontâneos, em alto e bom som, de sua vida pessoal, como uma senhora com idade aparente de quarenta anos, que iniciou sua fala com a pesquisadora mostrando que finalizara seu dever de casa: escreveu de 1-100 em algarismos romanos e de 100-200 em algarismos arábicos. Estimulada pela ouvinte, confidenciou que voltou a estudar este ano [2009], após ter ficado mais de 20 anos sem estudar, estando na mesma escola que o filho, mas tem dificuldade no aprendizado dos algarismos romanos. Ela informou que já esteve internada em todos os hospitais psiquiátricos de Salvador, excetuando o Hospital Mário Leal, e que está neste ambulatório e com o mesmo médico há 20 anos, o qual já foi, inclusive,

⁷³ A questão da carga horária de trabalho praticada no Ambulatório do HJM será discutida no Capítulo 6.

médico de sua mãe. Entre outros comentários, ela fala, em tom de queixa e de resignação, de sua filha de 6 anos que foi tirada de sua guarda porque não tinha como cuidar.

Em outra oportunidade, algumas mulheres começaram a falar sobre uma reza pouco conhecida para Nossa Senhora, em um estilo arcaico e longuíssima, a qual quem a souber de cor, descobre o dia e consegue reunir toda a família na hora de sua morte. A informação faz surgir vários relatos de experiências de mortes reveladas, em anúncios misteriosos a entes queridos, antes ou durante o evento, mesmo as pessoas estando muito distantes. Naquela manhã, pelo tempo de duração e pelo interesse despertado, observado por repetidas intervenções de vários dos que aguardavam a consulta, este assunto se destacou entre os outros que surgiram. Os outros, tais como o reajuste do valor das passagens de ônibus, que muito indignou a todos, e a violência nos ônibus urbanos, que causava insegurança, foram esgotados rapidamente.

Já na sala de espera do Ambulatório Infante - Juvenil os temas, geralmente, tangenciam e se aprofundam na doença dos menores, na irresponsabilidades dos companheiros no cuidado dos filhos, na violência urbana contra os jovens, nas drogas e no temor de balas perdidas contra seus filhos. O tema da violência tanto suscita reações de medo, como de indignação, tanto de comiseração quanto desejo de severas punições. As mulheres mais idosas tendem a culpar as mães por seus filhos usarem substâncias psicoativas ilegais, ou por serem vítimas de violência. Certa vez, uma senhora verbalizou que *as mães de hoje deixam seus filhos na rua, sem controle, sem vigilância e que eles precisam ter atividade, estudar e vender qualquer coisa, para ocupar a mente*. Algumas senhoras relatam o evento traumático que fez seu filho ou filha necessitar de tratamento psiquiátrico, tais como ter assistido a um linchamento de um marginal ou de um pedófilo ou ter tido alguém assassinado, pela polícia ou por traficantes, na porta de sua casa.

Essas mulheres e os filhos, que trazem para acompanhamento especializado, vivem em seu dia-a-dia o que Franco (1992) chamou de *violência urbana, intrafamiliar, institucional, no trânsito, na mídia e a psicológica*. Por serem tão rotineiras, tão diuturnas e tão banalizadas em suas existências que por alguns autores são consideradas em essência, a *violência estrutural*, a qual suscitibiliza as suas vítimas à marginalização, ao sofrimento, principalmente psíquico, e à morte (FRANCO S., 1992; BOBBIO, 2000). Tem a potencialidade de comprometer a qualidade de vida, minando a sensação de bem estar biopsicossocial de indivíduos e da coletividade, é um fator causal de adoecimento, podendo enfermar, mutilar ou destruir o corpo, além de atingir a estrutura psicoemocional desestabilizando-a ou desestruturando-a e provocar instabilidade, desconforto e insegurança

nas relações sociais (MINAYO, 1994a), atingindo mais intensamente aos jovens, negros e pardos, sendo que os negros ainda são mais sujeitos ao fenômeno do que os pardos (ATHAYDE *et al.*, 2005). Muito embora não tenha sido objeto deste trabalho, é importante destacar a frequência majoritária de pessoas com traços afro-brasileiros, moradores de bairros populares, com vestes e comportamentos típicos das classes populares, nas salas de espera. Constatações estas, que foram relatadas em outros trabalhos que estudam o HJM (SILVEIRA, 1996; JUCÁ, 2003).

Pelos relatos daquelas mulheres, a sua realidade não difere muito de outras já estudadas. Mulheres cujos filhos socializam-se entre a permissividade e a repressão (esta, inclusive, entendida como preventiva da marginalidade), na tensão dos papéis femininos (administradora, educadora da casa e da prole e em busca de estabilidade) e masculinos (provedor, socializador da prole e em busca de compensações sexuais), agravada pela autoridade masculina desprestigiada e desautorizada pelo desemprego ou sub-emprego (COSTA, 1987). Habitando, geralmente, em exíguos espaços comuns, vivem num constante estado de insegurança, pois residem em locais populares, nos quais tanto os representantes da lei, como os fora dela, são ameaças constantes (PAES MACHADO, E.; NORONHA, C. V.; CARDOSO, F., 1997; PAIM, 2006.b).

Boa parte da população de baixa renda, como é mais frequente na clientela que utiliza os serviços do SUS, é telespectador contumaz dos programas pseudo-jornalísticos que congestionam os canais abertos de televisão local. A veiculação midiática da violência ocorre de modo sensacionalista - seja nos crimes individuais ou em massa - difusa, sem discussões que leve a questionamentos ou ilações que remetam aos aspectos sócio-econômicos constituintes. É uma massificação, transmitida com o forte interesse de explorar, dar ares de espetáculo dantesco para todos, por quanto tempo for necessário aos interesses da audiência comercializada, dos aspectos mais violentos e até cenas macabras dos acontecimentos. Tal descompromisso com a informação responsável para com o consumidor e com a saúde psíquica do imaginário popular transmite e reproduz a mensagem sub-reptícia da anomia, que fragiliza e esgarça o tecido social. Em suma, além de banalizar a violência, pois que apenas mostra repetidamente, sem acionar canais de implicação, consciência crítica e de resistência, esses programas têm sido implicados com o sentimento de insegurança e sofrimentos psíquicos de alguns ou, em outros, nas atuações de revolta, revanchismo e linchamentos, reforçando e ampliando a violência (MARTINS, 1996; VILLAR, 1998; CALDEIRA, 2000; RONDELLI, 2000).

Como pode ser observado nos comentários que foram ouvidos nas várias rodas formadas nas salas de espera de atendimento do HJM, a curto, a médio e a longo prazos, sob estímulo dessa informação despolitizada, constata-se a naturalização ou demonização da violência, banalizando a vida, suscitando descréditos e reações individuais, disseminando a insegurança, a indignação e o medo. Nas falas dos grupos de conversa observados e nos sentimentos de comiseração, de resignação ou de revolta, percebeu-se aquilo que a literatura tem apontado como um vazio das possibilidades de uma consciência crítica ou de articulações voltadas para o enfrentamento da violência, resgate da cidadania e a implantação de políticas de inclusão⁷⁴ do coletivo da sociedade (PAES MACHADO, E.; NORONHA, C. V.; CARDOSO, F., 1997).

A experiência com a medicação é um outro tema recorrente entre os que aguardam o atendimento, independentemente da faixa etária ou do gênero. Mesmo os que se tratam há muitos anos, trocam suas impressões sobre os fármacos que utilizam, para colocar sua experiência ou fornecer alguma informação ao seu interlocutor. Eventualmente, alguém assume que havia parado de usar a medicação há vários dias porque estava se sentindo mal, seja por causa de um dos efeitos colaterais ou adversos⁷⁵. Outros comentam que diminuíram a frequência ou a dosagem da prescrição pelos mesmos motivos, ou porque se sentiam melhores. Entre os que se tratam há muito tempo, estar melhor não é motivo para a retirada do medicamento⁷⁶, pois temem um novo surto ou a possibilidade de ser internado.

Em relação aos outros servidores do Ambulatório, dentre os 11 de nível médio, identificados como os outros *sujeitos coadjuvantes* desta pesquisa, apenas o servidor que é assistente administrativo não foi entrevistado, pois sua atividade pouco interage com os outros sujeitos da pesquisa. Constatou-se que há 10 auxiliares de enfermagem, sendo que uma delas está afastada por problemas de saúde, e 6 já estão com tempo de serviço suficiente para a

⁷⁴ Provavelmente pela não ocorrência de um fato midiático, nos comentários não houve referências aos *crimes de colarinho branco*, os quais ocorrem - não determinados pela injustiça das desigualdades sociais institucionalizadas - mas pelo ter em excesso, inclusive, o sentimento de impunidade, haja vista que a certeza da punição é mais eficaz que o tempo de pena a se cumprir (BARATTA, 2002). Há muito vem se tematizando a “crise ética” em que vive a sociedade moderna e constata-se o aumento dos crimes, a banalização de atos ilícitos e a perda de valores sociais que são expostos na mídia falada e escrita diariamente. Os seus autores são cada vez mais oriundos das classes médias e altas (BARATTA, 2002; LEMGRUBER, 2002), haja vista as atrocidades que jovens de poder aquisitivo diferenciado têm praticado, contra as pessoas de classes populares, tal como a tortura e morte por fogo do índio, em Brasília; a corrupção que grassa nos órgãos públicos; os escândalos da compra e venda de votos e apoio de parlamentares, o caixa dois das eleições e as propinas com o dinheiro público como noticiam, semanalmente, os jornais e revistas.

⁷⁵ Os efeitos colaterais são aqueles que ocorrem como um efeito secundário de ação da droga, podendo ser adverso ou não. Em se tratando de psicofarmacologia, a prometazina é utilizada por causa de seu efeito colateral (anti parkinsoniano) e adverso (sedativo), uma vez que seu efeito de primeira escolha é como antihistamínico (RANG, 2004).

⁷⁶ No próximo capítulo, esse tema será retomado, discutindo-se o fenômeno da adesão terapêutica.

aposentadoria: com mais de 30 anos de serviço e mais de 55 anos de idade. Elas possuem dois tipos de farda, um jaleco ou blusão branco, ou uma calça verde escura e blusa verde clara bordados com o símbolo HJM. Algumas informaram que usavam a farda adquiridas por elas, pois a disponibilizada pela instituição já estava desgastada pelo uso. Em alguns dias muitas delas circulavam pelos corredores trajando vestimentas comuns, fazendo exceção as três que são do Serviço de Odontologia e as duas do Infante-Juvenil. As quatro que trabalham na clínica psiquiátrica são responsáveis pela intermediação do usuário com os técnicos, para que se realize a consulta, e são encarregadas de receber e devolver ao SAME e entregar aos técnicos os prontuários, além de organizar o consultório e o material impresso para a atuação dos psiquiatras. Os outros técnicos que dividem o mesmo consultório, psicólogas e nutricionista, portam uma pasta plástica onde guardam os formulários que usam e, geralmente, pegam os prontuários que vão utilizar no SAME, não dependendo do serviço das auxiliares de enfermagem.

De um modo geral, a qualidade do serviço de alguns técnicos e auxiliares de enfermagem do HJM foi descrito pelos coordenadores como deficitário, sendo alguns acusados de rispidez, mal humorados e de difícil trato com a clientela e para com os coordenadores. Desses, alguns chegaram a afirmar que boa parte das auxiliares de enfermagem está *doente e desgostosa, parece trazer o manicômio dentro de si*. Com alguma frequência, as queixas são repetidas e ocorrem, boa parte das vezes, sobre os mesmos servidores. Quanto às auxiliares de enfermagem, que estão lotadas no Ambulatório, declararam que estão aguardando alguma melhoria salarial para sair e outras dizem estar muito cansadas e que já investiram muita energia no serviço, não se sentindo mais na obrigação de fazer melhor. Indagadas como se deu a lotação no setor, uma das mais antigas de profissão e idade, pois que já passa dos 38 anos de serviço, respondeu que os recém-contratados, mais jovens e fortes, são, inicialmente, lotados nos vários módulos da Internação, NAC ou Emergência e que aos mais velhos, de idade e de serviço, é facultada a lotação no Ambulatório.

Essa característica de ser o melhor local de trabalho foi apontada e descrita como o *céu* pelos entrevistados de Jucá (2003), uma vez que é uma atividade leve, onde estão os pacientes menos agudos ou agitados e com a exigência de menos tempo de trabalho, segundo os entrevistados por Silveira (1996). Nesta pesquisa, o termo utilizado por uma auxiliar de enfermagem e que corrobora com a mesma idéia é que o Ambulatório, onde há a maior

concentração de pacientes estabilizados e crônicos, é o setor preferido por ser o *filet mignon*⁷⁷ entre todos os serviços do HJM.

Ainda que sobre algumas incidam restrições a sua conduta profissional, é possível, no entanto, constatar e ouvir relatos sobre as auxiliares de enfermagem que são solícitas, agradáveis e atenciosas para com os usuários, os quais as elogiam e, eventualmente, as presenteiam com objetos de uso pessoal ou produtos da terra, tais como frutas ou verduras. Entre tais, casualmente sentada num banco de alvenaria, bem ventilado, debaixo da rampa que dá acesso ao refeitório - onde pacientes, funcionários e acompanhantes ficam sentados ou deitados em conversas ou cochilos e de onde se pode ver a porta de entrada de Emergência – a pesquisadora conheceu, num início de uma tarde de abril de 2009, uma senhora de 88 anos, aposentada há 30 anos e que trabalhou por 39 anos na Internação. Justificava sua presença no HJM, com o neto e naquele dia e horário, para pegar medicação para uma vizinha. Enquanto conversava, muito lúcida e bem falante, era cumprimentada, efusivamente, por todos servidores que a viam. Personagem folclórica, desde o velho prédio, onde era conhecida pela alcunha de *Distinta*. Muita satisfeita em responder a curiosidade da interlocutora, explicou que o apelido lhe fora dado por um médico, do antigo prédio, em homenagem ao seu modo de ser e tratar colegas, doutores e internos.

Nesse fortuito encontro, ela relatou um pouco de sua muita experiência no trato com os doentes dos quais cuidava. Com muito orgulho, garantiu que, no seu plantão, não deixava as pacientes terem relação sexual, usava a estratégia de incentivar banhos frios, muitas vezes ao dia, *para acalmá-las*. Tinha prazer especial em ver os internos aseados, vestidos, calçados, alimentados e com suas camas arrumadas, com lençóis limpos. Em todo seu tempo de serviço, só relata um episódio de ter sofrido agressão, quando uma paciente a agarrou pelo cabelo, tendo sido salva por colegas e outras internas. Confidenciou que, quando algum colega faltava, ficava responsável por 180 enfermos, numa única enfermaria do antigo HJM, sem temer, muito embora de pequena estatura e franzina. Para ir embora e finalizando sua narrativa sobre a sua grande experiência profissional, deixa como testemunho um recado para aqueles que a sucedem. Com muita propriedade, enuncia que, em Saúde Mental, *tem que se trabalhar com muito amor e respeito pelos pacientes*.

⁷⁷ Essa expressão é utilizada pelos técnicos, conforme será apresentada no Capítulo 8.

No próximo capítulo, serão apresentados os dados que delineiam o perfil dos técnicos de nível superior que estão lotados no Ambulatório psiquiátrico do HJM e que são responsáveis, questionando, ou não, pelo modelo de atenção que vem sendo reproduzido e disponibilizado para os usuários da instituição.

CAPÍTULO 6

O PERFIL DOS TÉCNICOS E DO AMBULATÓRIO DO HJM

Não há plena liberdade dos indivíduos para realizar escolhas, nem plena determinação social destas. (BOCK)

O grupo, tomado nesta pesquisa, para caracterização do perfil dos técnicos de nível superior do ambulatório psiquiátrico do HJM foi constituído por todos quantos estão ali lotados e em atividade, não importando o tempo de serviço e nem a relação empregatícia com a Secretaria Estadual da Saúde (SESAB). O Questionário do Perfil/Rotina do Técnico do Ambulatório (QPRTA) (APÊNDICE 1), além de favorecer uma primeira aproximação com os informantes, para se ter uma visão geral do perfil dos técnicos, revelou informações que subsidiaram a escolha dos informantes em profundidade, ou informantes chave (BRUYNE; HERMAN; SCHOUTHEETE, 1977). Estes, entendidos como aqueles que deveriam passar pela entrevista gravada, conforme detalhamento na apresentação da metodologia, no Capítulo 4.

Neste capítulo, serão apresentados os resultados quantitativos, com nuances qualitativas, dos sujeitos em foco. Os dados quantitativos, expressos em 28 tabelas e gráficos, serão apresentados inicialmente, e no final de cada bloco de dados, há uma interlocução com as informações qualitativas detectadas pelo QPRTA e sustentadas pelas observações registradas no Caderno de Campo.

Não há conotação valorativa, ou de hierarquização, entre as duas abordagens metodológicas adotadas, pois nenhuma delas tem supremacia sobre a outra e, nenhuma delas é *mais científica de que a outra* (MINAYO; SANCHES, 1993: 247). Na análise desses autores, cada uma delas favorece o surgimento de questões para serem aprofundadas pelo outra abordagem, tendo em vista que ambos os métodos, embora sejam de natureza diferenciada, complementam-se mutuamente, quando se trata de compreender a realidade social (MINAYO; SANCHES, 1993).

6.1 O PERFIL DOS TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR

Muito embora seja o nível majoritário em todo Hospital Juliano Moreira (HJM), entre os 55 servidores lotados no Ambulatório, apenas 11 (20%) funcionários são do nível médio,

exercendo as funções de atendentes de enfermagem (7), auxiliares de odontologia (3) e auxiliar administrativo (1). Representando 34,3% dos trabalhadores de todo o complexo do HJM e 80% dos que atuam no setor ambulatorial, os 41 técnicos de nível superior, estão distribuídos entre oito das dez categorias admitidas pela Secretaria Estadual de Saúde (SESAB), conforme já foi descrito no capítulo anterior. É importante ressaltar que os profissionais de Fisioterapia e Educação Física são lotados no setor de Internação, apesar de não haver tais técnicos contratados quando da coleta dessas informações (ANEXO).

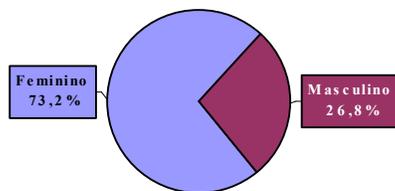
6.1.1 O PERFIL DE IDENTIFICAÇÃO GERAL

No que diz respeito aos dados quantitativos sobre os técnicos, quando se trata dos aspectos identificatórios considerados na pesquisa, 73,2% (30) são do sexo feminino e 26,8% são do masculino (TABELA/GRÁFICO 1).

TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO POR SEXO ENTRE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

SEXO	N	%
Feminino	30	72,3
Masculino	11	26,8
TOTAL	41	100

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO POR SEXO ENTRE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009

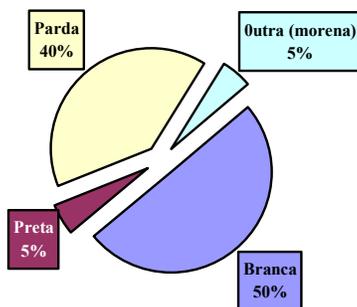


Constatou-se, ainda que 50% (20) se auto-referiram como sendo de raça/cor branca, e os outros 50% reconhecem-se como afro-descendentes, uma vez que se caracterizam como pretos (5%), pardos (17%) e outra (morena) (5%) (TABELA/GRÁFICO 2).

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO POR RAÇA/COR ENTRE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

RAÇA/COR	N	%
Branca	20	50
Preta	2	5
Parda	17	40
Outra (morena)	2	5
TOTAL	41	100

GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO POR RAÇA/COR ENTRE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009

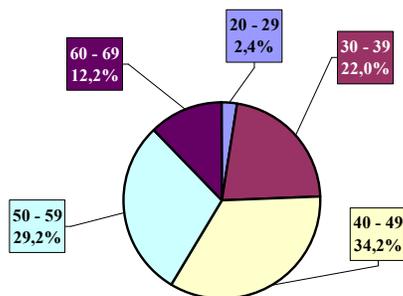


Quanto à idade, detectou-se um intervalo que vai de 28 a mais de 60 anos, sendo que a maior concentração está nas faixas etárias que vai de 40 a 49 e 50 a 59 anos, com uma frequência de 34,2% (14) e 29,2% (12), respectivamente (TABELA/GRÁFICO 3). Entre eles, a média de idade é de 45,4 anos.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA ENTRE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

IDADE	N	%
20 - 29	1	2,4
30 - 39	9	22
40 - 49	14	34,2
50 - 59	12	29,2
60 - 69	5	12,2
TOTAL	41	100

GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA ENTRE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009

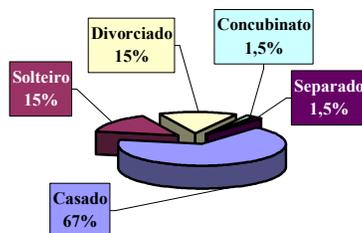


Os aspectos sócio-culturais encontrados informam que 27 (67%) técnicos de nível superior são casados, sendo que os solteiros (6) e os divorciados (6) aparecem com a mesma frequência (15%) (TABELA/GRÁFICO 4).

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO CIVIL ENTRE OS TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

ESTADO CIVIL	N	%
Casado	27	67
Solteiro	6	15
Divorciado	6	15
Concubinato	1	1,5
Separado	1	1,5
TOTAL	41	100

GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO CIVIL ENTRE OS TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009

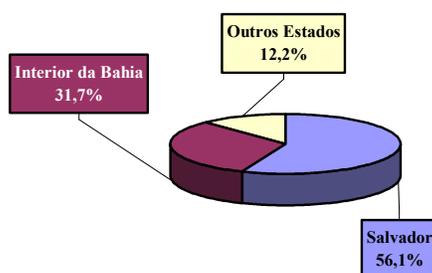


Quanto à procedência, a maioria (56,1%) nasceu na capital, outros (31,7%) no interior da Bahia e um terceiro grupo (12,2%) nasceu em outro estado (TABELA/GRÁFICO 5), sendo citados Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo.

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DA NATURALIDADE ENTRE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

NATURALIDADE	N	%
Salvador	23	56,1
Interior da Bahia	13	31,7
Outros Estados	5	12,2
TOTAL	41	100

GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DA NATURALIDADE ENTRE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009

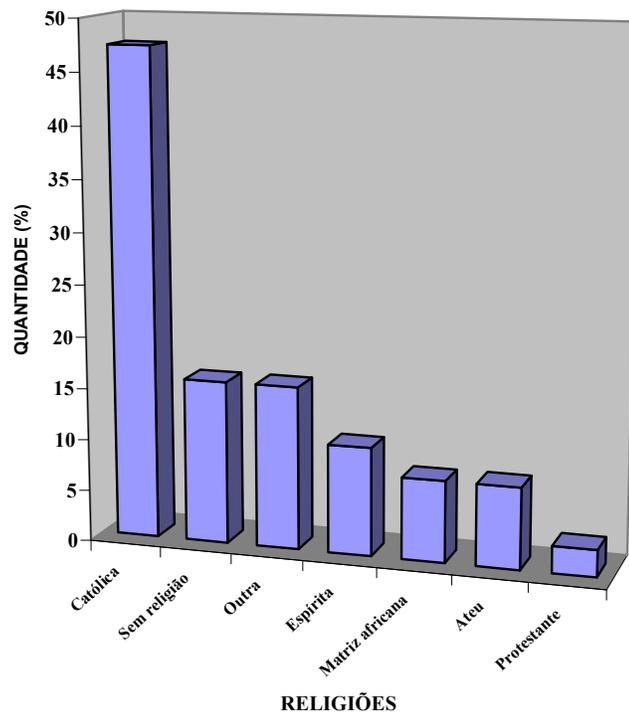


No que diz respeito ao aspecto cultural da identificação religiosa, esta variou entre o Catolicismo (47,4%), o Espiritismo (10,5%), religiões de Matriz Africana (7,9%) e Protestantismo (Batista) (2,6%). Verifica-se ainda que 15,8% pertencem a outras religiões, principalmente as orientais (Budismo e Seicho-no-ie), 15,6% se declararam sem religião e 7,9% são ateus (TABELA/GRÁFICO 6).

TABELA 6 – FREQUÊNCIA DE RELIGIÕES ENTRE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

RELIGIÃO	N	%
Sem religião	6	15,8
Católica	18	47,4
Protestante	1	2,6
Espírita	4	10,5
Matriz africana	3	7,9
Outra	6	15,8
Ateu	3	7,9
TOTAL	41	100

GRÁFICO 6 - FREQUÊNCIA DE RELIGIÕES ENTRE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO HJM, 2009

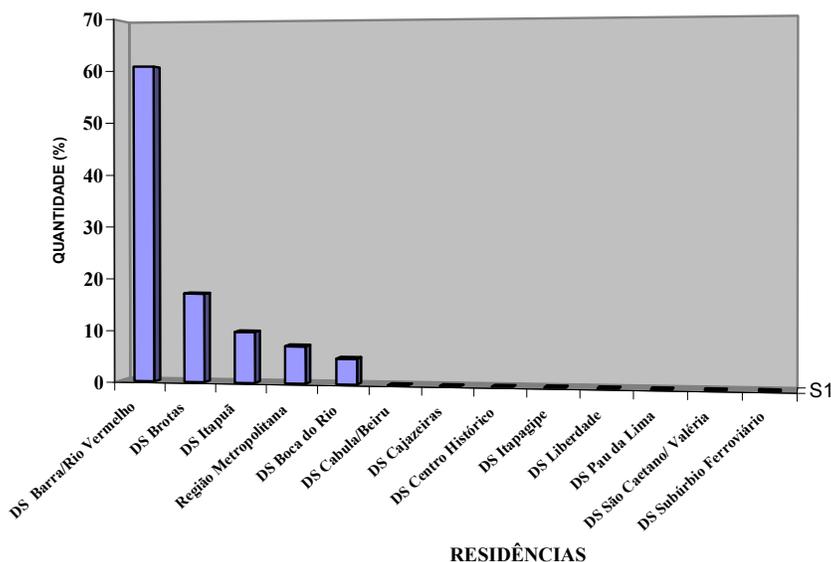


Dentre os aspectos sócio-econômicos rastreados, observou-se que esses profissionais residem nos Distritos Sanitários (DS) onde há uma concentração de bairros mais tradicionais e economicamente abastados de Salvador (ANEXO 3), não se registrando a ocorrência de moradia em bairros considerados populares nesta capital. De sorte que 61% moram no DS Barra/Rio Vermelho (Canela, Garcia, Graça, Jardim Apipema, Ondina, Pituba, Rio Vermelho), 17,1% no DS de Brotas (Brotas, Candeal, Iguatemi, Itagira, Vila Laura), 9,8% no DS de Itapuã (Itapuã e Piatã), 4,9% no DS da Boca do Rio (Costa Azul e Imbuí) e 7,2% na Região Metropolitana (Estela Mares, Estrada do Coco e Vilas do Atlântico) (TABELA/GRÁFICO 7).

TABELA 7 – FREQUÊNCIA DAS RESIDÊNCIAS POR DISTRITO SANITÁRIO ENTRE OS TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

DISTRITOS SANITÁRIOS	N	%
DS Barra/Rio Vermelho	25	61
DS Boca do Rio	2	4,9
DS Brotas	7	17,1
DS Cabula/Beiru	0	0
DS Cajazeiras	0	0
DS Centro Histórico	0	0
DS Itapagipe	0	0
DS Itapuã	4	9,8
DS Liberdade	0	0
DS Pau da Lima	0	0
DS Subúrbio Ferroviário	0	0
DS São Caetano/ Valéria	0	0
Região Metropolitana	3	7,2
TOTAL	41	100

GRÁFICO 7 - FREQUÊNCIA DAS RESIDÊNCIAS POR DISTRITO SANITÁRIO ENTRE OS TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO HJM, 2009



Em termos gerais, os técnicos de nível superior que trabalham no Ambulatório do Hospital Juliano Moreira apresentam o seguinte perfil: são majoritariamente do sexo feminino (73,2%); metade se declara branco e a outra metade afro-descendente, sendo que alguns se autodenominam pretos. Uma vez que o Questionário do Perfil/Rotina do Técnico do Ambulatório (QPRTA) foi aplicado pela pesquisadora, esta pôde observar que alguns técnicos com traços de miscigenação afro-descendente, no item raça/cor, auto-referiram-se como brancos. Este comportamento tem sido estudado como uma das conseqüências dos efeitos

nocivos do racismo, declarado ou escamoteado, principalmente contra as mulheres (GUIMARÃES; PODKAMENI, 2008). O racismo tem sido colocado até como uma situação de risco para a estabilidade da saúde mental dos que vivem a rejeição dos aspectos biológico e social que dão a identidade fenotípica e de sujeito, como ocorre contra os afros-descendentes e contra seus valores étnicos e sócio-culturais (FANON, 1979; GUIMARÃES; PODKAMENI, 2008).

Numa pesquisa-ação com gestantes, em um morro do Rio de Janeiro, foi detectado que os indivíduos com o fenótipo de afro-descendente vivem numa *situação conflitual traumatizante* entre aceitar-se e preservar a auto-estima, num ambiente sócio-ecônomico e cultural inóspito, onde a sua cor, ou as suas características, desde a sua infância, são, de forma constante e cumulativa, objeto de negação, discriminação e intolerância (GUIMARÃES; PODKAMENI, 2008: 121). Tais fatores contribuem para que a conquista de um lugar de aceitação e reconhecimento desses indivíduos seja bem mais sinuosa, acidentada e desgastante do que para os não portadores de traços e derme afro-descendente. O estudo e a qualificação profissional se colocam como uma via, parcialmente, facilitada tendo em vista que, muito embora haja a possibilidade de acesso às instituições públicas de ensino, existem bloqueios sociais, principalmente o racismo acadêmico (SOUSA, 2008). Este bloqueios se apresentam como muros, por vezes, intransponíveis por esses sujeitos, acentuando sua marginalização e o seu sofrimento de lidar com tais imposições sociais, nem sempre declaradas, mas enraizadas na sociedade brasileira (GUIMARÃES; PODKAMENI, 2008: SOUSA 2008).

Sintetizando, os profissionais, que são sujeitos desta pesquisa, apresentam uma faixa etária larga, de 28 a 66 anos, estando a maioria com 50 a 59 anos, sendo 45,4 a média de idade. Em relação ao estado civil, 67% são casados; 87,8% são baianos, sendo que 56,1% nasceram em Salvador. Majoritariamente pertencentes à religião Católica (47,4%), mas com uma certa inclinação para as religiões orientais (Budismo e Seicho-no-ie). Residem em bairros de classe média alta, com maior concentração no Distrito Sanitário do Rio Vermelho (61%), considerado um bairro tradicional e, economicamente, diferenciado.

O perfil dos técnicos do Ambulatório, acima descrito, corrobora, nos aspectos que ambos pesquisaram, com um estudo publicado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE), em 2004, no qual se apresenta o perfil do trabalhador de saúde em seis regiões metropolitanas brasileiras, entre elas Salvador. Naquele estudo, denominado de Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED), constatou-se que nesta área há um predomínio de mulheres, com a faixa etária superior a 25 anos, com alta escolaridade,

freqüentemente com nível superior completo. O mesmo estudo comprovou que, em Salvador, entre todos os que estavam empregados, 80% era servidor da saúde e assalariado. Havia 62.000 pessoas da População Economicamente Ativa (PEA) trabalhando na saúde, mostrando o quanto esta área absorve uma quantidade significativa de trabalhadores. Outro dado interessante é que, na Região Metropolitana de Salvador, 59,1% dos trabalhadores de saúde estão no setor privado, seja em atividades de assistência ou administrativas ligadas à saúde (DIEESE, 2004).

Numa outra pesquisa mais antiga, a qual foca exclusivamente a categoria médica, portanto, uma das categorias que aqui se estuda, há alguns dados que se aproximam e outros que se distanciam, mas sem ultrapassar o intervalo do desvio padrão da média, se no estudo da interlocução fossem consideradas todas as categorias profissionais. Em relação ao sexo, 67,3% dos médicos entrevistados eram do sexo masculino (MACHADO, M. H., 1997), mas, quando se considera outros profissionais de saúde, o quantitativo de enfermeiras e de psicólogas do sexo feminino, por exemplo, sobrepõem, em muito, a representação masculina. O fenômeno da feminilização das atividades da área de saúde vem sendo apontado pelos estudiosos e comprovado em números, de sorte que, na década de setenta, as mulheres representavam 41,5% dos trabalhadores de saúde e, na década seguinte, atingem o patamar de 62,8%, informa a mesma referência.

Na mesma direção, a autora aponta um crescimento exponencial das mulheres na profissão médica nos últimos cinquenta anos. Em percentagens, Maria Helena Machado (1997) informa que, nos anos quarenta, 99% dos médicos, nas capitais brasileiras, eram do sexo masculino, mas, quando se chega na década de noventa, 50,5% deles eram do sexo feminino. Em relação aos vínculos empregatícios público ou privado, este estudo - sob a responsabilidade do Conselho Federal de Medicina/FIOCRUZ, em meados dos anos noventa - aponta a supremacia empregadora do setor privado. Pontua que 71,5% das médicas atuam no setor público, sugerindo, como explicação, a tendência feminina de dar menos plantões do que os homens, atuando mais nos ambulatórios públicos. No que diz respeito à idade, a autora detectou que 65,8% dos médicos tinham menos de 45 anos de idade, aproximando-se dos resultados do grupo de diversos profissionais aqui descritos.

Digno de nota é que, no Ambulatório do Hospital Juliano Moreira, só entre os farmacêuticos e os psiquiatras, há representantes de ambos os sexos, todas as outras profissões estão sendo exercidas apenas por mulheres. No entanto, este destaque não retrata com fidedignidade o retrato social da desigualdade social entre homens e mulheres no Brasil, ainda

que tenha uma certa expressividade analítica, no que concerne a algumas conquistas femininas. Em contrapartida, como exemplo mais recente na área de Saúde, e da categoria médica, o Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2009) estampou as fotografias da diretoria daquela entidade eleita para o período 2009-2014 e, nos dez cargos majoritários, nenhum deles está sendo ocupado por mulheres. Quando se observa os conselheiros titulares representantes de dezessete estados, detectam-se apenas duas médicas e quinze homens, numa realidade estatística nacional de supremacia numérica feminina.

Entretanto, tão ou mais grave do que a situação da mulher, no processo discriminatório e de hierarquização, é constatar que, entre os dezessete médicos, analisando-se as fotografias, nenhum deles apresenta traços afro-descendentes, ou muito menos são negros. Segundo dados do IBGE, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (SEAD/PENAD), em 2005, metade da população brasileira era negra. Em termos absolutos, São Paulo tem a maior população negra do país, mas, em termos relativos, a maior concentração está no Nordeste e, nesta região, a Bahia é o estado com maior representação, chegando a 80% de sua população. Outro dado relevante é o que revela o abismo social que separa negros de brancos. Segundo o relatório do Programa da Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 2005, metade dos rendimentos apropriados para a família brasileira ficava com os homens brancos; dos 50% restantes, 24% ficavam com as mulheres brancas, 18% com homens negros e 8% com as mulheres negras. De sorte que a população negra fica com 26% dos salários considerados dignos, muito embora seja a metade dos habitantes do país. A mesma pesquisa ainda mostra que as mulheres brancas têm salários mais altos do que os dos homens negros e recebem o triplo do que ganham as mulheres negras, trabalhando nas mesmas funções.

Lima e Vala (2004), falando das especificidades do racismo no Brasil, onde brancos e negros não têm direitos iguais de cidadania, apontaram que, no imaginário brasileiro, o fracasso é associado à cor negra e o sucesso à cor branca. Defendem que, nas novas expressões do racismo, este vem se apresentando como a negação dos traços positivos nos negros. Traços como o bom desempenho social - por exemplo, chegar ao terceiro grau ou à pós-graduação, segundo o estudo de Sousa (2008) – os quais garantiriam um *branqueamento social*. (LIMA; VALA, 2004; 18). Apesar dos negros, ao serem bem sucedidos socialmente, sofrerem um *branqueamento cultural*, na categoria médica, esse fator tem pouca relevância, recordando que, desde o tempo do Doutor Juliano Moreira, as entidades médicas, reverberando o racismo racial (HJM, 2009), ainda não são representadas pelo mosaico étnico que compõe o país.

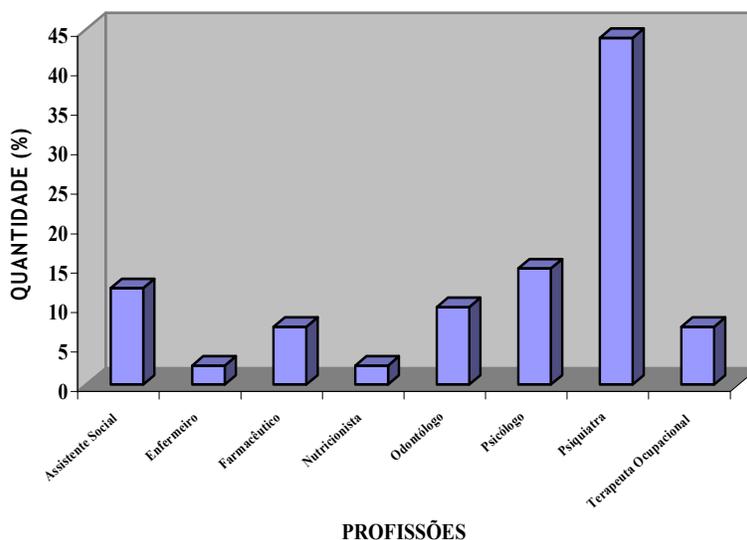
6.1.2 O PERFIL DOS VÍNCULOS E DOS GANHOS PROFISSIONAIS

Entre as oito profissões declaradas, a categoria profissional mais frequente no ambulatório psiquiátrico é a dos médicos. Contabilizaram-se 18 (43,9%) psiquiatras, seguidos com uma marcante distância pelos 6 (14,7%) psicólogos e depois pelas 5 (12,2%) assistentes sociais, 4 (9,8%) odontólogos, 3 (7,3) farmacêuticos, 3 (7,3) terapeutas ocupacionais e 1 (2,4%) enfermeira e nutricionista (TABELA/GRÁFICO 8).

TABELA 8 – FREQUÊNCIA DAS PROFISSÕES ENTRE OS TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

PROFISSÃO	N	%
Assistente Social	5	12,2
Enfermeira	1	2,4
Farmacêutico	3	7,3
Nutricionista	1	2,4
Odontólogo	4	9,8
Psicólogo	6	14,7
Psiquiatra	18	43,9
Terapeuta Ocupacional	3	7,3
TOTAL	41	100

GRÁFICO 8 - FREQUENCIA DAS PROFISSÕES ENTRE OS TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO HJM, 2009



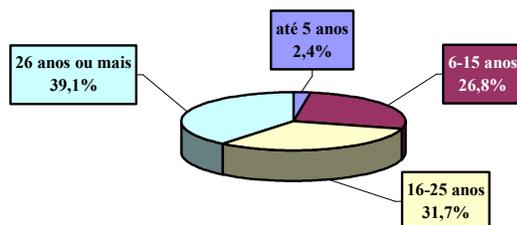
Uma variação de 3 a 40 anos de tempo de formado foi encontrada nesse grupo de técnicos. O maior contingente dos profissionais já conta com mais de uma década de

finalização do curso que o profissionalizou. Quanto ao tempo de formado, 39,1% (16) tem mais de 26 anos, 31,7% (13) tem entre 16 a 25 anos, 26,8% (11) tem 5 a 15 anos e apenas um técnico (2,4) tem menos de 5 anos de formado (TABELA/GRÁFICO 9). A média é de 21,6 anos de formado.

TABELA 9 – MÉDIA DE TEMPO DE FORMADO ENTRE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

TEMPO DE FORMADO	N	%
Até 5 anos	1	2,4
6-15 anos	11	26,8
16-25 anos	13	31,7
26 anos ou mais	16	39,1
TOTAL	41	100

GRÁFICO 9 - MÉDIA DE TEMPO DE FORMADO ENTRE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009

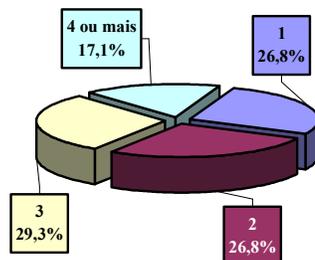


Menos de um terço desses técnicos (26,8%) tem apenas o HJM como seu local de atuação. Detectou-se que 30 técnicos de nível superior estão trabalhando em mais de um local, sendo que 11 (26,8%) desses têm dois empregos; 12 (29,3%) têm três e 7 (17,1%) têm de 4 a mais (TABELA/GRÁFICO 10).

TABELA 10 – QUANTIDADE DE VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS ENTRE OS TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

Nº DE VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS	N	%
1	11	26,8
2	11	26,8
3	12	29,3
4 ou mais	7	17,1
TOTAL	41	100

GRÁFICO 10 - QUANTIDADE DE VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS ENTRE OS TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO HJM, 2009

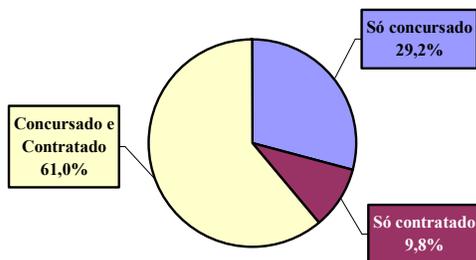


Quanto ao tipo de vínculo empregatício, 12 (29,2%) são apenas estatutários, 4 (9,8%) apenas contratados e 25 (61%) servidores acumulam vínculos estatutários e contratados (TABELA/GRÁFICO 11).

TABELA 11 – TIPOS DE VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS ENTRE OS TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

TIPOS DE VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS	N	%
Só concursado	12	29,2
Só contratado	4	9,8
Concursado e Contratado	25	61,0
TOTAL	41	100

GRÁFICO 11 - TIPOS DE VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS ENTRE OS TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO HJM, 2009



Em termos de salário mínimo (SM) - que na época da coleta desses dados valia R\$ 415,00⁷⁸ (quatrocentos e quinze reais) - a renda mensal média bruta do vínculo que esses

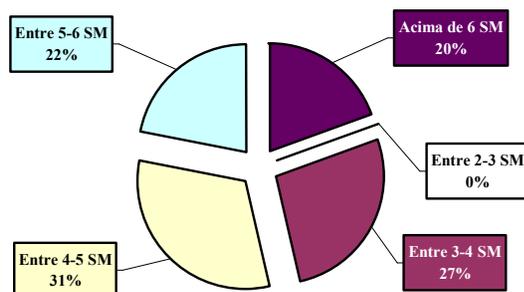
⁷⁸ O salário mínimo equivalia cerca de US\$ 230.

técnicos têm no HJM varia de mais de três até dez. Tais variações são explicadas porque há diferença no salário base dos médicos e dos outros técnicos. A renda bruta pode variar, também, por conta das décadas de serviço, porque os profissionais de 30hs/semana podem ter uma carga horária de 150 ou 240 horas mensais. No caso dos médicos, há uma possibilidade diferenciada de expansão salarial, porque só eles podem acumular duplo vínculo de 20hs/semana. Segundo informação dos entrevistados, o fato de chefiar sua categoria profissional no HJM não redundava em vantagem econômica, mas, no caso de chefia de setor, há acréscimos nos proventos. Em termos gerais, 31,7% (13) recebem entre 4-5 SM; 26,9% (11) 3-4 SM; 21,9% (9) 5-6 SM e 19,5% (8) chegam a mais de 6 SM (TABELA/GRÁFICO 12).

TABELA 12 – RENDA MENSAL MÉDIA BRUTA DO VÍNCULO NO HJM, EM SALÁRIO MÍNIMO, ENTRE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

RENDA MENSAL MÉDIA BRUTA	N	%
Entre 2-3 SM	0	0
Entre 3-4 SM	11	27
Entre 4-5 SM	13	31
Entre 5-6 SM	9	22
Acima de 6 SM	8	20
TOTAL	41	100

GRÁFICO 12 - RENDA MENSAL MÉDIA BRUTA DO VÍNCULO NO HJM, EM SALÁRIO MÍNIMO, ENTRE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009



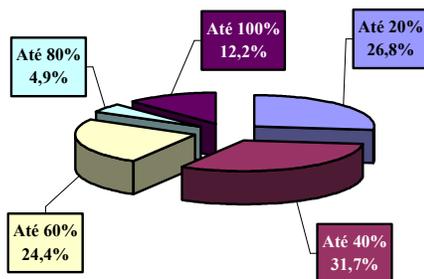
Quando se trata de saber o impacto que a renda mensal bruta do vínculo do HJM tem na renda mensal total do técnico de nível superior, nota-se que aquela tem uma variação de inferior a 20% até 100%. Para tal dado, além das explicações anteriores, há informações que alguns técnicos têm vínculos em outras instituições públicas ou privadas e há os que só têm o vínculo do HJM, mas declararam que vivem de rendas (aplicações e aluguéis). Apesar desses

extremos, para 40% (13) dos técnicos, a renda do HJM equivale até a 40% de seu salário bruto mensal; para 26,8% (11) chega até a 20%; para 24,4% (10) equivale até a 60%; para 4,9% (2) representa até 80% e para 12,2% (5) dos técnicos, o HJM era a sua única fonte de renda (TABELA/GRÁFICO 13).

TABELA 13 – EQUIVALÊNCIA DO IMPACTO DA RENDA MENSAL MÉDIA BRUTA DO HJM NA RENDA TOTAL MENSAL ENTRE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

EQUIVALÊNCIA DA RENDA		
MENSAL MÉDIA BRUTA DO HJM	N	%
Até 20%	11	26,8
Até 40%	13	31,7
Até 60%	10	24,4
Até 80%	2	4,9
Até 100%	5	12,2
TOTAL	41	100

GRÁFICO 13 - EQUIVALÊNCIA DO IMPACTO DA RENDA MENSAL MÉDIA BRUTA DO HJM NA RENDA TOTAL MENSAL ENTRE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009



Apesar de ter profissionais de oito categorias profissionais diferentes no Ambulatório do Hospital Juliano Moreira, o fato da expressiva maioria ser de médicos, e psiquiatras, assegura algumas peculiaridades ao perfil dos profissionais e no perfil do serviço, conforme será analisado adiante. O perfil dos técnicos de nível superior que atuam naquele serviço, encontrado nessa pesquisa, traz um contorno fortemente marcado pela expressiva concentração de médicos, o oposto do que ocorre nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Em termos gerais, significa que uma categoria concentra 43,9% da representação de todos profissionais e que as outras sete ficam com os 56,1% restantes, equivalendo a menos de 10% de representação profissional para cada categoria. Na confrontação da proporcionalidade entre o quantitativo de psiquiatras (18) e o de psicólogos (6), segunda categoria mais representativa, constata-se uma proporção de 3:1. Quanto a este aspecto, é

sobremaneira evidente que o modelo assistencial é centrado no médico, que o saber que orienta a conduta terapêutica do Ambulatório é o da Psiquiatria.

No que diz respeito ao tempo de graduado, constata-se que esses técnicos são profissionais com uma média de 21,6 anos de formados, havendo até quem tenha mais de 26 anos. São profissionais que têm uma carga horária de trabalho dobrada ou triplicada, na maioria das oito profissões estudadas, tanto os homens quanto as mulheres. Apenas cinco técnicos dos 41 entrevistados, só trabalham no HJM, em contrapartida, sete deles, da categoria médica, têm mais de quatro empregos. Entre os psiquiatras, a maioria referiu três, mas houve quem contasse até sete vínculos empregatícios, cada qual de 20hs/semana e/ou plantão de 24hs/semana. O fenômeno de multiplicidade de vínculos foi observado, também, entre os outros técnicos, cuja carga horária semanal mínima, no HJM é de 30hs, havendo algumas referências de até três empregos nas áreas de ensino e de consultoria. Entre os psiquiatras, a maioria dos homens aparece com mais de 3 empregos e as mulheres de todas as categorias profissionais concentram, no máximo, três vínculos empregatícios, sendo essas informações se assemelham às descritas na literatura, tendo em vista que a maior concentração de vínculos empregatícios está na categoria médica, principalmente, do sexo masculino. (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). Considerando-se que os locais onde trabalham funcionam 40 horas semanais, excetuando os plantões do hospital, as informações suscitam algumas leituras direcionadas não só ao profissional, como também a sua prática e aos serviços onde atua, com maior ênfase para o Ambulatório.

No que concerne ao profissional, pode-se inferir que o mesmo vive em situação constante de estresse, cansaço e correria. Esta, devido à obrigatoriedade de estar em constantes deslocamentos, numa cidade onde o caos urbano está instalado, com engarrafamentos e acidentes de trânsito repetidos. No mesmo sentido, indica que tanta corrida tem motivações sócio-econômicas, haja vista que, com o achatamento salarial do funcionalismo público municipal e estadual (SINDIMED, 2009; CFM 2009; CFM, 2010), há limitações para se garantir a manutenção das necessidades de alimentação, de vestuário, de moradia, de saúde e de lazer com as restrições impostas pelos baixos provimentos, sem deixar de pontuar as necessidades artificiais criadas pelo consumismo inerente à sociedade capitalista (MONTEIRO D., 2004). Quando se foca a prática profissional e os serviços, percebe-se o tempo de permanência em consulta fica comprometido, e mais ainda a qualidade da atenção ao paciente, conforme será abordada no Capítulo 8.

Outro fato que deve ser evidenciado é que, por ter muitos vínculos, existe uma diversidade de relação trabalhista, na qual, por força do contrato, o profissional médico só

pode ter dois vínculos estatutários; os profissionais de outras categorias, apenas um. Mesmo aqui não sendo expresso graficamente, nos casos de psicólogos e médicos, 15 deles mencionaram exercer o consultório autônomo, particular ou credenciado pelas empresas de assistência médica suplementar. Entre os estatutários, há os que são concursados pela Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) ou pelas prefeituras municipais, principalmente de Salvador, e há aqueles cujo vínculo antecede ao ano de 1986, quando ainda não havia concursos públicos para saúde. Segundo explicação dos mesmos, eles foram efetivados a partir daquele período.

Os vínculos que excedem ao permitido pelo legislado são firmados em bases temporárias, por contratos, com nenhum ou poucos direitos trabalhistas garantidos, inclusive, no recolhimento previdenciário para aposentadoria (SINDIMED, 2009). Caso consiga escamotear as informações, é possível ter um segundo ou terceiro vínculo estatutário, mas em outro município, que não Salvador. Isso significa que terá que despender algum tempo em viagem, seja em ônibus de carreira ou no próprio automóvel, colocando em risco a segurança e a saúde, além do estresse do deslocamento. Ainda existem profissionais, médicos e psicólogos, raramente os terapeutas ocupacionais, que são autônomos ou credenciados e mantêm uma clientela no consultório ou em clínicas, terceirizando sua mão de obra, significando, aí, mais um campo de trabalho, mais uma fonte de renda, também economicamente arrojada (CFM, 2010), e mais um gerador de desgaste físico e emocional. Tendo em vista que o fenômeno da multiplicidade de vínculos já atingiu outras categorias profissionais no Ambulatório do HJM, como foi revelado acima, pode-se inferir que também eles se tornam vulneráveis aos adoecimentos.

Em termos salariais e com tantos empregos, esses trabalhadores estão numa faixa de renda mensal diferenciada em relação à maioria dos assalariados e desempregados brasileiros (PENUD, 2005; DIEESE, 2006). A grande maioria deles só tendo como base o salário mensal do HJM, auferem em torno de 3 a 5 salários mínimos por mês, muito embora haja os que cheguem a mais de 6 SM, devido ao tempo de serviço de longa data e/ou acumular cargos de confiança gratificados. Quando se confronta o impacto do salário do Hospital Juliano Moreira no que produz mensalmente, em todos seus vínculos empregatícios, o técnico de nível superior do Ambulatório coloca que o quantum que recebe da SESAB tem um impacto de 20% a 100% sobre todos seus rendimentos mensais. Esse dado revela que, para alguns, o HJM representa seu único ou maior ganho e para outros, o ganho de menor impacto na renda mensal.

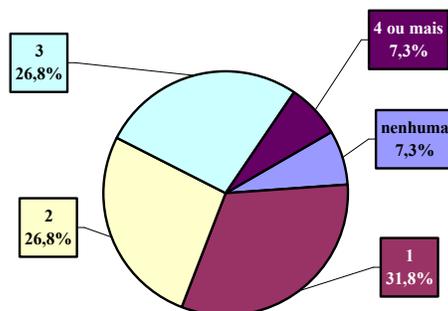
6.1.3 O PERFIL DAS QUALIFICAÇÕES E DAS ATUAÇÕES

Pelos resultados abaixo, nota-se que a maior parte desses profissionais prosseguiu, após a formatura, a se qualificar em cursos diversos, especializações, mestrados e doutorados. Apenas 3 (7,3%) dos técnicos não tinham nenhuma especialização e um deles, com menos de cinco anos de formatura, está fazendo o mestrado. Os demais 31,8% (13) referiram pelo menos uma, enquanto que 26,8% (11) fizeram 2 ou 3 e outros, 3 (7,3%), 4 ou mais pós-graduações (TABELA/GRÁFICO 14). Em ordem decrescente de quantidade de qualificação, por categoria profissional, colocam-se: os psiquiatras, as psicólogas e as assistentes sociais.

TABELA 14 – QUANTIDADE DE ESPECIALIZAÇÕES ENTRE OS TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

QUANTIDADE DE ESPECIALIZAÇÕES	N	%
nenhuma	3	7,3
1	13	31,8
2	11	26,8
3	11	26,8
4 ou mais	3	7,3
TOTAL	41	100

GRÁFICO 14 - QUANTIDADE DE ESPECIALIZAÇÕES ENTRE OS TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009



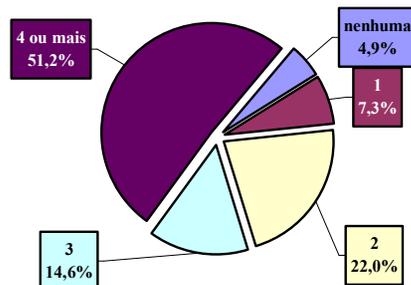
Quanto a se atualizar, participando regularmente de eventos científicos, tais como congressos, seminários, jornadas, cursos e congêneres, apenas 2 (4,9%) técnicos dos 41 entrevistados não participam de evento algum. Em contrapartida, 51,2% (21) declararam que participam de quatro ou mais por ano; 22,3% (9) de dois; 14,6% (6) de seis e 7,3 (3) de pelo menos um evento anual (TABELA/GRÁFICO 15). As psicólogas e os psiquiatras, seguidos

das assistentes sociais, são os profissionais que mais freqüentam eventos científicos durante o ano.

TABELA 15 – QUANTIDADE DE PARTICIPAÇÕES EM EVENTOS CIENTÍFICOS/ANO ENTRE OS TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

PARTICIPAÇÃO EVENTOS/ANO	N	%
nenhuma	2	4,9
1	3	7,3
2	9	22,0
3	6	14,6
4 ou mais	21	51,2
TOTAL	41	100

GRÁFICO 15 - QUANTIDADE DE PARTICIPAÇÕES EM EVENTOS CIENTÍFICOS/ANO ENTRE OS TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009

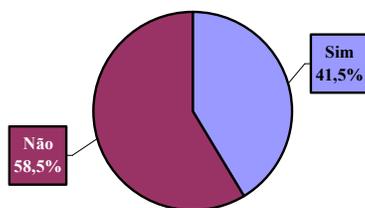


Constata-se que 41,5% (17) deles já publicaram (TABELA/GRÁFICO 16). As publicações ocorreram, majoritariamente, entre as psicólogas e os psiquiatras com pós-graduação em Psicanálise

TABELA 16 - FREQUÊNCIA DE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS QUE JÁ PUBLICARAM, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009

PUBLICAÇÕES	N	%
Sim	17	41,5
Não	24	58,5
TOTAL	41	100

GRÁFICO 16 - FREQUÊNCIA DE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS QUE JÁ PUBLICARAM, NO AMBULATÓRIO HJM, 2009

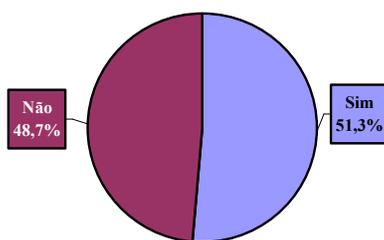


Pode-se observar que 51,3% (21) desses profissionais (TABELA/GRÁFICO 17) são professores de cursos de graduação e pós-graduação – com ou sem vínculo empregatício - em instituições públicas e privadas, principalmente as psicólogas, os psiquiatras e as assistentes sociais, nesta ordem.

TABELA 17- FREQUÊNCIA DE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, QUE EXERCEM ATIVIDADE DE ENSINO, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

ATIVIDADE DE ENSINO	N	%
Sim	21	51,3
Não	20	48,7
TOTAL	40	100

GRÁFICO 17 - FREQUENCIA DE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, QUE EXERCEM ATIVIDADE DE ENSINO, NO AMBULATÓRIO HJM, 2009

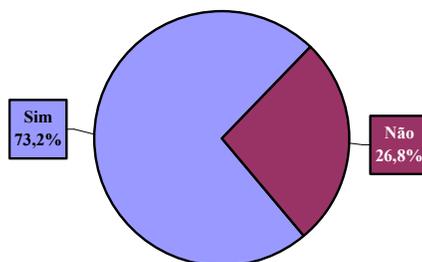


Nota-se que 73,2% (30) estão militando em alguma entidade representativa da sociedade civil organizada (TABELA/GRÁFICO 18).

TABELA 18- FREQUÊNCIA DE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, QUE EXERCEM ATIVIDADE DE MILITÂNCIA, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

ATIVIDADE DE MILITÂNCIA	N	%
Sim	30	73,2
Não	11	26,8
TOTAL	40	100

GRÁFICO 18 - FREQUÊNCIA DE TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, QUE EXERCEM ATIVIDADE DE MILITÂNCIA, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.



Analisando-se os dados acima, percebe-se que os profissionais que fazem parte do *corpus* (GASKELL, 2002) desta pesquisa, prosseguiram e prosseguem, após a base que a graduação lhes implantou, buscando qualificação, aperfeiçoamento e atualizações em cursos de especialização, mestrado e mestrados, doutorado e doutorandos, seminários, congressos, às expensas próprias ou financiado pela instituição pública, seja municipal ou estadual. Entre as especializações, foram detectados três profissionais com especialização em Saúde Coletiva e um com Mestrado, alguns desses, qualificaram-se em São Paulo e no Rio Grande do Sul. Assim é que 92,7% deles têm pelo menos uma especialização, constatando-se até os que têm mais de quatro especializações. Os psiquiatras foram os profissionais que concentravam o maior número de especializações, inclusive, um doutorado, todavia, não necessariamente na sua área de atuação no HJM.

Destaca-se o fato que, dos 18 psiquiatras, onze não fizeram a Residência Médica em Psiquiatria (RMP) e dez não têm o Título de Especialista em Psiquiatria (TEP). Dos sete que fizeram a RMP, apenas quatro se submeteram à prova de título, logo três deles fizeram a RMP, mas não têm o TEP. Entre os oito que têm o título, quatro o receberam pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)⁷⁹, até o ano de 1986, antes que fosse instituído o concurso para obtenção do título de especialista pela Associação Brasileira de Medicina, segundo informações dos entrevistados. Constatou-se, ainda, que sete psiquiatras, os que estão com mais de 25 anos de formados, não têm nem a RM e nem o TEP. Eles adquiriram o conhecimento da especialidade e o reconhecimento nela entre seus pares, na prática clínica. Dois desses médicos atuam também em Neurologia, um deles fez a residência na

⁷⁹ Segundo a informação do psiquiatra com mais tempo de vida e de graduação no HJM, que recorreu a uma agenda pessoal para dar, com precisão, determinadas datas para o QPRTA, até 1986, não havia Prova de Título de Especialista e a especialidade era outorgada pelo CFM em caso de aprovação em concurso público, exercício da especialidade por 5 anos em serviço público ou mais de 10 anos, em serviço privado, se comprovado.

especialidade e outro relatou que tem um título de especialista em Neurologia, reconhecido na década de oitenta, por ter passado num concurso público para aquela especialidade.

Os outros profissionais, que se sobressaíram em quantidade de qualificação por categoria profissional, foram as psicólogas e as assistentes sociais. Outro elemento, que deve ser ressaltado, é que a Psicanálise é o curso de pós-graduação mais comum entre psicólogos e psiquiatras, inclusive entre os que trabalham com crianças e adolescentes. Este aspecto ratifica o já pontuado por Silveira (1996), quando fez o levantamento da qualificação dos psiquiatras do Hospital Juliano Moreira. Detectou-se apenas uma psicóloga que referiu formação em Psicologia Analítica, também denominada de Psicoterapia Junguiana. No que diz respeito às psicólogas, essa identificação com a Psicanálise foi detectada por Jesus (2005: 106), quando a autora estudou a atuação dos psicólogos nos serviços públicos de Saúde Mental em Salvador. Ao analisar a orientação teórica dos que trabalhavam nos ambulatórios, constatou que, dos doze entrevistados, oito utilizavam, após qualificação em instituições específicas, o referencial da Psicanálise.

Esses técnicos participam regularmente de eventos científicos. Apenas dois psiquiatras declararam não participar de eventos científicos, porque se sentiam incomodados com a sedução que os propagandistas e as indústrias de fármacos exerciam sobre seus colegas, inclusive, oferecendo prêmios aos médicos que mais prescrevessem seus psicofármacos. Os outros trinta e nove técnicos participam de pelo menos um evento científico, havendo os que participam de até seis encontros por ano.

Três outros dados acima apresentados comprovam que, no dia-a-dia, os técnicos do HJM não apenas exercem suas atividades assistenciais. Uma parte significativa dos profissionais entrevistados são articulados a outros meios de produção e expressividade e diversificam suas interlocuções, com as seguintes realizações: já publicaram em revistas especializadas, em anais de congressos ou em livros, exercem atividades docentes e de militância nos movimentos da sua categoria profissional, são ativistas nas instituições de representação civil, sejam as ligadas à academia ou aos sindicatos dos servidores da saúde. Pelo fato da maioria ter formação em Psicanálise, há uma certa facilidade de se acessar as revistas da área, justificativa para que haja uma maior quantidade de publicação nesse campo de estudo da subjetividade humana, principalmente entre as psicólogas e os psiquiatras com pós-graduação em Psicanálise.

Dois dados são reveladores de determinadas peculiaridades do perfil desses profissionais. Um deles é que eles têm uma forte inclinação para a docência, seja nas instituições públicas ou privadas. Não importando se estejam nos cursos de graduação ou pós-

graduação, eles se voltam para o ensino e a supervisão dos estágios no HJM, mesmo não sendo remunerados por tal atividade, como declarou a maioria dos preceptores. Tal comportamento foi observado, principalmente, entre as psicólogas, os psiquiatras e as assistentes sociais, nesta ordem. Mostrando que esses técnicos estão sendo responsáveis, não só pela reprodução de um modelo assistencial em sua rotina ambulatorial, bem como são os orientadores de uma nova geração de profissionais que estão se qualificando para dar sequência à reprodução da prática e ao ensino na área de saúde.

É importante marcar que a militância em organizações da sociedade civil, inclusive, político-partidário, ocorreu em 73,2% deles, com destaque, pela ordem decrescente de seguintes categorias profissionais: as assistentes sociais, as psicólogas, as odontólogas e os psiquiatras. A militância política, acadêmica e sindical pelos direitos do cidadão e pelos direitos dos portadores de transtorno mental, pela defesa do Sistema Único de Saúde e pela defesa de sua categoria profissional, não foi colocada pelos entrevistados como um fator necessariamente positivo na qualidade do atendimento

Entre os profissionais com relatos de participação civil, as assistentes sociais frequentam as atividades políticas da saúde, do ensino e de sua categoria, enquanto que os outros profissionais militam na área de ensino, nas entidades formadoras de sua categoria profissional, ou em entidades de qualificação profissional, como as de formação em Psicanálise ou a Federação Nacional das Faculdades de Odontologia. Para esses profissionais, especialmente os que militam pela Reforma Psiquiátrica, as conquistas que estão se consolidando ainda são poucas e frágeis, uma vez que ainda não se efetivou a mudança da cultura de duzentos anos, que é a *cultura hospitalar, uma cultura de hábito manicomial, deixarem de pensar que lugar de maluco é no hospício, como se fosse um número de matrícula*. Ainda que dando escuta a dois enunciados contraditórios, com base nas informações analisadas, pode-se inferir que, muito provavelmente, aí há em muitos desses profissionais um certo grau de consciência da sua implicação nos processos sociais e a sua responsabilidade de ser sujeito ativo na manutenção ou mudanças de determinadas conformações da sociedade, sejam elas hegemônicas ou não.

6.1.4 O PERFIL DE EXPERIÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

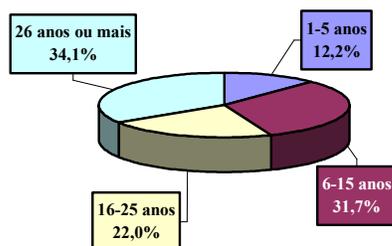
No que diz respeito à experiência no campo da Saúde Mental, constatou-se uma relevante concentração de possibilidade de domínio de sua prática, entre os técnicos do

Ambulatório, considerando-se em termos de tempo de atuação e pela inserção numa variedade de serviços ofertados. De um modo geral, a maioria tem mais de uma década trabalhando no campo. Em alguns casos, iniciado no final da graduação, entre os psiquiatras, as psicólogas e as assistentes sociais. Outros, na pós-graduação, como no caso dos que fizeram a Residência Médica ou dos estágios opcionais dos psiquiatras e dos psicólogos. Cerca de 14 (34,1%) dos técnicos atuam há mais de 26 anos, 13 (31,7%) com 6 a 5 anos e 9 (22%) com 16 a 25 anos (TABELA/GRÁFICO 19). Entre os psiquiatras e as odontólogas estão os profissionais com mais tempo de atuação na área.

TABELA 19 – TEMPO DE ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL ENTRE OS TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009.

TEMPO EM SAÚDE MENTAL	N	%
1-5 anos	5	12,2
6-15 anos	13	31,7
16-25 anos	9	22,0
26 anos ou mais	14	34,1
TOTAL	41	100

GRÁFICO 19 - TEMPO DE ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL ENTRE OS TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR ENTREVISTADOS, NO AMBULATÓRIO DO HJM, 2009



Quanto ao tempo de atuação no Ambulatório psiquiátrico do HJM, a maioria tem mais de seis anos, constatando-se que 39% (16) trabalham entre 6 a 15 anos, 22% (9) com 1 a 5 anos; 19,5% (8) estão no primeiro ano de atuação, 14,5% (6) trabalham de 16 a 25 anos e apenas 2 (4,9%) atuam há mais de 26 anos, sendo que, entre eles, um psiquiatra já tem 37 anos de prática ambulatorial (TABELA/GRÁFICO 20), tendo iniciado no ex-Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).