



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CEARÁ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

EVELYNE NUNES ERVEDOSA BASTOS

Estratégias técnicas e políticas para manutenção ou transformação do

modelo assistencial em saúde mental:

Urgências Psiquiátricas – um refúgio sem saída?

Fortaleza – Ceará
2009

EVELYNE NUNES ERVEDOSA BASTOS

**Estratégias técnicas e políticas para manutenção ou transformação do
modelo assistencial em saúde mental:
Urgências Psiquiátricas – um refúgio sem saída?**

Dissertação de mestrado apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração:

Políticas e Serviços de Saúde

Orientadora:

Prof^a Dr^a Maria Salete Bessa Jorge

Fortaleza – Ceará
2009

B327e Bastos, Evelyne Nunes Ervedosa

Estratégias técnicas e políticas para manutenção ou transformação do modelo assistencial em saúde mental: Urgências Psiquiátricas – um refúgio sem saída? / Evelyne Nunes Ervedosa Bastos – Fortaleza, CE, 2009.

208f. il.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Salete Bessa Jorge

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

1. Política de Saúde. 2. Modelo Assistencial em Saúde Mental. 3. Serviços de Urgências Psiquiátricas. 4. Poder.

I. Universidade Estadual do Ceará, Mestrado em Saúde Pública.

CDD: 362.20981



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMASP

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **"Estratégias Técnicas e Políticas para Manutenção ou Transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental: urgências psiquiátricas – um refúgio sem saída?"**

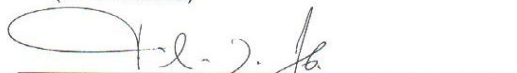
Nome da Mestranda: **Evelyne Nunes Ervedosa Bastos**

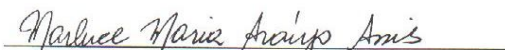
Nome do Orientador: **Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE".

BANCA EXAMINADORA:


Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
(Orientadora)


Prof. Dr. Túlio Batista Franco
(1º membro)


Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis
(2º membro)

Data da defesa: 26/09/2009.

*Ao meu querido e amado esposo **Carlinhos**,
que sempre se dispõe a realizar meus mais desvairados sonhos.*

DEDICATÓRIA ESPECIAL

Dedico este trabalho aos que lutam pela dignidade humana:

*aos **usuário(a)s e familiares,***

que fazem uma verdadeira peregrinação

em busca de alívio para o sofrimento cotidiano;

*Aos **trabalhadore(a)s do SUS,***

por todas as conquistas alcançadas e

pela dedicação na superação dos desafios futuros;

*aos **gestore(a)s,***

apenas àquele(a)s que se dedicam à diminuição

das desigualdades sociais;

*aos **demais atores** que ajudam na construção do SUS.*

DEDICATÓRIA

a Deus, sempre;

a minha Mãe Terra, geradora de frutos dos quais, nasci;

aos meus avôs José Pereira e Chico Velho e avós Cecília e Maria do Carmo e em nome dele(a)s, a todos os meus ancestrais, os quais os trago dentro de mim;

àquele(a)s que estão em um plano superior, por terem cumprido sua missão nesta vida;

ao meu pai Paulo e minha mãe Gisleuda, geradores de minha vida, pelo exemplo de vida;

às minhas irmãs e meus irmãos de sangue Gisneide, Paulo Sérgio, Fernando, Jaqueline e Lúcio, por serem eterno(a)s companheiro(a)s, cada um a sua maneira;

às minhas irmãs Ednyra, Marcia Ervedosa, Marcia Bastos, Dilma, Fatinha, Leda, Celia e aos meus irmãos Ricardo Mendonça, Ferdinando, Paulinho, Will, Ricardo Bastos, Valdinho, Eduardo, Ireland, àquele(a)s interligados pelo amor incondicional;

aos meus sobrinho(a)s Ricardo César, Patrícia, Amanda, Paulo Victor, Bruna, Lucas, Brena, Gabriela, William, Jaap, Tiago, Paulo Ricardo, Patrícia Bastos, Germano, Pedro, Umbelina e Ricardo Filho por possibilitarem desabrochar minha criança interior;

às minhas amadas (a)filha(das) Nathália e Bruna Jucá e aos meus amados afilhados Mateus e Lucas Leôncio, por aflorarem meu lado materno;

ao meu sobrinho-neto afilhado Renan, por seus sábios ensinamentos ao longo de seus 5 anos;

aos meus sobrinhos-netos, Cauã e Laura, por serem a esperança de um mundo melhor;

à minha Tia Expedita, com seus 93 anos de pura irreverência, vivacidade e inteligência;

à Tia Maria Nogueira, por ser um exemplo de doação àquele(a)s que mais necessitam;

aos meus tio(a)s e primo(a)s, desde os mais próximos aos mais longínquos;

às minhas amigas Ana Maria Melo, Ana Paula Brilhante, Edna Colangelo, Elizabeth Amaral, Juliana Mara, Marluce Bento, Maria Teresa Matos, Rocineide Ferreira, Rosane Maerschener, Sandra Alves, Silvia Helena e tantas outras amizades, ao longo do tempo...

à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza em todos os seus âmbitos, em nome dos meus companheiro(a)s de trabalho, especialmente aos companheiro(a)s de luta Rane Félix e Marcelo Brandt...

à Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, sobretudo à Dra. Vera Coelho;

ao Dr. Nilson de Moura Fé, pela oportunidade de trabalhar na Coordenação Estadual de Saúde Mental e por sua perspicácia paciência histórica;

às minhas companheiras de trabalho, especialmente, Liduina Benevides, Silvia Régia e companheiro Petrônio Benevides, pelas experiências vividas;

à Dr^a Isabel Maria Salustiano Arruda Porto pela persistência constante na construção do SUS e sensibilidade às causas sociais;

aos trabalhadore(a)s da saúde, em especial aos trabalhadore(a)s da saúde mental por sua dedicação e sua determinação pela transculturação da loucura;

aos meus colegas do mestrado em saúde pública/saúde mental, principalmente Patricia Benevides, por ser meu anjo nesta caminhada;

aos trabalhadores do mestrado, em especial a Maria Guedes, Mairla Alencar e Lúcia Oliveira, pela disponibilidade;

à Prof^a Dr^a Cleide Carneiro, por sua dedicação e por ter favorecido à minha ingenuidade abertura à minha maturidade;

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Dr^a Maria Salette Bessa Jorge,

minha inenarrável orientadora.

Não existem palavras no Universo que decifrem a sua dedicação pelo Mestrado Acadêmico de Saúde Pública e a cada aluno, seja seu orientando ou não;

Agradeço pela acolhida dos alunos da área de saúde mental, pela preocupação em cuidar de cada um de nós;

Seu respeito pelo caminho escolhido por seus alunos nos leva a sermos mais responsáveis pela construção da nossa caminhada;

Por sua capacidade de articulação, tolerância, paciência e amorosidade tímida para comigo, meu caloroso agradecimento!

Apenas quem não lhe conhece, não sabe o verdadeiro tesouro que habita em seu ser.

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

À minha cunhada Ednyra, por ter colaborado com sua sabedoria inlgesa;

Ao meu colega de mestrado e mais novo amigo Germane Pinto, por sua disponibilidade em discutir este trabalho nos momentos de confessionário;

À Prof^a Dr^a Marluce Assis, por sua sensibilidade em compreender o caminho a ser trilhado;

Ao Prof^o Túlio Franco, por sua simplicidade ao ser o iluminador de caminhos;

Aos mestre(a)s de minha vida e ao Mestre Maior, Jesus Cristo, muito obrigada!

*A minha missão, além d'eu ser Estamira,
É revelar a verdade, somente a verdade.
Seja mentira, seja capturar a mentira e
Tacar na cara, ou então, ensinar a mostrar
O que eles não sabem, os inocentes...
Não tem mais inocente, não tem.
Tem esperto ao contrário,
Esperto ao contrário tem,
Mas inocente, não tem não.*

Estamira

RESUMO

O presente estudo tem como objeto o poder capaz de manter ou transformar o modelo assistencial de saúde mental, através das estratégias técnicas e políticas utilizadas pelas equipes das urgências psiquiátricas. A transformação do modelo assistencial decorre da implementação de políticas de saúde que proporcionem estratégias de intervenção no cotidiano das práticas dos trabalhadores, nas quais se constroem e são construídos. Teve-se como objetivo compreender como ocorre o poder nos espaços institucionais das Urgências Psiquiátricas e quem são os sujeitos que efetivamente constroem estes espaços no ato produtivo da prática de cuidado em saúde mental, analisando as estratégias técnicas (saberes e práticas) e políticas adotadas pelas equipes de saúde mental nas urgências psiquiátricas. A pesquisa de natureza qualitativa analisa a ótica dos sujeitos que vivenciam o objeto em questão. O recorte espacial se compreende a partir do macrocenário – Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza/Rede Assistencial de Saúde Mental e do microcenário – as urgências psiquiátricas localizadas em dois Hospitais Psiquiátricos em Fortaleza. Os sujeitos sociais da pesquisa selecionados exercem o poder que determina a forma das ações que devem ocorrer nas urgências psiquiátricas: os trabalhadores que lidam direta – equipe de saúde – ou indiretamente – funcionários dos setores administrativos, dirigentes, gestores – com as urgências psiquiátricas e os que se utilizam destes serviços – usuários/familiares. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram entrevistas semiestruturadas, observação sistemática, documentos de gestão e para registro de dados, gravação. A organização e análise dos dados fundamentam-se na perspectiva crítica reflexiva, da Análise de Conteúdo Crítica de Minayo. Os resultados obtidos nos Serviços de Urgência Psiquiátrica demonstram que esses serviços, principalmente a privada, se utilizam de estratégias técnicas e políticas para manutenção do modelo psiquiátrico tradicional. O atendimento na Urgência Psiquiátrica privada, ainda acontece por ordem de chegada, não priorizando as demandas dos usuários. A Rede Assistencial de Saúde Mental, por não ter uma cobertura capaz de absorver a demanda da população de Fortaleza, principalmente das pessoas com transtorno mental crônico, reforça a existência dos hospitais psiquiátricos. Os trabalhadores desses serviços, por sua vez, reproduzem suas práticas, não estando qualificados para atuarem em um novo modelo de atenção em saúde mental. Para que haja um avanço na transformação do modelo assistencial em saúde mental, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, através da Rede Assistencial de Saúde Mental deverá implementar estratégias de enfrentamento aos Hospitais Psiquiátricos, criando condições estruturais e assistenciais para as pessoas que apresentam transtornos mentais, como qualificar os profissionais que fazem parte da Rede numa perspectiva da atenção psicossocial.

Palavras-chave: política de saúde; modelo assistencial em saúde mental; serviços de urgências psiquiátricas; poder.

ABSTRACT

This paper studied the power that can maintain or transform the health care model of mental health, through technical and political strategies used by teams of psychiatrics' emergencies. The transformation of the welfare model follows the implementation of health policies that provide strategies for intervention in the daily practices of workers, in which they build and they are built. This study was undertaken focusing the understanding of the functioning of the power in the institutional spaces of psychiatric emergencies occur and who are the guys who actually build these spaces in the productive act of practicing mental health care by analyzing techniques (knowledge and practices) and policies adopted by the mental health teams in psychiatric emergencies. The qualitative research examines the perspective of the individuals who experience the object in practice. The spatial area is understood from the macro-scenarios - the Municipal Health /Assistance Network of Mental Health of Fortaleza and micro-scenario - psychiatric emergencies located in two psychiatric hospitals in Fortaleza. The social subjects selected in this research exercise the power that determines which are actions that must take place in psychiatric emergencies: the workers who deal directly - health team - or indirectly - administrative section personnel, managers, leaders - with psychiatric emergencies and those who use these services - users / family. The instruments of data collection used were semi-structured interviews, systematic observation, management documents and datalog, recording. The organization and the analysis of data are based on the critical reflective perspective of Content Critical Analysis of Minayo. The results obtained in the Psychiatric Emergency Services show that the PE, especially the private PE, uses a technical and political strategies to maintain the traditional psychiatric model. The attendance in private Psychiatric Emergency still happens on a first come, not prioritizing the demands of users. The Assistance Network of Mental Health, once it is not capable to cover or to absorb the demand of the population of Fortaleza, especially for people with chronic mental disorders, strengthens the existence of psychiatric hospitals. The employees of emergencies, in turn, reproduce their practices and are not qualified to serve on a new model of mental health care. For this reason to achieve any advance in the transformation of the mental health care, the Municipal Health Secretary of Fortaleza, via the Assistance of Mental Health should implement coping strategies to psychiatric hospitals, creating structural conditions and care for people with mental disorders, such as qualified the professionals who work in the mental health emergencies (NET WORK) in a perspective of psychosocial care.

Keywords: health policy; health care; model for mental health; psychiatric emergency services; power.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Diagrama 1 –	Estado, enquanto lugar social onde se desenvolvem as ações políticas.....	33
Diagrama 2 –	Caracterização do poder institucional.....	35
Diagrama 3 –	Pirâmide representativa do modelo tecnoassistencial.....	49
Diagrama 4 –	Representação circular do modelo tecnoassistencial.....	50
Diagrama 5 –	Representação da Rede de Atenção à Saúde Mental – Ministério da Saúde	54
Diagrama 6 –	Representação da Rede Assistencial de Saúde Mental – Fortaleza	57
Diagrama 7 –	Etapas do método de análise e interpretação dos dados.....	83
Diagrama 8 –	Sistema Triangular – Triângulo de Governo e suas variáveis.....	113
Diagrama 9 –	Micropolítica do processo de trabalho.....	141
Fluxograma 1 –	O nascimento do poder político: o Estado.....	31
Fluxograma 2 –	Uso do poder ideológico para manutenção do modelo vigente	34
Fluxograma 3 –	Fluxo de atendimento na Urgência Psiquiátrica privada - Atendimento por ordem de chegada.....	126
Fluxograma 4 –	Fluxo de atendimento na Urgência Psiquiátrica pública - Atendimento por ordem de chegada.....	130
Fluxograma 5 –	Fluxo de atendimento na Urgência Psiquiátrica pública - Acolhimento com avaliação e classificação de risco.....	137
Quadro 1 –	Tipos de poder.....	35
Quadro 2 –	Poder soberano x Poder disciplinar.....	37
Quadro 3 –	Poder político, técnico e administrativo X Poder psiquiátrico	37
Quadro 4 –	Serviços que compõem a Rede Assistencial de Saúde Mental, 2008.....	65
Quadro 5 –	Sujeitos da pesquisa, seus respectivos grupos e nível de escolaridade.....	69
Quadro 6 –	Demonstrativo dos cargos-funções e local de trabalho dos sujeitos da pesquisa.....	70
Quadro 7 –	Características dos participantes quanto sexo, idade e nível de escolaridade.....	71
Quadro 8 –	Vínculo empregatício dos sujeitos participantes da pesquisa.....	72
Quadro 9 –	Demonstrativo de distribuição dos grupos e das entrevistas.....	73
Quadro 10 –	Confronto dos discursos do grupo 1 (03 pessoas).....	76
Quadro 11 –	Confronto dos discursos do grupo 2 (16 pessoas).....	76
Quadro 12 –	Confronto dos discursos do grupo 3 (04 pessoas).....	76
Quadro 13 –	Confronto dos núcleos de sentido dos grupos 1, 2 e 3 (23 Pessoas)	77
Quadro 14 –	Confronto dos núcleos de sentido dos documentos (09).....	77
Quadro 15 –	Confronto dos núcleos de sentido das observações (10).....	77
Quadro 16 –	Confronto dos núcleos de sentido das entrevistas, documentos e observações (42).....	78
Quadro 17 –	Confronto das categorias empíricas das entrevistas (23 Pessoas)....	78
Quadro 18 –	Confronto das categorias empíricas dos documentos (09).....	79
Quadro 19 –	Confronto das categorias empíricas das observações (10).....	79
Quadro 20 –	Confronto das categorias empíricas das entrevistas, documentos e observações (42).....	79

Quadro 21 –	Características do Modo asilar x Modo psicossocial.....	102
Quadro 22 –	Número de profissionais da Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza, por categoria, nos anos de 2004 e 2006.....	159
Figura 1 –	Mapa de Fortaleza.....	61
Figura 2 –	Redes Assistenciais, Inteligência Epidemiológica e Inteligência de Gestão para Tomada de Decisão no modelo de gestão e de atenção integral à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.....	63
Gráfico 1 –	Declínio dos leitos psiquiátricos e ampliação dos serviços de atenção diária, Brasil, 1996-2009.....	55
Gráfico 2 –	Investimento financeiro na Rede Assistencial de Saúde Mental pública de Fortaleza – 2005-2008.....	157
Gráfico 3 –	Repasse financeiro aos hospitais psiquiátricos privados – 2004-2008.....	161
Gráfico 4 –	Comparativo entre o Público x Privado – Investimento/Gasto financeiro em saúde mental no município de Fortaleza.....	161

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Redução das internações psiquiátricas por transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool e transtornos mentais esquizofrênicos, esquizotípicos e delirantes e do recurso financeiro – 2005-2006.....	26
Tabela 2 –	Crescimento dos leitos privados – 1969 a 1984.....	42
Tabela 3 –	Crescimento dos hospitais/leitos psiquiátricos públicos e privados – 1941 a 1968.....	43
Tabela 4 –	Redução dos hospitais/leitos psiquiátricos públicos e privados – 1991 – 1996.....	53
Tabela 5 –	Caracterização do município de Fortaleza.....	62
Tabela 6 –	Número de habitantes do município de Fortaleza, com percentual correspondente aos transtornos mentais e à necessidade de atendimento em saúde mental.....	64
Tabela 7 –	Hospitais psiquiátricos e natureza dos leitos psiquiátricos em Fortaleza, 2008.....	66
Tabela 8 –	Comparativo do perfil dos usuários internados na Unidade de Saúde Mental Ana Carneiro e nos Hospitais Psiquiátricos.....	148
Tabela 9 –	Recursos Financeiros Transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para Fortaleza – FAEC – Atendimento/Acompanhamento Psicossocial – CAPS – Terapia/Psicoterapia e Psicodiagnóstico, 2004-2008.....	156
Tabela 10 –	Investimento financeiro na Rede Assistencial de Saúde Mental – 2005-2008.....	157
Tabela 11 –	Valores (R\$) repassados aos Hospitais Psiquiátricos (HP1 a HP6) – 2004-2008.....	160
Tabela 12 –	Valores (R\$) repassados aos Hospitais Psiquiátricos privados e à Urgência Psiquiátrica privada (HP 4) – 2007-2008.....	164
Tabela 13 –	Procedimentos realizados na Urgência Psiquiátrica privada, com seus respectivos valores.....	165

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
AD	Álcool e Drogas
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
APAL	Associação Psiquiátrica da América Latina
APS	Ações Programáticas de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CCSM	Coordenação Colegiada de Saúde Mental
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Código Internacional das Doenças
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSM	Coordenação Nacional de Saúde Mental
COGEMUE	Comitê Gestor do Sistema Municipal de Atenção às Urgências e Emergências
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
CRIFI	Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias
CRSM	Coordenação Regional de Saúde Mental
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FMS	Fundo Municipal de Saúde
HD	Hospital-dia
HG	Hospital Geral
HP	Hospital Psiquiátrico
HSMM	Hospital de Saúde Mental de Messejana
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IJF	Instituto Dr. José Frota
LHUAS	Laboratório de Humanização e de Atenção em Saúde
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAIA	Núcleo de Atenção à Infância e Adolescência
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organização Social
OSC	Oca de Saúde Comunitária
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PMH	Política Municipal de Humanização
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos
PNH	Política Nacional de Humanização
PVC	Programa de Volta para Casa
RA	Redes Assistenciais
RAH	Rede Assistencial Hospitalar
RASM	Rede Assistencial em Saúde Mental
RT	Residências Terapêuticas
SAME	Serviço de Atendimento Médico e Estatística
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SER	Secretarias Executivas Regionais
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SHRAD	Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SILOS	Sistema Local de Saúde
SISNEP	Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSE	Sistema Municipal de Saúde Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
UD	Unidade de Desintoxicação
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UP	Urgências Psiquiátricas
USMAC	Unidade de Saúde Mental Ana Carneiro

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

1 CONSTRUINDO REFLEXÕES PARA UMA PRÁTICA TRANSFORMADORA.....	19
2 MARCO TEÓRICO.....	30
2.1 O poder como eixo orientador das práticas constituídas no campo da saúde mental.....	31
2.1.1 A constituição do poder, a partir da criação do Estado.....	31
2.2 Modelos assistenciais em saúde mental: em busca de um modelo adequado às necessidades sociais.....	39
2.2.1 Um Pouco de Loucura nessa História.....	39
2.2.2 A Conformação dos Modelos Assistenciais em Saúde Mental.....	45
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	59
3.1 Tipo de estudo.....	60
3.2 Campo da pesquisa – Cenário.....	60
3.2.1 O macrocenário – contextualizando a política de saúde mental em Fortaleza.....	61
3.2.2 O microcenário – as Urgências Psiquiátricas.....	66
3.3 Participantes do estudo.....	68
3.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados.....	72
3.5 Aspectos éticos.....	74
3.6 Método de análise e interpretação dos dados.....	74
4 ESTRATÉGIAS TÉCNICAS E POLÍTICAS PARA MANUTENÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE: URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS – UM REFÚGIO SEM SAÍDA?: RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	84
Categoria 1 – A construção do Modelo Assistencial de Saúde Mental, suas consonâncias e dissonâncias, articulando o espaço das urgências Psiquiátricas e a política de saúde mental: o poder político.....	86
Categoria 2 – Micropolítica do processo de trabalho e o cuidar em Urgências – em busca do alívio da dor mental: o poder técnico.....	117

Categoria 3 – Financiamento da Rede Assistencial de Saúde Mental em Fortaleza: e sua articulação com a Reforma Psiquiátrica: o poder administrativo.....	153
5 INCONCLUSÕES: CONSIDERAÇÕES FINAIS / LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES.....	171
REFERÊNCIAS.....	182
APÊNDICES.....	196
ANEXOS.....	204

1 CONSTRUINDO REFLEXÕES PARA UMA PRÁTICA TRANSFORMADORA

Só a verdade é revolucionária.
Esqueçam tudo que aprenderam.
Comecem por sonhar.

(Autor desconhecido)

As inquietações fazem parte da história da humanidade desde os primórdios dos tempos. O desenvolvimento da sociedade ocorre a partir dos questionamentos produzidos, quer seja por experiências de vida; quer seja pela prática profissional; quer seja pela intolerância à submissão do poder hegemônico vigente.

A percepção da falência do Hospital Psiquiátrico (HP) enquanto serviço assistencial, por se desviar de sua função terapêutica e ser objeto do capitalismo para obtenção de lucro por meio da fragilidade da mente humana, trouxeram questionamentos sobre a função do Hospital Psiquiátrico, enquanto equipamento da Política Nacional de Saúde Mental ao exercer a função de psicóloga em seu Hospital-dia¹ (HD). Ao fugir de seu objetivo propicia a dependência de seus usuários, por não haver, dentre outros fatores, um projeto institucional específico para trabalhar seus usuários e sua comunidade.

Fazer parte da equipe da Coordenação Estadual de Saúde Mental da Secretaria Estadual da Saúde (SESA) do Ceará, setor até então vinculado à Célula do Adulto e do Idoso da SESA/CE possibilitou a participação em ações para todo o estado. Apenas em fevereiro/2007, com o decreto nº 28.659, a Coordenação de Saúde Mental do Ceará teve sua estruturação formal, definindo-a como Núcleo de Atenção à Saúde Mental, subordinada à Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde. Antes dessa estruturação, a mesma funcionava nas dependências do Hospital Psiquiátrico público de referência da SESA/CE, fato inadmissível para o Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Mesmo sem ter uma infraestrutura adequada, a coordenação organizou vários eventos em 2003, elaborando relatórios norteadores para o funcionamento dos serviços de saúde mental para o Estado do Ceará: I Encontro de Funcionalidade do Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM) – hospital público de referência para o estado do Ceará (CEARÁ, 2003a); I Encontro dos Hospitais-dia do Ceará (CEARÁ, 2003b); I Encontro dos Hospitais Psiquiátricos do Ceará (CEARÁ, 2003c) e II Encontro Estadual dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (CEARÁ, 2003d).

O HP público deveria então, ser o primeiro a sofrer alterações consistentes, para direcionar o seu movimento para fora de si mesmo, elaborando um projeto institucional que

¹ **Hospital-dia** – Recurso intermediário entre a internação e o ambulatório. Unidade hospitalar que funciona durante o dia, destinada ao atendimento de uma clientela com pouca autonomia para as atividades da vida diária, com necessidade de acompanhamento contínuo e cuidados intensivos diários (BRASIL, 2004b).

estivesse de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, tornando-se modelo para os demais HP do Estado.

Fundamentados nesta proposição, o I Seminário de Funcionalidade do HP público realizado em 2003 nas dependências do referido hospital teve como objetivo aprovar e implantar posteriormente, propostas que direcionariam seu funcionamento (CEARÁ, 2003a). Interesses opostos de alguns gerentes, utilizando-se do poder administrativo, dificultaram a implantação das propostas, o que inviabilizou o processo de mudanças e favoreceu a dissolução do grupo de trabalho responsável pelo acompanhamento. Interesses estes, de cunho ideológico, técnico, administrativo, político que direcionavam a hospitalização como único instrumento terapêutico em saúde mental, o que reforçava a necessidade da existência e permanência do HP, além da percepção de que o portador de transtorno mental é objeto de intervenção da Psiquiatria.

Testa refere que o poder da sociedade está situado nas organizações² e caracteriza o poder administrativo como “aquele que corresponde às atividades enquanto processos que manejam recursos” (TESTA, 1995:38), tendo o financiamento como sua principal forma de expressão. Refere ainda que há dois tempos no momento da decisão administrativa: o tempo político, aquele que demora o suficiente para provocar alguma reação – seja de adesão ou rejeição – nos grupos compostos por atores sociais individuais e coletivos, que serão atingidos pela decisão e o tempo técnico, espaço de tempo até que a decisão seja implementada, apresentando seus resultados (TESTA, 1992).

Por atores sociais individuais Testa (1995) compreende como sendo “constituído por uma única pessoa [...]. É um sujeito que tem interesse no setor saúde, que ocupa uma posição que o coloca em situação de peso dentro do mesmo” (p. 49), enquanto que ator social coletivo é “constituído por múltiplas pessoas [...]. É um agrupamento de sujeitos sociais individuais transformados em ator social” (p. 49).

No contexto acima relatado, o tempo político estava presente, uma vez que o Seminário foi realizado coletivamente, partindo-se dos próprios trabalhadores as propostas a serem implantadas. Porém, não houve tempo para se ver os resultados, devido à inviabilidade do processo, pois as decisões tomadas pelo coletivo não foram acatadas pelos gerentes,

² **Organização** – É uma cristalização da história, que carrega em sua essência as determinações sociais, culturais, políticas e econômicas daquele período histórico, constituída pelo aparato burocrático e por um grupo de pessoas com interesses comuns (TESTA, 1992:113).

embora tivesse sido acordado o apoio à implantação das propostas. Aqui, fica evidente o uso da opacidade, que Testa (1995) se refere como a falta de transparência, isto é, de não se explicitar a verdade para não colocar em risco seus objetivos.

Esta situação vivenciada na Coordenação estadual nos fez refletir sobre os diversos motivos de não se querer transformar o sistema vigente – modelo hospitalocêntrico – inclusive, se utilizando de estratégias para sua manutenção, uma vez que era evidente o desgaste deste tipo de assistência. Neste estudo, o conceito de estratégia utilizado por Testa vem corroborá-lo quando diz que corresponde ao “comportamento organizacional destinado ao manejo de situações em que seja preciso superar obstáculos que se oponham à conquista de um determinado objetivo”, isto é, a “maneira de alcançar um propósito político” (TESTA, 1995:15 e 22).

Sampaio, em 1988, já questionava a “persistência da prática do asilo”, buscando na análise da oferta de leitos psiquiátricos, respostas para insistência da existência do HP (SAMPAIO, 1994:24).

Em novembro de 2003, o Ministério Público do Ceará realizou o I Seminário sobre Internação Psiquiátrica e Cidadania do Ceará com intuito de discutir os direitos humanos das pessoas portadoras de transtorno mental, a Rede Assistencial³ de Saúde Mental e a Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias (CRIPI)⁴ (CEARÁ, 2003e).

Com uma nova gestão em 2005, Fortaleza cria um projeto político baseado nos princípios e nas diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial e das Conferências Nacionais de Saúde Mental com objetivo de implantar a Reforma Psiquiátrica e de construir uma Rede Assistencial de Saúde Mental (RASM) capaz de substituir o modelo hospitalocêntrico manicomial existente.

A experiência de compor a Coordenação Colegiada de Saúde Mental (CCSM) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza nos possibilitou transformar sonhos em realidade, ou seja, o início de um rompimento com a cultura manicomial e da consolidação de um modelo com abordagem psicossocial (FORTALEZA, 2005a). Para tal, foi construído coletivamente um documento detalhado correspondente aos princípios, diretrizes, organização dos

³ **Rede Assistencial** – Uma rede é uma trama constituída por equipamentos assistenciais de saúde ligados entre si, por suas características tecnológicas, fazerem parte de um mesmo projeto assistencial e serem responsáveis por abordar um elenco de necessidades semelhantes (ARACAJU, 2004).

⁴ Esta Comissão foi criada a partir da Lei 10.216, de 06/04/2001, com a inclusão do Ministério Público na fiscalização dos Hospitais Psiquiátricos, através da avaliação das internações psiquiátricas involuntárias.

serviços de saúde mental, suas concepções e atribuições, denominadas de Política de Saúde Mental de Fortaleza.

No entanto, a implantação de serviços extra-hospitalares e comunitários não garante por si só, a transformação de uma cultura manicomial há tantos séculos enraizada, com um agir excludente, inclusive com interesses econômicos envolvidos. A mudança de paradigmas⁵ acontece de forma lenta e gradual. O questionamento sobre os saberes que sustentam as formas de atuar – práticas – leva a mudanças essenciais que favorecem o surgimento de novos saberes e práticas. Porém, existem interesses que sustentam e cristalizam os modelos, sendo necessária uma disputa para que a transformação realmente se realize.

A Reforma Psiquiátrica refere que um serviço que pretende ter características antimanicomiais, com abordagem psicossocial perpassa, principalmente, pela compreensão e transformação dos saberes e das práticas dos profissionais envolvidos neste processo. Deve ainda, estabelecer parcerias com diversos setores da sociedade, mantendo-se autônomo, independente de qualquer instituição política, partidária, governamental. Entendemos como Lobosque (1997), quando diz que antimanicomial é uma prática que garante a reestruturação da sociedade em seu pensar a loucura, com possibilidades de favorecer a construção da cidadania juntamente com o ser excluído e não, por ele. Além disto, romper “literal e simbolicamente” os muros do manicômio, traçando-se um contorno em volta dos excluídos, sustentando-se e articulando-se as diversas singularidades, para que possam ser parte integrante da coletividade.

Esta reestruturação da sociedade perpassa, além dos serviços a serem implantados, pela desinstitucionalização, questionando o saber e poder médico e institucional, criando novos espaços de sustentação, apoio, prevenção da doença mental, promoção da saúde mental nas comunidades, possibilitando outros ambientes para a loucura, fora dos muros das instituições (AMARANTE, 1998). Ou seja, propor um modelo de saúde – políticas, princípios, diretrizes, orientações, saberes e práticas – que seja capaz de resolver os problemas de saúde da população, interferindo em seus determinantes, gerenciando e regulando os recursos, promovendo saúde, prevenindo doenças, reabilitando, enfim, que ofereça uma atenção integral.

⁵ **Paradigmas** – Conjunto de teorias, princípios, argumentos que se sustentam reciprocamente (COELHO, 2008).

Paim (1994) compreende modelos assistenciais, tomando como referência a teoria do processo de trabalho em saúde, pois entende que não se trata apenas de uma reorganização administrativa, com arranjos burocráticos na forma de lidar com a saúde, mas sim, de que as práticas de saúde realmente atinjam as necessidades sociais, considerando os problemas de saúde da população. Define então, modelos assistenciais como sendo:

“[...] combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade” (PAIM, 1994:457).

Acrescenta Teixeira (2003) à definição de modelos de atenção à saúde uma perspectiva sistêmica, considerando que realmente esses modelos não são apenas uma forma de administrar ou organizar um sistema de saúde. A autora vai além, sugerindo uma concepção ampliada, que perpassa três dimensões:

“[...] uma dimensão *gerencial*, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; uma *organizativa*, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção de cuidado, e a dimensão propriamente *tecnossistêmica*, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas medidas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e recuperação e reabilitação)” (TEIXEIRA, 2002:156).

Na concepção de Campos et al (1994), os modelos de saúde vão se conformando dependendo da realidade em que se vive, intrinsecamente relacionada à construção histórica, econômica, social. O referido autor define modelo assistencial como “o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e para distribuí-las” (CAMPOS, 1989:53).

Nesta pesquisa, escolhemos utilizar o conceito de modelos assistenciais utilizado por Campos (1989), por relacionarmos a construção desse modelo com a concepção de que o Estado é responsável pela produção e distribuição das ações de saúde, influenciando nos saberes e práticas realizadas neste setor e de que, a construção dos modelos assistenciais está diretamente relacionada à concepção de saúde concebida por este Estado.

Aquelas inquietações, outrora sentidas pelos incômodos do insucesso do projeto de funcionalidade do hospital público vieram à tona, trazendo questionamentos sobre a persistência da conservação do modelo hospitalocêntrico. Ao se observar a prática, encontramos frequentes internações psiquiátricas de usuários que receberam alta melhorada

em um HP, recebem o encaminhamento para o CAPS de referência, porém, procuram uma das Urgências Psiquiátricas (UP) para se internarem em outro HP.

Isto evidencia o fenômeno da porta-giratória, que alimenta economicamente o sistema hospitalocêntrico com a produção dos serviços e ideologicamente, com a conservação e necessidade destes. Godoy (2000) realizou um estudo sobre as reinternações analisando que, das 7.060 internações no município de Fortaleza no período estudado, a taxa de reinternação psiquiátrica correspondeu a 45%. Destes, 53% eram reinternações de longa permanência, ou seja, acima da quantidade de dias válidos para emissão de uma nova Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

As ações voltadas para a regulação das internações psiquiátricas são realizadas pela Central de Leitos da SMS, através das duas UP existentes: uma, em um Hospital Psiquiátrico conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a outra, no Hospital Psiquiátrico público. Os hospitais gerais municipais se eximem de realizar este tipo de serviço, talvez por ainda existir as duas UP especializadas; ou por não haver equipes capacitadas; ou ainda, pela falta de infraestrutura dos hospitais; ou pela cultura manicomial. Seja qual for o motivo, esta prática não está instituída, o que reforça cada vez mais, a necessidade da existência dos referidos serviços de Urgência. O próprio município de Fortaleza sustenta e financia o modelo que tanto questiona.

O documento da Política de Saúde Mental de Fortaleza refere que o atendimento de urgência em saúde mental deverá ocorrer de forma regionalizada, através dos hospitais municipais e do Instituto Dr. José Frota (IJF) Centro, contando com pelo menos três leitos de observação de 72 horas. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Fortaleza deve oferecer suporte e transporte das pessoas em situação de crise para os serviços de Urgência Psiquiátrica. A participação da CCSM no Comitê Gestor do Sistema Municipal de Atenção às Urgências e Emergências (COGEMUE)⁶ possibilitou a elaboração do fluxo de atendimento de urgência para o município de Fortaleza, juntamente com a Câmara Técnica de Urgência e Emergência da SESA/CE, no qual o SAMU é responsável pelo atendimento às pessoas em situação de crise (Anexo B).

⁶ **COGEMUE** - Comitê Gestor do Sistema Municipal de Atenção às Urgências e Emergências, criado pela Portaria SMS 114/2005, que tem por finalidade atuar como espaço de formulação, monitoramento e avaliação das ações de prevenção, promoção e assistência à saúde na área de urgência e emergência no âmbito do Município de Fortaleza, atuando como órgão consultivo da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Embora tenha havido grandes avanços com a implantação da RASM, ainda não se teve resultados de impacto de modo a afetar a vida das pessoas e da sociedade, para modificação na consciência individual e social, pelo menos no que diz respeito à redução das internações psiquiátricas nos Hospitais Especializados⁷. Segundo Relatório de Gestão da CCSM do ano de 2006 houve uma redução de 34% nas internações psiquiátricas das pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e 11% em relação às pessoas com transtornos esquizofrênicos, esquizotípicos e delirantes, comparando os anos de 2005 e 2006.

Como consequência dessa diminuição, verifica-se a redução em 19% no recurso financeiro relacionado aos valores totais de internações psiquiátricas por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e 15% no recurso financeiro relacionado aos valores totais de internações psiquiátricas por transtornos esquizofrênicos, esquizotípicos e delirantes, comparando-se também, os anos de 2005 e 2006. A tabela abaixo demonstra os dados de redução das internações psiquiátricas e dos seus respectivos recursos financeiros.

Tabela 1 – Redução das internações psiquiátricas por transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool e transtornos mentais esquizofrênicos, esquizotípicos e delirantes e do recurso financeiro – 2005-2006.

Transtorno Mental	Redução das Internações %	Recursos Financeiros %
Comportamental devido ao uso de álcool	34%	19%
Esquizofrênicos, Esquizotípicos e Delirantes	11%	15%

Fonte: Fortaleza, 2006.

Reportando-nos a Testa (1995) quando se refere ao poder administrativo e analisando o contexto da RASM, percebemos que este momento representa o tempo político, uma vez que se conseguiram reações de aceitação do projeto de governo por um grupo de pessoas, incluindo aí trabalhadores pró-reforma e usuários, porém, reações adversas do grupo anti-reforma, donos de Hospitais Psiquiátricos. Esta adversidade leva o grupo conservador a elaborar estratégias para manutenção do sistema hospitalocêntrico, muitas vezes, não enfrentando o grupo transformador, mas se utilizando do poder cedido pelo município de Fortaleza – controle da porta de entrada para o sistema através das internações psiquiátricas – para consolidação de uma prática reprodutora. De um lado, a Política de Saúde Mental de

⁷ **Hospital Especializado** – Hospital, cuja maioria dos leitos se destina ao tratamento de clientela psiquiátrica em regime de internação (BRASIL, 2004b:249).

Fortaleza propondo mudanças intrínsecas na estrutura⁸ da sociedade; de outro, os HP, através do uso das Urgências Psiquiátricas, elaborando estratégias para manutenção de seu *status quo*⁹.

Entendemos que uma política que tem em seus princípios a substituição do modelo manicomial, com a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos deve ter suas ações estratégicas voltadas para este fim. O que se pressupõe é que, as estratégias até então definidas pela SMS através da CCSM, são estratégias baseadas na espera de espaços oportunos de atuação para implantar suas ações, as quais denominadas por Testa (1995) como Guerra de Trincheiras. Este estudo não depõe contra isto, mas analisa quais outros tipos de estratégias devem ser formulados para se atingir seus objetivos.

O recorte temporal deste estudo é a década de 2000, perpassando desde 2001 – ano em que a Organização Mundial da Saúde (OMS) dedicou à saúde mental e ano da promulgação da Lei 10.216, de 06 de Abril de 2001 – até os dias atuais. A referida Lei “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2004b:17), surgindo então, como consolidação das demais leis estaduais que já vigoravam em quase todos os estados brasileiros. A versão da Lei foi a possível de ser aprovada pela Câmara Federal, devido às inúmeras divergências e múltiplos interesses contraditórios em relação à assistência psiquiátrica.

Por sua vez, esta Lei ameniza a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos, mas constrói a Rede de Serviços em Saúde Mental. Enfatiza também, a necessidade do direcionamento dos recursos financeiros para serviços extra-hospitalares públicos e inclui o Ministério Público estadual como órgão fiscalizador. A referida e tão esperada Lei apresenta uma conquista, primeiro no que diz respeito às internações psiquiátricas involuntárias, exigindo que a notificação desta internação seja enviada a SMS e ao Ministério Público estadual em 72 horas e, segundo, por resguardar os direitos dos portadores de transtornos mentais (TENÓRIO, 2002).

⁸ **Estrutura** – É um sistema de relações. É o resultado de um processo de estruturação, de uma dinâmica que pode ser relativamente simples ou extraordinariamente complexa, mas que sempre alcança sua configuração atual, através de uma construção definida pelas características de seus componentes (TESTA, 1992:45).

⁹ **Status quo** – Expressão latina que significa o estado atual em que se encontram as coisas, ordem social (DIAS, 2001:151).

Ao se tornar Lei, o desmonte do modelo hospitalocêntrico não depende apenas da vontade política do gestor, mas torna-se dever de todo município e de seu sistema de saúde a transformação do modelo assistencial de saúde mental, através de suas instituições, seja de que natureza for – pública, privada, filantrópica, conveniada. É evidente que na prática, isto não ocorre naturalmente a partir da promulgação de Leis, pois no âmbito social existem conflitos pela manutenção ou transformação do modelo assistencial em saúde mental, de acordo com o que for conveniente ao setor dominante.

Estas reflexões nos conduziram à escolha do recorte do objeto de estudo – o poder capaz de manter ou transformar o modelo assistencial de saúde mental, através das estratégias técnicas e políticas utilizadas pelas equipes das Urgências Psiquiátricas – sendo orientado pelo questionamento central: como os poderes constituídos no espaço institucional das UP contribuem para conservação do modelo psiquiátrico ou para transformação do modelo assistencial em saúde mental?

Ao refletir sobre a questão central elaborada, outras indagações surgiram, colaborando com o desenvolvimento do estudo: Como se constituem os poderes no espaço institucional das Urgências Psiquiátricas?; Quais são e como são construídas as estratégias técnicas e políticas utilizadas nas Urgências Psiquiátricas dos Hospitais Psiquiátricos para conservação do modelo psiquiátrico ou para transformação do modelo assistencial em saúde mental?; Quem são os sujeitos que efetivamente exercem o poder e constroem espaços produtivos de intervenção na prática de saúde mental nas Urgências Psiquiátricas? Como ocorre o investimento financeiro da Rede Assistencial de Saúde Mental e das Urgências Psiquiátricas?

Diante destes questionamentos, os seguintes objetivos foram delineados:

- Compreender como ocorre o poder nos espaços institucionais das Urgências Psiquiátricas e quem são os sujeitos que efetivamente constroem estes espaços no ato produtivo da prática de cuidado em saúde mental;
- Analisar as estratégias técnicas (saberes e práticas) e políticas adotadas pelas equipes de saúde mental nas Urgências Psiquiátricas na produção do cuidado;
- Discutir como o poder instituído nas Urgências Psiquiátricas contribui para elaboração de estratégias técnicas e políticas na produção do modelo assistencial em saúde mental;

- Discutir o financiamento das Urgências Psiquiátricas na produção da atenção em saúde mental.

Diante dos questionamentos e dos objetivos traçados, elaboramos os pressupostos teóricos da pesquisa:

1º Pressuposto – A Rede Assistencial de Saúde Mental, por não ter uma cobertura capaz de absorver a demanda da população de Fortaleza, principalmente das pessoas com transtorno mental crônico, reforça a existência dos Hospitais Psiquiátricos. Por não controlar e não intervir na porta de entrada para o sistema de internações psiquiátricas – Urgências Psiquiátricas – institui o poder destes serviços. Os trabalhadores das Urgências Psiquiátricas dos Hospitais Psiquiátricos, por sua vez, reproduzem suas práticas, não estando qualificados para atuarem num novo modelo de atenção em saúde mental.

2º Pressuposto – As Urgências Psiquiátricas dos Hospitais Psiquiátricos, através do poder concedido pelo município de Fortaleza no controle da porta de entrada para as internações psiquiátricas se utilizam de estratégias técnicas e políticas para manutenção do modelo hospitalocêntrico manicomial.

3º Pressuposto – A Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), através da Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação Colegiada de Saúde Mental, por não elaborar estratégias de enfrentamento aos Hospitais Psiquiátricos, alimenta economicamente o modelo psiquiátrico manicomial.

Esses pressupostos, embora provisórios, portanto passíveis de modificações e de novas investigações, vem orientar o estudo, podendo ou não ser comprovados. O caráter de construção/desconstrução/reconstrução dos pressupostos está intrinsecamente relacionado aos fatos histórico-sociais que ocorrem a partir do espaço social da pesquisa.

A relevância desta pesquisa está em sua originalidade, visto que há uma lacuna de estudos desta natureza sobre as Urgências Psiquiátricas, encontrando-se apenas estudos sobre as UP que identificam as características da clientela atendida e como estes serviços são interligados à rede de saúde. Pretendemos com esta pesquisa possibilitar aos gestores a elaborarem estratégias para conseguirem atingir os objetivos da Política de Saúde Mental de Fortaleza, com vistas à transformação do modelo assistencial em saúde mental para os municípios de Fortaleza, contribuindo, assim, na consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira e do mundo.

2 MARCO TEÓRICO

Quando nada parece ajudar,
eu olho o cortador de pedras martelando sua rocha
talvez cem vezes sem que nem uma só rachadura apareça.

No entanto, na centésima primeira martelada,
a pedra se abre em duas
e eu sei que não foi aquela a que consegui,
mas todas as que vieram antes.

Jacob Riis

2.1 O PODER COMO EIXO ORIENTADOR DAS PRÁTICAS CONSTITUÍDAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

2.1.1 A constituição do poder, a partir da criação do Estado

O Homem vem estabelecendo uma forma própria de organização para suprir suas necessidades desde os tempos primórdios das sociedades primitivas, nas quais a subsistência era o foco, passando por um período de organização agrária, no qual a agricultura fez eclodir as primeiras propriedades, até um processo civilizatório, com a institucionalização da propriedade, do comércio e da formação do Estado.

A criação do Estado ocorreu a partir da complexidade do desenvolvimento da sociedade. Bobbio (2007) percorre diversos pensadores, tais como, Maquiavel, Hegel, Karl Marx, Gramsci, para discutir a formação do conceito de Estado, desde a sua ausência nas sociedades primitivas até o Estado moderno. Refere que

“[...] com o nascimento da propriedade individual nasce a divisão do trabalho, com a divisão do trabalho a sociedade se divide em classes – classe dos proprietários e classe dos que nada têm – com a divisão da sociedade em classe nasce o poder político, o Estado, cuja função é essencialmente a de manter o domínio de uma classe sobre a outra recorrendo inclusive à força, e assim a de impedir que a sociedade dividida em classes se transforme num estado de permanente anarquia” (BOBBIO, 2007:74).

Elaboramos o esquema abaixo para demonstrar esta concepção:



Fluxograma 1 – O nascimento do poder político: o Estado

Nesta perspectiva, o Estado nasce dentro da sociedade como uma ordenação da sociedade civil para dar conta das exigências impostas por ela mesma. A sociedade civil é, pois, o lugar de mobilização social onde surgem os conflitos, de qualquer natureza, sejam eles sociais, econômicos, culturais, ideológicos, tendo as instituições estatais à função de resolvê-los, seja por meio da mediação ou da repressão. É neste lugar de forças que surge a possibilidade de transformação da realidade, onde dele nasce a legitimidade¹⁰ ou ilegitimidade do poder estatal (BOBBIO, 2007).

Bobbio (2007) discute as diferentes concepções de sociedade civil, confrontando autores, concluindo que Sociedade Civil e Estado são partes integrantes de um mesmo Sistema, embora distintos, mas complementares e interdependentes, numa relação dialética, na qual, a sociedade civil ao ser agente do processo, exigindo respostas do Estado, acaba por reforçar a sua existência.

A concepção de Estado que Mario Testa (1992) discute se refere a esta inter-relação, conceituando o Estado moderno e o contemporâneo como o

[...] lugar social onde são geradas as decisões das políticas nacionais e aonde os diferentes grupos vão esclarecendo seus interesses e, simultaneamente, conformando-se em grupos coerentes. [...] É o lugar social onde se produz a articulação indicada, o qual inclui a discussão dos problemas atuais, a tomada de decisões mediante alguma forma de consenso e, também, o desenvolvimento de lutas que permanentemente recriam novas formas de articulação (TESTA, 1992:37).

O diagrama abaixo representa este lugar social, onde se desenvolvem as ações políticas. Os problemas¹¹ são gerados a partir das demandas sociais; as decisões são consensuadas nos grupos que representam suas classes, havendo luta interna e/ou externa para garantir os interesses, e, a partir disto, fazer articulações para solucionar os problemas. A luta se dá, principalmente quando há interesses opostos, sejam entre as classes sociais, sejam entre estas e o próprio Estado. Este tentará garantir a manutenção da conformação do sistema através da reprodução da lógica de interesses da classe dominante, para manutenção do seu *status quo* e da ordem social da classe oprimida.

¹⁰ **Legitimidade** – Reconhecimento do direito da autoridade a partir da aceitação e do cumprimento das decisões válidas tomadas para toda coletividade (BOBBIO, 2007:36).

¹¹ **Problema** – Consiste em identificar a relação que existe entre fenômenos que ocorrem em diferentes níveis da realidade (TESTA, 1992:41).

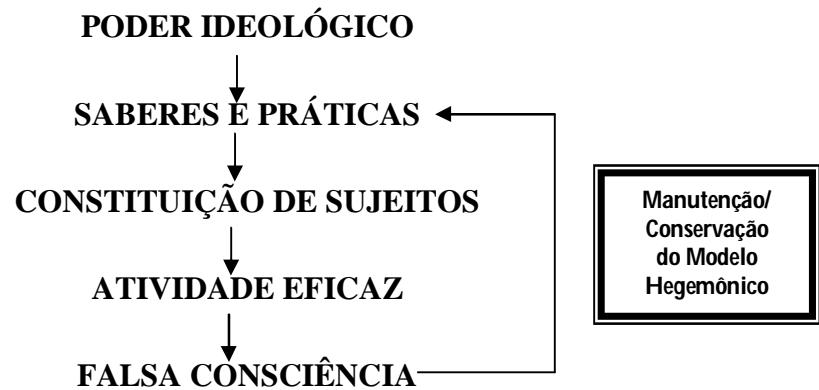


Diagrama 1 – Estado, enquanto lugar social onde se desenvolvem as ações políticas

Neste estudo, adotaremos a concepção de Estado de Testa (1995) como resultante do desenvolvimento do processo histórico, surgido a partir da necessidade de dominação de um ser sobre o outro, com poder suficiente para conseguir regulá-lo, isto é, induzir ao outro a se comportar conforme seus interesses.

Testa (1995) faz uma análise do Estado liberal e da concepção do Estado capitalista para Marx. Este enfatiza que o Estado surge para manter a relação de desigualdade existente entre os indivíduos, pela diferença no valor da força de trabalho de cada trabalhador imposta pelo mercado, e não para garantir a manutenção da ordem, como diz a concepção liberal, na qual se baseia em uma sociedade igualitária, não considerando (propositalmente?) a desigualdade econômica.

Para se conseguir atingir seus objetivos – resolução dos conflitos, implementação das políticas sociais, de saúde, neste caso – o Estado e a Sociedade Civil traçam estratégias ou para transformação ou manutenção do pensamento hegemônico, entendendo-se hegemonia como “uma construção política resultante dos conflitos permanentes entre as classes que são suscitados e resolvidos dentro do Estado” (TESTA, 1992:38). Diante disto, o aparelho ideológico do Estado exige que seus grupos, isto é, a classe dos trabalhadores, cumpra a função social definida para ela, e, ao cumprir, consequentemente, constroem-se a si mesmos, consolidando suas práticas. Os atores sociais tornam-se, então, ‘operários’ da ideologia necessária para reprodução do pensamento dominante. Este jogo de poder constrói uma “falsa consciência” (TESTA, 1995:20) capaz de ter uma prática eficaz, porém, não transformadora. O fluxograma abaixo demonstra como ocorre o uso do poder ideológico para manutenção do modelo hegemônico.



Fluxograma 2 – Uso do poder ideológico para manutenção do modelo vigente

Para Testa (1995:20), a construção de uma “consciência social verdadeira” possibilitará a transformação da sociedade, através da interação de duas estratégias históricas denominadas de Tomada de Poder e de Guerra de Trincheiras. Ambas necessitam dispor de alguma forma de poder. O saber que sustenta a Tomada de Poder é a interpretação do abstrato como concretização da história – saberes – e a sua prática é o enfrentamento total, sendo visto como consequência de uma série de fatos planejados para a luta revolucionária – saberes – findando com o enfrentamento total – práticas. A estratégia de Guerra de Trincheiras é uma

Forma de luta de posições adversas às dominantes, que não privilegia uma ação rápida e definitiva, mas que propõe a ocupação paulatina de espaços que vão sendo transformados, passo a passo, em posições firmes – trincheiras – de onde é possível realizar novos avanços à medida que se apresentem conjunturas favoráveis ou simplesmente manter a posição aguardando a oportunidade (TESTA, 1995:19).

O saber que sustenta esta estratégia é a certeza de que a sociedade oferecerá espaços favoráveis para a ação que vão transformando a realidade e a prática é a maneira como ocorre a relação de conflitos no espaço democrático e que avançam à medida que há um contexto democrático favorável para tal. Isto pode acontecer formando alianças com aqueles que lutam pela transformação e enfrentando aqueles que insistem na conservação do sistema e vice-versa. No Brasil, a integração destas duas estratégias vem sendo utilizada para a reversão do modelo assistencial em saúde mental.

Diante desta perspectiva, os saberes e as práticas tornam-se então, instrumentos para tornar efetiva a conquista do poder, seja qual for a estratégia utilizada para esta conquista, pois é na realização de uma atividade, dependendo do saber que a sustenta, que se conseguirá alcançar o objetivo traçado pelo qual se está lutando.

Testa (1995, 1992) refere que o poder da sociedade está situado nas organizações. O diagrama abaixo demonstra isto:

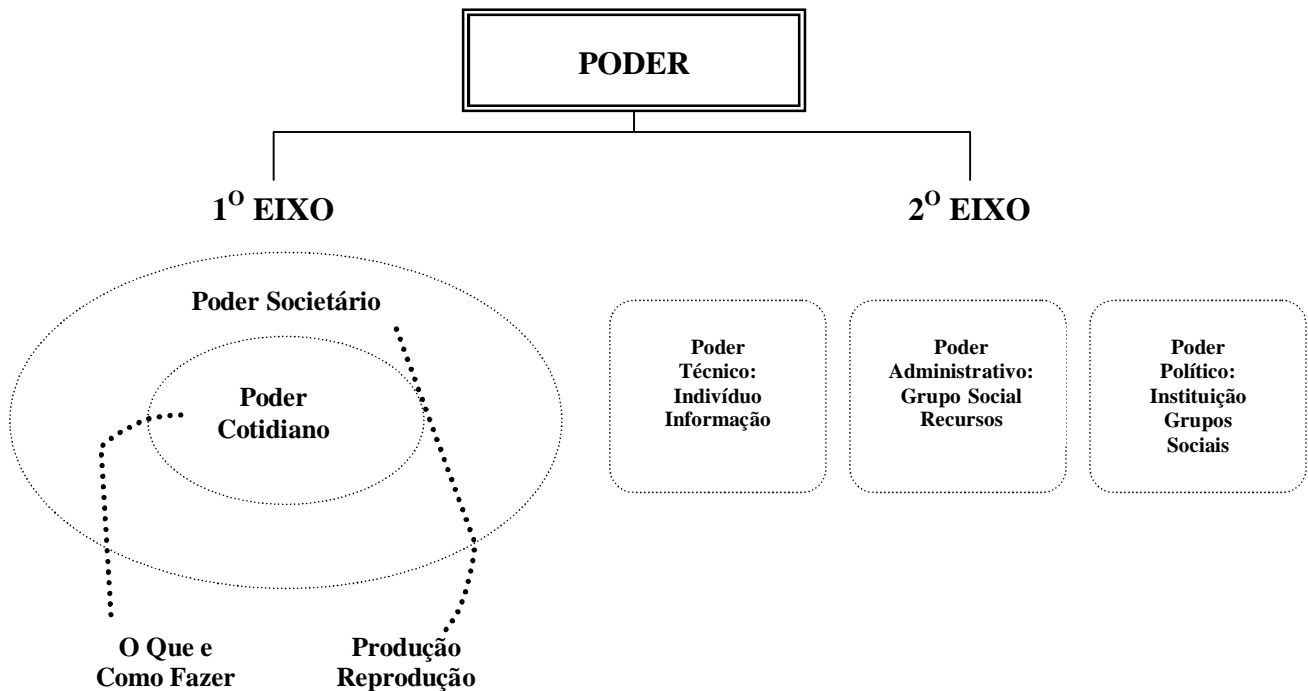


Diagrama 2 – Caracterização do poder institucional

É através do poder social que a transformação ou conservação da sociedade, dos sistemas, dos modelos ocorrerá, porém, é o poder cotidiano que possibilitará isto acontecer, a partir da definição do que fazer e como fazer. É neste âmbito que estão inseridos os mecanismos de dominação dos indivíduos, que se reproduzem na dominação de uma classe pela outra.

Testa (1992) define os principais tipos de poder que são utilizados no setor da saúde:

Quadro 1 – Tipos de poder

TIPO DE PODER	CONCEPÇÃO
Poder Técnico	Aquele utilizado através do conhecimento adquirido. É a capacidade de lidar com os vários tipos de informação e os âmbitos em que a informação circula.
Poder Administrativo	Aquele que corresponde às atividades enquanto processos que manejam recursos, tendo o financiamento como sua principal expressão.
Poder Político	Aquele capaz de desencadear articulações, para defender os interesses de determinado grupo.

Fonte: Testa (1992, 1995).

Testa (1992) refere que o poder político surge ao considerá-lo enquanto ideologia, fruto da interação entre a visão de mundo – saber – instituído pelo contexto social e de suas

articulações – prática – em uma relação de quem domina e quem é dominado/quem governa e quem é governado, para obtenção dos efeitos desejados:

[...] Estes dois aspectos – o saber, como visão de mundo, e a prática, como construtora de sujeitos – é o que definimos como ideologia [...] Estas formas práticas ‘são a **dominação** – a submissão de subordinados a chefes, dos fracos aos poderosos, dos dominados aos dominantes – e a **hegemonia** – a ideologia como prática – que é a viabilização e realização de um projeto, em particular de um projeto político (TESTA, 1992:124, grifo nosso).

É da interação dos tipos de poder e de suas composições que se determinará se haverá mudança social ou conservação da realidade. Toda esta discussão se dá, evidentemente, no campo da saúde mental, mais intensamente com o nascimento do asilo como *locus* da loucura, com a institucionalização da Medicina e com a criação do Hospital como espaço de construção de saberes e práticas de saúde. É da transformação do paradigma da loucura em doença que nasce o poder médico, e mais especificamente, o poder psiquiátrico. O asilo se utiliza do louco para constituir o saber e a prática psiquiátrica, dando autoridade ao médico de dominar a loucura. Desta forma, a instituição asilar, com toda sua estrutura de poder – médicos enfermeiros, instrumentos, disciplina, regulação – reduz a pessoa a objeto de investigação.

Foucault (2006) considera que o poder psiquiátrico constitui uma forma de gerenciar, de administrar, de direcionar, de disciplinar o indivíduo para agir conforme as normas e regras da sociedade vigente:

O poder psiquiátrico é, portanto domínio, tentativa de subjugar [...] ao mesmo tempo de regime e de domínio, de regularidade e de luta, é a noção de “direção” [...] É uma noção que traz consigo, já no século XIX, toda uma série de conotações do domínio da prática religiosa. A “direção da consciência” definiu [...] um campo geral ao mesmo tempo de técnicas e de objetos [...] o psiquiatra é alguém que dirige o funcionamento do hospital e dos indivíduos (FOUCAULT, 2006:218).

Diante desta perspectiva, o poder psiquiátrico torna-se objeto do poder do Estado para regular a consciência daqueles que estão fora da norma, reproduzindo no asilo – nas instituições – o que acontece fora dele, isto é, a dominação da sociedade, gerando, como Testa (1995) nos diz, a falsa consciência.

Analisando o poder, Foucault (2007) nos fala que a burguesia não foi instrumento de exclusão do louco, mas aproveitando-se do sistema de exclusão, excluiu o louco como forma de utilização desse sistema e de todos os seus mecanismos. O poder de soberania, portanto, não desaparece com o surgimento do sistema burguês. Ao contrário, reforça a

existência dele através de seu arcabouço teórico-jurídico. O quadro abaixo demonstra a ‘passagem’ do poder soberano ao poder disciplinar:

Quadro 2 – Poder Soberano x Poder Disciplinar

PODER SOBERANO	PODER DISCIPLINAR
Exercício do poder sobre a terra e seus produtos	Exercício do poder sobre os corpos e seus atos
Extração/apropriação pelo poder dos bens e da riqueza	Extração e apropriação pelo poder do trabalho
Fundamentação do poder na existência física do soberano	Fundamentação do poder na existência de sistemas de vigilâncias contínuos e permanentes
Criação do poder absoluto no gasto irrestrito	Poder c/ gasto mínimo e eficiência máxima

Fonte: Foucault (2007).

A criação do asilo, sua transformação em manicômio, em Hospital Psiquiátrico perpetua o poder psiquiátrico e a condição do não-ser do louco – não-ser pessoa, não-ser sujeito, não-ser cidadão, não-ser coletivo – ultrapassando seus muros, estimulando uma cultura manicomial, hospitalocêntrica, capaz de segregar, de estigmatizar, de excluir, organizando saberes e práticas, que cristalizam uma assistência iatrogênica, favorecendo ainda, a comercialização da loucura.

O poder psiquiátrico, então, constitui todos os tipos de poderes citados por Testa (1992): o **poder técnico** – que também é político, pois tem sua gênese nas relações de poder – por construir saberes, doutrinas, conhecimento, informações, exercendo influência sobre o comportamento do outro, induzindo a realização de uma ação; o **poder administrativo**, correspondendo às atividades enquanto processos que manejam recursos, utilizando-se da propriedade de certos bens para submeter àqueles que não os tem, a adotar certa conduta na execução de um trabalho útil; e o **poder político** que desencadeia articulações, para defender os interesses de determinado grupo, recorrendo em última instância, ao uso de força para obtenção dos efeitos desejáveis.

Quadro 3 – Poder Político, Técnico e Administrativo X Poder Psiquiátrico

TIPO DE PODER	CONCEPÇÃO	PODER PSIQUIÁTRICO
Poder Político	Capaz de desencadear articulações, p/ defender os interesses de determinado grupo.	Macrofísica da Soberania Microfísica do Poder Disciplinar
Poder Técnico	Utilizado através do conhecimento adquirido. Capacidade de lidar com os vários tipos de informação e os âmbitos em que a informação circula.	Saberes, doutrinas, conhecimento, informação, técnicas do exercício do poder disciplinar Saber médico psiquiátrico
Poder Administrativo	Corresponde às atividades enquanto processos que manejam recursos, tendo o financiamento sua principal expressão.	Atividades que financiam o modelo psiquiátrico.

Fonte: Testa (1992; 1995); Foucault (2006; 2007).

Foucault, em *Microfísica do Poder* (2007), reflete que todas as tentativas de reforma em torno do paradigma psiquiátrico ocorrem para anular as formas de poder, de dominação sobre o outro, instauradas pela verdade psiquiátrica na relação entre o doente e seu médico. Ainda hoje, buscamos encontrar um modelo assistencial em saúde mental que proporcione a libertação do louco em sua loucura. Talvez não o encontremos ainda, por sermos prepotente em querê-lo.

2.2 MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL: EM BUSCA DE UM MODELO ADEQUADO ÀS NECESSIDADES SOCIAIS?

2.2.1 Um Pouco de Loucura nessa História...

*Não é o medo da loucura
que nos forçará
a largar a bandeira
da imaginação.*

André Breton

Por que necessitamos de um modelo? Coelho (2008) discute esta questão em seu diálogo com Platão e Aristóteles, referindo que o primeiro acreditava que nossas ações deveriam ser orientadas por modelos ideais, enquanto que o segundo defendia que nem tudo poderia ser enquadrado em um modelo por haver singularidades nos fatos. As orientações dos saberes e práticas, do pensar e do agir, do refletir e do fazer deveriam partir de uma dada realidade concreta. Diversos modelos foram sendo então, desenvolvidos baseados em outros já existentes. Para Coelho (2008), ambas as situações são necessárias para construção de modelos, contanto que não se fechem às demais possibilidades.

Na área da saúde, a criação de modelos assistenciais¹² surge a partir das necessidades sociais de um determinado período histórico, das relações econômicas produzidas pela sociedade, do contexto cultural vivido, da articulação e de suas consequências. Os países capitalistas e aqueles que sofrem influência direta destes estabelecem o projeto liberal com hegemonia do modelo médico-assistencial privatista. Os países de base socialista e a maioria dos países da Europa organizam sistemas universais de saúde.

Para compreendermos a conformação atual dos modelos assistenciais de saúde mental faz-se necessário viajarmos um pouco no tempo histórico, analisando os fatos que subsidiaram as mudanças de paradigmas em saúde mental, reafirmando que estas mudanças incidiram e influenciaram na construção dos paradigmas em saúde.

¹² **Modelos Assistenciais em Saúde** – Neste estudo optamos por utilizar esta terminologia e não Modelo de Atenção à Saúde, por termos como base teórica os autores Campos (1994), Mendes (1994) e Silva Junior (1998).

As transformações na assistência aos portadores de transtornos mentais vêm sendo discutidas há séculos, desde os tempos em que Pinel participou da ‘quebra das correntes’, no Hospital Bicêtre (FREITAS, 2004). A visão do HP enquanto *lócus* da loucura tem origem em sua própria história e vem influenciando a prática institucional e profissional até os dias de hoje. A loucura, no século XV, era considerada como algo indesejado pelos homens. Os loucos, para que não ficassem vagando entre os muros das cidades, eram confiados aos marinheiros das *Naus dos Loucos* que os abandonavam em um destino sem volta. Foucault (1999:12), em sua História da Loucura, relata que os insanos, expulsos por sua própria condição, ficavam trancafiados “no interior do exterior e inversamente”.

Porém, existiu um tempo em que os loucos eram tolerados tranqüilamente em seu meio social. Os loucos pobres podiam andar pelas ruas atrás de sua própria sobrevivência ou eram mantidos, quando tinham uma situação socioeconômica privilegiada, em suas casas sob os cuidados de alguém contratado para este fim (TUNDIS; COSTA, 1987). Antes da ascensão do Capitalismo, os loucos eram inseridos no trabalho agrícola, artesanal e artístico, pois estes modos de produção respeitavam o ritmo, os limites e o modo de fazer de cada um.

Segundo Tundis e Costa (1987), no final do século XV, com o início da divisão do trabalho, os loucos, bem como mendigos (antigos trabalhadores da zona rural, artesãos) e aqueles que não se adaptavam ao novo modo de produção foram sendo trancafiados nos Porões das Santas Casas e Hospitais Gerais, com objetivo de fazer uma “limpeza” nas ruas das cidades. Neste período, há uma reorganização social, com criações de instituições que atingissem esse fim. A política econômica passa a ditar normas, institui relações de poder autoritárias, separa aqueles que têm ‘juízo’ daqueles que não servem para nada, aponta o anormal (fora da norma) e, desta forma, justifica a criação dos asilos.

Estudos de Wady (2000), Jorge & França (2001), Gradella Junior (2002) e Cheuiche (2004) demonstram que, especificamente o HP quando da sua criação, vem guardar seus loucos, em locais distantes das cidades, diferenciando-os dos demais, por não conseguirem se adequar às normas sociais vigentes, nem tampouco serem produtivos. Essa diferença trouxe resultados graves aos doentes mentais; além de séculos de reclusão, favoreceu o crescimento do estigma. O louco, então, é ‘convidado’ a se fazer presente no lugar para os sem lugar ou no cemitério dos vivos. O HP – asilo ou manicômio – surge, então, como necessidade de um período histórico.

Esta visão sobre a loucura começou a ser modificada a partir das ideias Iluministas, sobretudo com a Revolução Francesa, cujo lema “liberdade, igualdade e fraternidade” nada tinha em comum com o encarceramento desses indivíduos. O objetivo passou a ser a reinserção no contexto social daqueles que haviam sido excluídos: mendigos, sífilíticos, desocupados, loucos. Estes últimos, porém, continuam encarcerado, não gozando de certos privilégios, como o atendimento domiciliar e auxílio financeiro, tanto devido a sua possível agressividade, como também por ser improdutivo.

No Brasil do século XIX – período do Império – o primeiro hospício a ser criado foi o Hospício de Pedro II, em 18 de julho de 1841, por influência de experiências francesas, porém com caráter centralizador próprio do regime monárquico, propício à limpeza das cidades. Em um primeiro momento, o asilo fica sob administração das Santas Casas de Misericórdia. Em outro período, com o advento da República, com dificuldades diversas, reivindicações médicas, o asilo passa a ser regido exclusivamente por médicos, com objetivo de tratar e curar os alienados. Passa então, a ser chamado de Hospício (VENÂNCIO, 2003).

Com a Revolução Industrial, no final do século XIX, há o incremento do setor produtivo, sendo necessária a conservação do corpo saudável para evitar e tratar os males que podem restringir a força produtiva que mantém o funcionamento constante do comércio. A saúde passa a ser objeto do poder econômico; o corpo deixa de ser do indivíduo para ser uma mercadoria. Mendes (2002) relata que a formação das grandes cidades, o mercantilismo como modelo de exportação e o freqüente crescimento da população, exigiram a organização de um sistema de saúde que garantisse a cura das doenças decorrentes deste contexto, assegurando o desenvolvimento econômico e, conseqüentemente, a manutenção do *status quo* dos seus governantes.

No Brasil, ocorrem dois movimentos, um oriundo do projeto neoliberal, no qual o Estado interfere minimamente na regulação e na produção de saúde e, “outro, contra-hegemônico, a reforma sanitária” (MENDES, 1994:20). Instituí-se então, um modelo hegemônico de saúde, inspirado no militarismo, com alto poder de centralização, chamado de sanitarismo campanhista, cujo alvo principal é o combate às doenças disseminadas em grande escala e a intervenção e o controle sobre o corpo do indivíduo e sobre a sociedade.

O processo de industrialização vai, naturalmente, extinguindo, mas não totalmente, este modelo, ao criar a assistência médica da Previdência Social e as Caixas de

Assistência dos trabalhadores de instituições públicas e privadas, estabelecendo o **modelo médico-assistencial privatista**.

A incorporação da assistência psiquiátrica por meio do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (IAPC) pode ser considerada a 1ª iniciativa de internações psiquiátricas em hospitais particulares. Algumas clínicas psiquiátricas particulares existiam, mas com o mesmo propósito de segregar o louco, livrando a sociedade do ‘perigo’ que representava.

Uma das grandes críticas a este modelo é a exclusão dos trabalhadores desempregados e da parcela da população sem profissão e a propagação de serviços privados, principalmente a criação de hospitais e compra de leitos hospitalares, o que gerou a falência do sistema público de saúde e prejuízo aos cofres públicos. O processo de trabalho tem suas raízes no modelo biomédico, com ênfase no biológico, nas especialidades médicas, no tratamento individualizado, no hospital como lugar de ensino da medicina e de cura para todos os males. O Hospital é o centro do sistema de saúde, como o lugar de tratar a doença, com todo um arsenal tecnológico complexo. Este modelo é predominante até os dias atuais. No período de 1969 a 1984 o número de leitos hospitalares aumenta 465% (Tabela 2).

Tabela 2 – Crescimento dos leitos privados – 1969 a 1984

LEITOS PERÍODO	PRIVADOS
	Nº
1969	74.543
1984	348.255

Fonte: Mendes (1994).

Apesar das críticas, o modelo hospitalocêntrico psiquiátrico se multiplicou por meio de hospitais-colônias, como que colecionando loucos durante anos e anos de internação. Na década de 60, a falta de resolubilidade dos HP públicos incentivou o desmonte dessas instituições. O avanço da privatização do setor saúde despertou o interesse da classe empresarial para o investimento na área da saúde mental, “favorecendo o crescimento de HP privados, até fins da década de 1970” (GUIMARÃES & SAEKI, 2001). Podemos observar na tabela abaixo:

Tabela 3 – Crescimento dos hospitais/leitos psiquiátricos públicos e privados – 1941 a 1968

Período	Hospitais Psiquiátricos		Públicos		Privados		Total	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
1941			23	37,1	39	62,9	62	100,0
1961			54	40,0	81	60,0	135	100,0

Fonte: Sampaio (1988), citado por Paulin e Turato (2004).

A política privatista veio amparada pelo contexto ditatorial instaurado a partir de 1964, com o golpe de Estado, diminuindo o espaço público em prol do privado, o que levou a Previdência a uma crise financeira. Estava decretada a falência do Estado. Este novo direcionamento exigia uma instituição que defendesse a classe empresarial hospitalar, sendo então fundada em 1966, a Federação Brasileira de Associações de Hospitais, atual Federação Brasileira de Hospitais (FBH).

O processo de redemocratização do país favoreceu inúmeros movimentos e manifestações exigindo o resgate dos direitos e deveres do povo brasileiro. O Movimento de Reforma Sanitária surge na década de 1970, com questionamentos às políticas sociais do governo, principalmente à política de saúde, lutando pelo exercício de direitos e deveres, outrora cessado pela ditadura militar. Este movimento, baseado em estudos sobre o modelo vigente e a sua ineficiência, ineficácia e a falta de efetividade na resolução dos problemas de saúde da população, vem propor um novo modelo assistencial, através de mudanças estruturais quanto à “prestação de serviços, à organização dos recursos, à gestão, ao financiamento e ao desenvolvimento da infraestrutura” (PAIM, 1994:457).

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) surge neste período – 1978 – a partir dos sindicatos dos psicólogos, dos enfermeiros e dos assistentes sociais. O Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica tem suas raízes nesse Movimento, com suas denúncias sobre as condições de trabalho e no Movimento da Luta Antimanicomial¹³, que se origina em 1987; com influência na criação de uma cultura que passe a ver o louco como cidadão, sujeito de sua história e não apenas como mero expectador (FERNANDES; VICENTIN; VIEIRA, 1999); com todo seu arcabouço teórico, político, questionando não só a assistência psiquiátrica, como também a forma excludente e preconceituosa com que a sociedade percebe a loucura.

¹³ O Movimento da Luta Antimanicomial, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios!” tem como objetivo o resgate pleno da cidadania dos doentes mentais, buscando a garantia dos seus direitos e deveres. Os relatórios dos seus três encontros apontam princípios, diretrizes e práticas que norteiam a sociedade na forma de perceber a loucura e abrem caminhos para os serviços extra-hospitalares (MAIA; GRADELLA JÚNIOR, 2002).

Na década de 1980, uma série de fatos consolida o Movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica no âmbito social, com inclusão de diversos setores sociais:

- Político – criação do SUS, a partir da Constituição Federal (1988); Projeto de Lei nº 3.657/89, do Deputado Paulo Delgado – PT/MG; Intervenção Pública na Casa de Saúde Anchieta, em Santos – SP (1989);
- Assistencial – criação da Rede de Cuidados em Saúde Mental de Santos; inauguração do I Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil;
- Controle Social – I Conferência Nacional de Saúde Mental; II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental; Criação do Movimento da Luta Antimanicomial (1987).

Com a Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde é criado, sendo instituído com a promulgação das Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Desde então, vem se travando uma luta contra o modelo hegemônico neoliberal, com a formulação de políticas de financiamento, de políticas públicas que considere a saúde como um direito constituído, não podendo ser comercializada, com a implantação de serviços de saúde descentralizados, regionalizados, hierarquizados, considerando as características locais, de forma a ampliar o acesso do usuário ao sistema, possibilitando uma atenção integral.

Atualmente, um dos grandes dilemas do SUS se refere à co-existir com o sistema suplementar, que movimenta muito mais recursos, para garantir a assistência de uma parcela bem menor da população. Aqueles que usam a saúde suplementar ainda necessitam dos serviços do SUS, uma vez em que os planos de saúde não disponibilizam ao usuário, todos os recursos necessários à sua saúde (CAMPOS, 2007a; COELHO, 2007).

O Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado e a Conferência de Caracas/Venezuela realizada em Novembro/1990 – convocada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) – podem ser chamados de divisores de águas; um, por separar defensores e opositores da Reforma; outro, por possibilitar aos países latino-americanos a utilizarem seu relatório final – Declaração de Caracas – como documento norteador para implantação e implementação das ações de Saúde Mental.

Na década de 1990, a Reforma Psiquiátrica brasileira avança, embora de maneira incipiente, com propostas de Projetos de Lei em diversos estados brasileiros que proibiam a expansão e/ou criação de HP, com serviços substitutivos, com a participação da sociedade por meio do controle social, com o redirecionamento do financiamento da assistência psiquiátrica.

Após doze anos tramitando no Congresso Nacional, o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado é sancionado pelo então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso com inúmeras modificações, sendo aprovada a Lei de Saúde Mental de nº 10.216, em 6 de abril de 2001 – ano em que a Organização Mundial da Saúde (OMS) dedicou à saúde mental.

2.2.2 A Conformação dos Modelos Assistenciais em Saúde Mental

Em saúde mental, os modelos assistenciais vão para além do modo de organização dos sistemas e serviços de saúde, pois os serviços podem ser oferecidos dentro de uma lógica manicomial, não considerando a dimensão ética da vida, o que reforça a manutenção do modelo hegemônico hospitalocêntrico.

Teixeira (2003) refere que para haver transformação de um modelo assistencial para outro, devem se instituir ações essenciais em três dimensões: dimensão gerencial, com alterações no modo de gerir e gerar a gestão; na dimensão organizativa, no que diz respeito à inter-relação entre os serviços de saúde do sistema e na dimensão técnico-assistencial ou operativa, favorecendo modificações nos saberes e práticas que interferem no processo de trabalho dos atores sociais.

As Reformas Sanitária e Psiquiátrica são processos questionadores, de reformulação de saberes e práticas, de transformação no arcabouço político, jurídico, institucional e operacional que garantam a saúde como um direito universal à vida. Mendes (1994) define a Reforma Sanitária como sendo um

“[...] processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, a eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismo de gestão e controle populares sobre o sistema” (MENDES, 1994:42).

A Reforma Psiquiátrica, segundo Tenório (2002), é um processo histórico de reformulação de saberes e práticas, com elaboração de estratégias para reorientação do modelo tradicional psiquiátrico, tendo como objetivo principal transformar este modelo tradicional, questionando e elaborando criticamente sua prática. Assim, constitui em sua essência, a necessidade de (re)construir serviços que vislumbrem “uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico [...], sabendo ser possível transcender os modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades” (AMARANTE, 1998:94).

Ambas as Reformas instituem transformações nas três dimensões discutidas por Teixeira (2002), mas muito mais profundas por favorecer mudanças intrínsecas no seio da sociedade, ao possibilitar a construção de novos sujeitos individuais e coletivos, com transformação de saberes e práticas que possibilitem uma saúde solidária, enquanto direito do cidadão – poder técnico; exercício da democracia com a distribuição do poder e formulação de políticas de saúde¹⁴ – poder político – e o uso adequado dos recursos financeiros, com a distribuição equitativa a partir das necessidades da população – poder administrativo. Como nos diz Testa (1992), o poder social possibilita a manutenção ou transformação da sociedade, porém, é no poder cotidiano que as mudanças realmente poderão acontecer, fazendo renascer um novo Estado.

Algumas propostas de modelos alternativos em saúde foram formuladas, com objetivo de redefinir a atenção à saúde. Silva Junior (1998) e Coelho (2008) debatem estes modelos, buscando compreendê-los em suas essências:

Medicina Comunitária – desenvolveu-se a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, patrocinado pela Organização das Nações Unidas (ONU), propondo um modelo centrado nos

¹⁴ **Políticas de Saúde** – “Resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e dos seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente” (PAIM; TEIXEIRA, 2006:74).

Cuidados Primários em Saúde, pensando o coletivo com ações de promoção à saúde, prevenção e cura de doenças. A Atenção Primária referenciava para os demais níveis de complexidade, com o uso racional das tecnologias, com inclusão de uma equipe de saúde, incluindo práticas alternativas oriundas na comunidade e incentivo de participação comunitária. Diversas críticas surgiram a este modelo. Uma delas, a de favorecer cuidados primários aos grupos menos abastados, enquanto que a parcela da população mais favorecida se utilizava de serviços privados executados por profissionais liberais;

Ações Programáticas de Saúde¹⁵ (APS) – foram implementadas na década de 70 e 80, paralelas ao sistema previdenciário, com ações programadas para a prevenção de doença, o controle de agravos, epidemias e endemias, desenvolvidas nos Centros de Saúde, sob regulação das Secretarias Municipais, Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde (MS), sendo extensivas a outras áreas da saúde (saúde da mulher, da criança, do adulto, do idoso, etc.) e atualmente, à Estratégia de Saúde da Família (ESF);

Sistemas Locais de Saúde (SILOS) – é apresentado na XXII Conferência Sanitária Pan-Americana, em 1986, em uma época de redemocratização da América Latina, com propostas aos países para se responsabilizarem pelas suas políticas de saúde, centralizando a condução da política de saúde, mas descentralizando para os estados, o poder político, administrativo e financeiro para implementação de ações no nível local. Estimula ainda a participação social, a intersetorialidade, readequação do sistema de financiamento, inclusão de programas de prevenção e controle, capacidade administrativa, capacitação aos profissionais para atuação neste novo modelo assistencial. No Brasil, o SILOS foi primeiro desenvolvido na Bahia;

Cidades Saudáveis – surge em 1984, em Toronto, Canadá, com o patrocínio da OMS, com objetivo de criar uma rede de cidades que formulassem novas maneiras de viver com saúde, organizando a cidade em todas as suas dimensões e perspectivas para produzir saúde aos seus cidadãos. Para isto, a participação da sociedade é fundamental para interferir na elaboração das políticas públicas que promovam saúde, desenvolvendo o conceito de saúde como qualidade de vida e do estímulo ao auto-cuidado e à co-responsabilidade sob o que ocorre no ambiente em que se vive. A intersetorialidade então, se torna uma estratégia fundamental e a reorientação dos serviços de saúde segue os princípios dos SILOS. No Brasil, Curitiba adotou este modelo, com o lema “Saudicidade”;

¹⁵ **Ações Programáticas em Saúde** – Proposta technoassistencial desenvolvida por estudiosos da Universidade de São Paulo-USP.

Em Defesa da Vida – é a uma proposta brasileira, elaborada em Campinas, São Paulo, com bases teóricas no Relatório de Dawson¹⁶, ao constatarem a insistência do modelo hegemônico liberal e a inexistência de um modelo que o superasse. Tem em seus fundamentos “a gestão democrática, a saúde como direito de cidadania, o serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva” (SILVA JUNIOR, 1998:100), com uma proposta de ampliação do objeto de saber e da clínica, propondo diversos arranjos e dispositivos que consigam atingir a comunidade em suas necessidades (acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia dos sujeitos, equipes de referência e de apoio matricial). Este modelo não se esgota em si, incorporando uma diversidade de métodos para conseguir dar conta do fenômeno complexo que é o processo saúde-doença;

Vigilância à Saúde – surgiu principalmente, na década de 1990, com apoio da OPAS, definindo claramente a população adscrita, proporcionando uma rede de serviços em todos os níveis de atenção, garantindo assim, a integralidade da atenção em saúde. Traz ainda, a utilização da epidemiologia e do planejamento estratégico para tomada de decisões e possíveis reajustes no sistema, bem como a interdisciplinaridade e a participação social para definição de prioridades e intervenção de modo mais amplo no território, co-responsabilizando a comunidade.

Cecílio (1997) traz outra perspectiva a partir da discussão das formas de representação do modelo tecnoassistencial, com a implantação do SUS. Discute a representação do modelo com uma estrutura piramidal, que tem em sua essência os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária. Sua base ampla se constituiria por serviços regionalizados, com população adscrita que receberia atenção integral, dentro do conjunto de atividades desenvolvidas pela Atenção Primária, que funcionaria ainda, como porta de entrada para os demais níveis de atenção – secundário e terciário. No nível intermediário, de média complexidade, estariam os serviços especializados, cujo acesso seria possibilitado pelo encaminhamento da rede básica. O topo da pirâmide seria constituído pelos serviços hospitalares de alta densidade tecnológica. O fluxo do usuário no sistema se daria através da referência e contrarreferência.

¹⁶ **Relatório de Dawson** – Esse relatório elaborado pelo médico inglês Bertrand Dawson baseava-se no princípio do Estado como provedor e controlador de políticas de saúde, sendo os serviços de saúde responsáveis por ações preventivas e terapêuticas em regiões específicas (SILVA JUNIOR, 1998).



Diagrama 3 – Pirâmide representativa do modelo tecnoassistencial

Fonte: Cecílio (1997), adaptado por Bastos (2009)

Apesar dos inúmeros avanços representados por esta estrutura – expansão da cobertura, rede básica como lugar para promoção de saúde /tratamento, proximidade com o território, entre outros – o hospital continua organizando o sistema, sendo porta de entrada prioritária para a população. O acesso a consultas especializadas e a procedimentos mais complexos é restrito, o sistema de referência e contrarreferência é burocratizado e a população, pelas dificuldades encontradas na própria vida, busca ser atendido onde acredita ser possível.

Cecílio (1997) então, nos convida a refletir sobre novos caminhos dentro do sistema que sejam mais próximos da realidade do usuário e que, realmente, consiga atender às suas necessidades, possibilitando acesso aos serviços de saúde. Sugere “circularizar” a pirâmide, arredondando suas arestas, “pensando o modelo assistencial como um círculo” (CECÍLIO, 1997:474).

Há de se convir que o círculo enquanto figura possibilita a horizontalidade, propõe a diluição do poder entre seus integrantes, uma visualização clara da dinâmica processual do grupo, além de uma imagem flexível de múltiplas possibilidades de entrada e saída, seja de ideias, de pessoas, de fluxos. Esta imagem circular ameniza a hierarquização dos serviços e a verticalização dos fluxos, ampliando as portas de entrada para o sistema, incluindo os demais setores da sociedade e as redes sociais de apoio, que passam a funcionar também, como porta de entrada ao identificar problemas de saúde do seu público. As linhas

conectoras representam a formação de vínculos, fortes ou fracos, dependendo da necessidade do usuário e/ou da construção com os serviços de saúde (Diagrama 4).

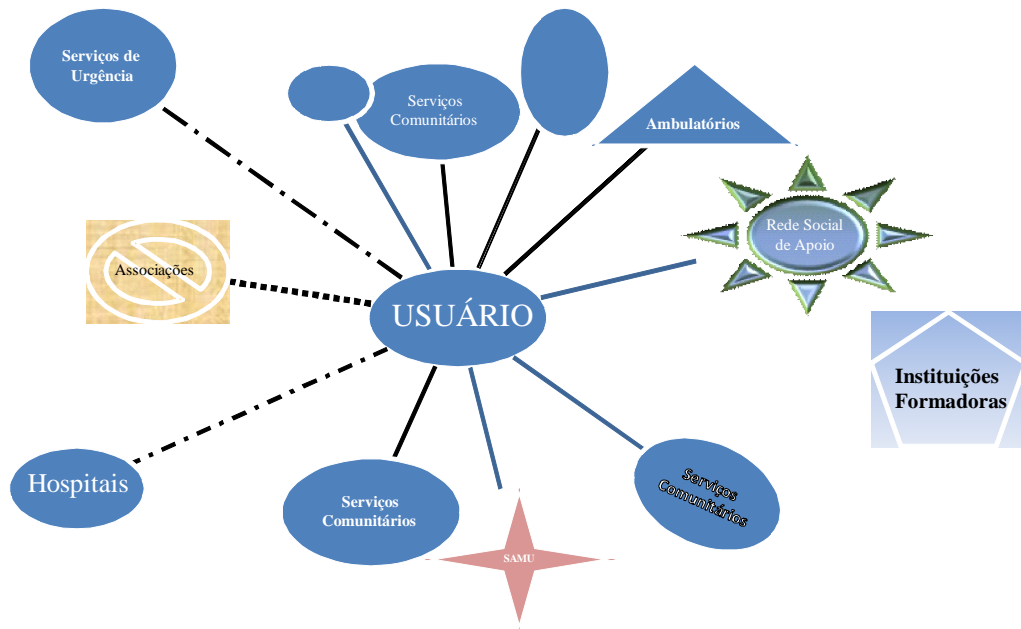


Diagrama 4 – Representação circular do modelo tecnoassistencial

O Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira teve influência destes modelos e de várias reformas da assistência psiquiátrica, a partir dos Movimentos Mundiais de Reforma Pós-Guerra, criticando enfaticamente o modelo asilar. Embora tenha suas origens no Movimento da Reforma Sanitária distancia-se dela, pois

mantém em debate a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença – ao passo em que o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social (AMARANTE, 1998:94).

Amarante (1998) descreve os principais movimentos que influenciaram a Reforma Psiquiátrica em vários países, inclusive no Brasil:

Comunidade Terapêutica – instaura grupos de discussão, tornando o paciente em sujeito ativo em seu tratamento, possibilitando a vida do louco fora do asilo;

Psicoterapia Institucional – propõe tratar a instituição;

Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva – propõem que as pessoas sejam tratadas fora do hospital, buscando tratamento nesta instituição apenas nos momentos de crise, permanecendo o tempo mínimo necessário e que haja regionalização da assistência, promovendo saúde mental e prevenindo doenças. É deste movimento que surge a necessidade de criação de serviços comunitários, visando a desinstitucionalização da psiquiatria;

Antipsiquiatria e Desinstitucionalização – questionam a estrutura do saber e poder médico e institucional, enfatizando que a loucura está entre as pessoas e não dentro delas;

Psiquiatria Democrática Italiana – propõe uma revisão nas políticas de saúde mental, com a extinção dos hospitais psiquiátricos e criação de novas formas de promover saúde mental.

Os movimentos sociais brasileiros, como o MTSM, que deu origem ao Movimento da Luta Antimanicomial, as entidades de ensino e pesquisa, como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)¹⁷, a luta pela redemocratização do país, culminando com a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, influenciados por essas reformas e pela necessidade de quebrar as correntes da ditadura militar na década de 1970, impulsionaram os movimentos de Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica brasileira, instituindo uma Política Nacional de Saúde e de Saúde Mental que possibilitasse um modelo de atenção universal, integral e equânime, com abordagem psicossocial.

Na saúde mental, desinstitucionalizar e desospitalizar passam a caminhar lado a lado, não só diminuindo o número de internações e a média de permanência nos hospitais ou aumentando o número de altas hospitalares, mas também criando novos espaços de sustentação, apoio, prevenção da doença mental, promoção da saúde mental dentro das comunidades.

Os serviços substitutivos à cultura asilar se contrapõem ao “[...] processo de alienação e exclusão social dos indivíduos. E, portanto, propicia a instauração de serviços **substitutivos** à hospitalização e de medidas que reduzam a internação” (AMARANTE, 1998:41, **grifo nosso**), com a criação de uma rede de serviços extra-hospitalares e de cuidados comunitários, com uma política de financiamento que progressivamente reverta o modelo asilar, garantindo os recursos para implantação dos referidos serviços. A política de saúde mental, com seus princípios e diretrizes, seus arranjos¹⁸ e dispositivos¹⁹ foi fundamentada e elaborada de forma a dirimir as consequências de séculos e séculos de reclusão.

¹⁷ **Centro Brasileiro de Estudos em Saúde** – Um dos articuladores político-ideológico da reforma sanitária (BORGES; BAPTISTA, 2008).

¹⁸ **Arranjos** – Proposta de mudança na estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde, criando-se uma nova cultura e ordem organizacional que estimule compromisso das equipes com a produção de saúde (CAMPOS, 1999).

¹⁹ **Dispositivos** – Recursos transitórios, que visam a modificação de aspectos pontuais para intervir na realidade cotidiana dos serviços (CAMPOS, 1999).

Na década de 90, mesmo sem uma Política Nacional de Saúde Mental definida, ocorreram várias ações a partir da extinção da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e da criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental, com estímulo à criação de um colegiado de coordenadores estaduais e municipais, com discussões sobre a elaboração dessa política e de publicações de portarias para regulação das internações psiquiátricas e de criação de serviços substitutivos. Diversos municípios criaram serviços de atenção diária – HD, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), CAPS. Porém, as mudanças não ocorreram de forma intrínseca, o que fez continuar a cultura impregnada de preconceito, estigma em relação à loucura. Os anos 1990 – de 1990 a 1994 – segundo Gradella Júnior (2002) foi um período “contrarreforma”, devido à privatização dos serviços públicos.

Em Junho de 1995, a OPAS realiza um balanço geral da situação da assistência psiquiátrica, referindo-se à manutenção do modelo hospitalocêntrico, por não se ter tido apoio dos governantes. No ano seguinte, a cidade do Rio de Janeiro inaugura seu 1º CAPS, após reestruturação da assistência psiquiátrica, construindo gradativamente a Rede de Serviços e a Política de Saúde Mental no âmbito estadual. Em novembro de 1999, a Associação Psiquiátrica da América Latina (APAL) realiza em Margarida – Venezuela, sua assembleia, aprovando um documento que recomenda aos países da América Latina a reorientação da Rede de Serviços em Saúde Mental, incluindo ações de saúde mental na atenção primária, além de reorganizarem os hospitais especializados em sua dinâmica de funcionamento como um todo (JORGE & FRANÇA, 2001).

A década de 2000 traz um novo cenário, com a promulgação da Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, da Lei Nº 10.708, de 31 de Julho de 2003, que institui o Programa de Volta para Casa (PVC)²⁰ e com a publicação de diversas portarias com incentivo financeiro para a implantação de serviços substitutivos, CAPS, NAPS, Residências Terapêuticas²¹ (RT). Este recurso assistencial é de fundamental importância por possibilitar a desinstitucionalização do usuário, adquirindo os seus direitos de cidadania.

²⁰ **Programa de Volta para Casa** – Programa que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de usuários acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas (BRASIL, 2004b).

²¹ **Residência Terapêutica** – Constitui uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para a Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2004b).

Estas portarias estabelecem diretrizes e normas para os HP e os serviços extra-hospitalares; na forma de financiamento destes serviços; na criação do grupo de trabalho para Política de Saúde Mental infanto-juvenil e para usuários de álcool e outras drogas; na inclusão de procedimentos na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH); na criação de comissão para acompanhamento do Programa Nacional de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos (PNASH) e do Programa “De Volta Para Casa”; na instituição do benefício para este Programa; na indicação do formulário de notificação das internações psiquiátricas involuntárias; na transferência de recursos financeiros para compra de equipamentos para todos os CAPS cadastrados em 2002 e 2003; na aprovação de Plano Estratégico para implantação de setenta CAPS infantil em diversos municípios; na criação do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS/2004; na aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais; no incentivo financeiro para implantação de novos CAPS (BRASIL, 2004b).

A estruturação da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde consiste então, na implantação de Urgências Psiquiátricas (UP) em Hospital Geral (HG), Leitos ou Unidades em HG, criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Residências Terapêuticas (RT), articulação dos serviços de saúde mental com a ESF, inserção das ações de saúde mental na Atenção Básica. Concomitante a isto, redução e fechamento de Leitos e Hospitais Psiquiátricos (Tabela 4).

Tabela 4 – Redução dos hospitais/leitos psiquiátricos públicos e privados – 1991-1996

Natureza Período	Públicos		Privados		Total	
	Hospitais	Leitos	Hospitais	Leitos	Hospitais	Leitos
1991	54	19.551	259	65.486	313	85.037
1996	45	12.881	211	49.633	256	62.514
REDUÇÃO	09	6.670	48	15.853	57	22.523

Fonte: “O ex-tentando ver o futuro” (ALVES, 1999).

Diversas intervenções em HP já foram realizadas, resultando no fechamento destes, na promulgação de Leis e na publicação de portarias, instituindo direitos e deveres à sociedade, favorecendo a criação de uma rede de serviços extra-hospitalares, modificando saberes e práticas em saúde mental.

O MS representa a Política Nacional de Saúde Mental com os CAPS em seu centro, o que pode favorecer um modelo centrado em um único serviço, o que não esgota as

necessidades do usuário e vai de encontro a nossa luta diária contra um modelo hegemônico, que se destrua por si mesmo.

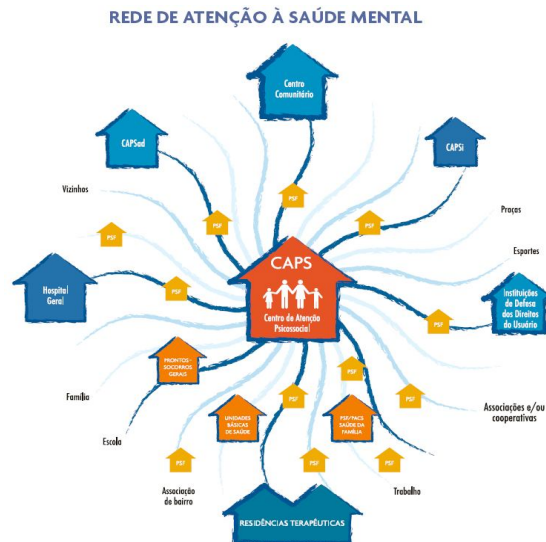


Diagrama 5 – Representação da Rede de Atenção à Saúde Mental – Ministério da Saúde
Fonte: Brasil (2004)

A Política Nacional de Saúde Mental tem em sua essência a desospitalização e incentivo à reinserção e inclusão social dos portadores de transtornos mentais, porém admite a existência de HP, convivendo com o modelo substitutivo, se utilizando, muitas vezes deste recurso. Cria então, Programas que favorecem o alcance destes objetivos como: o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, de modo a reduzir gradativamente os leitos psiquiátricos em Hospitais Psiquiátricos, priorizando hospitais especializados de pequeno porte e garantindo avaliação sistemática por meio do PNASH – Psiquiatria. À medida que os HP diminuem seus leitos, recebem incentivo financeiro pelo aumento no valor das diárias. Os recursos antes utilizados para manutenção desses hospitais são transferidos para os novos serviços extra-hospitalares/comunitários e para Atenção Primária, com a redução de leitos e ampliação de serviços de atenção diária (Gráfico 1);

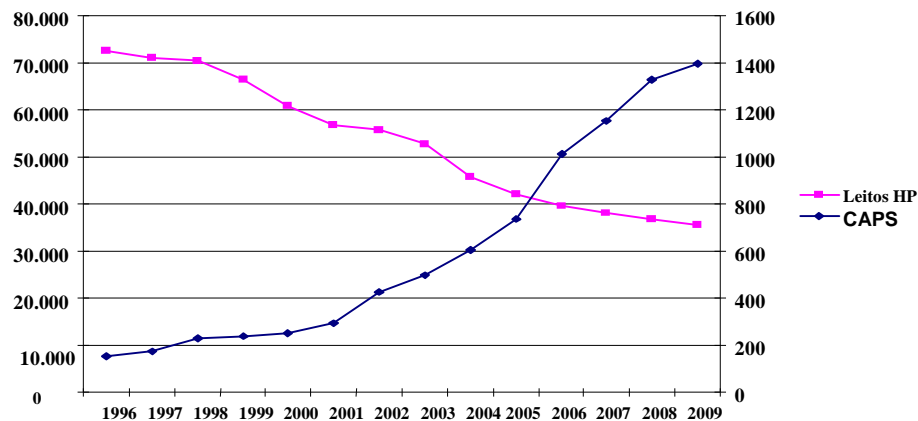


Gráfico 1 – Declínio dos leitos psiquiátricos e ampliação dos serviços de atenção diária, Brasil, 1996-2009

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (2009).

A Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, garantindo tratamento digno e de qualidade ao louco infrator, superando modelo assistencial centrado no Manicômio Judiciário; o Programa permanente de formação e qualificação dos profissionais para a Reforma Psiquiátrica, consolidando os Pólos de Formação em Saúde e criando novos Pólos em todos os estados brasileiros; o Incentivo à participação dos familiares de usuários, investindo na produção de autonomia e informação, realizando cursos e eventos regulares com a participação de usuários e comunidade, adotando o conceito sugerido pela OMS de “parceiros no tratamento”; o investimento nos ambulatórios públicos que prestam atendimento em saúde mental, realizando diagnóstico do desempenho e qualidade desses serviços; a consolidação da Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, adotando a Política de Redução de Danos, expandindo e consolidando a rede de CAPS – Álcool e Drogas (AD), integrando a rede especializada à rede assistencial em saúde mental, construindo uma política específica para o álcool são outros Programas que compõem a Política Nacional de Saúde Mental.

O Ministério da Saúde (MS) acredita que a implantação dessa Política possibilitará a reorientação da assistência psiquiátrica brasileira. A OMS tem em sua política de saúde a extinção progressiva dos macro-hospitais psiquiátricos, priorizando a Rede de Saúde Mental extra-hospitalar, integrada à rede de saúde como um todo, por possibilitar uma mudança intrínseca na sociedade, em relação à forma de perceber a loucura.

Podemos perceber que a Reforma Psiquiátrica brasileira apesar de ter avançado na implantação de serviços substitutivos, ainda encontra resistências, com diversos entraves, o que dificulta uma mudança cultural consistente. A Reforma Psiquiátrica pretende que os

portadores de transtorno mental possam conviver naturalmente em sua comunidade. Contudo, esse objetivo exige ações amplas, complexas, que desenvolva políticas de enfrentamento às situações econômicas e sociais precárias em que vivemos.

Atualmente, o país busca consolidar a Política de Saúde Mental (re)construindo um modelo de atenção em saúde mental que subjugu a iatrogenia causada até então e dê conta da complexidade que é a saúde mental. Desta forma, o modelo até então pensado e construído pela Política Nacional de Saúde Mental visa reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, direcionando o financiamento para os serviços extra-hospitalares, consolidando e qualificando a Rede Assistencial de Saúde Mental (RASM) em todo o Brasil. Segundo Bandeira (1991), trabalhar a comunidade para aceitação da pessoa com transtorno mental é um dos fatores que possibilita a efetividade da política de saúde mental, por favorecer a desinstitucionalização das pessoas cronificadas pelo modelo asilar. Nisso, ainda temos muito que avançar.

No Ceará, o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica teve início em 1991, com a criação de serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico – CAPS – em diversos municípios do interior, “surgindo por iniciativa e responsabilidade municipal, acompanhando, de certa forma, a política de municipalização da saúde, preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS)” (MOURA FÉ, 2004:4).

Pressupomos que esta interiorização ocorreu por Fortaleza não ter decidido até então, por um projeto político que implantasse uma rede substitutiva em saúde mental, provavelmente, devido ao lobby²² formado pela rede psiquiátrica hospitalar existente na cidade, em consequência do número de Hospitais Psiquiátricos instalados – sete, dos quais quatro privados, conveniados com o SUS – e ao movimento contra a Reforma Psiquiátrica.

Fortaleza (2006) iniciou o processo de Reforma Psiquiátrica apenas em 2005, construindo sua política baseada nos princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica, do Movimento da Luta Antimanicomial, das orientações das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental e da Política Nacional de Saúde Mental. Vem enfrentado diversos desafios, principalmente a cristalização da cultura manicomial, instalada pelo modelo asilar. Porém, vem investindo em um modelo de atenção psicossocial, implementando uma rede assistencial

²² **Lobby** – Grupo de pessoas ou organizações que tentam influenciar, aberta ou secretamente, as decisões do poder público em favor dos seus interesses (DANTAS, 2008).

de saúde mental com serviços, programas, planos e ações que proporcione o resgate dos direitos e deveres de cidadania das pessoas que apresentam transtornos mentais, tendo a arte como uma das estratégias de promoção de saúde e de mudança cultural na forma de perceber a loucura. O diagrama abaixo sugere uma configuração do que vem a ser a RASM de Fortaleza. Embora seja de forma circular como nos indica Cecílio (1997) e considera as necessidades dos usuários como prioritária, se encerra em si mesma e não abrange as demais Redes, sejam assistenciais, sociais de apoio, comunitárias.



Diagrama 6 – Representação da Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação Colegiada de Saúde Mental, 2007.

Inúmeros desafios ainda estão por vir, inclusive a intervenção na porta de entrada para o sistema de saúde mental, que ainda se concentra em duas Urgências Psiquiátricas de dois Hospitais Psiquiátricos. Embora a representação gráfica da RASM seja circular, como sugere Cecílio (1997), a rede deve favorecer aberturas às inúmeras possibilidades oriundas no território e para além dele. A porta de entrada para as internações psiquiátricas ainda não ocorre em toda rede, prejudicando o avanço da consolidação da Reforma Psiquiátrica e da transformação no modelo assistencial em saúde mental.

Os modelos assistenciais em saúde devem se constituir na formação de redes assistenciais que possibilitem o desenvolvimento da integralidade das ações em saúde, de forma articulada, contemplando os níveis de atenção, garantindo o acesso aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, tendo serviços regionalizados, respeitando as características socioculturais de cada local.

Toda a estruturação dos modelos assistenciais só tem importância se considerar os usuários como sendo o centro do sistema, oferecendo acesso aos serviços de saúde a partir das suas necessidades, seja de cuidados básicos, de média ou de alta complexidade, não se encerrando em si mesmos, não se esquecendo de todas as demais alternativas de produção de saúde. Não se pode esquecer que todo sistema de saúde deve considerar não só ações estratégicas para a gestão, para os trabalhadores e para os seus usuários, mas compreender a vida em comunidade, favorecendo a produção de autonomia.

3 PERCURSO METODOLÓGICO: RECONSTRUINDO CAMINHOS...

Há neste país uma oficina.
Há uma oficina na América.
Há na madrugada uma oficina.
Há no sangue do povo uma oficina
de reservas infinitas, que se reconstrói a cada minuto...

(Autor Desconhecido)

3.1 Tipo de Estudo

O caminho a ser percorrido pelo pesquisador dependerá da escolha do objeto de estudo. Entendendo que a pesquisa de natureza qualitativa se aproxima mais facilmente da realidade dos sujeitos envolvidos, fizemos a opção por este tipo de estudo numa perspectiva analítico-crítica.

Minayo (2000; 2006) respalda a realização da Pesquisa Qualitativa em Saúde pela condição sociopolítico-ideológica do processo saúde-doença. O adoecer ou o estar saudável vai além de se estar inserido em uma média populacional, tendo significados únicos, singulares, próprios de cada indivíduo, o que propicia a riqueza intrínseca, oculta e manifesta no conteúdo do discurso dos sujeitos.

Aqui, os dados estatísticos, por não comportarem tal objeto, poderão vir a ser coadjuvante para contribuir na construção do conhecimento (LEOPARDI, 2002).

3.2 Campo da Pesquisa – Cenário

O Campo de pesquisa, para um estudo qualitativo, diz respeito ao “recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação” (MINAYO, 2000:53). Este recorte é essencial para caracterizar e delimitar o espaço onde a investigação será realizada, considerando também o espaço temporal da mesma.

Neste estudo, apresentamos o recorte espacial de forma a compreender o cenário – no dizer de Matus (2007), como espaço social onde se desenvolvem ações sociais, a partir das relações entre seus atores sociais – onde a pesquisa se realizou: o **macrocenário** – Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza/Rede Assistencial de Saúde Mental e o **microcenário** – as Urgências Psiquiátricas localizadas em dois Hospitais Psiquiátricos (HP) em Fortaleza.

3.2.1 O Macrocenário – Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza/Rede Assistencial de Saúde Mental: contextualizando a Política de Saúde Mental em Fortaleza²³

Fortaleza localiza-se no litoral norte do estado do Ceará, fazendo fronteira com o Oceano Atlântico ao norte e ao nordeste; com os municípios de Eusébio no sudeste; com Maracanáu, ao noroeste e com Caucaia, ao oeste.

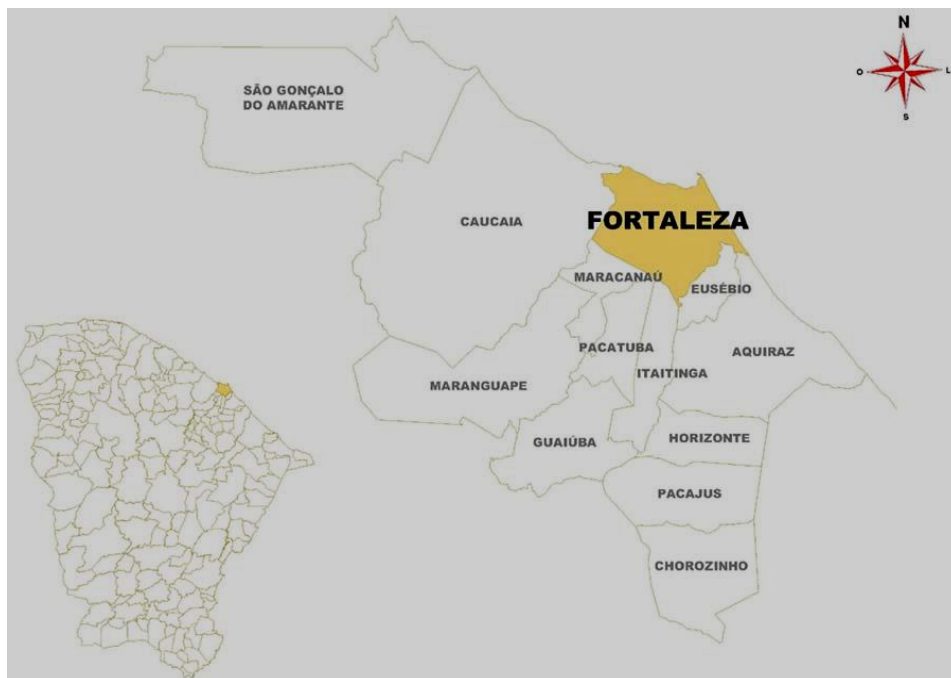


Figura 1 – Mapa de Fortaleza

Fonte: Relatório de Gestão/SMS, 2007.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fortaleza tem 2.458.545 habitantes, sendo a quarta maior capital brasileira em termos populacionais. Administrativamente, está dividida em seis regiões (Anexo C), denominadas Secretarias Executivas Regionais (SER), que tem a missão de implementar as políticas públicas, através dos Distritos de Saúde, de Educação, de Assistência Social, de Meio Ambiente, de Finanças e de Infraestrutura. Fortaleza pertence a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), com 13 microrregiões de saúde, sendo responsável pela saúde de 2.606.654 habitantes. Especificamente, o município de Fortaleza se divide por SER, nº de habitantes, bairros e serviços de saúde (Hospitais, Centros de Saúde e CAPS) da seguinte maneira:

²³ As informações sobre Fortaleza foram extraídas dos Relatórios de Gestão (2005-2007) da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e da Rede Assistencial de Saúde Mental (2008) e do documento da Política de Saúde Mental de Fortaleza.

Tabela 5 – Caracterização do município de Fortaleza.

F O R T A L E Z A	SER	Nº Habitantes	Bairro	Serviços Públicos de Saúde
	I	360.000	16	14
	II	325.058	21	16
	III	378.000	16	19
	IV	280.000	19	20
	V	570.000	16	22
	VI	600.000	27	29

Fonte: Fortaleza, 2009.

No que diz respeito à saúde, entende-se que, para dar conta da complexidade da saúde, há de se construir um modelo de atenção integral à saúde, com

[...] objetivo central de cuidar, no sentido de prestar atenção em; fazer, realizar (alguma coisa) com atenção; preocupar-se com, interessar-se por; responsabilizar-se por (algo); tomar conta das necessidades em saúde da população local. Desenvolver esse cuidado pressupõe também ter como objetivo a promoção da qualidade de vida e da saúde da população fortalezense, compreendidas como um direito de cidadania (FORTALEZA, 2006).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza, então, se estrutura por meio de arranjos organizacionais de cinco Redes Assistenciais (RA): Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família; Rede Assistencial da Ambulatorial Especializada; Rede Assistencial da Urgência e Urgência; Rede Assistencial Hospitalar e Rede Assistencial da Saúde Mental.

Para se atingir o objetivo de transformar o modelo biomédico para o modelo de atenção integral, a SMS de Fortaleza traça a estratégia de educação permanente, criando o Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE), composto por Redes Assistenciais, Vigilância à Saúde, Inteligências Epidemiológica e de Gestão para Tomada de Decisão, Promoção à Saúde, instigando a Pesquisa e estimulando o Controle Social, para que favoreçam a reorientação do modelo, a partir da formação dos profissionais em serviço, possibilitando mudanças qualitativas no processo de trabalho (FORTALEZA, 2006).

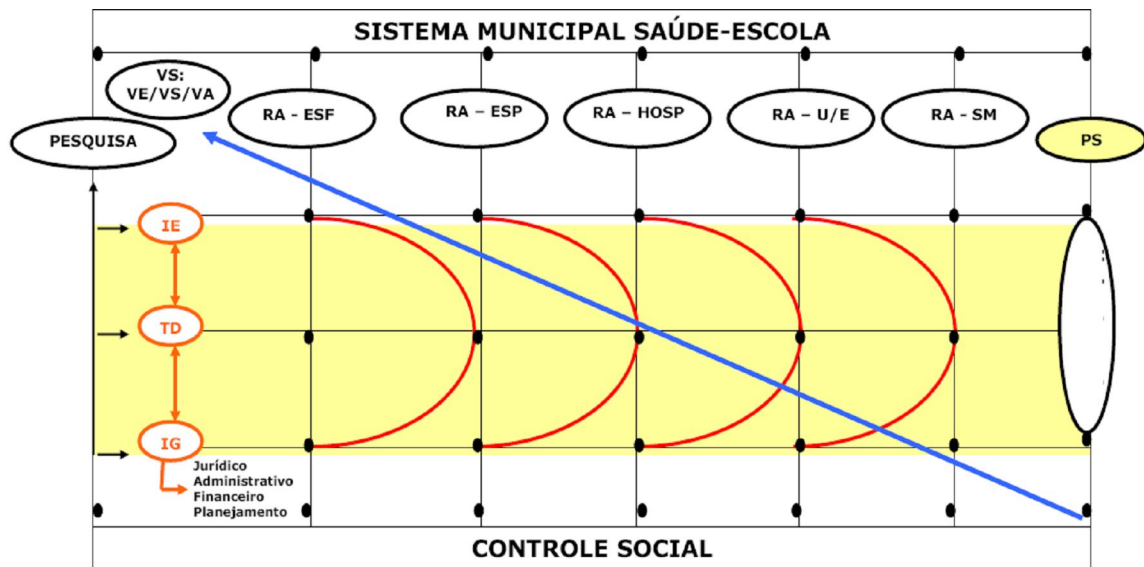


Figura 2 – Redes Assistenciais, Inteligência Epidemiológica e Inteligência de Gestão para Tomada de Decisão no modelo de gestão e de atenção integral à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.

Fonte: Fortaleza, Secretaria Municipal de Saúde, Relatório de Gestão 2005, 2006.

No ano de 2005, a Reforma Psiquiátrica pode ser implementada em Fortaleza, com a construção de uma Política de Saúde Mental antimanicomial, com objetivo de transformar o modelo hospitalocêntrico em um modelo de atenção psicossocial, na perspectiva de mudança cultural na forma de compreender a loucura.

O cenário da assistência em saúde mental em Fortaleza, no início de 2005, era de: 03 CAPS Tipo II, localizados nas SER III, IV e VI; 07 Hospitais Psiquiátricos - HP: 01 público, 02 filantrópicos e 04 privados conveniados com o SUS, totalizando 815 leitos psiquiátricos de internação integral; 02 Urgências Psiquiátricas (UP), localizadas em 02 destes Hospitais Psiquiátricos (um privado conveniado com o SUS e um público).

Dados do Ministério da Saúde referem que 3% da população poderão apresentar transtornos mentais graves e persistentes; que 6%, poderão apresentar transtornos mentais devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas e que 12% necessitarão de algum tipo de atendimento em saúde mental (BRASIL, 2004a). Seguindo esta lógica, em Fortaleza, aproximadamente 73.756 pessoas apresentariam transtornos mentais graves e persistentes; 147.512 poderão apresentar transtornos mentais devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas e 295.025 necessitarão de algum tipo de atendimento em saúde mental (Tabela 6).

Tabela 6 – Número de habitantes do município de Fortaleza, com percentual correspondente aos transtornos mentais e à necessidade de atendimento em saúde mental

F O R T A L E Z A	SER	Nº Habitantes	3 % Transtorno Mental Severo	6 % Transtorno Mental Álcool e Drogas	12 % Atendimento em saúde mental
	I		360.000	10.800	21.600
II		325.058	9.751	19.503	39.006
III		378.000	11.340	22.680	45.360
IV		280.000	8.400	16.800	33.600
V		570.000	17.100	34.200	68.400
VI		600.000	18.000	36.000	72.000
TOTAL		2.513.058	75.391	150.783	301.566

Fonte: Fortaleza, 2009.

Diante deste cenário, o documento da Política de Saúde Mental de Fortaleza, com seus princípios, diretrizes e arranjos que iriam compor a RASM direcionou as ações a serem implementadas. O referido documento revela que os HP não fazem parte da RASM, embora muitos dos usuários do SUS se utilizem ainda deste dispositivo, tanto para se internar, como para serem internados, uma vez que a porta de entrada para internação, isto é, as UP, se localizam em dois HP. Estes fazem parte da Rede Assistencial Hospitalar (RAH).

Em agosto de 2005, nove equipes de saúde mental – 151 profissionais, dentre os quais médicos psiquiatras e neurologista, psicólogos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, pedagogos, educadores físicos, artistas – foram contratadas para iniciar um trabalho, junto à Atenção Básica, com ações prioritárias voltadas para o conhecimento do território de atuação de cada equipe, à demanda espontânea e aos egressos dos hospitais psiquiátricos, com visitas domiciliares e institucionais, atendimentos aos portadores de transtornos mentais e/ou apresentando sofrimento psíquico, às pessoas em uso/abuso de álcool e outras drogas e às crianças e adolescentes nestas condições.

À medida que se estruturavam os serviços de saúde mental, as equipes eram transferidas para a sede do serviço, dando continuidade às atividades e iniciando as destinadas ao CAPS. Desta forma foram criados onze CAPS, sendo 03 Tipo II, denominados CAPS Geral, localizados nas SER I, II e V; 06 CAPS álcool de outras drogas (CAPSad), um em cada regional e 02 CAPS para infância e adolescência (CAPSi), um na SER III, referência para as regionais ímpares e um na SER IV, referência para as regionais pares. Os CAPS são responsáveis pela clientela adscrita com abrangência de 70.000 a 200.000 habitantes. Em Fortaleza, os CAPS funcionam para além de sua capacidade instalada, o que dificulta o acesso

e o atendimento imediato às crises, como ainda, favorecendo um ambiente provocador de prejuízo à saúde do trabalhador, devido excesso de demanda.

Atualmente, a RASM está sendo construída, tendo em sua composição: 14 CAPS, 01 Residência Terapêutica (RT), 01 Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas (SHRad) em reestruturação, com 12 leitos, localizados na SER I, 01 Unidade de Saúde Mental em Hospital Geral, com 30 leitos, localizada na SER II, também em fase de reestruturação, 10 leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, 03 Ocas de Saúde Comunitária - OSC, localizadas nas SER I, V e VI e equipes de apoio matricial por regional, formadas pelos profissionais dos CAPS.

Quadro 4 – Serviços que compõem a Rede Assistencial de Saúde Mental, 2008

NOME	LOCALIZAÇÃO	SER
CAPS Nise da Silveira	Colônia	I
CAPSad	Barra do Ceará	I
Residência Terapêutica	Presidente Kennedy	I
SHRad	Pirambú	I
Oca de Saúde Comunitária	Pirambú	I
CAPS Geral	Dionísio Torres	II
CAPSad	Guararapes	II
Unidade de Saúde Mental Ana Carneiro	Aldeota	II
CAPS Geral	Rodolfo Teófilo	III
CAPSad	Rodolfo Teófilo	III
CAPSi Estudante Nogueira Jucá	Rodolfo Teófilo	III
CAPS Geral	Jardim América	IV
CAPSad	Itaperi	IV
CAPSi Maria Ileuda Verçosa	Vila União	IV
CAPS Comunitário do Bom Jardim	Bom Jardim	V
CAPSad	Maraponga	V
Oca de Saúde Comunitária	Granja Portugal	V
CAPS Geral	Messejana	VI
CAPSad Casa da Liberdade	Alagadiço Novo	VI
Oca de Saúde Comunitária	Jangurussu	VI
Leitos Psiquiátricos (10)	Hospital Geral de Fortaleza	II
	Hospital Militar de Fortaleza	II
	Hospital Universitário Walter Cantídio	III

Fonte: Coordenação Colegiada de Saúde Mental, SMS, 2009.

Com esta construção foi possível fechar 01 hospital psiquiátrico privado, com 97 leitos, totalizando então, 718 leitos de internação integral em HP (Tabela 7).

Tabela 7 – Hospitais psiquiátricos e natureza dos leitos psiquiátricos em Fortaleza 2008

Hospital Psiquiátrico	Leitos	Conveniados com o SUS	Públicos	TOTAL
Clínica de Saúde Mental Dr. Suliano LTDA.		89	-	89
Hospital de Saúde Mental de Messejana		-	160	160
Hospital Mira Y Lopes		160	-	160
Hospital Psiq. São Vicente de Paulo		120	-	120
Instituto Espírita Nosso Lar		119	-	119
Instituto de Psiquiatria do Ceará		70	-	70
TOTAL		558	160	718

Fonte: Adaptado por Bastos (2009).

Em termos da organização da RASM, esta se dá na perspectiva da cogestão, a qual é coordenada por um colegiado, composto da seguinte forma: Coordenação Colegiada de Saúde Mental (CCSM), que fazem parte 2 psicólogas e 1 psiquiatra; 6 Coordenações Regionais de Saúde Mental (CRSM) e 14 Coordenadores dos Serviços de Saúde Mental, tendo um consultor de toda a Rede, que possibilita a discussão, o aprofundamento, o aprimoramento, a elaboração de estratégias de ação para a condução da Política de Saúde Mental de Fortaleza (ANDRADE et al., 2007).

A cogestão de coletivos é um método proposto por Campos (2007b) com objetivo de fortalecer os sujeitos e os coletivos para a construção de processos de cogestão e democratização das relações de poder, transformando e superando modelos de gestão hierarquizados. A organização dos processos de trabalho, os projetos de intervenção, a interação entre os sujeitos, a troca de experiência, a tomada de decisões consensuadas possibilitarão a atuação consciente e ativa dos atores envolvidos no processo. A RASM vem construindo sua prática, fundamentada neste saber.

3.2.2 O Microcenário – Urgências Psiquiátricas

O documento da Política de Saúde Mental orienta a organização da porta de entrada para o Sistema de Saúde pela Atenção Básica e pelas Urgências Psiquiátricas nos Hospitais Gerais (HG) municipais regionalizados, contando cada urgência psiquiátrica com pelo menos três leitos de observação de 72 horas, devendo estar integradas ao IJF – Centro. O

SAMU deverá também estar integrado à RASM e a regulação das internações psiquiátricas deverá ser feita pela Central de Leitos de Fortaleza (FORTALEZA, 2005a).

O serviço de Urgência Psiquiátrica se propõe a atender aos portadores de transtornos mentais em situação de crise, considerando que a crise em saúde mental caracteriza-se como um momento da vida em que o sofrimento é tão intenso que gera uma desestruturação, não somente na vida psíquica e social do sujeito, mas também em sua família. Assim, o serviço de Urgência Psiquiátrica torna-se um espaço para se fazer compreender e dar outro sentido às crises.

Esse serviço, eminentemente de urgência, tem como pressuposto básico a intervenção na crise e como objetivo principal qualificar a intervenção psiquiátrica na tentativa de diminuir as internações que são julgadas desnecessárias. Devem funcionar 24 horas por dia, com equipe multidisciplinar composta por médico psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e demais funcionários necessários ao andamento do serviço. Os usuários que necessitam de atendimento imediato o recebem para conter o momento de sofrimento sendo, então, encaminhados para algum serviço da RASM que melhor atender às suas necessidades.

A RASM ainda não conseguiu instituir este fluxo, tendo ainda como porta de entrada para as internações psiquiátricas as UP em dois HP, quais sejam: hospital psiquiátrico privado, conveniado com o SUS, com 01 HD, 70 leitos de internação integral, criado em 1967 e o hospital psiquiátrico público de referência para o estado do Ceará, sob a gerência da SESA, tendo sido fundado em 23 de março de 1963 como Hospital Colônia de Alienados.

O hospital psiquiátrico público foi construído em uma área arborizada, para cultivo da terra. No início do seu funcionamento atendia apenas 100 usuários não previdenciários, apesar de ter 400 leitos. Em 1965, teve seu nome modificado para acompanhar a evolução da Reforma Psiquiátrica. No ano seguinte, mais 100 leitos foram acrescentados, sendo distribuídos em três pavilhões: Pavilhão I – Usuários indigentes; Pavilhão II – Usuários Previdenciários e Pavilhão E – Usuárias Femininas Indigentes (SOUZA, 1986).

Atualmente, dispõe de serviço de pronto atendimento funcionando 24 horas, 02 HD, com 60 leitos distribuídos no atendimento a pessoas com transtornos psicóticos e com dependência química, um Núcleo de Atenção à Infância e Adolescência (NAIA), uma

Unidade de Desintoxicação (UD), com 20 leitos masculinos e 04 unidades de internação, duas masculinas e duas femininas com 40 leitos cada, assegurando assistência gratuita a seus usuários em clínica psiquiátrica e reabilitação biopsicossocial multidisciplinar. É ainda campo de estudo, pesquisa e formação para profissionais da área de saúde mental. Sua missão é prestar atendimento interdisciplinar; promover atividades de ensino e pesquisa e aprimorar as técnicas de assistência em saúde mental, a fim de contribuir para a reabilitação biopsicossocial e reintegração dos portadores de transtornos mentais ao contexto sociofamiliar (CEARÁ, 2009).

Sendo assim, o microcenário desta pesquisa foram as duas UP acima referidas.

3.3 Participantes do Estudo

A Pesquisa Qualitativa possibilita ao pesquisador analisar os dados coletados, a partir dos significados, compreensão, percepção, sentido, comportamento dos sujeitos envolvidos. Não exige quantificar esses sujeitos, porém necessita esgotar-se em sua totalidade ao identificar nas falas dos envolvidos o que dá sentido àquela situação.

Para tal, faz-se necessário identificar quais são os atores individuais e/ou sujeitos sociais, entendendo-os como atores individuais “um sujeito que tem interesse no setor saúde e que ocupa uma posição que o coloca em situação de peso dentro desse setor” (TESTA, 1995:49) e sujeitos sociais “aquele ideologizado como consequência da realização de um trabalho abstrato” (TESTA, 1995:50), sendo este determinado pelas formas de poder que criam as condições para que o trabalho se realize.

Nesta perspectiva, os sujeitos da pesquisa foram aqueles que têm o poder de determinar a formulação, o direcionamento e a execução das políticas de saúde/saúde mental – gestores; a forma e as ações do que devem ocorrer nas Urgências Psiquiátricas – gerentes e trabalhadores de saúde; e os que se utilizam destes serviços – usuários/familiares.

No momento de definição dos participantes da pesquisa escolhemos 03 gestores, 01 trabalhador de cada categoria da saúde existente em cada serviço de UP e quantos usuários/familiares fosse necessário para saturação teórica, à medida que as ideias fossem se

repetindo e o fenômeno aprofundado. Porém, nos deparamos nos discursos dos trabalhadores com a inclusão do médico residente e do segurança como membros da equipe da UP pública, o que optamos por incluí-los. No decorrer da pesquisa, houve mudança no processo de atendimento da UP pública, com a implementação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (ACCR), o que nos indicou como importante a inclusão da equipe de Acolhimento (enfermeira e assistente social) no processo. Na UP privada, não encontramos enfermeiro nem assistente social na equipe.

Assim, entrevistamos 23 sujeitos sociais, sendo constituídos 03 grupos com critérios definidos, a partir das responsabilidades políticas, técnicas e administrativas de cada participante e das necessidades daqueles que usufruem dos serviços (Quadro 5):

Quadro 5 – Sujeitos da pesquisa, seus respectivos grupos e nível de escolaridade.

GRUPOS	SUJEITOS		Nº	
G1	Gestores da SMS	Secretário Municipal de Saúde Gestão 2005-2008	01	
		Membros da CCSM	02	
SUBTOTAL 1			03	
G2	Gerentes	Diretores dos HP	02	
		Chefes do SAME	02	
		Chefes das UP/SPA	02	
	Trabalhadores de Saúde Mental	Nível Elementar	Segurança	01
			Auxiliar de Enfermagem	01
		Nível Médio	Técnico de Enfermagem	01
			Médico(a)	02
		Nível Superior	Médico Residente	01
			Enfermeira	02
			Assistente Social	02
SUBTOTAL 2			16	
G3	Famíliares	Nível Elementar	Diarista (sem vínculo)	01
			Doméstica (sem vínculo)	01
			Porteiro (voluntário)	01
		Nível Médio	Agente Administrativo	01
		Nível Superior	-	00
SUBTOTAL 3			04	
TOTAL			23	

- **Grupo 1 (G1)**, participaram do estudo 03 gestores que atuam na Secretaria Municipal de Saúde: o Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza e 02 membros da Coordenação Colegiada de Saúde Mental de Fortaleza;

- **Grupo 2 (G2)**, participaram do estudo 16 pessoas, sendo 06 gerentes e 10 trabalhadores de saúde, dentre os quais: 02 diretores dos hospitais onde se localizam as Urgências Psiquiátricas; os 02 chefes das UP; os 02 chefes dos Serviços de Atendimento Médico e Estatística (SAME); a equipe de saúde mental das UP, correspondendo a 03 médicos, sendo 01 residente em psiquiatria; 02 enfermeiras; 02 assistentes sociais; 01 técnico de enfermagem;

01 auxiliar de enfermagem; 01 segurança. Tivemos dificuldade em entrevistar o Diretor Geral da Instituição privada. Após inúmeros contatos, conseguimos agendar a entrevista. Quanto à enfermeira desta mesma instituição, não a identificamos (através das observações e entrevistas) como membro da equipe da UP privada;

- **Grupo 3 (G3)**, participaram 04 familiares. A priori, os usuários deveriam ser entrevistados, porém, isto não foi viável devido à condição do quadro psicopatológico dos mesmos, tendo sido entrevistados os familiares ou acompanhantes que desejaram participar da pesquisa, que estavam no momento do atendimento na UP. Uma das pessoas que comporia o Grupo 3 – Usuários/Familiares – não aceitou participar da pesquisa.

Fazendo uma análise do perfil dos sujeitos da pesquisa, percebemos que os gestores da SMS são de nível superior, enquanto que no Grupo de Gerentes de ambas as instituições – UP pública e privada – são de nível superior e de nível médio. Percebemos ainda que, na UP privada o número de trabalhadores e de categoria profissional é consideravelmente menor comparando-se à UP pública, sendo 25% a menos no número de trabalhadores e 33% em relação à categoria profissional (Quadro 6).

Quadro 6 – Demonstrativo dos cargos-funções e local de trabalho dos sujeitos da pesquisa.

LOCAL TRABALHO/CARGO FUNÇÃO/	SMS	HP PÚBLICO	HP PRIVADO	TOTAL
GESTORES	3	0	0	03
Médico	2	0	0	02
Psicóloga	1	0	0	01
GERENTES	0	3	3	06
Médico	0	0	1	01
Enfermeiro	0	1	0	01
Fonoaudiólogo	0	0	1	01
Administrador	0	1	0	01
Técnico em Radiologia	0	0	1	01
Agente Administrativo	0	1	0	01
TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL	0	8	2	10
Médico	0	2	1	03
Enfermeiro	0	2	0	02
Assistente Social	0	2	0	02
Técnico de Enfermagem	0	1	0	01
Auxiliar de Enfermagem	0	0	1	01
Segurança	0	1	0	01
FAMILIARES	0	2	2	04
TOTAL	3	13	7	23

Observamos que, ao compararmos os sujeitos da pesquisa – Gestores, Gerentes, Trabalhadores de Saúde e Familiares – em relação às variáveis sexo, idade e nível de escolaridade, há uma predominância significativa quanto ao sexo feminino em todas as variáveis, com 52% dos sujeitos, corroborando com estudos que constataam que há uma

aceleração na incorporação de mulheres no mercado de trabalho e um predomínio na escolha pelo trabalho em saúde (MACHADO, 1986; AQUINO et al, 1995). A faixa etária entre 42 a 48 anos se sobressai; em relação à idade, 70% dos entrevistados têm acima de 43 anos e quanto ao nível de escolaridade, 65% dos participantes são de nível superior (Quadro 7).

Quadro 7 – Características dos participantes quanto sexo, idade e nível de escolaridade.

SEXO NÍVEL DE ESCOLARIDADE IDADE (ANOS)	MASCULINO			FEMININO		
	Nível Elementar	Nível Médio	Nível Superior	Nível Elementar	Nível Médio	Nível Superior
18 - 24	0	0	0	1	0	1
24 - 30	0	0	1	0	0	1
30 - 36	0	0	0	0	0	1
36 - 42	1	0	2	0	0	0
42 - 48	0	0	2	1	0	3
48 - 54	1	2	0	0	1	0
54 - 60	0	1	0	0	0	3
60 - 66	0	0	1	0	0	1
TOTAL	2	3	6	2	1	9

Quanto ao vínculo empregatício percebemos uma diversificação na contratação de trabalho dos gestores, gerentes e trabalhadores, sendo 47% servidores e os demais vínculos totalizando 53%, incluindo o serviço privado conveniado com o SUS. Considerando apenas os sujeitos participantes da pesquisa (G1 e G2) com vínculo direto no serviço público, 31% têm outras formas de vínculo empregatício. Mesmo tendo-se 69% dos sujeitos com vínculo estatutário, há fragilidade na Gestão do Trabalho no SUS com precarização do trabalho, ocasionando diversos problemas estruturais para consolidação do SUS.

O grupo dos familiares participantes apresenta a categoria dos trabalhadores desempregados, com 50% deles (Quadro 8). Em termos quantitativos, pode parecer irrelevante, porém, qualitativamente consideramos importante, principalmente quando cruzamos os dados dos Quadro 5 x Quadro 8, que nos traz um questionamento sobre se o nível de escolaridade está diretamente relacionado ao desemprego, pois os familiares com o nível de escolaridade elementar não tinham vínculo empregatício. Esta reflexão nos abre possibilidades de realização de outras pesquisas para aprofundamento, o que deixamos aqui como sugestão.

Quadro 8 – Vínculo empregatício dos sujeitos participantes da pesquisa.

VÍNCULO EMPREGATÍCIO LOCAL DE TRABALHO	VÍNCULO EMPREGATÍCIO					
	Servidor	Cargo de Confiança	Sócio-Proprietário	CLT	Cooperado	Sem Vínculo
SMS	2	0	0	1	0	0
Direção Geral	0	1	1	0	0	0
Chefe UP	1	0	1	0	0	0
Chefe SAME	1	0	0	1	0	0
Trabalhadores	5	0	0	3	2	0
Familiares	1	0	0	0	0	3
TOTAL	10	1	2	6	2	2

Acreditamos que estes sujeitos possibilitaram a compreensão das estratégias técnicas e políticas utilizadas nas políticas de saúde/ saúde mental e nas Urgências Psiquiátricas para manutenção ou transformação do modelo de atenção em saúde mental. Consideramos que estes dados nos levam a outras reflexões, porém não nos cabe discutirmos neste estudo.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados

Para realização dessa pesquisa utilizamos procedimentos e instrumentos que viabilizassem a indicação dos sujeitos participantes, a coleta das informações e a interpretação das mesmas. A escolha dos instrumentos possibilitou a coleta de informações fidedigna à realidade estudada.

A primeira técnica consistiu na observação sistemática com intencionalidade realizada nas Urgências Psiquiátricas, com o objetivo de identificar elementos fundamentais específicos da pesquisa. Em qualquer trabalho científico torna-se extremamente necessária por possibilitar ao pesquisador “ler” o que não se diz, através da dinâmica diária do campo pesquisado. O Roteiro de Observação Sistemática (Apêndice D) pré-definido possibilitou delimitar o campo de observação, o espaço, o tempo e os sujeitos envolvidos no âmbito das UP.

Realizamos múltiplas observações nas duas Urgências Psiquiátricas entre o período de novembro de 2008 a Janeiro de 2009, nos turnos da manhã e/ou tarde, incluindo finais de semana e feriado. As observações foram identificadas como **Obs.01 a Obs.07** para a

UP pública e **Obs.A** a **Obs.C** para a UP privada, sendo registradas em diários de campo, o que possibilitou uma diversidade de informações detalhadas, com possibilidade de aprofundar pontos primordiais para a pesquisa e obter esclarecimentos, caso algo fique obscuro (GIL, 1994).

Optamos como segunda a entrevista semiestruturada. O uso desta técnica possibilita uma diversidade de informações detalhadas, oportunizando o aprofundamento e esclarecimentos de pontos primordiais para a pesquisa (GIL, 1994). Para atendermos aos objetivos deste estudo elaboramos 03 Roteiros de Entrevistas, um para cada grupo (Apêndices E, F e G), com perguntas orientadoras, por entendermos que cada grupo tem suas responsabilidades, atribuições e necessidades específicas, agindo de acordo com o lugar ocupado no espaço social.

As entrevistas foram gravadas com permissão dos sujeitos, com exceção de duas entrevistadas que não permitiram a gravação. Com isto, na medida em que os participantes respondiam as perguntas, escrevíamos o que era dito no diário de campo. As entrevistas serão armazenadas por um período de 05 anos sob responsabilidades das pesquisadoras, sendo extintas após este período.

As entrevistas foram numeradas de acordo com a ordem de acontecimento e pelo grupo a que pertencia o entrevistado, portanto, identificamos as 23 entrevistas da seguinte forma:

Quadro 9 – Demonstrativo de distribuição dos grupos e das entrevistas

GRUPOS	ENTREVISTAS	ENUMERAÇÃO DAS ENTREVISTAS
G1	Ent.5; Ent.6; Ent.7	Ent.5G1; Ent.6G1; Ent.7G1
G2	Ent.1; Ent.2; Ent.3;Ent.4; Ent.9; Ent.10; Ent.11; Ent.12; Ent.14; Ent.15; Ent.16; Ent.17; Ent.18; Ent.19; Ent.22; Ent.23	Ent.1G2; Ent.2G2; Ent.3G2; Ent.4G2; Ent.8G2; Ent.9G2; Ent.10G2; Ent.11G2; Ent.12G2; Ent.14G2; Ent.15G2; Ent.16G2; Ent.17G2; Ent.18G2; Ent.19G2; Ent.22G2; Ent.23G2
G3	Ent.8; Ent.13; Ent.20; Ent.21	Ent.8G3; Ent.13G3; Ent.20G3; Ent.21G3

Entendendo a relevância dos documentos formais, incluímos os seguintes documentos de gestão para complementação da análise: Relatórios de Gestão da SMS (2005-2008); Relatório de Produção Ambulatorial; Livro de Registro das Internações; Livro de Ocorrência do Acolhimento; Demonstrativo de Procedência de Usuários do SUS e Boletim de Movimentação Hospitalar para elaboração das categorias, juntamente com as entrevistas e as observações. A identificação dos documentos seguiu a seguinte forma: Doc.01 a Doc.09. A inclusão dos documentos formais e informais, tais como normas, projetos institucionais,

manuais, livros-ata, prontuários, relatórios que serão fontes de evidências, bem como dados estatísticos nos sensos mensais dos Hospitais oferece subsídio às demais técnicas, corroborando e/ou acrescentando informações (YIN, 2001).

3.5 Aspectos Éticos

A Ética em pesquisa torna-se essencial para garantir, principalmente aos participantes, o sigilo das informações coletadas. Para o bom andamento do estudo, seguimos todas as exigências éticas contidas na Resolução 196/96²⁴ (BRASIL, 2000) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), resolução esta que se refere à pesquisa com seres humanos.

Antes do início da pesquisa, solicitamos aos gerentes das Instituições nas quais a pesquisa seria realizada, permissão para realização da mesma (Apêndice A), bem como acesso aos documentos que pudessem vir a contribuir no desenvolvimento da pesquisa (Apêndice B). Na instituição privada tivemos dificuldade em sermos atendidas pela Diretoria Técnica. Após algumas tentativas e horas de espera, fomos recebidas.

Os participantes da pesquisa que optaram por participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

O projeto foi cadastrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP), após aprovação na Banca de Qualificação, tendo sido encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para análise, juntamente com as folhas de rosto, as quais foram assinadas pela Universidade e pelo responsável no local da pesquisa (Anexo A).

3.6 Método de Análise e Interpretação dos Dados

²⁴ **Resolução nº 196/96** – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos que orienta e regula a partir de então, as pesquisas científicas realizadas no Brasil (BRASIL, 2000).

A organização e análise dos dados foram realizadas a partir da perspectiva crítica-reflexiva, por possibilitar o confronto das convergências, das divergências, da complementaridade e do diferente, enquanto fazendo parte de um todo único, que se transforma e é transformado, atinge sempre um estágio mais avançado, que por sua vez é desestruturado para vir a ser modificado em sua essência. O método de análise escolhido para esse estudo foi a Análise de Conteúdo Crítica de Minayo (2006) por favorecer o aprofundamento e uma contínua flexibilidade e modificação do objeto em estudo (GIL, 1994). Os dados quantitativos foram analisados por meio da Estatística Descritiva, com cálculo de percentual e frequência absoluta, os quais foram interpretados à luz da literatura.

Os discursos dos sujeitos entrevistados foram confrontados entre si, com o material coletado na observação sistemática e com os documentos analisados. Isto possibilita a triangulação das informações, oferecendo maior consistência à pesquisa.

Todo material coletado foi submetido a leituras sucessivas, identificando categorias empíricas classificadas em núcleos temáticos de acordo com a pertinência ao assunto tratado em cada grupo, com base em outras produções científicas e nos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Os passos da análise, sugeridos por Minayo (2000) estão descritos abaixo:

1º Passo: Ordenação dos dados

No primeiro contato com os “dados brutos” realizamos a transcrição fiel e a leitura geral do conjunto das entrevistas gravadas. Em seguida, organizamos os dados contemplados nas entrevistas, nos documentos e nas observações, com o objetivo de estabelecer um mapeamento horizontal do material empírico coletado no campo de estudo, distribuindo-os em diferentes conjuntos. Os discursos foram ordenados por ordem de acontecimento, os documentos organizados por Instituição, ou seja, SMS, HP público e HP privado nesta ordem e as observações por período observado em cada instituição.

2º Passo: Classificação dos dados

Realizamos leitura exaustiva e “flutuante” dos textos contidos nas entrevistas (Ent.1 a Ent.23), nos documentos (Doc.01 a Doc.09) e observações (Obs.01 a Obs.09), “recortando” e realizando a identificação de vários núcleos de sentido, sendo feito um quadro (Quadros 10, 11 e 12) para cada grupo (G1, G2 e G3) separadamente.

Quadro 10 – Confronto dos discursos do Grupo 1 (03 pessoas)

Núcleos de sentido	Ent.5	Ent.6	Ent.7	Síntese horizontal
Políticas de Saúde Mental				
Política de Álcool e outras Drogas				
Investimento				
Financiamento				
(...)				
Dificuldades/Facilidades/Melhorias				
Síntese Vertical				

Fonte: Assis (1998)

Quadro 11 – Confronto dos discursos do Grupo 2 (16 pessoas)

Núcleos de sentido	Ent.n1	Ent.(...)	Ent.n16	Síntese horizontal
Políticas de Saúde Mental				
Política de Álcool e outras Drogas				
Investimento				
Financiamento				
(...)				
Dificuldades/Facilidades/Melhorias				
Síntese Vertical				

Fonte: Idem (1998)

Quadro 12 – Confronto dos discursos do Grupo 3 (04 pessoas)

Núcleos de sentido	Ent.8	Ent.13	Ent.20	Ent.21	Síntese horizontal
Políticas de Saúde Mental					
Política de Álcool e outras Drogas					
Investimento					
Financiamento					
(...)					
Dificuldades/Facilidades/Melhorias					
Síntese Vertical					

Fonte: Ibidem (1998)

Em seguida, realizamos o confronto das sínteses de cada núcleo de sentido entre os diferentes grupos (Quadro 13).

Quadro 13 – Confronto dos Núcleos de Sentido dos Grupos 1, 2 e 3 (23 Pessoas)

Núcleos de sentido	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Síntese horizontal
Políticas de Saúde Mental				
Política de Álcool e outras Drogas				
Investimento				
Financiamento				
(...)				
Dificuldades/Facilidades/Melhorias				
Síntese Vertical				

Fonte: Ibidem.

Realizamos da mesma forma, a identificação de vários núcleos de sentido para os documentos (Quadro 14) e outro para as observações (Quadro 15), conforme exemplificado pelos Quadros a seguir. Os discursos oriundos das entrevistas, os documentos e as observações contribuíram para a estruturação dos núcleos de sentido (Quadro 16).

Quadro 14 – Confronto dos núcleos de sentido dos Documentos (09)

Núcleos de sentido	Doc.1	Doc.(...)	Doc.9	Síntese horizontal
Políticas de Saúde Mental				
Política de Álcool e outras Drogas				
Investimento				
Financiamento				
(...)				
Dificuldades/Facilidades/Melhorias				
Síntese Vertical				

Fonte: Ibidem.

Quadro 15 – Confronto dos núcleos de sentido das Observações (10)

Núcleos de sentido	Obs.1	Obs.(...)	Obs.7	Obs.A	Obs.B	Obs.C	Síntese horizontal
Políticas de Saúde Mental							
Política de Álcool e outras Drogas							
Investimento							
Financiamento							
(...)							
Dificuldades/Facilidades/Melhorias							
Síntese Vertical							

Fonte: Ibidem.

Quadro 16 – Confronto dos núcleos de sentido das Entrevistas, Documentos e Observações (42)

Núcleos de sentido	Entrevistas	Documentos	Observações	Síntese horizontal
Políticas de Saúde Mental				
Política de Álcool e outras Drogas				
Investimento				
Financiamento				
(...)				
Dificuldades/Facilidades/Melhorias				
Síntese Vertical				

Fonte: Ibidem.

Realizamos dois tipos de sínteses nesta fase para cada técnica de coleta de dados: a síntese horizontal de cada núcleo de sentido, o que possibilitou uma visão de todas as entrevistas, dos documentos e das observações sobre determinado núcleo; e uma síntese geral, também denominada de síntese vertical, de cada entrevista, de cada documento e de cada observação, o que possibilitou a visualização das ideias centrais sobre o tema em foco e a construção das categorias empíricas, a partir de algumas convergências encontradas, o que caracterizou o sentido das representações das falas ou outras formas de expressão, relacionadas ao objeto de estudo com direcionamento para sistematizar a análise (ASSIS, 1998).

Após a elaboração das categorias empíricas selecionamos, em cada entrevista, documentos e observações, o que se identificava com cada categoria, “recortando” e “colando” na categoria correspondente. Em seguida, fizemos a síntese de todos os trechos recortados em cada categoria e montamos quadros de análise para as entrevistas com gestores, gerentes e trabalhadores e familiares, para os documentos e para instituições observadas (Quadros 17, 18 e 19) e um Quadro final com as categorias empíricas de todo material coletado (Quadro 20).

Quadro 17 – Confronto das categorias empíricas das Entrevistas (23 Pessoas)

Categorias Empíricas	G1	G2	G3	Síntese horizontal
A construção do Modelo Assistencial de Saúde Mental, suas consonâncias e dissonâncias, articulando o espaço das Urgências Psiquiátricas e a política de saúde mental: o poder político				
Micropolítica do processo de trabalho e o cuidar em urgências: em busca do alívio da dor mental: o poder técnico				
Financiamento da Rede Assistencial de Saúde Mental em Fortaleza: e sua articulação com a Reforma Psiquiátrica: o poder administrativo				
Síntese Vertical				

Fonte: Ibidem.

Quadro 18 – Confronto das categorias empíricas dos Documentos (09)

Categorias Empíricas	Doc.1	Doc.(...)	Doc.9	Síntese horizontal
A construção do Modelo Assistencial de Saúde Mental, suas consonâncias e dissonâncias, articulando o espaço das Urgências Psiquiátricas e a política de saúde mental: o poder político				
Micropolítica do processo de trabalho e o cuidar em urgências: em busca do alívio da dor mental: o poder técnico				
Financiamento da Rede Assistencial de Saúde Mental em Fortaleza: e sua articulação com a Reforma Psiquiátrica: o poder administrativo				
Síntese Vertical				

Fonte: Ibidem.

Quadro 19 – Confronto das categorias empíricas das Observações (10)

Categorias Empíricas	Obs.1	Obs.(...)	Obs.7	Obs.A	Obs.B	Obs.C	Síntese horizontal
A construção do Modelo Assistencial de Saúde Mental, suas consonâncias e dissonâncias, articulando o espaço das Urgências Psiquiátricas e a política de saúde mental: o poder político							
Micropolítica do processo de trabalho e o cuidar em urgências: em busca do alívio da dor mental: o poder técnico							
Financiamento da Rede Assistencial de Saúde Mental em Fortaleza: e sua articulação com a Reforma Psiquiátrica: o poder administrativo							
Síntese Vertical							

Fonte: Ibidem.

Quadro 20 – Confronto das categorias empíricas das Entrevistas, Documentos e Observações (42)

Categorias Empíricas	Obs.1	Obs.(...)	Obs.7	Obs.A	Obs.B	Obs.C	Síntese horizontal
A construção do Modelo Assistencial de Saúde Mental, suas consonâncias e dissonâncias, articulando o espaço das Urgências Psiquiátricas e a política de saúde mental: o poder político							
Micropolítica do processo de trabalho e o cuidar em urgências: em busca do alívio da dor mental: o poder técnico							
Financiamento da Rede Assistencial de Saúde Mental em Fortaleza: e sua articulação com a Reforma Psiquiátrica: o poder administrativo							
Síntese Vertical							

Fonte: Ibidem.

Após a montagem dos quadros de análise para os participantes da pesquisa, documentos formais e instituições observadas iniciamos a segunda etapa com a leitura transversal de cada corpo de comunicação estruturado, a partir das categorias empíricas. Procuramos fazer um cruzamento das ideias contidas nos diferentes grupos que compõem a análise, fazendo a filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto, às questões orientadoras e aos pressupostos teóricos, buscando o confronto de ideias entre as diferentes representações específicas e singulares, num processo de refinamento e aprofundamento classificatório.

3º Passo: Análise final dos dados

Conforme citado anteriormente, o método de análise escolhido para esse estudo consistiu a Análise de Conteúdo Crítica de Minayo (2006) e Assis (1998), que consideram que essa análise enfatiza o encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social. Para análise do contexto exige-se um movimento contínuo entre os dados empíricos e o referencial teórico eleito pelas pesquisadoras.

Após a classificação dos discursos dos entrevistados, dos documentos e das observações, componentes das categorias empíricas, realizamos as sínteses horizontal e vertical e procedemos ao entrecruzamento entre os sujeitos, os documentos e as observações da prática, agrupando as ideias convergentes, divergentes, complementares e diferentes.

Os dados empíricos foram analisados, tomando-se como referência as categorias empíricas que emergiram dos dados. A partir do material construído durante as entrevistas, análise dos documentos oficiais e durante as observações, fizemos o cruzamento entre as diferentes informações levantadas, articulando-as com o referencial teórico, através da técnica de triangulação do material empírico, o que, referendado por Triviños (1992), possibilitou às várias dimensões do processo investigativo confrontar-se entre si.

Para Minayo (2006), essa intersecção de diferentes olhares possibilita a validação da pesquisa por meio do uso simultâneo de diversas técnicas de análise, diferentes sujeitos e pontos de vistas distintos.

A partir de então, discutimos as categorias elaboradas e os resultados na configuração analítica do objeto de estudo, quais sejam: *A construção do Modelo Assistencial de Saúde Mental, suas consonâncias e dissonâncias, articulando o espaço das Urgências*

Psiquiátricas e a política de saúde mental: o poder político; Micropolítica do processo de trabalho e o cuidar em Urgências – em busca do alívio da dor mental: o poder técnico; Financiamento da Rede Assistencial de Saúde Mental em Fortaleza e sua articulação com a Reforma Psiquiátrica: o poder administrativo.

MÉTODO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

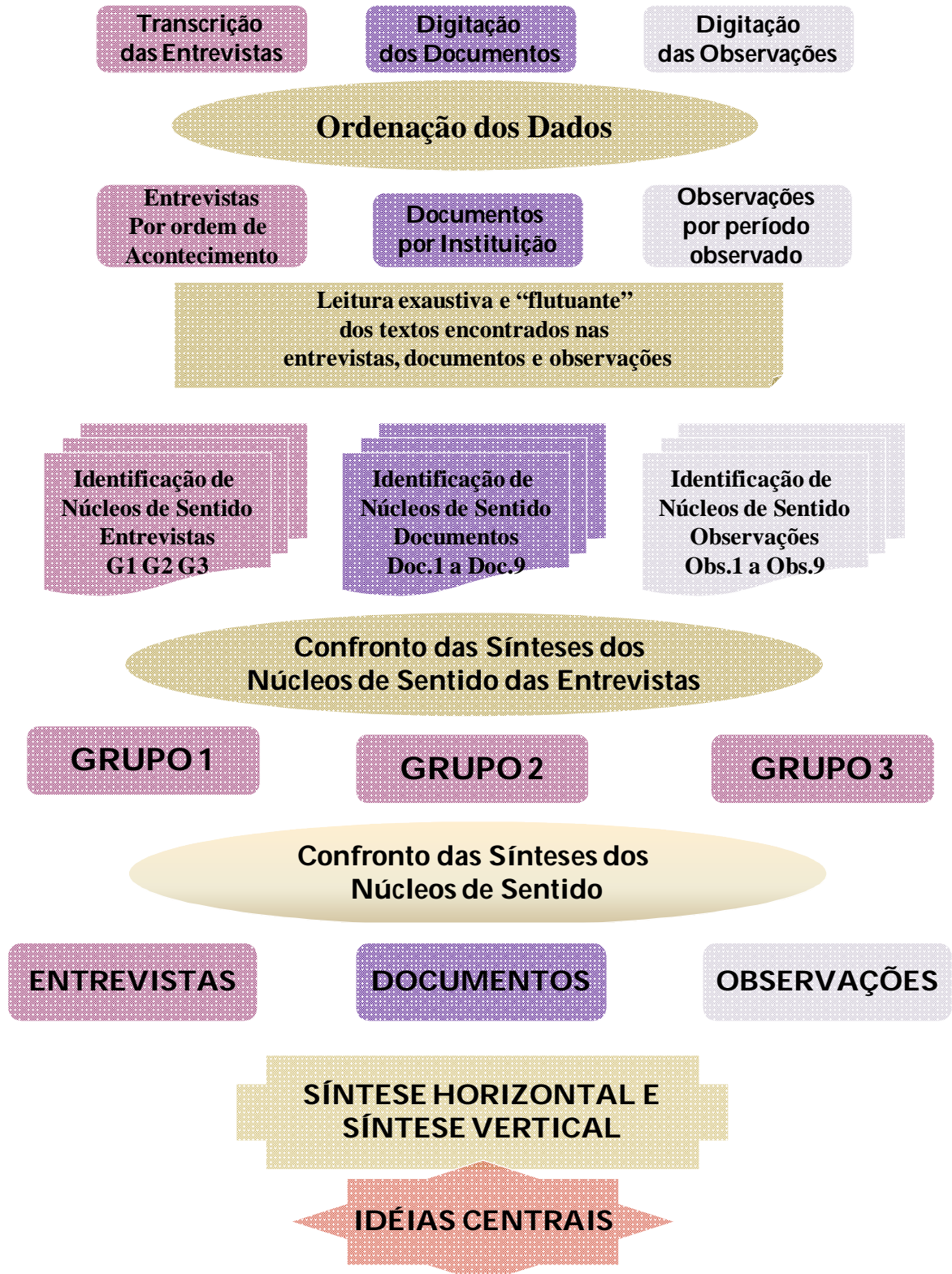


Diagrama 7 – Etapas do Método de Análise e Interpretação dos Dados



Diagrama 7 – Etapas do Método de Análise e Interpretação dos Dados - Continuação

4 ESTRATÉGIAS TÉCNICAS E POLÍTICAS PARA MANUTENÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE MENTAL: URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS – UM REFÚGIO SEM SAÍDA?: RESULTADOS E DISCUSSÕES

É necessário conhecer as avenidas do poder para se jogar o jogo da política. Mas há uma diferença: no jogo do xadrez todas as avenidas são visíveis e claras. O xadrez é um jogo transparente. O jogo da política é mais complicado: há muitas avenidas de poder no lado oculto do tabuleiro, o lado que ninguém vê. O jogo da política é o jogo da não-transparência. Razão por que só os bobos acreditam no que vêem.

Rubem Alves

A construção da realidade se dá a partir da visão de mundo e da visão de Homem das pessoas envolvidas nesse processo. Perpassa nessa construção a visão de Mundo e de Homem dos detentores da manutenção do Sistema em uma correlação de forças, na qual os interesses, muitas vezes, não concorrem em direção aos da maioria, quais sejam prioritariamente às necessidades da população. A função dessa tensão para o Estado seria então, reforçar a hegemonia estatal com sua força de trabalho, gerando, como nos diz Testa (1995), uma falsa consciência na forma de viver no espaço social. Acordar para a ‘verdadeira’ consciência é compreender a realidade ao questionar que verdade é esta, a quem beneficia, qual o objetivo que se deseja atingir. É na micropolítica do processo de trabalho que se tem esta possibilidade e de

(...) subverter a ordem e a norma, e abrir linhas de fuga em que ele possa se realizar com maiores graus de liberdade, mostrando sua potência criativa. E isso, quando os trabalhadores de saúde desejam, eles fazem e operam nas suas relações outros fluxos de conexão com suas equipes, outras unidades de saúde e principalmente com os usuários. Nesses casos o cuidado vai se produzir na rede que se formou e não na estrutura que permanece rígida sob o império da norma (FRANCO, 2006).

Neste capítulo, a realidade do macrocenário – Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza/Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza – e do microcenário – Urgências Psiquiátricas – é desconstruída a partir da visão dos seus protagonistas – pesquisadores, gestores, gerentes, trabalhadores, familiares, usuários – ao serem convidados a participar da reflexão sobre a mesma sobre seu cotidiano, levando-os a reconstruírem sua realidade a partir de uma intencionalidade. Nesta dialética, interferem na construção de saberes e práticas, oportunizando-se mutuamente para a manutenção ou transformação de sua ‘verdade’.

A articulação, entre os discursos obtidos através das entrevistas dos sujeitos que vivenciam direta ou indiretamente o cotidiano da RASM e das Urgências Psiquiátricas, entre os documentos analisados e as observações realizadas, favorece a discussão crítico-reflexiva dessa realidade, construída pelas convergências e divergências, sendo enriquecida pela complementaridade e pelo que se encontrou de diferente, com o respaldo do arcabouço teórico que sustenta esta pesquisa e que dialoga com os dados empíricos encontrados.

As categorias aqui discutidas, embora tenham sido elaboradas com o rigor científico exigido pelo método, estão postas em questionamentos por estarem imbuídas de uma ‘verdade’ expressa com intenção, consciente ou inconsciente, para atingir determinado fim, como o artista que ao se expressar em sua obra, suscita ao outro a expressão de si mesmo. São elas: 1. *A construção do Modelo Assistencial de Saúde Mental, suas consonâncias e*

dissonâncias, articulando o espaço das Urgências Psiquiátricas e a política de saúde mental: o poder político; Micropolítica do processo de trabalho e o cuidar em Urgências – em busca do alívio da dor mental: o poder técnico; Financiamento da Rede Assistencial de Saúde Mental em Fortaleza e sua articulação com a Reforma Psiquiátrica: o poder administrativo. O método possibilitou a identificação subjacente do *poder* – categoria analítica desta pesquisa – em todas as categorias empíricas, portanto será discutido de forma transversal. A interpretação das categorias empíricas propiciou a discussão e a elaboração deste capítulo.

Categoria 1 – A construção do Modelo Assistencial de Saúde Mental, suas consonâncias e dissonâncias, articulando o espaço das Urgências Psiquiátricas e a política de saúde mental: o poder político

Nos discursos percebemos que a atenção integral pressupõe estratégias Políticas para construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental. Nessa perspectiva tem que se considerar a complexidade das necessidades da pessoa, concebendo-a em suas dimensões biológicas, psicológicas, culturais, sociais e econômicas, compreendendo que esta construção se dá na práxis do cotidiano das relações interpessoais nos serviços (SILVA & SENA, 2008). Corroborando com Ayres (2009), esse modelo se transforma e vai transformando os atores envolvidos, a partir da vitalidade e das tensões geradas no contexto, vislumbrando um ideal que pode vir a acontecer, geradas não só por questões inerentes à saúde, mas também, por diversos aspectos políticos, econômicos, culturais, sociais.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) o modelo de atenção à saúde é um dado modo de combinar técnicas e tecnologias para intervir sobre problemas de saúde (danos e/ou riscos) e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas; é uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. O modelo proposto pelo SUS incorpora os princípios: do acesso universal, no qual qualquer cidadão brasileiro tem o direito de acessar serviços de saúde com qualidade; da integralidade da assistência, ordenando o cuidado com a saúde nos níveis de

atenção básica, média e alta complexidade; de participação social em todos os espaços de decisão e avaliação, inclusive do financiamento do SUS.

Campos (1992) nos alerta referindo que os métodos tecnoadministrativos e do planejamento normativo não implicam necessariamente, na garantia de aplicação dos recursos ao setor público e na ampliação do acesso aos mesmos, elaborando-se estratégias que favoreçam a instituição do poder da Saúde Pública para consolidação do SUS, sendo complementada pela rede privada. Complementa em outro momento, enfatizando a preeminência de fortalecer um movimento em defesa do bem-estar social, mostrando à sociedade o benefício na vida das pessoas, além de enfrentar obstáculos políticos, técnicos, administrativos para ter efetividade na produção de saúde:

A recuperação de prestígio para o projeto do SUS – se é que algum dia de fato ele o teve – depende de uma tríade complexa: primeiro, de criar-se um movimento de peso em defesa de políticas de proteção social e distribuição de renda; segundo, de que alguém consiga apresentá-lo para a sociedade como uma reforma social significativa e que teria grande impacto sobre o bem-estar e proteção social, indicando, com objetividade, os passos e programas necessários; e terceiro, paradoxalmente, sua legitimidade depende muito de seu desempenho concreto, de sua efetiva capacidade para melhorar as condições sanitárias e a saúde das pessoas, nesse caso, a baixa capacidade de gestão, a politicagem, tudo depõe contra o SUS independente do potencial sanitário contido em suas promessas. As forças interessadas no avanço do SUS estão, pois, obrigadas a enfrentar estes obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção, cuidando, ao mesmo tempo, de demonstrar a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde (CAMPOS, 2007a, p.302).

O Modelo de Atenção e de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza apresentada em documentos municipais fundamenta-se nos princípios do SUS, em seus princípios doutrinários – Universalidade, Equidade; e Integralidade – e operacionais – Participação Social e Controle Social, Acessibilidade, Resolutividade, Hierarquização, Descentralização e Regionalização. Conforma-se então, por meio de arranjos organizacionais de cinco Redes Assistenciais, quais sejam: Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família, Ambulatorial Especializada; de Urgência e Emergência; Hospitalar e de Saúde Mental, tendo processos de Inteligência Epidemiológica e de Gestão que proporcionam a tomada de decisão da produção de saúde. Seu sistema de saúde tem capacidade para realização de ações básicas de saúde, de média e alta complexidade, com rede regionalizada e hierarquizada, sendo referência para municípios de pequeno e médio porte e para outros estados (FORTALEZA, 2006).

As políticas e estratégias estruturantes do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza apresentadas nos Relatórios de Gestão – Ética do Cuidado e a Humanização;

Participação Social e a Gestão Compartilhada; Estratégia de Saúde da Família; Sistema Municipal de Saúde Escola e Gestão do Trabalho – garantem a organização e a gestão do Modelo de Atenção Integral à Saúde da população de forma transversal em todas as Redes Assistenciais, em todo o Sistema público, portanto, não envolve os serviços contratados e sob a gerência estadual. Isto significa que as duas UP – pública estadual e privada contratada – não pertencem diretamente às Redes Assistenciais da SMS, não sendo objeto de intervenção dessas estratégias.

Diante da importância das políticas e estratégias definidas pela SMS de Fortaleza discutiremos a seguir, aquelas apresentadas nos documentos de gestão e nos discursos dos sujeitos pesquisados, corroborando ou discordando a partir da discussão teórica.

A Ética do Cuidado e a Humanização são estratégias adotadas pela SMS, que responsabiliza todo o sistema, a produção e o processo de trabalho, não só pela saúde da população, mas pela vida e pelo cuidado integral ao ser humano e ao Planeta Terra, acolhendo suas necessidades. Esta concepção de cuidado amplia o conceito de saúde, o qual considera todos os aspectos da pessoa, incluindo os demais setores da sociedade. Ayres (2009) enfatiza que a Política Nacional de Humanização (PNH) resgata a dimensão ética do cuidar, considerando o usuário como protagonista de sua construção social, com a ampliação do diálogo entre os diversos atores do processo.

Embora essa concepção de saúde seja desenvolvida pelo órgão público responsável diretamente pela saúde dos munícipes, ou seja, a Secretaria Municipal de Saúde, percebemos, a partir da análise dos documentos e dos discursos, que há falta de integração entre os projetos realizados pela SMS e os serviços que fazem parte do Sistema de Saúde, o que fragmenta o processo de planejamento do cuidado na perspectiva holística, dificultando a abrangência de todas as dimensões humanas e da sociedade. A Política Municipal de Humanização (PMH) tem tentado promover esse diálogo, porém encontra diversas dificuldades, entre elas, de comunicação entre gestores-trabalhadores-usuários, seja por não haver compreensão teórico-prática da política de saúde; seja por não conseguir entender a linguagem técnica e cultural:

Eu acho que a dificuldade maior ainda é essa: em relação à parte das pessoas e...dessa integração daqui com os CAPS. Eu acho que a comunicação daqui com o CAPS talvez tenha de [alguma]...forma, mas até chegar...ser atendida, até ter uma qualidade lá e aí acaba sobrecarregando o hospital. A gente vê paciente que sai daqui e com pouco tempo volta, porque não chegou nem a ser consultado no CAPS. Passou um mês, dois meses sem ser consultado (...). Agora, o setor secundário sobrecarrega muito e não [há] vínculo, o sistema integrado não está eficaz. Não chega nem [a] eficaz. Não está sendo eficiente. Eficaz não. Não está sendo nem eficiente (...). [Os usuários] não sabem o que querem, não sabem onde procurar também, não sabe informações de como funciona o sistema de saúde e, às vezes, os próprios funcionários não sabem o que é [atenção] primária, secundária, terciária, mas a população tem que ser esclarecida (...) (Ent.15G2).

A população é ignorante, sem conhecimento, frustrada, não sabe reagir, não tem condições de solicitar (...) [que o] uso do dinheiro público [seja] para abertura de vagas, para diminuir o sofrimento social (...) (Ent.23G2).

A Ciranda da Vida é um projeto que a gente tem aqui na prefeitura, onde você leva pra comunidade, escuta a comunidade, a gestão tá junto, (...) problematiza as temáticas (...) e de certa forma, repensa com a comunidade, o que é que a comunidade tem de potencialidade pra aquilo. E aí, volta pra gestão. E a gestão teria que ter uma troca. Mas aí, (...) se fez a potencialidade da comunidade, mas a troca, (...) não aconteceu. E eu sei que a saúde mental ela é muito citada nessas coisas, mas também, (...) não deu muito retorno (...) (Ent.6G1).

Não, não conheço não [nenhum CAPS]. Já ouvi falar assim, mas, não conheço, não (Ent.8G3).

Observamos então, que a Prefeitura de Fortaleza não favorece a integração das demais políticas públicas com o desenvolvimento de projetos amplos de discussão com a cidade sobre a saúde. Silva Junior (1998) discute os modelos assistenciais, dentre eles o modelo das Cidades Saudáveis, que defende a saúde como qualidade de vida, propondo que a saúde seja também desenvolvida por todas as políticas públicas, com participação popular no âmbito individual e coletivo, com articulação intersetorial como principal estratégia.

Ao analisarmos o Relatório de Gestão 2005, identificamos que a SMS fez esta discussão internamente ao realizar o Curso Fortaleza HumanizaSUS, que teve como objetivo principal desenvolver e fortalecer o SUS em Fortaleza, a partir da capacitação e da conscientização de todos os atores/atrizes da Secretaria Municipal, criando-se um grande fórum de mobilização para a humanização na área da saúde em Fortaleza e sensibilizar todos os trabalhadores para a implantação da PMH. A partir de então, criou-se uma parceria com o MS/PNH (BRASIL, 2004c), a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF)/SMS e a Universidade Estadual do Ceará (UECE)/Laboratório de Humanização e de Atenção à Saúde (LHUAS) para implantação da PMH, visando à troca de saberes e de experiências entre as instituições envolvidas com a proposta de desenvolvimento de serviços de saúde humanizados (FORTALEZA, 2006).

Com esta parceria, segundo dados do referido documento, os hospitais secundários públicos da RA Hospitalar implantaram o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco – ACCR, com objetivo de organizar a porta de entrada, identificando os usuários que devem ter prioridade no atendimento e aqueles que devem ser encaminhados às demais RA do município de Fortaleza ou de sua origem. Para implantação do ACCR, a RA Hospitalar deve estabelecer vínculo com as Organizações Governamentais e diversas instituições não governamentais para dar encaminhamento e resolução às demandas dos usuários. Porém, em relação à saúde mental, a partir dos dados apresentados na convergência dos discursos, ainda há dificuldades no acesso dos usuários aos hospitais:

A gente deveria conseguir ter um acesso aos hospitais clínicos (...). A gente não consegue. A gente manda alguém daqui pra lá e aí, faz um relatório da paciente [que está] precisando de uma avaliação e manda pra eles lá, mas, normalmente, vai e volta e, às vezes, nem escrevem nada: “- Não. Não era paciente pra cá. Tá cheio.” E volta e não escrevem nada. Nem olham, se o paciente morrer lá, morreu e já teve caso. O paciente morre no caminho de lá pra cá, daqui pra lá e fica nesse negócio, daqui até pra lá, tem que ligar, tem que ver, e, às vezes, a gente quer uma avaliação clínica(...) (Ent.15G2).

(...) melhorando a acessibilidade dos usuários de álcool e outras drogas pra um tratamento mais humanizado e mais integral numa unidade clínica, você também traz uma integração maior no cuidado da saúde. Você vê essa pessoa de uma maneira mais integral e não setorizado. Claro que isso, ainda tem que avançar muito. A gente sabe que a questão da saúde ainda é muito compartimentalizada. Mas, ela é melhor tratada, quando a gente tá numa unidade de clinica geral (Ent.7G1).

A inacessibilidade das pessoas com transtornos mentais aos Hospitais Gerais torna-se uma constante no cotidiano dos serviços, dificultando a integralidade da atenção, bem como favorecendo que esses usuários tenham como garantia de tratamento hospitalar, os Hospitais Psiquiátricos, locais inadequados para o tratamento clínico.

Na RASM especificamente, conforme Relatórios de Gestão, além das oficinas de formação dos facilitadores, foram realizadas 32 oficinas para implantação do Acolhimento com Avaliação de Risco e Vulnerabilidade nos CAPS Gerais, nos CAPSad e nos CAPSi. As seguintes ações foram implementadas a partir das oficinas: - Definição da equipe acolhedora, para escuta qualificada/anamnese; - Conhecimento do território, estabelecendo vínculos interinstitucionais; - Estabelecimento de ações educativas com usuários/comunidade sobre modificação nos processos de trabalho; - Discussão do fluxo atual do usuário no CAPS, criando o fluxograma analisador (procedência, entrada, acompanhamento, encaminhamento); - Revisão nas Fichas de Avaliação Inicial e de Anamnese; - Mutirão para o 1º atendimento dos usuários que aguardavam avaliação inicial; - Ampliação do acesso aos usuários, eliminando a lista de espera para entrada no serviço; - Discussão sobre o Apoio Matricial nas

SER V e VI; - Discussão nas rodas de gestão dos problemas que surgem cotidianamente, a partir da implementação do acolhimento.

A PMH, com a implantação do Acolhimento nos serviços de saúde mental, trouxe um impacto muito positivo na forma da relação do usuário com o serviço e uma nova visão dos trabalhadores no sentido do cuidado com o usuário. Os discursos dos participantes complementam, conforme descrito abaixo:

Na verdade, assim, a gente em Fortaleza teve um grande avanço na saúde como um todo com o acolhimento, né? O acolhimento ele veio pra mexer com a forma, do processo de trabalho de todas as equipes de saúde, seja numa unidade básica de saúde, seja na rede hospitalar, seja no serviço de saúde mental. Isso trouxe um impacto muito grande na forma da relação do usuário com o serviço. Eu acho que esse impacto é muito positivo (...). O acolhimento em geral veio trazer e tem trazido, porque ele é um processo também (...) mudanças muito significativas (Ent.7G1).

A CCSM propõe o acolhimento das crises nos serviços, seja na atenção primária, seja nos CAPS, seja na rede hospitalar. Apesar de existir uma forma diferenciada de lidar com a crise, muito ainda se tem de fazer para conseguir que isto seja instituído na rotina dos serviços:

O acolhimento em crise é proposto. Nós defendemos o acolhimento das crises nos serviços a diversos níveis, seja na atenção primária, seja nos CAPS, seja na rede hospitalar (...). Eu acho que o acolhimento veio, eu digo a Política Nacional de Humanização e a implantação do acolhimento nos serviços de saúde mental, trouxe uma nova visão aos profissionais no sentido desse cuidado com o usuário e fundamentalmente, nesse momento onde ele tá muito mais suscetível, né? Então, eu percebo já, das equipes, uma forma diferenciada de lidar com a crise. Mas, isso ainda não tá dentro do que a gente consideraria como o ideal (...) (Ent.7G1).

O processo de construção dos protocolos, segundo documentos analisados, vem se desencadeando como parte da implantação do Acolhimento por Prioridade/Vulnerabilidade e Risco Social. A equipe que está participando da implantação da PMH vem realizando várias reuniões para discussão dos protocolos. A Oficina do Riso é outro Projeto que vem se desenvolvendo no processo de humanização do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza com objetivo de trabalhar competências em profissionais de saúde para atuarem como palhaços-terapeutas em processos de acolhimento aos usuários, individualmente ou em grupos.

A partir da análise dos documentos e dos discursos dos participantes percebemos que mesmo enfrentando obstáculos e superando desafios, a PMH vem seguindo os preceitos do SUS, tendo em sua essência a construção coletiva, a saúde como qualidade de vida, a participação dos diversos atores envolvidos, o desenvolvimento de uma Cultura de Paz e de uma Saúde Humanizada, com o fortalecimento da saúde pública local. Os dispositivos de Acolhimento com Avaliação de Risco e Vulnerabilidade e de Classificação de Risco, das

equipes de referência e do Apoio Matricial, do Projeto Terapêutico Singular, de projetos de construção coletiva da ambiência, dos colegiados de gestão, dos contratos de gestão, dos sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde; do projeto “Acolhendo os Familiares / Rede Social participante”, juntamente com o do programa de formação em saúde possibilitam mudança na forma de produzir saúde (FORTALEZA, 2007).

As Reformas Sanitária e Psiquiátrica, enquanto produtoras de humanização, têm mudado o enfoque do modelo de atenção e de gestão, com atendimento mais humanizado e integral, com ampliação do acesso, com modificações nas estruturas físicas, proporcionando uma ambiência adequada ao atendimento das necessidades dos usuários. A Humanização na saúde mental favoreceu ainda, conforme análise, a acessibilidade dos usuários aos serviços, com discussão de novos conceitos e dos processos de trabalho, com vistas à reorganização do serviço para adequação às necessidades da população:

Como, por exemplo, com essa reforma física a gente está praticamente eliminando tudo que é de grade, tudo que representa prisão e exclusão (Ent.2G2).

Mudou a categoria de ficarem todos com o mesmo direito. Não havia mais aquela discriminação, nem de alimentação, medicação, todo mundo passou a ter os mesmos direitos, tanto de alimentação, como acomodação (Ent.3G2).

As mudanças que tiveram aqui no setor vieram em torno de humanização do atendimento com a presença do acolhimento, que foi recentemente instalado (...). Individualizar o atendimento e evitar, porque como ficam homens e mulheres juntos que sentisse sua privacidade invadida e a gente procurava maneiras de dividir esses leitos e a gente só encontrou com a cortina. Também acho que foi uma mudança legal e uma mudança grande e oferta muito boa (Ent.17G2).

Eu admiro muito hoje o Frotinha da Messejana (...) tem aquelas filas imensas, mas tem lá uma assistentezinha social, já vendo a fila, com a pranchetazinha, e já começa a pesquisar o caso de cada um. Então, tira daquela fila, já vai pra cá, porque quer deveria ficar aqui uma hora ou duas, e já tem esse tipo de trabalho. Já depois, há uns quinze dias tive num postinho ali na Messejana, já meio complicado, lá. Tem até uma coisa, um “troçozinho” lá, “tire sua senha”, mas, na hora da gente ir atrás da senha, não tem ninguém. Fica meio problemático. Então, admirei muito o trabalho hoje, do Frotinha da Messejana, muito bom! A assistente social chega tá o pessoal na fila. Então: “– O que é o seu caso? – É esse. – Então, vá praquela fila. Não é nessa”. Quer dizer, já tem uma rapidez até no desempenho do atendimento (Ent.21G3).

Lancetti (2009) refere, porém que, para que haja transformações sociais, devem possibilitar, nos espaços de moradia da população de abrangência do território subjetivo, ações territoriais “que opere na capilaridade onde o poder se incita, se suscita e se produz” (p. 799).

Outra estratégia citada no Relatório de Gestão 2005 é a de *Participação Social e a Gestão Compartilhada* que são estruturas funcionais que possibilitam a transformação do

SUS, a partir da atuação dos diversos atores em fóruns intergestores, nos conselhos de saúde. Nesta perspectiva, o modelo de gestão e de atenção integral à saúde requer o desenvolvimento de uma gestão do Sistema que seja também compartilhada e participativa, adotando-se a Cogestão de Coletivos ou Método da Roda (CAMPOS, 2007b):

Na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza a cogestão é compreendida como espaços coletivos valiosos de mobilização e atuação de diferentes atores envolvidos no processo de produção da saúde, num exercício de construção de novas práticas e saberes entre sujeitos autônomos, com capacidade inventiva, que se envolvem na responsabilização do planejar, executar e avaliar da Política de Saúde no Território-Cidade; nos Territórios-Distritos de Saúde e nos Territórios-Unidades de Produção da Saúde. (Andrade et al., 2006, p. 121). Para tanto, são constituídas as Rodas de Gestão que perpassam pelos territórios “vivos”, as Redes Assistenciais e as políticas estruturantes do Sistema, descentralizando e democratizando os processos de gestão e de tomada de decisão (Doc.06, pag. 121).

O Colegiado Gestor da SMS, segundo documentos, é um espaço de compartilhamento de poder e de responsabilidades relacionadas à gestão e à organização do Sistema, o que fortalece o processo de planejamento – execução – monitoramento – avaliação das ações. As rodas vêm sendo exercitadas também nos serviços/setores, perpassando e construindo democraticamente as Redes Assistenciais. Desse processo surge uma tendência à descentralização do poder e o fortalecimento da autonomia dos grupos, para que se tornem cada vez mais responsáveis por seus processos de trabalho e pelas tomadas de decisão.

Na Saúde Mental, envolve os coordenadores dos serviços, os coordenadores regionais de saúde mental e a Coordenação Colegiada de Saúde Mental:

A Rede Assistencial de Saúde Mental está sendo estruturada na perspectiva de cogestão, sendo coordenada por uma Coordenação Colegiada de Saúde Mental – CCSM - composta por duas psicólogas e um psiquiatra. Em cada Secretaria Executiva Regional – SER - existe um Coordenador Regional de Saúde Mental – CRSM - (num total de 6 coordenadores regionais), compondo um colegiado com os coordenadores dos serviços de saúde mental (14 coordenadores de serviços) localizados no âmbito de cada território, totalizando 23 profissionais. Juntos, formam o Colegiado Gestor de Saúde Mental que discute, aprofunda, aprimora, delega e coordena as estratégias de ação para a construção e consolidação da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental de Fortaleza (Doc.07, p.155 e 156).

A CCSM tem tentado implementar algumas estratégias, do tipo terapia comunitária, é massoterapia, interação com atenção primária através do matriciamento (Ent.6G1).

Para apoiar esses processos, surge a figura do Apoiador Institucional como alguém externo às equipes que facilita, media, questiona, faz ofertas, com uma relação dialética, na qual o processo de ensino-aprendizagem inerente ao aprender fazendo e fazer aprendendo, ou seja, ofertar experimentando, o constrói e ajuda a construir o outro singular ou coletivo (CAMPOS, 2007b; BASTOS et al, 2008). Encontramos, a partir da análise dos

documentos de gestão, que a CCSM tem um consultor que exerce a função de apoiador institucional, facilitando os processos de implantação da Reforma Psiquiátrica em Fortaleza, trazendo questionamentos sobre os saberes e as práticas da saúde mental (FORTALEZA, 2007):

Consultoria: Realização de 10 encontros com o consultor da Rede Assistencial de Saúde Mental, membros da Coordenação Colegiada de Saúde Mental, Coordenações Regionais de Saúde Mental e Coordenações dos Serviços de Saúde Mental (Doc.08, p.178).

A estratégia de participação social favoreceu, conforme relatórios, a criação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) dos CAPS, com a participação dos usuários em ações de controle social – plenárias da saúde, assembleias do orçamento participativo, assembleias nos CAPS, I Fórum de Saúde Mental de Fortaleza, reunião nos fóruns regionais de Saúde Mental – o que demonstra a criação de espaços que possibilitem a expressão dos desejos e o exercício de cidadania dos usuários:

Ações de maior impacto: (...) 1.12. Controle Social: - Criação dos Conselhos Locais de Saúde dos CAPS; - Participação dos usuários do CAPS geral em ações de controle social, plenária de saúde, assembleias do orçamento participativo – OP; - Reunião do Fórum Regional de Saúde Mental – SER V; - Realização de Assembleias nos CAPS (Doc.09, p.19).

Mesmo com alguns avanços, as ações implementadas pela SMS não vem atingindo todo o Sistema de Saúde, conforme identificamos na prática das Urgências Psiquiátricas:

Os plantões noturnos que eu fazia eram acompanhados por residentes. Embora, esses profissionais, os residentes, não tenham autonomia pra decidir sobre a internação. Eles fazem os plantões, mas acompanhando alguém do ‘staff’ do hospital. Eu não sei que grau de poder esses profissionais tem, pra discutir a internação dos casos com os outros colegas (...). Não há uma discussão maior, no momento da internação, com o paciente, com o usuário e com a família, com relação à necessidade mesmo dessa internação (Ent.7G1).

Cada um trabalha pro seu lado. Às vezes tem médico que chama o serviço social pra conversar a respeito do que fazer com aquele paciente. Mas, não é rotina, não. A maioria decide lá mesmo, só. Esses mais novos residentes, pessoal que terminou residência, que tá mais verdinho, que tem um bocado que já passaram no concurso, que já entraram (...). Não são todos que chamam a gente pra conversar pra saber o que fazer (.). Mas, a maioria decide só mesmo. Cada um trabalha, cada um por si e Deus por todos! (Ent.3G2).

A psiquiatria tem que se adequar ao momento. As dificuldades encontradas são referentes ao sistema (Ent.22G2).

Pires & Macedo (2006) compreendem que a complexidade da gestão e das organizações públicas dificulta as mudanças, uma vez que há uma cultura enraizada com burocracias, com interferência política, com descontinuidade nos projetos. Características como estas prejudicam o funcionamento e a transformação dessas instituições, onde o novo e

o velho convivem em uma tensão constante, embora necessária, para provocar reflexões propícias à elaboração de estratégias para atingir seus objetivos.

Outra estratégia da SMS segundo os documentos é a *Estratégia de Saúde da Família* que reestrutura o sistema de saúde com objetivo de organizar a Atenção Básica de forma a conseguir resolver mais de 85% dos problemas de saúde, encaminhando os demais casos para a rede especializada ambulatorial ou hospitalar, garantindo o cuidado e a atenção integral dos usuários do Sistema.

Os conceitos que fundamentam a atuação das equipes de saúde da família são os de ‘território vivo’ de Milton Santos (2008), pela diversidade, por suas relações dinâmicas, por constante desenvolvimento do território; de construção de vínculo entre os profissionais, as famílias, as instituições que formam o território; de responsabilização sanitária, com ações interdisciplinares e intersetoriais. Outras ferramentas ainda utilizadas no processo de trabalho em saúde são: a territorialização em saúde, o planejamento participativo, a escuta e o cuidado humanizado, a participação e mobilização social, entre outros (FORTALEZA, 2006).

A formação dos trabalhadores da saúde, por ser uma competência do SUS, é de responsabilidade das três esferas de governo, portanto da Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2002a). A partir da análise dos dados constatamos que a SMS de Fortaleza, por entender que a transformação do modelo assistencial de saúde perpassa pela qualificação dos trabalhadores, instituiu o *Sistema Municipal de Saúde Escola*, no qual todos os espaços sejam das Redes Assistenciais, dos serviços, das unidades de saúde, do território são espaços potencializadores de qualificação profissional.

A estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS) adotada pelo SMSE engloba ensino, pesquisa, produção de ciência e tecnologia para, através do processo de trabalho, transformar a produção de saúde, com parceria das Instituições Formadoras. Percebemos a construção desse Sistema nas convergências dos documentos e das entrevistas de todos os grupos, seja a respeito da necessidade de qualificação, aproveitamento da competência dos trabalhadores ou da importância das pesquisas:

O Sistema Municipal de Saúde Escola apresenta como diretrizes: - conceito de Saúde como Qualidade de Vida; - um sistema cujo eixo central de desenvolvimento é o espaço do serviço e o seu território de abrangência; - formação de profissionais de acordo com as necessidades de saúde da população. Sua dimensão pedagógica configura-se a partir da adoção das seguintes linhas de pensamento e intervenção educacional (BARRETO et al., 2006): - Conceito de “tenda invertida” (Andrade, 2004). Nessa perspectiva, o “mestre” vai à tenda do aprendiz (...); - O desenvolvimento de uma prática reflexiva a partir de experiências questionadoras, realizada em estreita colaboração com o preceptor; - Concepção sociocognitivista de aprendizagem e desenvolvimento profissional (...); - A perspectiva sócio-histórica de Vygotski, que “considera a contribuição da cultura e dos instrumentos de mediação simbólica como sendo imprescindíveis para atingir o desenvolvimento cognitivo”; - A pedagogia da libertação, de Paulo Freire, que concebe o processo educacional construído por meio de uma convivência de troca entre educador e educando (Doc.06, p.53).

A questão do Sistema Municipal de Saúde Escola não é uma questão só pra saúde mental. (...). Eu sempre digo que o grande desafio nosso é transformar o SUS, numa grande escola. Então, eu tô defendendo a necessidade de criação do sistema nacional de saúde escola, sistemas estaduais de saúde escola, sistemas municipais de saúde escola. Tá na hora da gente transformar o SUS numa grande escola. (...) com certeza dentro da saúde mental vai ter importância (Ent.5G1).

Era assim uma capacitação, funcionava assim, porque nós já pedimos, já, treinamento, num sabe? Mas, a coisa vem de longe num sabe? Parece que é falta de estudo mesmo (...) (Ent.1G2).

A principal mudança tem sido buscado junto às pessoas. Treinamento, o hospital tem investido pesadamente em treinamento de pessoal. (...) a pessoa, é o nosso tesouro, o maior ativo que nós temos e o pessoal tava meio largado, encontrei aqui pessoas já próxima a aposentadoria, que nunca tinham passado por uma reciclagem, o Estado nunca se preocupou efetivamente com, com isso. E as pessoas adoecidas de tanto tempo, tanto tempo trabalhando com o sofrimento humano, sem cuidado nenhum com elas próprias...E muitos já usuários também do hospital (...). De forma que o hospital tenha uma preocupação permanente com isso, com formação, com o desenvolvimento, com o aperfeiçoamento dessas pessoas, essa é a principal mudança (Ent.2G2).

Porque também, tem que estudar é aqui. Fomos estudar de novo, tem que tá renovando. Num dá conta a cartilha (...) tá se renovando. Tá todo mundo estudando. A gente abre um livro. “- Eu vou é aprender!”(...) Tá todo mundo estudando (...). Toda semana tem a reunião de acolhimento. Ontem, houve uma. E quem não estiver no acolhimento, vai estudar também. Então, tá todo mundo estudando (...) comprando os livros pra poder estudar (Ent.18G2).

É importante porque tem que ver a parte dos familiares (...). Aí, essa pesquisa é importante (...) (Ent.20G3).

A educação permanente em serviço surge como uma das estratégias para transformação da realidade, construção do SUS, sendo, sua importância, reconhecida por gestores, trabalhadores e usuários.

Outra estratégia utilizada pela SMS refere-se à *Gestão do Trabalho* no SUS adotando-se o conceito explicitado pelo MS/CNS como sendo:

(...) a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação de cuidados diretos à saúde dos seus usuários até às atividades-meio necessárias ao seu desenvolvimento. Inclui as ações de gestão/administração em geral do trabalho; de desenvolvimento do trabalhador para o SUS; de controle social da Gestão do Trabalho no SUS (Brasil, Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2005, p. 31); desenvolvimento de uma política de emprego que contemple direitos sociais e trabalhistas, pondo fim à precarização dos vínculos e à relação de trabalho; - a elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS (PCCSSUS). A Política de Gestão do Trabalho em desenvolvimento no modelo de gestão e de atenção integral à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza compreende o trabalhador e a trabalhadora, não como recurso humano, mas como sujeitos históricos, protagonistas da construção do SUS (...). Para tanto, o trabalho tem como objeto não só a doença, compreendendo sua prevenção, recuperação e tratamento, pois abrange as potencialidades existentes nos territórios “vivos” de modo a direcioná-las para a promoção da saúde e da vida (Doc.6, p.54)

Nos documentos constam que para garantir a construção da RASM apresentou-se ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), o projeto de ampliação dos CAPS, com aprovação para contratação temporária de profissionais, que comporiam 09 equipes para os novos CAPS e de profissionais para assessorar o início do trabalho de implantação dos novos serviços até a realização de concurso público. Definiram-se ações iniciais da Política Municipal de Saúde Mental e a implantação da Política Municipal de Redução de Danos, com elaboração e apresentação da proposta de implementação da saúde mental na Atenção Básica a serem realizadas no primeiro ano de gestão.

O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental e as Diretrizes do SUS respalda este ato quando recomendam a apresentação das Políticas de Saúde ao CMS para aprovação pela instância de controle social (BRASIL, 2002a).

Após aprovação do CMS, conforme documentos, as novas equipes de saúde mental tiveram sua habilitação junto ao MS, com envio de Projetos Institucionais dos CAPS e de documentos dos referidos profissionais. Com a inclusão das equipes de saúde mental houve um aumento de aproximadamente 515% no número de profissionais, uma vez que em 2004 existiam apenas 54 profissionais e em 2006, trezentos e trinta e três trabalhadores em saúde mental. A inclusão de artistas nas equipes de saúde mental, em parceria com o Instituto Aquilae, oferece o desenvolvimento de projetos de qualificação, assessoria e supervisão do trabalho das equipes (FORTALEZA, 2006).

Estas equipes tiveram o apoio do grupo de assessores da SMS, integrando-se às equipes da ESF, agentes comunitários, instituições comunitárias, iniciando o trabalho pelo processo de territorialização, compreendendo o território como um espaço dinâmico, vivo,

considerando as inter-relações estabelecidas no interior e no exterior da comunidade. Diversas instituições governamentais e não governamentais foram visitadas, visando a divulgação da Política Municipal de Saúde Mental e estabelecimento de parcerias.

Lancetti (2006) confirma essa prática em sua Clínica Peripatética ao convidar-nos a conhecer o território, a adentrar na comunidade para encontrar aqueles que não encontramos entre as paredes dos consultórios ou das unidades de saúde e que, muitas vezes, apresentam maior risco do que qualquer outro. O “ato de ir e vir conversando” (pag.15) se transforma em possibilidades, favorecendo abertura de caminhos para aqueles que são excluídos pela sociedade.

O entendimento de que a Política de Saúde Mental de Fortaleza tem “total congruência com a Política Nacional de Saúde Mental com os pressupostos, princípios e diretrizes do SUS, das Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras” (Ent.5G1), voltada para saúde como um direito humano, não só direito de cidadania, mas direito ético à vida, sendo dever do Estado, diverge na perspectiva da gestão de pessoas. A Resolução 60 do CMS de Fortaleza em seu item VI recomenda que:

Todos os profissionais das equipes de saúde mental deverão ser admitidos mediante concurso público e com remuneração compatível com a natureza do cargo e a complexidade das atividades (FORTALEZA, 2005b).

Embora haja uma preocupação com a construção coletiva que considera os trabalhadores da saúde como sujeitos históricos, a precarização do trabalho ainda persiste na saúde, com a contratação de pessoal por Cooperativas Profissionais sem garantia dos direitos, por Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Organizações Sociais (OS), contrariando os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) (BRASIL, 2002a), em seu item 3.1.1.3 e as recomendações das Conferências Nacional de Saúde e de Saúde Mental (BRASIL, 2002b):

(...) realizar concurso público para contratar e manter o quadro de pessoal necessário para a execução da gestão e das ações e serviços de saúde, conforme a habilitação, da respectiva esfera de gestão, definida nas Normas Operacionais Básicas do SUS, observadas as normas do Direito Público e Administrativo (BRASIL, 2002a).

A contratação de profissionais deve ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em casos de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. O contrato administrativo poderá realizar-se excepcionalmente sob aprovação do Conselho Municipal de Saúde, desde que se respeitem as definições de situações emergenciais definidas pela Lei Orgânica dos Municípios (BRASIL, 2002b:69).

A partir da análise do Relatório de Gestão 2006 identificamos que a Política de Saúde Mental de Fortaleza começou a ser discutida em 2005 pela equipe de assessores da

coordenação de saúde mental, profissionais de saúde mental, parceiros, instituições formadoras, sendo elaborado o documento da política de saúde mental para Fortaleza.

Consta neste documento e no discurso dos gestores, a implementação de uma linha de cuidados de atenção em saúde mental fundamentada na desinstitucionalização. Configuram-se assim, uma rede de serviços públicos abertos e comunitários, substitutivos aos HP, interligados aos demais serviços públicos do Sistema Municipal de Saúde, com ações em todos os níveis de atenção, que possibilitem uma transformação cultural na forma de perceber a loucura na cidade de Fortaleza (FORTALEZA, 2005a):

A gente começou a discutir a construção de uma política de saúde mental, a partir de agosto de 2005. Uma política baseada nos princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica, que a gente visa com essa política implementar uma linha de cuidados de atenção em saúde mental balizada por serviços abertos e comunitários (Ent.6G1).

A [política de] saúde mental pra Fortaleza, fundamentalmente, tá baseada na reforma psiquiátrica, levando em conta todos os pressupostos do Sistema Único de Saúde, das diretrizes e também da questão da reforma, da questão da desinstitucionalização, da questão dos cuidados comunitários em saúde mental, a questão de ampliação do acesso, de atendimento em rede. Então, eu vejo que a política de saúde mental em Fortaleza já trouxe uma maior acessibilidade (Ent.7G1).

Os documentos enfatizam que a RASM está centrada nas necessidades dos usuários, com garantia de acesso a direitos sociais e de cidadania, tendo como princípios a desinstitucionalização, a desmistificação da loucura, a inserção social das pessoas portadoras de transtornos mentais no cotidiano da vida em comunidade.

Referem ainda que a reestruturação dos serviços já existentes se fez necessário para reorganizá-los de acordo com o modelo de atenção psicossocial, superando o modelo biomédico. Liberato (2009) reafirma que se torna imprescindível se rever os (pre)conceitos instituídos até então, além de criar uma rede de serviços extra-hospitalares substitutivas aos hospitais psiquiátricos, que reveja, reflita, reformule, crie novas instâncias teórico-práticas, vivenciais, com espaços de convivência para além da política de saúde, propícios às manifestações subjetivas. Diante disto, o fechamento dos HP não basta. Isto também está no discurso dos gestores:

Acho que uma coisa que é interessante é a discussão na cidade sobre a questão da loucura e a cultura sobre a loucura que tem mudado. A mídia tem falado das questões da saúde mental. A mídia e a cultura das pessoas mudaram. Isso é (...) um dado qualitativo, subjetivo, que não é facilmente medido, mensurável, mas eu acho que é um dado. É algo que realmente aconteceu na cidade, está acontecendo na cidade, extremamente importante, talvez tão ou quase tão importante quanto o serviço, o próprio serviço fisicamente montado. E aí, só implementar o serviço, abrir o serviço, do ponto de vista físico é importante, mas isso não vai garantir na cultura sobre a loucura, na cultura sobre o uso de drogas (Ent.6G1).

Segundo documentos, no ano de 2006 a RASM teve uma expansão com os seguintes serviços: - 14 CAPS, sendo 06 CAPS Gerais, para transtornos mentais de um modo geral; - 06 CAPSad, para pessoas que apresentam uso ou abuso de álcool ou outras drogas e 02 CAPSi, que trata de transtornos mentais referentes à infância e adolescência; - 01 Residência Terapêutica, para pessoas que perderam os laços, os vínculos, devido a internações prolongadas e à cronificação de seu quadro em um hospital psiquiátrico e que hoje, não apresentam condições ou não tem suporte para viver sós; - 01 Unidade de Saúde Mental em Hospital Geral, com 30 leitos, em articulação com o Hospital Batista Memorial e o Instituto Dr. Vandick Ponte considerada como avanço; - 01 Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas, no Hospital Nossa Senhora das Graças; - 02 Urgências Psiquiátricas Especializadas, 09 Urgências Clínicas em Hospitais Municipais, que estão iniciando atendimento às situações de crise psicótica e alterações pelo uso ou abuso de álcool ou outras drogas; 01 ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) específica para saúde mental; - 16 Equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental, apoiando ações de saúde mental na Atenção Básica; - 02 Ocas de Saúde Comunitária (OSC), que realizam atividades de promoção de saúde, tanto na saúde mental como na atenção primária, com os grupos de resgate de auto-estima, terapia comunitária e massoterapia (FORTALEZA, 2008).

A Unidade de Saúde Mental Ana Carneiro (USMAC) e o Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas (SHRad) são os únicos serviços da RASM de natureza privada; o primeiro, em parceria com um hospital beneficente sem fins lucrativos e com uma OSCIP e o segundo, com um hospital privado, conveniado ao SUS. A Legislação do SUS é clara: “§ 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar” (BRASIL, 1990). Isto nos leva a alguns questionamentos. Se os documentos de gestão relatam que os serviços de saúde mental devem ser públicos, por que estes não o são? O que levou a SMS a fazer um contrato com estas instituições? Como a CCSM está se articulando com os hospitais públicos municipais para criação dos leitos de psiquiatria? Qual o motivo da não abertura de leitos psiquiátricos nos serviços hospitalares públicos, mesmo tendo recursos financeiros oriundos do MS para tal?

Segundo dados, as ações do ano de 2007 foram direcionadas à estruturação, potencialização, qualificação e integração entre serviços que compõem a Rede e as demais RA, capacitação de profissionais, implementação da PMH, com ações intersetoriais e

atividades voltadas ao atendimento integral, condizente com as reais necessidades e demandas dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O I Fórum de Saúde Mental de Fortaleza, na Universidade Estadual do Ceará (UECE) neste mesmo ano foi uma dessas ações. Teve como objetivo apresentar e discutir com a sociedade e instituições que a representam, a Política de Saúde Mental de Fortaleza. Esta política reorienta o modelo da assistência em Saúde Mental, ampliando a oferta de serviços abertos e comunitários que substituem os hospitais psiquiátricos, garantindo aos portadores de transtornos mentais graves e aos usuários de álcool e outras drogas atendimento mais humanizado.

Na ocasião, houve o lançamento do Projeto Arte Saúde – parceria da Secretaria Municipal de Saúde com o Instituto Aquilae – com apresentações artísticas, instalações, performances, expressões corporais, poesias, exposição de produtos confeccionados por iniciativa de grupos solidários e cooperativas de usuários, envolvendo os profissionais do Projeto e usuários da RASM. O Projeto vem desenvolvendo diversas atividades com objetivo de promover saúde através da arte, chamando à sociedade a modificar a forma de perceber a loucura (FORTALEZA, 2008).

Para a Prefeitura Municipal de Fortaleza e para a SMS, a Política de Saúde Mental tem uma importância considerável, contribuindo com indicadores importantes, sendo substanciado na fala dos sujeitos da pesquisa a partir das convergências dos discursos:

Outro grande desafio foi também articular a saúde mental como uma rede. A saúde mental não é um serviço isolado. Constitui-se de uma rede que tem projetos terapêuticos definidos e se estrutura como tal. Eu acho que hoje se tem uma área que a gente pode se orgulhar de grandes indicadores importantes é a de saúde mental. Eu acho que à medida que a gente adotou os princípios da reforma, houve de cara (...) uma grande humanização no serviço; de cara houve uma grande melhoria do acesso da população (Ent.5G1).

A gente tá trabalhando com saúde mental. A gente tá vendo investimento na saúde mental (...) (Ent.4G2).

Percebemos nos discursos que as estratégias da RASM visam garantir um *modo de atenção psicossocial*, com o fortalecimento dos serviços abertos e comunitários, favorecendo o acesso à saúde mental em diversos níveis de Atenção: Alta Complexidade, Atenção Especializada e Atenção Primária em saúde:

(...) eu vejo que o município de Fortaleza tá investindo e tem como estratégia, o cuidado à saúde de uma maneira mais ampla. Não pensando no modelo biomédico e tentando inverter a lógica hospitalocêntrica. Do ponto de vista da saúde mental específica, a questão de uma abordagem psicossocial da saúde mental. Não numa abordagem biomédica que é o que a gente tem observado que é o modelo que a gente tem observado, que tem vindo até agora (Ent.7G1).

Jorge et al (2006), em uma de suas pesquisas, reafirma que os profissionais consideram a reabilitação psicossocial como uma estratégia a ser desenvolvida em qualquer nível de atenção em saúde mental. Define reabilitação psicossocial como

um conjunto de atividades capazes de oferecer condições amplas de recuperação dos indivíduos através da utilização de recursos individuais, familiares e comunitários a fim de neutralizar os efeitos iatrogênicos e cronificadores da doença e do internamento. Reabilitar significa ajudar os portadores a sobrepujar suas limitações e incapacidades e promover o autocuidado, a fim de elevar-lhes a auto-estima, oportunizando-lhes a restituição da autonomia, identidade pessoal e social (JORGE et al, 2006:736).

Costa-Rosa (2000) discute o modo asilar e o modo de atenção psicossocial com transformações em seu objeto, nos meios para atingir o objetivo, nas instituições, no papel dos sujeitos, na forma como se organizam e nas relações de poder (Quadro 21).

Quadro 21 – Características do Modo Asilar x Modo Psicossocial

MODELO/ CARACTERÍSTICAS	ASILAR/ MANICOMIAL	PSICOSSOCIAL/ ANTIMANICOMIAL
Objeto	Doença biológica	Processo saúde-doença com experiências históricas, culturais, políticas, econômicas
Meio	Terapia medicamentosa	Diversidade: medicamentos, oficinas terapêuticas, grupos, recursos da comunidade
Instituição	Hospital Psiquiátrico	Diversos serviços q/ formam rede e sua comunidade/dinamismo
Papel do Sujeito	Passivo, submisso ao saber científico	Ativo, com exercício da autonomia, decisão conjunta, questionador
Abordagem	Individual	Ampla: indivíduo, família, grupo, sociedade
Papel da Família	Assistencial / pedagógico	Incentivo às criação de possibilidades
Organização do Trabalho	Figura principal: psiquiatra. Os demais profissionais têm papel secundário	Equipe interdisciplinar
Relações de Poder	Verticalidade p/ trabalhadores e usuários	Horizontal, indivíduo como foco/equipe retaguarda p/ atingir objetivo
Objetivo	Supressão de sintomas	Reintegração, reinserção, inclusão social

Fonte: Costa-Rosa, 2000. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar.

Uma das dificuldades citadas nos discursos, inclusive dos próprios profissionais que atuam na rede, gira em torno de se conseguir trabalhar com o modo de atenção psicossocial. Essa mudança é processual, necessitando de um período de tempo para se

adaptar a esse modelo, pois ele não está internalizado. Embora o direcionamento seja na perspectiva da Atenção Psicossocial, algumas vezes, percebem-se ações que não se adequam ao que está sendo proposto.

Nas UP encontramos nitidamente o modo asilar/manicomial instalado, tendo como objeto a doença focada na supressão do sintoma a partir da medicação, com abordagem individual centrada na figura do médico, o qual detém o poder, não considerando a pessoa como sujeito autônomo. Mesmo após a implantação do ACCR na UP pública percebemos que a cultura manicomial permanece, embora haja abertura para mudança. Os relatos convergem e divergem entre si:

Agora é o médico e vai continuar sendo o médico. O responsável pela internação vai continuar sendo o médico. Mas ele vai ser diluído lá fora. Porque todos iam pro médico, às vezes pro médico dizer: “- Isso é problema só de CAPS”. Não vai ser mais. Se a gente vir que o problema é só de CAPS. A enfermeira é que vai decidir lá e vai mandar pro serviço social. Não chega nem no médico mais. E de repente o médico pode até dizer que não vai ser [internado]. Pode até dizer que não vai ser [internado]. Vai, sim. Se ele disser não, vai ser, vai ser. Se ele disser sim. Quando chega na mão do assistente social, já tá decidido pelo médico se ele vai ficar. Quando ele não vai ficar, que o médico quer encaminhar pro CAPS, ele manda pro serviço social pra gente fazer o encaminhamento (Ent.3G2).

Eu chego aqui, um médico atende (...) cento e vinte pessoas. Ele não atendeu. Ele prescreveu, porque se ele for parar pra atender, ele vai passar o dia todo conversando e é isso que as pessoas estão precisando. Às vezes, a gente conversa com as pessoas, elas se sente bem. E aquilo, às vezes, substitui um remédio. Só que as pessoas chegam aqui e querem ser atendidos e não querem esperar, porque não tem um preparo. Não tem um acompanhamento. Hoje depende muito do medicamento porque eles: “- Rapaz, eu vim pegar a receita. Eu vim buscar a receita.” E o tratamento? E o acompanhamento? Hoje se tornam o quê, pessoas viciadas. Pessoas que vêm hoje vêm amanhã. Tem um prazer de estar dentro de um hospital. Tem o prazer em dizer que está doente. Não depende nem do médico. Depende do medicamento, se ela deixar de tomar. “- Porque eu vim pegar uma receita.” É como se chegasse numa bodega. Será que vai ter melhora desse jeito? Pra mim, não. Mas aqui [na urgência psiquiátrica privada], o acompanhamento só é farmacológico, principalmente pra esse tipo de medicação, por isso vão ficando mais doentes porque vão ficando mais dependentes, e será que vai melhorar? Hoje um médico pra mim, eu não vou dizer que ele atenda. Ele prescreve mais receitas. O que falta muito pras pessoas é ter um diálogo. É o médico olhar, remédio pra cá! (Ent. 9G2).

Eu acho que teve muita mudança. Fora outras. Muitos deles, não estão sabendo desse sistema novo, aqui da gente, de atendimento. Ainda vem a parte antiga, que é pedir medicação, pedir receita. Aí, dependendo do médico, a gente: “- Doutor olhe, já era paciente aqui. Não tava sabendo”. A gente encaminha também, pra ele. Dependendo da situação e eles fazem a receita. Agora, a medicação é que não é dada mais aqui. Primeiro, o paciente chega, vem pro acolhimento. A gente faz uma espécie de triagem. Pra ver se ele pode ser acompanhado só no CAPS ou se ele precisa de um atendimento médico. Porque, muitas vezes ele vem só prá pedir uma receita, uma medicação. **Aí, daqui, a gente já descarta.** Manda pro serviço social e o serviço social encaminha pro CAPS (Ent.14G2. **grifo nosso**).

Os discursos dos participantes revelam que os médicos são os sujeitos que efetivamente exercem o poder nas Urgências Psiquiátricas, autorizando ou não os

procedimentos, seja para definir diagnóstico, terapêutica, prescrição, ou seja, decidir sobre a vida das pessoas, não compartilhando com os demais profissionais a responsabilidade, muito menos, com os usuários. Estes são vistos como objeto de intervenção médica, sendo “descartados” de acordo com a sintomatologia apresentada.

As práticas manicomiais reforçam o modelo biomédico, com a emissão de receitas de psicotrópicos para medicalização do sofrimento psíquico. A escuta qualificada não é exercida como propõe a PNH, dificultando a construção de outras práticas que garantam a preservação da subjetividade do usuário e a mudança cultural da urgência de um ‘calmante’ que amenizem as dores da alma.

O ACCR é um dispositivo para organizar o serviço e ampliar o acesso do usuário à rede assistencial. Para que haja mudança intrínseca, todos os trabalhadores da UP devem ser envolvidos, comprometendo-se com a nova forma de funcionar, colocando em questão o poder exercido por cada um, principalmente pelos médicos, além de discutir exaustivamente conceitos que carregam dentro de si, oriundos de sua formação, educação, cultura, confrontando com os novos saberes e práticas.

Entendemos que as transformações são processuais, que dependem de disponibilidade interna dos atores envolvidos e que se transita entre o modo asilar/manicomial e o modo psicossocial/antimanicomial, construindo o ‘novo dentro do velho’ diuturnamente (BASTOS et al, 2008).

Para a SMS, o modelo assistencial em saúde mental se articula através das redes assistenciais, matriciando todas as demais redes com projetos terapêuticos definidos e se estrutura como tal. A pessoa que apresenta um transtorno mental é potencialmente um paciente da clínica, necessitando, ora de atendimento ambulatorial especializado; ora de atendimento nos serviços de Urgência e Emergência, devido à possibilidade de ter crises; ora necessitando de internações. Mas, também deverá estar integrado à rede de atenção primária da ESF:

Esse apoio matricial, esse desenho assistencial da rede de saúde mental se matriciando com as outras redes assistenciais é muito importante, muito forte no modelo da saúde mental de Fortaleza (Ent.5G1).

No ano de 2007, várias ações foram realizadas para a implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental (...). O apoio matricial foi implantado em 27% dos Centros de Saúde da Família de Fortaleza (CSF), ou seja, 24 unidades de saúde já estão tendo encontros periódicos com as equipes de apoio matricial para discutir os casos dos usuários adscritos (Doc.08, p. 192 e 193).

Campos & Domitti (2007) definem apoio matricial como um arranjo organizacional composto por profissionais que oferece apoio especializado a uma equipe de referência responsável pela saúde de uma determinada clientela adscrita. Complementam definindo que:

O termo apoio matricial é composto por dois conceitos operadores. O segundo deles – matricial – indica uma mudança radical de posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio. O termo matriz (...) significa o lugar onde se geram e se criam coisas; (...) indicar um conjunto de números que guardam relação entre si quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais (...); a de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal (...). O primeiro termo – apoio – sugere uma maneira para operar-se essa relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos (CAMPOS & DOMITTI, 2007:401).

Os documentos e discursos revelam que a RASM teve um crescimento fisicamente visível, como também com estratégias que não são fisicamente visíveis, mas que são extremamente importantes para sua reestruturação. Do ponto de vista específico da saúde mental surge a necessidade de trabalhar com a questão do sofrimento cotidiano das pessoas, o que força a um redirecionamento da atenção em saúde para cuidados comunitários e para a atenção primária em saúde. Esta estratégia abrange a saúde como um todo, sendo enfatizado em Alma Ata, em 1978 (OPAS, 1978).

Desta forma, a RASM também contempla ações de saúde mental na Atenção Primária como **Apoio Matricial** e a **Terapia Comunitária**, que nasceu no Ceará, em Fortaleza. A articulação da rede de saúde da família e da rede de saúde mental através da terapia comunitária cria uma nova perspectiva. A TC abre um espaço para o acolhimento do sofrimento, podendo ser porta de entrada e de saída do usuário em sofrimento, embora não se baste em si. É mais uma ferramenta que está disponível para a ESF, englobando os grupos de resgate da autoestima e de massoterapia. Por funcionar na comunidade oferece maior acesso, beneficiando um grande número de pessoas:

Essas pessoas foram historicamente medicalizadas pelo modelo ocidental da medicina tradicional. Ou seja, a medicalização do sofrimento (...) empobreceu a qualidade da assistência nesse campo da saúde mental (Ent.5G1).

O número de atendimentos em grupo de Terapia Comunitária no período de Março a Dezembro de 2006 foi de 2.940 sessões, correspondendo a 58.800 pessoas atendidas (Doc.07, p. 164).

O **Projeto Arte Saúde** e o **Projeto Ciranda da Vida** também provocam essa discussão e problematizam as questões da e na comunidade, discutindo sua potencialidade e levando para a gestão o que for de competência para resolver:

Talvez fosse uma estratégia (...) provocar também a discussão chamando a atenção primária pra junto da discussão, através do matriciamento. Mas, pra o próprio formato dos hospitais gerais teria que provocar isso. Não sei bem como. Mas, precisaria criar talvez um grupo que tivesse uma espécie de equipe que transitasse pela cidade, fazendo algum tipo de provocação sobre loucura, cultura, essas coisas assim. Trabalhar sobre o estigma, provocar uma situação pra ver. Não sei. Acho que é alguma coisa assim. A gente não tem no nosso planejamento. Eu acho que talvez, a história da arte seja uma porta de entrada interessante. Talvez, fazer algumas oficinas de arte nos hospitais gerais, com quem chega ou propor isso algum, no intervalo. Não sei. Alguma coisa assim: a porta de entrada ser a arte e tematizar com essa história da loucura e da droga, da cultura da loucura e da cultura da droga (Ent.6G1).

O discurso mostra que existem inúmeros projetos sendo realizados e que podem ser aproveitados, mas que há certa dificuldade em utilizá-los como estratégias para atingir determinado objetivo. Essa questão se expande para toda Prefeitura de Fortaleza no que diz respeito aos inúmeros projetos realizados pelas diversas políticas públicas, porém não se consegue fazer articulação entre eles. Se os próprios projetos da SMS não se integram entre si, potencializando suas ações, o que dirá os projetos de abrangência municipal.

Segundo relato dos participantes, outras estratégias de implementação de serviços são importantes para garantir a qualidade da assistência, mesmo não havendo planejamento para isto: - a criação CAPS Tipo III para oferecer retaguarda aos usuários em crise; - o fortalecimento das urgências em HG para que atendam a demanda de saúde mental e discutam sobre como acolher, sobre a cultura manicomial; - o controle da porta de entrada; - o fortalecimento do SHRad.

Os gestores, em seus discursos, acreditam que diversos resultados foram alcançados, inclusive de reversão do Modelo de Atenção em Saúde Mental, com ampliação do acesso a serviços abertos e comunitários, prevenção do suicídio, diminuição das internações psiquiátricas, principalmente com a intensificação do cuidado às situações de crise, dentre outros.

Segundo dados, houve uma pequena redução de 13% sobre as internações de pessoas usuárias de álcool e em torno de 12% das internações por transtornos esquizotípicos (FORTALEZA, 2006), mas considera-se que a rede está em processo de construção. Acredita-se que não houve uma redução significativa nas internações por não ter sido feito uma discussão ampla com a Atenção Primária, com os Hospitais Gerais, com os CAPS, no sentido de se priorizar as pessoas que necessitam de atendimento intensivo, como as pessoas egressas das internações. Apenas um ou dois CAPS visitam os HP. A gestão, por sua vez, não

acompanha os egressos, enviando mensalmente a relação dos usuários que saíram de alta para que os CAPS possam fazer busca ativa. Não se faz um acompanhamento epidemiológico. Não se tem sequer, apoio do setor epidemiológico da SMS, correndo-se o risco de não se ter trabalhado com dados reais.

Os gestores afirmam que não houve organização e disciplina para se fazer este acompanhamento, ficando-se no ativismo. Outra questão que influenciou não haver um impacto na redução das internações diz respeito à falta de controle da porta de entrada, comprovado por pesquisas no DATASUS, que demonstra ter havido aumento do tempo de internação e no número de pessoas internadas devido a dependência química.

Os discursos convergem entre si quanto a não instituição da Vigilância Epidemiológica, no que diz respeito ao modelo de gestão e de atenção integral à saúde da SMS desenvolvido por processos da Inteligência Epidemiológica para Tomada de Decisão. A CCSM não recebeu apoio considerável dessa área e a Coordenação, por sua vez, não teve atitude proativa para buscar apoio especializado da Epidemiologia:

(...) ter alguém aqui [na coordenação] pra (...) fazer um tipo de acompanhamento epidemiológico. A gente não teve ajuda da epidemiologia do município. Acho, assim, a gente não trabalhou com dados reais. A gente trabalhou em cima de fazer, fazer, mas não avaliamos (...). A gente não tem esses dados. Na verdade, a gente tem as ferramentas, mas a gente não foi suficientemente disciplinado, organizado pra fazer isso. (...) A gente não controlou as portas de entrada também. (...) a gente pode olhar pelo DATASUS, que houve o aumento do tempo de internação em várias pesquisas da gestão. (...) tá tendo muitas internações de alcoolistas e acho que grande parte das pessoas que tem transtornos mentais que estão tendo crise, não estão se internando (...). Mas, eu acho também [que] é pouco tempo. Não deu pra fazer tudo (...). A gente tem que cuidar, a gente tem que ter alguém, uma forma de cuidar desses dados epidemiológicos (Ent.6G1).

Embora haja essa deficiência, podemos perceber nos documentos pesquisados que o SMSE possibilita aos seus gestores e trabalhadores a participação em cursos para qualificação de seu corpo de funcionários, visando transformações em seus saberes e práticas:

(...) chamar atenção da importância da pesquisa nessa área. (...) precisamos melhorar a qualidade das nossas evidências, das nossas políticas pra que a gente possa ter argumentação, (...) defesa do nosso modelo. Precisamos ter (...) evidências e eu fico muito feliz de que você como autora (...), como protagonista desse processo da rede de saúde mental de Fortaleza, dedicar parte do seu tempo pra sistematizar, fazer um mestrado, investigar e tentar entender de forma mais científica, usando (...) mecanismos de sistematização do conhecimento (...), entender o funcionamento da rede. Sem dúvida nenhuma, você vai dar com o seu trabalho, uma contribuição importante na questão da tomada de decisão. Você está produzindo inteligência epidemiológica, inteligência de gestão pra tomada de decisão. Epidemiológica porque você vai mostrar o perfil da rede, o perfil dos internamentos, o perfil da estrutura e do funcionamento. E inteligência de gestão porque a partir do seu estudo, você tá produzindo também, uma inteligência de gestão na rede hospitalar e facilitar a tomada de decisão dos próximos gestores (Ent.5G1).

Esta questão deve ser considerada, pois os gestores tornam-se pesquisadores de sua própria gestão, sendo sujeito e objeto da própria pesquisa, devendo ter uma responsabilidade ainda maior, tanto referente ao que está sendo pesquisado, como quanto seguir com rigorosidade a metodologia eleita, para que não haja distorções nos dados e discursos coletados pelo sujeito-objeto da pesquisa.

A análise dos dados empíricos nos fez apreender que Fortaleza conseguiu ampliar significativamente de 2005 a 2008, a rede de serviços substitutivos em saúde mental, principalmente no número de Centros Atenção Psicossocial, tanto dos que são para cuidados de transtornos psicóticos mais graves, quanto para dependência química, álcool e outras drogas. Possibilita assim, um cuidado comunitário de maneira mais próxima da família, do território em que se vive. Com essa ampliação, se tem conseguido diminuir a necessidade da internação psiquiátrica, melhora a acessibilidade dos usuários a um tratamento mais humanizado e mais integral. Isso é um avanço da rede no sentido dos Hospitais Psiquiátricos não serem mais necessário, embora se compreenda que há um enorme desafio pela frente.

Liberato (2009) destaca que as diversas experiências exitosas em saúde mental ultrapassaram as fronteiras da saúde, invadindo o campo social, econômico, cultural, enfatizando que

sem investir nisso, os velhos manicômios vão continuar cheios e as novas estruturas, a despeito de toda boa vontade e técnica, não serão capazes de interferir nesse modo de funcionar que nos faz operadores daquilo que queremos combater (LIBERATO, 2009:9).

O componente ético do modelo assistencial em saúde mental se diferencia da saúde como um todo, pois o sistema pode oferecer acesso universal a políticas e serviços manicomiais. Portanto, torna-se necessário, discutir a qualidade desse acesso, incorporando a questão da saúde como um direito humano, com um referencial ético que é a ética do cuidado. Ressignificar eticamente o processo da assistência e da atenção em saúde mental.

Os discursos de alguns gestores convergem entre si ao revelarem que com a implementação da RP em Fortaleza, as pessoas das outras cidades e estados já acreditam que Fortaleza tem o modelo substitutivo e que pretende substituir o Hospital Psiquiátrico por um modelo assistencial antimanicomial:

Então, a gente tinha um modelo que segregava que excluía. Que pra esse modelo, o que se tinha era o hospital psiquiátrico e a gente, a partir do momento da reforma, de 87 pra cá, se pensou modelos outros, forma de pensar diferente, levou a construir modelos abertos comunitários como sendo alternativa pra contrapor esse modelo. (...) todo mundo já fala. Todo mundo já diz: “- Ah! Fortaleza tem o modelo substitutivo. Fortaleza quer substituir o hospital psiquiátrico por um modelo mais assim (Ent.6G2).

Acreditam ainda, que as estratégias implementadas estão contribuindo para a reversão do modelo assistencial psiquiátrico com tendência a inverter a lógica hospitalocêntrica: “Olha, eu acho que as estratégias que estão sendo postas em prática, hoje em Fortaleza, elas já estão contribuindo pra isso” (Ent.5G1). Porém, percebemos que ainda há muito a ser feito para que haja uma reversão do modelo manicomial para um modelo de atenção integral, psicossocial em saúde mental.

A promulgação de Leis Municipais, a mobilização social, a intersetorialidade, ações que promovam reflexões sobre a loucura são outras estratégias necessárias para reversão do modelo psiquiátrico (HIRDES, 2009; SOUZA & GARCIA, 2008).

Diversos autores (ANTUNES & QUEIROZ, 2007; KODA & FERNANDES, 2007; LUZIO & L’ABBATE, 2009) apontam em seus estudos que a alternância de poder na esfera municipal é um dos obstáculos da atenção psicossocial por falta de respaldo da administração política, gerando o desmonte dos serviços, com a demissão dos trabalhadores pela precarização dos vínculos trabalhistas, com a falta de investimentos e de infraestrutura, com a desarticulação da rede. Enfatizam Koda & Fernandes (2007) que “o desânimo dos trabalhadores ganha ares de luto pela perda de algo muito importante para a continuidade de uma proposta antimanicomial: o respaldo da administração política” (p. 1459).

Já discutimos anteriormente que a implantação dos serviços de saúde mental, por si só, não garante a acessibilidade e a reversão do modelo hospitalocêntrico, como também, não garante que a RASM funcione de acordo com os princípios da Luta Antimanicomial.

Os dados referentes à gestão 2005-2008 e os discursos obtidos das entrevistas indicam que a SMS/CCSM não fez intervenções nas instituições psiquiátricas. Existe ainda seis HP em Fortaleza e a RASM reforça sua existência, não só pela necessidade de seus leitos psiquiátricos, mas também por não traçar estratégias de enfrentamento às instituições manicomiais. O município de Fortaleza deve se antecipar às ocorrências mais graves das que já ocorrem nos HP, como no caso de Sobral/CE, que implantou a Rede Integral de Atenção à

Saúde Mental, após ter sido comprovado a morte de Damião Ximenes por maus-tratos (PEREIRA & ANDRADE, 2007).

Diante do contexto analítico, percebemos que o município de Fortaleza, através de suas próprias estratégias, pela fragilidade de sua rede assistencial, concede poder aos HP no controle da porta de entrada para as internações psiquiátricas, sejam para os transtornos mentais e/ou problemas relacionados ao uso/abuso/dependência de álcool e outras drogas. Jardim & Dimenstein (2007) confirmam ao relatarem que

Em função da precariedade da rede de atenção em saúde mental, especialmente dos CAPS tipo III e da falta de leitos em hospitais gerais, os serviços de urgência psiquiátrica continuam alimentando as internações psiquiátricas em manicômios, em vez de promover uma nova geografia na distribuição da demanda em saúde mental, preservando, conseqüentemente, o hospital psiquiátrico, símbolo máximo de exclusão social e descuido (p. 170).

Enquanto isto, na sala de espera da UP do HP privado, a esposa de um familiar diz: “Ainda bem que o que salva a gente é os leitos dos hospitais, que ainda aceita os drogueiro e os cachaceiro” (Ent.13G3):

52% dos usuários que buscam a Urgência Psiquiátrica apresentam algum transtorno decorrente do uso/abuso do álcool e outras drogas (CID F10-F19.2), percentual este superior aos demais diagnósticos registrados, mesmo somando-se todos – F00; F20; F30; F40; F60; F70; F90; S/D (Doc.02).

Esta é uma das estratégias que os HP se utilizam para manutenção do modelo assistencial psiquiátrico, mesmo com a Legislação determinando que o tratamento aos usuários de álcool e outras drogas deva ser realizado nos Hospitais Gerais (BRASIL, 2005a).

A Política sobre Álcool e outras Drogas no Brasil ainda deve enfrentar o desafio de discutir sobre os serviços que melhor se adequam às necessidades dos usuários – hospital dia, comunidade terapêutica, clínicas, albergues –, definindo o projeto terapêutico relacionado ao uso da droga. Nos discursos de um dos gestores e de trabalhadores, os usuários ainda devem ser “confinados” no período de abstinência para ser medicalizado e “segregados” nos momentos de crise:

Pra que a família tenha condições de receber esse indivíduo, tem que **segregar**. **Segregar**. Que é uma grande dificuldade nossa. Que de muita certa forma, ele quer trancar, ele quer privar. Essa é uma razão que eu vejo a necessidade de internamento psiquiátrico. Quando a família não tem esse suporte. E em outro momento, quando o paciente está apresentando algum tipo de comportamento que oferece risco à família ou oferece risco pra sociedade. Eu acho que é um direito que tem de ser tratado, tem de ser **segregado**, sim, naquele instante, e a partir do momento em que ele sai da crise... (Ent.17G2).

Eu sei que tem um período aí de abstinência da droga que, muitas vezes, o paciente tem que ficar **confinado**, sendo medicalizado, que a gente não resolveu ainda direito isso no Brasil. Então, eu acho que é um desafio também, que tá embutido aí na questão da rede hospitalar (Ent.5G1).

Esta ideia favorece aos Hospitais Psiquiátricos a absorção desta demanda, contribuindo ainda mais para a cristalização e a permanência desses serviços, uma vez que a SMS/CCSM não desencadeou o processo de discussão com a RAH e os CAPSad não conseguem trabalhar com a demanda de urgência/emergência, com acolhimento às crises e com desintoxicação. Isto se evidencia nas entrevistas e a partir do levantamento realizado no Livro de Registro das Internações do HP público:

É, o número de leitos, eu não posso dizer que é inadequado porque, se você considerar os psicóticos em geral, eu não tenho uma fila de espera. O que eu tenho fila de espera é pra desintoxicação. Muitas vezes tem 20 usuários aguardando internação. Aqui e na rede (...) o que prevalece aqui na nossa porta é o usuário de álcool e droga (Ent.2G2).

Mas, o que a gente tem observado é que a nossa demanda tem aumentado na parte de drogadicção. Tem mais drogadicto hoje internado, do que o doente mental. Tem aumentado muito (Ent.3G2).

(...) teve um aumento muito da parte dos dependentes químicos. Eu acho que hoje, a psiquiatria está com grande problema de saúde mental, de saúde pública, que é a dependência química (Ent.10G2).

Encontramos convergências e divergências entre os documentos e os discursos e destes entre si. Conforme documento da Política de Saúde Mental de Fortaleza, os HP não fazem parte da rede, porém, um dos gestores entrevistados acredita que o HP público se constitui enquanto equipamento da RASM, devendo se ressignificar, o que diverge dos demais gestores que não incluem os hospitais psiquiátricos, embora aceitem a necessidade deles no contexto atual de Fortaleza:

(...) esse conjunto (...) de equipamentos construindo uma rede de saúde mental, digamos, que consubstancia a política de saúde mental do município de Fortaleza, além da mega rede de hospitais que tem, desde hospitais de urgência e urgência, até hospitais como o Hospital de [Saúde Mental] Messejana (...) (Ent.5G1).

(...) eu vou te dizer que eu acho que não há lugar (...) nenhum lugar (...). Eu acho que a gente deve pelo menos procurar rumar para um momento, onde esses hospitais não sejam mais necessários. Eu acho que eles ainda têm um papel num sentido, de [que] existem situações onde há necessidade de internação (...) (Ent.7G1).

(...) inicialmente, a gente (...) começou negando os hospitais (...). Literalmente negando, como se eles não, como a gente tem uma proposta em substituí-los por um serviço nos hospitais gerais, então a gente preferiu não dar um lugar pra ele, pra que eles não se colocassem. Se eu reconheço o lugar dele, eu fortaleço. Então, a gente meio que omitindo o lugar do hospital [psiquiátrico] pra que não [se] fortalecesse. E aí, a gente viu que mesmo implementando uma rede como a nossa, a gente ainda necessita de certa forma, enxergar que esse hospital tá ali e grande parte da nossa rede vai pra lá. Embora, a gente não queira que aconteça isso (...) (Ent.6G1).

O modelo hospitalocêntrico, através de seu poder psiquiátrico, utiliza o HP como principal instrumento, baseado na internação como a melhor forma de tratar as pessoas. A segregação e a exclusão tornam-se consequência da iatrogenia proporcionada por esse modelo que maltrata, encarcera, que tortura, herança adquirida para aqueles que subvertem a ordem (FOUCAULT, 1999).

Se os HP não compõem a RASM, mas continuam sendo o principal meio de internação psiquiátrica em Fortaleza por não haver leitos psiquiátricos em HG e CAPS Tipo III que dê conta das necessidades da população, questionamos se as estratégias utilizadas pela SMS/CCSM para transformação do modelo assistencial em saúde mental estão sendo favoráveis a este objetivo.

Analisamos, a partir dos dados empíricos desta pesquisa, subsidiadas pela visão de Matus (2007), o Projeto Político que sustenta a Política de Saúde/Saúde Mental para compreendermos melhor a implantação da RASM de Fortaleza.

O poder político instituído desencadeia as articulações necessárias para defender os interesses do grupo, com vistas à realização de seu projeto. A Política de Saúde Mental de Fortaleza fundamenta-se nos princípios e nas diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial e das Conferências Nacionais de Saúde Mental com objetivo de implantar a Reforma Psiquiátrica e de construir uma rede assistencial em saúde mental capaz de substituir o modelo hospitalocêntrico manicomial existente.

Este projeto político é o **Projeto de Governo**, assim denominado por Matus (2007), que corresponde a um plano de ação traçado para atingir seus objetivos. Este projeto está diretamente relacionado a um conjunto de princípios, valores e forma de pensar sobre uma sociedade, mas que depende também do grau de **Governabilidade do Sistema**, ou seja, do poder que seus atores têm para realizar seu projeto. Depende ainda de sua **Capacidade de Governo**, que se refere à capacidade de dirigir²⁵ e conduzir as ações propostas por seu projeto de governo, embasados por conhecimentos técnicos, métodos, destrezas e habilidades. O referido autor chama essas três variáveis, e por isto, interdependentes, de **Triângulo de Governo**, conforme diagrama abaixo:

²⁵ **Dirigir** – Escolher uma direção e ter a capacidade de persistir nessa direção apesar dos obstáculos que se ofereçam (MATUS, 2007).

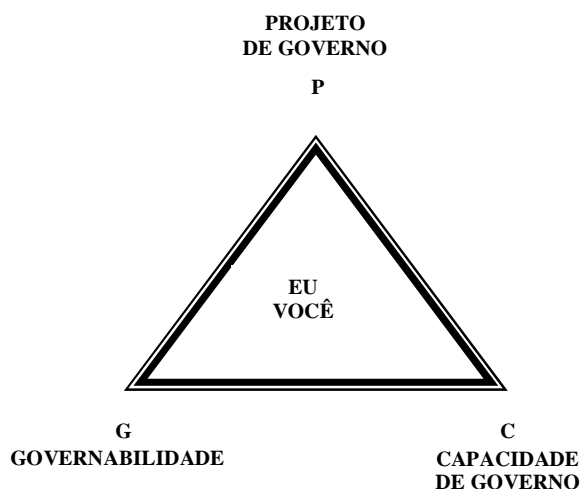


Diagrama 8 – Sistema Triangular – Triângulo de Governo e suas variáveis.
Fonte: MATUS, 2007.

No município de Fortaleza, as três variáveis interferem diretamente na construção e na transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental, tendo-se dificuldades em todas as três variáveis. A implantação da Reforma Psiquiátrica é um Projeto de Governo prioritário, que está sendo viabilizado apenas na gestão municipal de um partido social-democrata, que compreende o SUS, enquanto sistema universal instaurado por lutas e articulações entre o Estado e a Sociedade Civil, com cada instância apresentando defesas fundamentadas em suas concepções, interesses e necessidades (FLEURY, 2009).

Fortaleza, ao propor um projeto político social, essencialmente público, com um modelo assistencial em saúde mental composto fundamentalmente por serviços abertos, comunitários contraria aquelas pessoas – físicas e/ou jurídicas – que desejam garantir a manutenção do seu ‘*status quo*’, da sua cultura hegemônica, de sua ideologia. Ao longo do tempo, vêm sustentando o sistema hospitalocêntrico psiquiátrico, baseado no modelo médico-privatista. Os discursos convergem para a sustentação do modelo manicomial, o que é reforçado por aqueles que são ao seu favor:

Eu costumo dizer nas palestras que eu faço que eu mantenho esse serviço por três características que eu tenho: uma, é idealismo. Eu tô aqui há quarenta e dois anos e não quero que isso feche, porque eu acredito no hospital psiquiátrico; o outro, é teimosia (...). Quem mantém essa estrutura, só pode ser (...). Alguns médicos são casados com a instituição (...) eu tenho uma admiração enorme por eles (...) porque trabalham aqui há muitos anos e [são] muito mais idealistas do que financistas. Um médico nosso aqui, com esse salário fixo na carteira de seiscentos reais e atendendo com produtividade de dois reais e setenta centavos, por cada consulta. Eu considero isso uma coisa vergonhosa. Mas, eles se mantêm aqui (...) porque são idealistas também, ou teimosos também, como eu (Ent.12G2).

Nos primeiros tempos da reforma, a ideia era que ele [hospital psiquiátrico] deixasse de existir mesmo. Hoje já se tem uma ação de que ele não precisa deixar de existir, ele precisa é mudar o perfil. Isso que a gente tem buscado. Nesse mudar o perfil no hospital efetivamente gerador de conhecimento na área da saúde mental, passa pela questão da estrutura física. Eu não posso conseguir um serviço de qualidade se a parte de hotelaria nesse meu hospital é um descalabro (Ent.2G2).

(...) a missão do hospital (...) se resume em três pontos: prestar uma assistência de qualidade. Ser reconhecida como uma instituição efetivamente de ensino, tanto de qualidade e que com incremento de novas técnicas da assistência na saúde mental (...) mas já é uma mudança de paradigma. Nossa missão não é internar paciente. A nossa missão principal na parte assistencial é prover essa assistência, mas com vista à integração do paciente ao contexto sócio-familiar. Até porque a maior parte de nossos usuários quando ele, ele chega, então, são usuários estão no auge do, na idade economicamente ativa. São usuários que se têm dois custos principais envolvidos: o custo da hospitalização, da assistência propriamente dita e o custo desse paciente pra sociedade, fora do sistema produtivo. Então, a grande missão desse hospital é atuar nesses períodos agudos, de crise, e no menor tempo possível restituir esse paciente à sociedade e à família. Esta é a proposta (Ent.2G2).

Os interesses e as intenções de cada indivíduo e/ou grupo ocasiona um jogo de forças contrárias, no qual o Estado exerce o seu poder de dominação para exigir que seu Projeto de Governo seja executado e seus opositores exercem o seu poder, se utilizando de estratégias para manutenção ou transformação de seu modelo assistencial. A SMS, ao não intervir nas duas Urgências Psiquiátricas, principalmente na UP privada conveniada com o SUS, favorece a manutenção do modelo tradicional psiquiátrico, prejudicando o próprio Projeto de Governo de implantação da Reforma Psiquiátrica a qual está construindo:

Na verdade, ainda é a mesma, ainda é a mesma porta de entrada. A porta de entrada ainda são os dois hospitais. Embora tenham acontecido já, alguns avanços no sentido de, nós termos uma unidade de internação no hospital geral. E essa unidade, algumas vezes, a gente tem conseguido favorecer a internação, quando necessário, de uma pessoa nessa unidade, sem que essa pessoa tenha passado por uma dessas duas portas de entradas. Isso ainda é uma coisa que não tá muito clara pra gente. A gente, na verdade, tem pensado de que forma a gente poderia ter um controle melhor da porta de entrada, pra que não fosse por essas duas urgências. A gente acha que há dificuldades, com relação a essas duas portas de entrada, porque quando, quando você tem uma rede, que você não tem o controle da porta de entrada, fica muito difícil você trabalhar com os critérios de admissão.. Eu só queria acrescentar que eu acho que as Urgências Psiquiátricas são, nesse momento, em Fortaleza, um ponto chave pro avanço da política de saúde mental no município. Eu acho que é imprescindível que a gente se detenha mais especificamente neste termo. Pra que a gente possa realmente implementar uma política de saúde mental mais adequada pro município isso não pode sair da nossa vista como uma prioridade pra implementação dessa política (Ent.7G1).

No que diz respeito à Governabilidade do Sistema, ao nos referirmos à macropolítica, a Prefeitura de Fortaleza, através de seus representantes políticos e de seus aliados, tenta garantir que seus Projetos sejam aprovados na Câmara Municipal (FORTALEZA, 1996), com articulações com o governo estadual para apoio em projetos de grande porte. Quanto à micropolítica da SMS/CCSM, seus gestores têm o poder de realizar

seus projetos, uma vez que a Reforma Psiquiátrica é unanimidade. Porém, dentro da própria SMS, há situações limites que dificultam o avanço desse Projeto, no que diz respeito, não só à integração da RASM com a Atenção Básica, mas também, pela ausência de compreensão epistemológica do modelo assistencial:

Nós temos ainda um pequeno envolvimento da atenção básica nesse processo, nós temos serviços de saúde mental que ficam superlotados; às vezes, com uma demanda excessiva, onde você não tem um número de profissionais suficientes pra dá essa cobertura. A verdade é que não se propõe isso. Isso gera uma sobrecarga nos serviços que existem. E isso dificulta o gerenciamento do cuidado de uma maneira mais individualizada, que é o que a gente busca. Outra coisa, eu vejo a dificuldade, inclusive dos próprios profissionais em conseguirem trabalhar com o modelo de atenção psicossocial. Essa mudança, ela é processual. Ela leva um tempo e pra muitos de nós, ainda é difícil se adaptar ao modelo psicossocial. Não tá internalizado pra gente como trabalhar psicossocial. De uma forma psicossocial. Então, às vezes, eu acho que, embora o direcionamento seja nesse sentido, algumas vezes, a gente percebe ações que não se adequam ao que tá sendo proposto. Eu acho que a gente tem que evoluir pra isso. E aí, eu não diria que isso é um problema específico dos serviços específicos, assim, pro exemplo, dos serviços de saúde mental. Tô dizendo dos CAPS. Eu acho que a gente tem que avançar em vários serviços. Mas, nos serviços especializados, nos CAPS, eu vejo esse avanço, embora haja dificuldades (...) excesso da demanda, dos profissionais terem envolvimento com uma série de outras situações. Então, num momento de crise, ele mobiliza todo o serviço. Você pode tá com o serviço funcionando, quando aparece alguém que está em crise, isto mobiliza todo serviço. Ainda, há dificuldade em como gerencia (Ent.7G1).

Pires & Macedo (2006) discutem as organizações públicas, referindo que existe uma autoridade política externa que regula seu funcionamento, portanto, “vulneráveis às interferências do poder político, por serem geridas pelo poder público” (p.16). Algumas características dessas organizações dificultam a Capacidade de Governo pela excessiva necessidade de controle, sejam das ações ou de pessoal, pela centralização do poder, resistência às mudanças, distribuição de empregos e cargos comissionados, a partir dos interesses políticos. Observamos que muitos dos gestores que assumem cargos são militantes políticos sem preparo para o exercício da função gerencial, mas, por serem de confiança do Partido Político, permanecem no cargo. Na SMS, embora haja um acúmulo de experiência de alguns gestores na área gerencial na saúde coletiva/saúde mental, a gestão de uma cidade como Fortaleza é ímpar e complexa, devido à sua diversidade, contradições, dificuldades, problemas próprios de uma grande metrópole.

Outra questão referente ao Projeto de Governo diz respeito à proposta de transformação do modelo biomédico até então vigente, para um modelo assistencial fundamentado nas Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Os discursos complementam que a Educação Permanente em Saúde é uma das estratégias que subsidiará a mudança nos saberes

e práticas de todos os atores envolvidos no processo, embora em outros, demonstrem a dificuldade dos trabalhadores mais antigos em aderir às mudanças:

Eu acho que a questão [é] realmente (...) continuar investindo na educação permanente. Eu acho que é fundamental. Nós não podemos deixar de ver que Fortaleza tem um grande avanço, nesse sentido, que é ter um Sistema Municipal de Saúde Escola, que está investindo nos profissionais, pra que eles estejam estudando, (...) se capacitando dentro da realidade do seu serviço, ou seja, trazendo esse benefício pro dia-a-dia do seu trabalho. Eu acho que isso é uma das formas da gente conseguir contornar essa ainda pouca apropriação da saúde como um todo, de um modo geral, mas também da saúde mental (...). Eu vejo a dificuldade, inclusive dos próprios profissionais em conseguirem trabalhar com o modelo de atenção psicossocial. Essa mudança (...) é processual. Leva um tempo e prá muitos de nós, ainda é difícil se adaptar ao modelo psicossocial. Não tá internalizado prá gente como trabalhar de uma forma psicossocial. Então, às vezes, eu acho que, embora o direcionamento seja nesse sentido, algumas vezes, a gente percebe ações que não se adequam ao que tá sendo proposto (Ent.7G1).

Embora, a gente ainda fique sujeito a alguns profissionais talvez mais antigos e que com certeza [o] mais difícil de lidar em toda reforma psiquiátrica são os mais antigos. Acho que os mais novos quando vem, vem com uma vontade de fazer alguma coisa legal, diferente e tal, mas os mais antigos ainda ficam persistindo (Ent.15G2).

O Projeto Político pode estar bem esclarecido para o grupo de gestores, embora haja dificuldades gerenciais. A classe trabalhadora ainda não absorveu qual a sua função social, uma vez que faz parte do Projeto de Governo o envolvimento de todos, minimizando a alienação gerada, ou como nos diz Testa (1995), a falsa consciência gerada pelo aparelho ideológico do Estado, através da reprodução do pensamento hegemônico:

(...) a reforma física já aconteceu. Agora, a reforma na cabeça das pessoas, aí, ainda perdura muito. É como se os **cadeados ainda permanecessem atrelados no cérebro das pessoas...** Mas, que eles sabem que tem que ser assim... (Ent. 18G2. **grifo nosso**).

Os discursos tornam notória a resistência dos trabalhadores em construir práticas que promovam transformação do seu cotidiano, subsidiando o trabalho em uma perspectiva potencializadora, produtora da dialética da construção de si mesmo e do Sistema, em um constante movimentar-se para o que pode deixar de ser/estar/existir, para o que pode ser produzido e o que poderá vir a ser/estar/existir. Os “cadeados” voltam-se para si mesmo, para o outro, para o mundo, impossibilitando o novo que bate à porta, e, desta forma, o modelo psiquiátrico vai se cristalizando nos muros subjetivos da cultura e da mente humana.

Categoria 2 – Micropolítica do processo de trabalho e o cuidar em Urgências – em busca do alívio da “dor mental”: o poder técnico

O cuidado em Serviços de Urgências é regulamentado pela Política Nacional de Atenção às Urgências, devendo ser organizado de forma a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não intencionais, violências e suicídios), através dos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais. Segundo Portaria nº 2.048, de 05 de Novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as urgências psiquiátricas devem ser atendidas em Unidades de Urgência e Emergência em Hospitais Gerais (BRASIL, 2006).

No Parágrafo único do artigo 4º da Portaria GM/MS nº479, de 15 de abril de 1999 que institui os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências, os atendimentos às urgências/emergências psiquiátricas somente farão jus à remuneração adicional quando realizadas em Hospitais Gerais (BRASIL, 1999).

A legislação referente à saúde mental direciona esse atendimento para os HG, regulamentando que esses serviços devem ser regionalizados, funcionar 24 horas por dia com apoio de leitos de observação de 72 horas, com equipe multiprofissional composta por médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro e profissionais de nível médio e elementar necessários à realização de atividades inerentes ao serviço, para os usuários e familiares. Quando da alta, o usuário deve ser referenciado ou para o serviço extra-hospitalar de referência ou para internação (BRASIL, 2004b).

No documento da Política de Saúde Mental de Fortaleza o atendimento de urgência deve acontecer nos HG municipais, interligadas ao IJF – Centro e ao SAMU:

O atendimento emergencial em saúde mental deverá ocorrer de forma regionalizada, em hospitais gerais municipais do SUS, contando cada urgência psiquiátrica com pelo menos três leitos de observação de 72 horas, de acordo com as normas do Ministério da Saúde. A Rede Assistencial em Saúde Mental deverá estar integrada ao IJF – Centro, estimulando a criação de um serviço de saúde mental neste hospital para atender as demandas de seus usuários. A regulação das internações psiquiátricas deverá ser realizada pela Central de Leitos de Fortaleza, considerando critérios a serem discutidos, como: regulação médica, período de tempo entre reinternações e outros que sejam importantes para a estruturação dos serviços de saúde mental. O acesso dos usuários para as internações psiquiátricas dar-se-á a partir dos serviços de urgência psiquiátrica dos hospitais gerais municipais e a urgência psiquiátrica do HSMM. O SAMU deverá estar integrado à rede assistencial em Saúde Mental, devendo ser estabelecida a formação e os protocolos de atendimento com seus profissionais, para que seja realizado o suporte e transporte dos usuários em crise para os serviços de urgência psiquiátrica existentes, contando com o apoio de outros serviços da rede como os CAPS (FORTALEZA, 2005a).

No entanto, há divergência entre o documento da Política de Fortaleza e os discursos, pois estes revelam que no município de Fortaleza as urgências psiquiátricas, apesar de todo o avanço da RASM, continuam sendo atendidas em dois dos seis Hospitais Psiquiátricos existentes, que são portas de entrada para as internações: uma urgência psiquiátrica em um hospital psiquiátrico privado contratualizado com o SUS e a outra, em um hospital psiquiátrico público de referência estadual.

Há uma contradição na Política de Saúde Mental de Fortaleza, no que diz à implantação da Reforma Psiquiátrica, por não haver decisão política de descredenciar a UP privada e instituir atendimento às crises psiquiátricas nos HG de Fortaleza:

Acho que é uma área que não mudou muita coisa. Ainda continua. Você tem o Y que é um grande hospital, que é porta de entrada da urgência. E, a partir dele, os usuários são regulados pela central e as vagas são solicitadas e disponibilizadas. A grande porta de entrada é ainda a rede existente. Eu acho que essa é uma área, é natural que você não avança tudo ao mesmo tempo e não resolve tudo de uma vez só, mas, eu acho que a regulação da psiquiatria é uma necessidade de ser aprimorada (Ent.5G1).

A gente tem duas portas de entrada que é X e o Y. Nessas portas de entrada, a comunidade chega e a demanda diz que quer ser internada e aí o hospital interna. Não tem assim, um fluxo outro. Assim, eles, de qualquer local da cidade vão a qualquer urgência e pede o atendimento e o atendimento é dado. Na maioria das vezes, as pessoas são internadas naquele momento que chega; senão, ficam esperando uma vaga pra internação. Não há assim, um grande, é, digamos assim, não há um fluxo criado, por exemplo, até chegar lá. Não tem nada que barre esse acesso à porta de entrada das urgências. Elas chegam e vão solicitando atendimento (Ent.6G1).

São em hospitais psiquiátricos. No X e a outra no Y. Na verdade, ainda é a mesma, ainda é a mesma porta de entrada. A porta de entrada ainda são os dois hospitais [psiquiátricos] (Ent.7G1).

Embora haja essa prática, não há um entendimento quanto à composição das UP nos HP como sendo um serviço da RASM, assim como não há uma cultura de atendimento das crises psiquiátricas nos HG, conforme constatamos divergências nos discursos:

De fato, as urgências psiquiátricas e urgência dos hospitais gerais não estão inseridas na RASM. Não há um fluxo na gestão que garanta que as urgências nos hospitais gerais atendam as urgências psiquiátricas da mesma forma que atendem outras clínicas. Existem experiências pontuais na rotina dos serviços, mas não há um fluxo. As razões são várias. Desde a lotação das urgências com outras clínicas ao fato das pessoas compreenderem que a urgência psiquiátrica deve ser encaminhada para as duas urgências dos HP. Deve-se construir o fluxo da gestão e uma cultura, um entendimento de que a urgência psiquiátrica deve ser feita também, nas urgências gerais (Ent.6G1).

Fortaleza é um município que tem gestão plena do sistema de saúde, portanto, as urgências [psiquiátricas] estão incluídas na rede de saúde mental, embora a capacidade de ter o controle das internações psiquiátricas seja muito pequena. Há uma relação de parceria com esses serviços, mas o nível de influência sobre a decisão das internações é irrelevante (Ent.7G1).

Urgência Psiquiátrica privada: alívio da dor mental?

A criação do serviço de Urgência Psiquiátrica privada, segundo discursos, ocorreu por necessidade de ter um atendimento de urgência para os casos psiquiátricos agudos, uma vez que os HG não executavam esse tipo de procedimento. Atualmente, isso ainda se perpetua culturalmente, conforme discurso de uma familiar se referindo que levou seu cunhado ao HG Frotinha e que o haviam encaminhado à UP privada:

É porque lá não tem especialidade pro que ele estava sentindo. Porque pra cada (...) enfermidade uma coisa tem que ter um canto específico pra aquilo. Então, não era o lugar... (Ent.8G3).

A UP privada conveniada ao SUS surgiu há alguns anos, segundo relatos, pela carência de serviços públicos em oferecer esse tipo de atendimento, pois em Fortaleza, fora o HP público, o SUS não oferece nenhum serviço de urgência.

O contrato entre a SMS de Fortaleza e a UP privada se estabelece pelo atendimento da demanda espontânea para atender três tipos de consultas: atendimento de urgência em atenção especializada, que são consultas de pronto atendimento com administração de medicação; a observação clínica, quando o usuário precisa passar algum tempo no leito, recebendo alguma medicação e a consulta ambulatorial, que acontece quando o usuário necessita de medicação ou de uma orientação:

O serviço da urgência funciona segundo o contrato que nós temos com a previdência que já vem desde a época do antigo INAMPS (...). Então, o paciente chega por demanda espontânea. O nosso contrato é por demanda espontânea. Ele apresenta um documento qualquer. Se vier sem documento é atendido também (...). Ao chegar faz uma ficha e espera na sala de espera o atendimento (...), demora só meio hora e em outras ocasiões, demora uma hora pra ele ser atendido, devido à grande demanda. O médico atende, medica... (Ent.12G2).

Acredita-se que o credenciamento ocorreu devido ao alto custo de manutenção de um serviço 24 horas para o SUS:

No caso, somos particular, mas credenciada, conveniada ao SUS. Eu creio que surgiu pela necessidade da população e por falta do serviço público oferecer esse serviço. Então, talvez, seja mais um custo, seja menor credenciar um hospital particular, do que ele mesmo montar esse serviço. Pra ter um serviço 24 horas todos os dias, você tem que ter um fluxo de médico. Aqui, raramente falta um médico. Quando falta um, você já tem que ligar pra outro. O médico sai, quando o outro chega. Hoje, em Fortaleza, fora Messejana, o SUS não oferece nenhum serviço de urgência. Só tem o IPC (Ent.10G2).

Constatamos divergências entre os próprios dirigentes da instituição privada e os demais participantes da pesquisa, quanto ao funcionamento da UP, pois no horário diurno, de 06h30min às 18h30min, funciona em um prédio anexo ao HP, por ter uma melhor estrutura para o atendimento e, a partir das 18h0030min, a UP funciona no prédio do HP, localizado em outro endereço:

Nesse horário de 6:30 a 6:30 da noite e os que dão plantão, que é o noturno, lá no outro prédio. Porque aqui, só funciona diurno. Nós temos uma boa estrutura física aqui (...). Um dos nossos objetivos era mudar um pouco a estrutura física lá. Porque lá, até por ser um prédio antigo. A parte da urgência ficava muito aberta. Aquela grade ficava muito aberta. Às vezes, os (...) meninos de rua entram, atrapalhavam as atividades. Ficava um transtorno. Então, (...) a parte da estrutura física bem melhor [com] cadeiras, consultórios (Ent.10G2).

Para mim continua a mesma coisa. Não é porque mudou de local... (Ent.9G2).

O entendimento é de que o serviço de Urgência Psiquiátrica é um local onde o usuário pode procurar 24 horas por dia, pois, devido à peculiaridade do transtorno psiquiátrico, a qualquer momento o quadro psicopatológico pode ser agravado, além do que, às vezes, a pessoa não tem outros serviços onde possa procurar ajuda.

Para os entrevistados, o serviço funciona de maneira muito precária, oferecendo apenas o atendimento médico de urgência, avaliando o quadro clínico, prescrevendo a medicação e o auxiliar de enfermagem, por sua vez, administra. Isto é o atendimento que o SUS prevê, sendo apenas farmacológico, por não se ter, segundo discursos, como oferecer outro tipo de tratamento, como o psicológico, devido ao valor irrisório pago pelos procedimentos. Porém, por ser um momento crítico de crise de urgência, a pessoa, muitas vezes, necessita de um atendimento mais complexo.

Nos relatos e nas observações percebemos que a equipe da UP privada compõe-se de médicos, auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos e zeladores. Encontramos contradição nos discursos, quanto à composição da equipe. O enfermeiro não faz parte da equipe. Embora tenha sido citado em alguns discursos, estes são divergentes:

A equipe é composta aqui do SAME, que é a recepção. É composta por 4 pessoas: o chefe e 3 auxiliares; a equipe de enfermagem é composta por 3 auxiliares de enfermagem mais a **enfermeira**; os médicos, nós temos um total de **6 médicos**, que ficam revezando. Tem os médicos que trabalham de segunda a sexta. Nesse horário de 6 e meio a 6 e meia da noite e os que dão plantão, que é o noturno, lá no outro prédio. Porque aqui, só funciona diurno. Tem só o da parte administrativa e o pessoal do SAME. Fora o pessoal da limpeza. O rapaz da limpeza que são 3: um de dia e 2 revezando. Então pra você, é difícil levantar o custo, assim, porque tá muito atrelado ao hospital. Então o custo de urgência, eu não poderia te dar só o custo da urgência. Porque nós temos médicos que trabalham na urgência, que também trabalha dentro da internação (Ent.10G2. **grifo nosso**).

O nosso serviço de urgência funciona com uma equipe de médicos que já foi antigamente de dezesseis médicos e hoje tá restrita a **doze médicos**. Nós queremos contratar mais médicos e não conseguimos. Nos tempos antigos nós tínhamos aqui três médicos permanentes em atendimento. Agora, só temos dois, ou às vezes, um só porque não tem médicos que queiram vir trabalhar por esses valores. Então, a equipe que já foi de dezesseis médicos, hoje tá reduzida a doze (Ent.12G2. **grifo nosso**).

Paciente, a gente (trabalhadores administrativos), médico (Ent.22G2).

Médico, auxiliares e SAME (Ent.23G2).

A UP privada, embora contratada pela SMS para atendimento 24 horas, não está realizando este serviço a contento, o que podemos constatar através dos discursos divergentes entre dirigentes e entre os trabalhadores e usuários:

Porque à noite chegam os casos de urgência e como (...) lá [no HP], durante à noite, o quadro de funcionários é menor, então, não tinha como a gente manter dois serviços. Porque deveria ter o enfermeiro lá do hospital e o enfermeiro daqui; teria que ter o médico do hospital e o médico daqui. Então, até mesmo em vias de ter um atendimento melhor e dentro da realidade que o SUS nos repassa, nós concentramos o atendimento de urgência noturno todo [com] a mesma equipe, porque a equipe é composta, a urgência é dentro do hospital, então, o médico que tá na urgência é o médico que também tá acompanhando todos os usuários à noite. A enfermeira é a mesma. Porque é um custo só. É uma equipe só. Aí, pra ter essa economia, que a partir do momento que eu tiro do mesmo local, aí, eu tenho as 2 equipes no mesmo local, pra ter sempre o médico, o enfermeiro e os auxiliares e o da administração, o da recepção (Ent.10G2).

Aqueles usuários vão ser reavaliados novamente pelo médico de plantão e aí, aqueles que precisam ser contidos, são reencaminhados para urgência noturna (...). Dependendo do estado do paciente, a própria família vai acompanhando, porque têm muitos usuários que estão em crise, mas tem certo nível de consciência e vão andando. Os que não podem ir andando, nós temos convênio com o SAMU, que é destinada pra transporte (...). E aqueles que o médico acha melhor não desgastar a família, passando a noite no hospital são encaminhados prá casa [e] tem de voltar de manhãzinha, no dia seguinte começar tudo de novo. Ele vai ter que vim novamente, certo? Ele vai ter que vim fazer uma nova consulta até pra ver, reavaliar no dia seguinte, como é que tá. Então é, aí, o médico tem que avaliar todo dia, todo mundo no final do dia. É uma nova consulta. Sabe, assim? É um novo atendimento que o médico tem que fazer pra avaliar todos os casos (Ent.10G2).

O horário que eles vão trabalhar, eu acho que é até 8 horas, até 10 horas. Antes, era urgência igual aqui. Agora, não. Não funciona. De lá vem prá cá. Paciente chega lá e não tem um atendimento de urgência. Aí, o pessoal vai pra lá e diz assim: “- Só no hospital mental” Aí, pronto. Aqui é uma urgência mesmo 24 horas. Até assim mesmo, a gente que é profissional que trabalha no posto, a gente reveza. Faz um revezamento. E eu (...) fico até duas e meia prá não ficar descoberto. Pode ter alguém morrendo, que a gente não pode deixar descoberto. Tem que ter alguém pra cobrir (Ent.11G2).

Às vezes, dá seis horas da noite e tem dez, quinze. Vão tudo pra casa. Não tem uma alimentação, não tem nada. São pessoas que já vem com problema, já vem sofrendo e passar um dia no hospital... (Ent.9G2).

(...) porque que colocamos o noturno aqui? Porque aquela região onde tá o anexo, os médicos e os auxiliares de enfermagem começaram, à noite, se sentir muito inseguros com o ambiente. Teve pessoas que agrediram funcionários (...). Pessoas suspeitas. Pediram pra de noite o atendimento ficar aqui (...). Fica num ambiente menos tenso, em termos de segurança. O ideal é que ali funcionasse o tempo todo, mas nós resolvemos funcionar de seis da manhã às seis da noite, seis da noite passa pra cá, que é quando o atendimento fica bem menor. [Tem médico] de plantão permanente, sábado, domingo, feriado e que, naquele anexo funciona diurno e aqui funciona noturno (Ent.12G2).

A minha raiva só é essa, porque a gente aguarda. E se mais tarde, daqui pra seis horas num tiver vaga? Aí você vai ter que ir pra casa, porque não pode ficar por aqui. Vai ter que ir pra casa. Aí amanhã, você volta de novo. Como é que fica o dia de trabalho? (Ent.13G3).

A análise dos discursos leva-nos a inferir que esta é outra estratégia utilizada pelo HP privado para manutenção do modelo psiquiátrico. Por um lado, por não dar continuidade ao atendimento tal como preconizado pelo contrato e pela legislação que regulamenta os serviços de urgência e desta forma, economiza recursos em detrimento da oferta do serviço e da qualidade no atendimento ao usuário; por outro, por ter que reavaliar os usuários no final do dia, gerando uma nova consulta médica, o que resulta no repasse financeiro; ainda além, não respeitando os direitos dos usuários em relação à sua condição vulnerável em que se encontram, seja ao se deslocar para outro serviço; seja, ao ser encaminhado para casa, muitas vezes sem condições para tal.

Souza & Garcia (2008) evidenciam em seu estudo que os atores sociais que perderam com a implantação de serviços substitutivos decorrentes da Reforma Psiquiátrica, ou seja, donos dos hospitais psiquiátricos retornam à cena com estratégias para reforçar o modelo psiquiátrico tradicional.

Conforme Jardim & Dimenstein (2007), a necessidade do Serviço de Urgência tem sua origem no pensamento higienista com a Medicina Preventiva, com objetivo de tirar o indivíduo da crise, adaptando-o e ‘devolvendo-o’ ao sistema, sufocando sua loucura pela manutenção da ordem. Esta função, por muitos séculos e até os dias atuais, continua sendo

exercida pelo HP. As Urgências Psiquiátricas consideram a dimensão biológica do ser humano por ser focada no corpo como objeto de intervenção do saber científico, e como tal, com terapêuticas concretas, palpáveis que deem respostas imediatas.

A Psiquiatria, para se fazer enquanto especialidade médica, investiga disfunções orgânicas visíveis através de sinais e sintomas, tentando colocar em ordem aquilo que se julga fora da norma da cultura de um determinado tempo e espaço (STERIAN, 2001).

Dos discursos, emergem o viés patológico do objetivo do Serviço de Urgência Psiquiátrica, sendo definido para atender casos graves de pessoas em crise, em surto, que vêm agitadas, agressivas, inquietas, com ideias suicidas, com problemas de intoxicação, alcoolismo. O Serviço de Urgência tem o papel de avaliar o risco do paciente a partir de suas necessidades, encaminhando-o, se for o caso, para internação, para um serviço de atenção secundária ou primária, verificando quem pode ser acompanhado com medicamento em casa.

Merhy (1997) sugere a discussão do processo de trabalho, com vistas à sua modificação, através do fluxograma analisador, que se constitui em um instrumento de análise que questiona o que as equipes estão produzindo, com quais objetivos e como está ocorrendo a produção de saúde. Nesta pesquisa, não discutimos o fluxograma com as equipes das UP, mas o utilizamos para descrever e analisar o fluxo de atendimento do usuário nesses serviços.

Os discursos e as observações revelam que o atendimento é por ordem de chegada, sem priorização. Através do seu fluxo, identificamos as estratégias utilizadas para manter o modelo psiquiátrico e a incoerência das práticas no atendimento da Urgência Psiquiátrica privada:

Usuário chega de diversos lugares da cidade de Fortaleza e de outros municípios, principalmente de Caucaia e de Maracanaú e se dirige à recepção onde informa, quando tem condições, o que é solicitado. Quando não tem identificação, se preenche uma idade aproximada, o nome a que ele se refere e de onde veio. No caso de situação de rua, o funcionário descreve algumas características da situação que está apresentando no momento, o local onde se encontrava e quem o encaminhou. Após informações, o paciente aguarda o atendimento médico de acordo com a ordem de chegada. O médico avalia o usuário, faz uma triagem, a anamnese, a prescrição, as receitas e evolução no prontuário e determina o que vai ser feito. No caso de consulta, atende e marca o retorno. Se o caso for de internação, conversa

com a família, explicando quando a internação é involuntária. Em seguida, preenche o laudo a ser enviado à Central de Leitos:

A Central de Leitos da Prefeitura diz se tem leito vago ou se não tem. Quando tem, é a central que direciona pra o hospital, conforme o número de vagas. É a central que distribui. **O Y não tem o poder de encaminhar pra aquele determinado hospital.** Quando há vagas em todos os hospitais, nós pedimos à central de leitos que encaminhe o paciente pra aquele hospital que o paciente solicite. Muitas vezes, o paciente mora perto da clínica de saúde mental (...). É muito melhor que ele se interne lá, do que ele se interne lá no Hospital de Saúde Mental de Messejana, em outro bairro. Mas, muitas vezes não tem como atender essa solicitação da família do paciente, porque depende da vaga naquela ocasião. Então, quem decide pra onde vai o paciente é a central de leitos... (Ent.12G2. **grifo nosso**).

Esse discurso diverge quanto ao poder do direcionamento da vaga, pois, em outro relato encontramos que a UP privada entra em contato com outros hospitais para saber se surgiu vagas:

Na Central tem as moças só da psiquiatria e elas informam onde é que tem a vaga, se surgir a vaga. Muitas vezes, a gente sabe primeiro que elas, porque fica assim, naquela ansiedade tão grande de conseguir a vaga, que o nosso funcionário fica ligando pra alguns hospitais, “- E ai, vão liberar quantos hoje? Vai ter alta?” pra dizer pra Central: “- Ô! Hospital tal, vai liberar...” Porque quem não tá aqui dentro, parece que dentro da Central, é tudo tranqüilo. Mas, quem está aqui dentro e ver o desespero da família e ver a angústia do paciente. Essa lista de leitos, a mesma fila serve pra aqui como prá Messejana. É a mesma fila. E como lá, tem o fluxo de urgência muito grande, às vezes, tem dias que só libera leitos prá urgência de Messejana. Não libera muito pra cá. A gente fica assim nessa busca continua. Ai conseguiu vaga, conseguiu leito terminamos de preencher o laudo, dizendo qual é o hospital que vai. Esse laudo é entregue ao familiar do paciente. Eles são direcionados para o hospital. Esse pré-laudo [é preenchido] aqui em três vias. A gente preenche todas as três vias. A cobrança da internação vai ser feita no hospital que ele foi internado. Então, quando ele chega, ele sai daqui com as três vias do laudo. Chega lá no hospital deve ficar uma via na administração, arquivo, porque cada hospital vai ter seu procedimento de admissão. Que aí, no caso, eu posso lhe dizer do IPC. Aí, o paciente sai daqui, se a vaga for pro IPC, chega lá no hospital com as três vias, aí recebe o paciente [que] vai passar pela equipe. Pelo médico do hospital, pelo clínico, pela psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional. E feito o prontuário do paciente. Aí, realmente o paciente tá dando entrada na internação. Essas três vias de laudo vai ser uma pro arquivo, uma cobrança pro setor de contas a receber e uma pro prontuário. Então, são sempre feitos em três vias. Porque aí, cada qual vai ter seu tipo de controle. Mas aí, esse laudo de internação, vai ser anexado no prontuário porque o SUS vai repassar o número de dias que ele ficar internado (Ent.10G2).

O fato de antecipar as vagas demonstra mais uma estratégia para a manutenção da rede de HP, pois uma vez surgindo a vaga, aquele paciente é encaminhado para internação, garantindo-se o repasse financeiro pelo SUS ao hospital que receber o usuário. Para a UP privada especificamente, como o usuário permanece no serviço, necessita ser atendido quantas vezes for necessário, o que contribui para diminuir a cota mensal, esgotando rapidamente o número de consultas contratadas pelo SUS, além de ser dispendiosa sua

permanência. Como dito nos discursos, a UP privada atende um número maior do que o estabelecido, porém, não recebe por esse atendimento excedente:

Um paciente que chega em crise e tá aguardando vaga, ele toma a medicação. Às vezes, com 2 ou 3 horas ele se agita. Tem que tomar uma nova medicação. Tem que tá num balanço, porque se passar, o SUS não paga. É prejuízo para o hospital. Fica sempre um jogo de cintura, pra gente tentar oferecer o mínimo de conforto possível pro paciente, mas o hospital fica trabalhando além da cota dele, além da capacidade de atendimento, porque muitas vezes, as consultas não vão ser pagas. Vai ser feita a cobrança das consultas, consultas normais, sem internação. Simples ou com medicação. Por mês, o nosso teto de consultas [é de] 6.630. Em geral, a gente passa um pouco, porque urgência não pode negar atendimento. Tem mês, por exemplo, fevereiro vão ser 28 dias. Se não atingir o teto, tem que passar essas consultas que sobraram, pro outro mês. Tenho muita dificuldade é na de observação que tem que ter a medicação, (...) como é um valor muito baixo, 450 por mês. Então, se for fazer 450 dividido por 30 dias tem que saber quantos dias você tem que dar. Às vezes, é necessário dar e não pode deixar de dar a medicação. Tem 3 tipos de procedimentos: atendimento simples, observação e observação com medicação. Se eu tenho uma consulta simples, é só uma consulta simples. Mas, quando é observação, observação com medicação, aí, eu marco as duas. É o procedimento, que é um associado ao outro. Mas, eu não posso marcar os 3. Aquela consulta ou é simples ou foi observação com medicação (Ent.10G2).

O paciente é, então, encaminhado àquele hospital correspondente para onde tem vaga. A exceção refere-se aos leitos da Unidade de Saúde Mental Ana Carneiro (USMAC) no Hospital Batista, que tem critérios específicos para receber o usuário residente em Fortaleza. Quando não tem vaga em nenhum hospital, o usuário fica aguardando surgir alguma vaga, ou na intercorrência ou na sala de espera, dependendo da gravidade:

(...) como a liberação de vagas é uma norma sempre por ordem de chegada, quando a pessoa chegar, vai ser por ordem de chegada o atendimento. Por isso, a gente sempre fala para eles chegarem o mais cedo possível, porque à medida que as vagas vão surgindo, vão sendo sempre os primeiros da fila (Ent.10G2).

Tem que aguardar vaga. Se você chegar aqui como eu cheguei hoje era quase seis, seis umas sete horas que eu cheguei aqui hoje, aí fiz a ficha dele, aí tá ali aguardando. Na hora que a Central mandar vaga, aí pega e bota ele. Se num mandar, a gente vai pra casa. Seis, sete horas da noite. É isso que eu digo. É só isso que eu acho uma pena. Você fica sentado aqui. Se tiver dinheiro, você come alguma coisa; senão, ou você sai pedindo, ou então, você passa o dia com fome (Ent. 13G3).

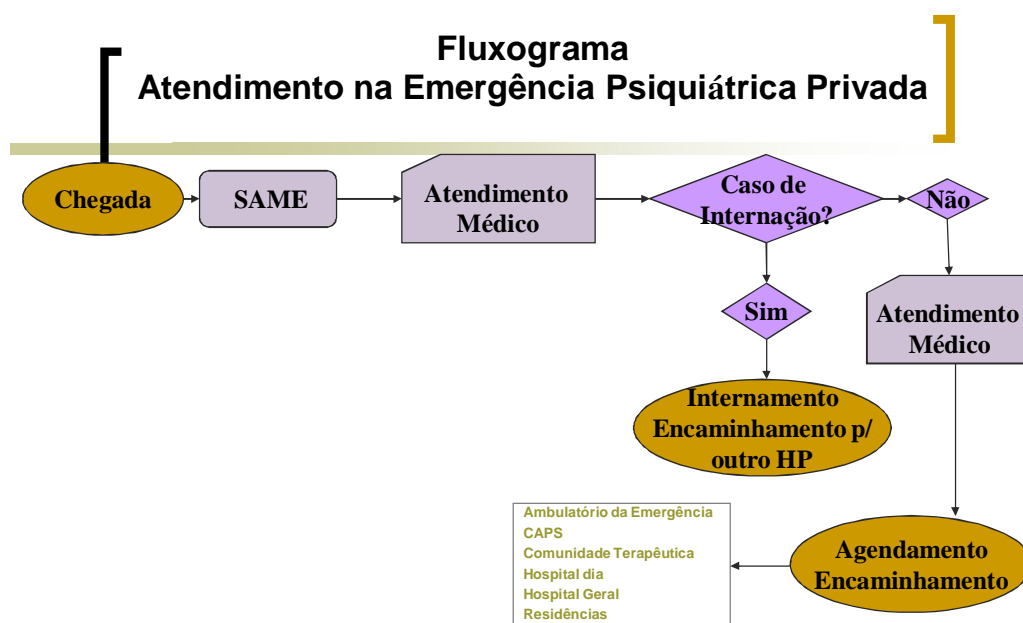
Depois do atendimento emergencial, o usuário precisa ser encaminhado, ou para algum serviço, seja hospitalar ou extra-hospitalar, ou para sua residência. No primeiro caso, o usuário é encaminhado para um CAPS, mas “ele só poderá ser atendido daqui trinta, sessenta ou noventa dias. Ele se queixa que leva muito tempo pra ser atendido e termina voltando” (Ent.12G2). Isto demonstra mais um ponto crítico da RASM, que por sua vez, acaba fortalecendo a existência dos HP.

Do último caso surgem duas situações: a primeira delas, o usuário é atendido na UP por precisar apenas de uma medicação, que pode ou não ser administrada no serviço: “se

puder continuar em casa, ele volta pra casa com aquela receita, que quase sempre não é comprado porque o paciente não tem dinheiro pra comprar” (Ent.12G2); outra, o usuário necessita ser internado, mas não há vagas. Se não melhorar, voltam no dia seguinte para o ponto de chegada do fluxo:

Aqui é o primeiro atendimento. Daqui a pessoa precisa ser encaminhada: ou vai pra casa ou toma a medicação ou aguarda um pouco. Mas, que a gente, de uma média de 20 pessoas que precisam ser internadas, dessas 20, só são 5, mais ou menos, por dia. Aí, as outras 15 fica, ficam gerando, assim, às vezes, gerando, até problemas no próprio hospital, porque tem crises, tem que dar medicação, retorno. Geram problemas pros parentes, pras famílias, porque não querem voltar com essa pessoa pra casa, quando tá em crise (...). Se o paciente viesse e fosse medicado, era o tempo que aguardava a vaga pra ser encaminhado lá ao hospital. Aí, essas observações clínicas, que são essas consultas com medicação, diminuiriam bastante, porque, às vezes, o paciente chega aqui 7 horas da manhã, ele vai sair seis horas da noite. Ele teve que tomar 3, 4 aplicações de medicamentos, receitado pelos médicos porque ele tá sempre em crise, tá colocando a vida dele em risco (Ent.10G2).

O acesso ao usuário aos serviços psiquiátricos para atenção hospitalar vem sendo praticamente restrito aos HP, uma vez que há poucos leitos psiquiátricos na USMAC e os HG não atendem em suas emergências as crises psiquiátricas, nem muito menos, realizam internações em seus leitos. O fluxo de atendimento na UP privada encaminha os usuários apenas aos HP, não tendo disponibilidade de leitos psiquiátricos em HG (Fluxograma 3).



Fluxograma 3 – Fluxo de atendimento na Urgência Psiquiátrica privada – Atendimento por ordem de chegada

O tipo de fluxo da UP privada ocorre através da recepção e da triagem administrativa de encaminhamentos, provocando filas, sem considerar a gravidade do problema dos usuários, com execução de procedimentos que visam à supressão dos sintomas sem considerar a complexidade da vida humana. O objetivo não é acolher a demanda do usuário, mas sim, transferir o problema para outros serviços (BRASIL, 2008).

Os discursos reforçam, porém, que o objetivo maior é atender os usuários de forma que eles saiam satisfeitos, embora isto nem sempre aconteça, ou devido a falta de vagas ou pelo serviço não atender às necessidades da população. Muitas dessas necessidades são de outra ordem, econômica, social, cultural, pessoal. As dores emocionais (PELEGRINI, 2003) se apresentam em forma de sintomas físicos e a pessoa procura atendimento nas UP para amenizá-las, buscando, como nos diz um dos participantes da pesquisa, o alívio da “dor mental”, porém, encontra um “refúgio sem saída”:

Eu gosto da psiquiatria porque eu gosto de trabalhar, mas, realmente... Eu tenho outros meios pra sobreviver, mas o que você ver, só é o sofrimento. Você aqui (...) ver o sofrimento, a dor, principalmente a **dor mental**. Não é só atender, atender, atender, atender. A pessoa não vai melhorar. Isso aí é superlotar (...). O médico atendeu o que? Cem pessoas. Pra mim não atendeu... Não é só passar medicamento, num vai ter diagnóstico nenhum. Às vezes, você num tá nem precisando daqui. Você tá precisando de um psicólogo. Você tá precisando de um neurologista e vem pra cá. Então, aqui é um **refúgio** e às vezes, **sem saída**... (Ent.9G2).

As expressões convergentes ‘dor mental’ e ‘refúgio sem saída’ oriundas de uma das entrevistas dos trabalhadores nos instigou a colocá-las como parte do título desta categoria e da pesquisa respectivamente, pois entendemos que um serviço de saúde deve dar respostas que atendam as necessidades de saúde da população dentro do que se propõe, sendo congruente com os princípios e diretrizes das Políticas de Saúde, não direcionando suas ações com vistas à manutenção do modelo que se quer superar. A medicalização do sofrimento psíquico e social torna-se então, uma estratégia para gerar mais recursos através do atendimento ambulatorial na UP privada.

O sofrimento psíquico, então, sofre um processo no qual a medicina se expande e abrange vários aspectos da vida social, o que Castel (1978) definiu de processo de medicalização. A sintomatologia de uma doença pode ser apresentada de diversas formas a partir da subjetividade da pessoa, das experiências de vida, da maneira em que se posiciona no mundo (STERIAN, 2001).

A dimensão subjetiva, por expressar a loucura subjacente pela sociedade disciplinar, precisa ser domada e então, calada. Urge, então, inverter a lógica e colocar a

doença mental entre parênteses, como nos sugere Amarante (2008) ao discutir as ideias de Basaglia:

Colocar a doença mental entre parênteses diz respeito à individuação da pessoa doente, isto é, a um ocupar-se, não da doença mental como conceito psiquiátrico (...), e sim, pelo contrário, a um ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença (...). Essa operação epistemológica reporta a uma inversão dialética da questão psiquiátrica (...). A inversão está, pois, no princípio de colocar, não o doente entre parênteses, mas a doença mental, isto é, o saber psiquiátrico que sobre ela se produziu (p.78).

Urgência Psiquiátrica pública: ações transformadoras ou disciplinadoras?

Denominada de Serviço de Pronto-atendimento (SPA), a UP pública faz parte do único hospital psiquiátrico de referência do estado do Ceará que oferece uma diversidade de serviços. Tem como objetivo atender casos de urgência e emergência dos usuários com quadros psiquiátricos agudos ou com episódios de reagudização de quadros crônicos, sendo estes advindos de demanda espontânea ou encaminhamento pelos serviços da Rede de Atenção à Saúde. A prioridade do atendimento é regulada pelo Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco do hospital (CEARÁ, 2009).

Sua equipe é composta de médicos psiquiatras, médicos clínicos, médicos residentes, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos, seguranças, zeladores. No início da pesquisa, a UP pública funcionava de forma burocrática, por ordem de chegada, com atendimento centrado no médico, conforme observações e entrevistas. O fluxo de atendimento consistia em:

Usuário chega de qualquer bairro de Fortaleza, das ruas, no caso de pessoas em situação de rua, cidade do interior do Ceará, de outros estados, de outros países, com o SAMU, com a família, com algum acompanhante e se dirige ao SAME para preencher uma ficha de cadastro. Sempre tem que ficar uma pessoa acompanhando. Após o preenchimento, aguarda sua vez, entrando em uma fila para ser atendido pelo médico. Se for um quadro de urgência com contenção trazido pelo SAMU, o usuário é encaminhado direto para os leitos de observação para se fazer o atendimento de urgência. Após avaliação médica, se o caso for de internação, o médico preenche a parte que justifica a internação no Laudo Médico para Emissão de AIH, retornando ao SAME para preenchimento dos dados de identificação do

usuário. Este laudo é enviado à Central de Leitos para o usuário ser cadastrado na fila virtual à espera de vaga, caso não tenha vaga disponível no momento:

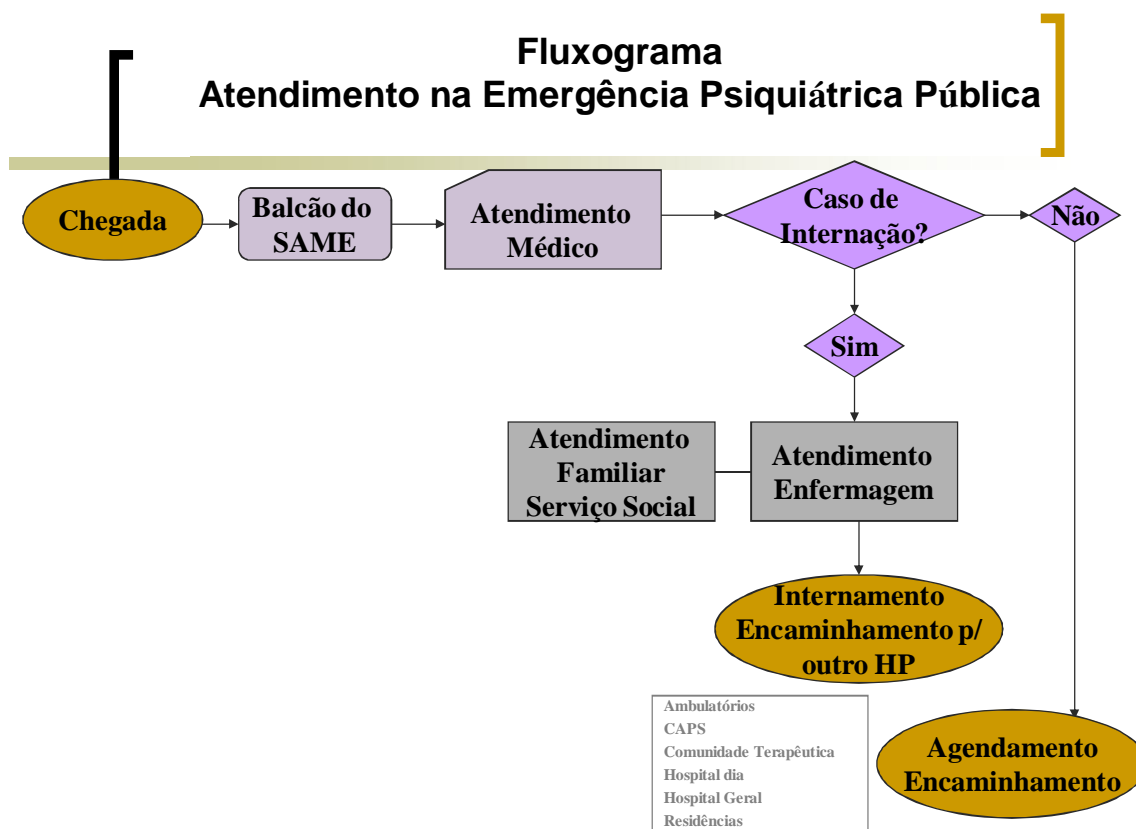
(...) quando o paciente chega aqui, às vezes, tem 10, 5, vários pacientes aguardando vaga. Às vezes, não tem. Isso é relativo. Aí, daqui, quando eles estão aguardando vaga, eles ficam ali, na urgência, que tem 5 leitos. Os 5 leitos ficam ocupados e o restante [dos pacientes] fica fora, aguardando ser internado. Daí, eles ficam aguardando vaga pra outro hospital porque, mesmo se tivesse vaga aqui, ele ia direto. Mas, como não tem vaga aqui, ele fica aguardando uma vaga da Central. A Central informa e pra isso, tem que ficar uma pessoa da família pra acompanhar. O paciente estando aqui [na sala de intercorrência], ele só tá em observação. Ele não está internado. Ele só está em observação (Ent.11G2).

Quando aparece a vaga, o pessoal do SAME avisa ao médico onde tem a vaga. Caso surja vaga no próprio hospital, o usuário segue ao consultório para se fazer toda a documentação necessária para a internação: a identificação, a anamnese, a história da doença, o exame mental e físico, o termo de consentimento da internação, que pode ser voluntária e involuntária, a prescrição, se for o caso, o encaminhamento ao médico assistente e a receita da medicação. O usuário é encaminhado à enfermagem que também faz uma entrevista também informativa de como é que funciona o hospital e a família vai ao Serviço Social para as respectivas avaliações. Então é encaminhado à Unidade de Internação correspondente. Quando a vaga surge em outro hospital, o usuário é medicado e encaminhado com o laudo:

O médico fez o laudo, [o paciente é] medicado. “- Olhe, não tem vaga aqui. Você vai ficar aí, aguardando a vaga pra qualquer outro hospital. Mas, pra isso, tem que ficar alguém da família”. Apesar de que, às vezes, eles [familiares] dizem: “- Eu vou aqui. Volto já.” E não voltam mais. Aí, sai daqui e fica o serviço, que tem de tirar um auxiliar, um técnico pra poder encaminhar o paciente, pra poder acompanhar o paciente até o outro hospital, porque o hospital não recebe sem acompanhante. Tendo vaga aqui, o médico imediatamente faz o internamento. Quando ele sai do consultório, ele é medicado lá na Urgência. Na urgência, ele passa pela enfermeira. Da enfermeira ele vai pro serviço social. Depois, volta pra Urgência. A gente registra no livro de ocorrência, pra de lá, ele ir pro pavilhão. O procedimento é esse. Às vezes, ficam 2 dias aguardando. Pra você ver como é grande [a demanda]. (...). Só pode aguardar a vaga, se o paciente tiver acompanhado com a família. E se tiver com o laudo feito. Porque não é bom o paciente aqui, sem laudo, sem ter atendimento médico (...). Então, o paciente só fica aqui quando ele, o médico faz o laudo e se tiver com o laudo, fica (Ent.11G2).

Ao avaliar o caso, se o médico identificar que a internação não é necessária, realiza os procedimentos que ache adequado e orienta o usuário e/ou a família para ir ao Serviço Social para ser encaminhado à sua residência e/ou a qualquer outro serviço para acompanhamento extra-hospitalar (Fluxograma 4):

A urgência é o seguinte: o paciente, agora porque tá se mudando (...), já estamos encaminhando pra isso que é o acolhimento, mas até hoje tá se trabalhando o seguinte: o paciente chega, vai pro SAME (...), faz a ficha e [o] prontuário vai para o médico [que] é quem faz quem decide tudo. Quando chega na mão do assistente social, já tá decidido pelo médico se ele vai ficar. Quando ele não vai ficar, que o médico quer encaminhar pro CAPS, ele manda pro serviço social pra gente fazer o encaminhamento [que] (...) é feito sem nenhum contato com o CAPS pra saber se ele vai ficar lá (...). Até agora, que a proposta tá sendo mudada. O serviço social vai trabalhar (...) mais em contato com o CAPS direto pra garantir aquele atendimento pro paciente. Mas até agora, até hoje, tá sendo assim. A gente encaminha, mas sem nenhum contato, sem ter certeza como é que ele vai ficar (Ent.3G2).



Fluxograma 4 – Fluxo de atendimento na Urgência Psiquiátrica pública – Atendimento por ordem de chegada

A UP pública, segundo discursos, teve a iniciativa de implantar o ACCR para organizar o fluxo com novos direcionamentos para o atendimento ao usuário e para “(...) disciplinar a fila para o atendimento” (Ent.2G2). Mesmo com dispositivos humanizadores, percebemos nos discursos, práticas asilares disciplinadoras.

A implantação do ACCR nas Urgências dos Hospitais para o MS consiste na adoção da PNH, com seus princípios e diretrizes que viabilizem um atendimento humanizado. Descongestionar o fluxo de usuários, escutar e avaliar o risco do usuário logo na sua chegada; estabelecer a ordem do atendimento, conforme protocolo e grau de sofrimento físico e psíquico e gravidade, reduzindo o tempo para o atendimento médico, fazendo

encaminhamentos necessários e retornando informações aos familiares são ações de organização do processo de trabalho para atingir àquele fim (BRASIL, 2004d).

Franco, Bueno & Merhy (1999) propõem mudança na organização do processo de trabalho com a implantação do Acolhimento, com inversão na lógica do atendimento, deslocando o eixo central do médico para equipe multiprofissional, ampliando acesso aos usuários, dando resolubilidade às suas demandas de saúde e qualificando as relações entre trabalhador e usuário.

Para Merhy (1994), o vínculo possibilita relações próximas a ponto de sensibilizar o trabalhador da saúde pelo sofrimento do usuário, responsabilizando-se por sua vida. Um dos desafios para o Sistema de Saúde como um todo, principalmente para a rede hospitalar, refere-se à construção de vínculos, e mais, a manutenção destes, para garantia da integralidade da atenção ao usuário.

Nos discursos e através da evolução das observações conforme constatamos, a implantação do ACCR na UP pública aconteceu após a inserção da pesquisadora no campo, Embora tivesse sendo planejada, acreditamos que a sua implantação tenha sido antecipada, provavelmente devido ao lugar que a pesquisadora ocupa no município de Fortaleza:

Essa é uma estrutura que está se criando, que é antes da urgência, tá certo? É o contato inicial do paciente. Ele vai ser feita avaliação por uma enfermeira e por um assistente social, com a supervisão do profissional médico, que está de plantão na urgência, porque nós também, temos algumas restrições no número de pessoas... Vai ter uma equipe de enfermagem, serviço social específica, fazendo essa avaliação, classificação de risco. Nos demais transtornos continua da mesma forma. Os pacientes serão classificados em vermelho, amarelo, ou verde, ou azul. Isso vai determinar se o atendimento será imediato. Pro nosso paciente com transtorno mental vai ser excelente porque (...) na sistemática anterior, todos chegam e são postos numa fila única de atendimento e tem esses pacientes drogadictos que não são urgência coisa nenhuma, mas tem a ordem de chegada e estão na frente. Então, o paciente que tá desorientado (...) ele fica numa fila. (...) É de se esperar que esse paciente psicótico, seja atendido com muito mais presteza e rapidez. (...) Eu tô com muita esperança nesse sistema, que vai representar um *up grad* enorme aqui na nosso ... serviço (Ent.2G2).

Teve muita mudança, principalmente, no acolhimento. O trabalho foi assim, no aqui e agora: “- Não. Temos que fazer o acolhimento.” A gente criou isso aí da noite pro dia, a gente pensou. Foi feito essas divisórias que é só por enquanto... (Ent.18G2).

Usuário e familiar chegam e vão diretamente para o SAME. O usuário se senta na cadeira de espera. Familiar entrega ao SAME a documentação/anamnese. Profissional do SAME chama do lugar dele, a familiar (Obs.01, p.1).

A implicação do pesquisador com o objeto de estudo se evidencia mais nitidamente na Pesquisa Social, na qual a visão de mundo dos atores envolvidos está entrelaçada, cada um, contribuindo para modificação de si mesmo e do outro, bem como do mundo em que atuam. No momento em que o pesquisador adentra no campo, há mudança no

dinamismo interacional, podendo o ambiente ser alterado, dependendo dos interesses em jogo (MINAYO, 2006).

Neste estudo especificamente, a entrada da pesquisadora no campo de estudo por seu envolvimento no campo da gestão dos serviços de saúde mental pode ter influenciado na antecipação da implantação do ACCR na UP pública:

Mudança na Urgência após presença da pesquisadora. Os profissionais vêm a pesquisadora como se estivesse fiscalizando. Há uma mobilização diferente quando da presença da pesquisadora: o zelador começa a limpar; o auxiliar de enfermagem fica olhando, de plantão, em pé, na sala de espera da urgência. Ficam todos em alerta. A Enfermeira Chefe disse que iria falar com o Diretor. A pesquisadora tenta ficar “invisível”. Talvez, pelo instrumento do diário de campo, eles fiquem com este sentimento de perseguição (Obs. 02, p.3).

A Urgência está modificada. As cadeiras estão de frente para o “balcão da SAME” e há duas salas para Acolhimento. Já percebo na fala dos servidores o tema Acolhimento (Obs.04, p.8).

Usuário solicita marcar consulta e o funcionário do SAME diz que tem de passar pelo Acolhimento. Ele diz que antes ele conseguia falando com o SAME. O funcionário disse que mudou o sistema. Pergunta se está no CAPS e o usuário responde que não. Paciente aguarda atendimento do Acolhimento. Outro usuário saiu de dentro da sala do Acolhimento e se dirigiu ao SAME com um documento (Obs.05, p.8).

A implantação do Acolhimento é, antes de mais nada, uma decisão da gestão na mudança da lógica do atendimento ao usuário. A discussão com todo o corpo de trabalhadores torna-se primordial, não só pela mudança no processo de trabalho das equipes, como essencialmente, pela necessidade de envolvimento e de compromisso de todos. O usuário, alvo principal do acolhimento, deve ter conhecimento e participar desse processo, tanto para entender, quanto para contribuir com o mesmo.

A reorganização do processo de trabalho mexe com as estruturas de poder, muitas vezes calcificadas, das relações interpessoais entre os profissionais de saúde e destes, com os usuários. Daí, a importância de uma discussão coletiva sobre a implantação do Acolhimento, com reflexões sobre os saberes e as práticas até então, instituídos.

A implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco na UP pública, embora os dados empíricos revelem uma organização e planejamento prévio, também demonstram que sua implantação se deu de forma abrupta, sem o devido envolvimento de todos, inclusive dos usuários, ainda com o exercício de poder disciplinar:

Nós fizemos aqui um compartimento aqui, pra fazer um acolhimento, num sabe, das pessoas, e daí você pode ver que num foi, já tá iniciando, tá com as porta tudo novinha, tudo direitinho, pra fazer uma triagem melhor, pra ver as condições desses pacientes, como é que eles podem ser avaliados melhor (Ent.1G2).

E a grande vantagem dessa mudança da sistemática, com o acolhimento com classificação de risco aqui, vai ser a gente separar esses casos (Ent.2G2).

Inclusive, a proposta da direção é trabalhar esse acolhimento 24 horas, inclusive pra assistente social. Porque tá se mudando, a proposta de mudança tá aí, mas já estamos encaminhando pra isso que é o acolhimento (Ent.3G2).

Antes chegava um paciente aqui, grave mesmo, agressivo, gritando e era o vigésimo a ser atendido, porque tinha quinze pacientes antes dele, que vinham buscar receita na urgência e que realmente tinham chegado primeiro, e essa era a política: chegou primeiro, era atendido primeiro. E agora a gente conseguiu humanizar isso”. A gente implementou essa política...em torno de 15 dias. Antes disso, não era assim. Aí, está ótimo, agora, porque antes a gente tinha pacientes, principalmente, pacientes dependentes químicos, que vinha pra cá, trazia colchão, roupa. Tudim deitado aqui no chão, tendo que esperar até a vaga aparecer. Ficava 3, 4 dias aqui. (...) E ele ficava aí, até surgir a vaga. Hoje, com esse redirecionamento, está bem melhor. Isso tá bem recente, é verdade. Tá bem recente, mas tem dado muito resultado. Tem 3 pacientes na intercorrência clínica. E isso, eu tinha 8 pacientes lá dentro. Era leito extra. Pacientes chegando grave. Um SAMU em cima do outro. E não tinha um redirecionamento, paciente que vinha buscar receita, entrava antes de um paciente agressivo. Então, hoje está bem melhor (Ent17G2).

Teve muita mudança, principalmente, no acolhimento (...). Então, de acordo com o acolhimento, com a folha do acolhimento, a gente vai fazer o atendimento, interna ou não. Essa parte cabe é ao médico. Não somos nós [que] damos o diagnóstico. Apenas, dizemos o estado do paciente e a cor que ele vai levando. O médico faz o laudo. Quando faz o laudo, leva a folha do laudo, aí, se prepara todas as folhas que precisa. É muita folha. É a folha da ‘História Pessoal do Paciente’; vem a folha ‘voluntária e a involuntária’. E aí, ele coloca a anamnese, uma folha de evolução e prescrição (Ent.18G2).

O Segurança (este vai buscar água para o paciente) chama o funcionário do SAME, dizendo que tem um paciente chorando. Ele diz para chamá-lo. O paciente vem chorando. Pergunta pelos dados de identificação, mas o paciente não sabe responder (Para entrar no sistema, para preencher a ficha, precisa da data do nascimento e o paciente não sabe informar). Preenche na ficha manual. Dirige-se para o Segurança e ele manda o paciente voltar para a Sala de Espera para aguardar a sua vez. O Segurança chamou o paciente para aguardar no corredor do SPA (Obs.03, p.6).

O fluxo de atendimento do usuário no serviço ficou da seguinte forma após a implantação do ACCR:

Usuário chega ao serviço, como dito anteriormente, de todos os bairros da cidade de Fortaleza, com predominância de 36% da SER VI, das ruas, de diversas cidades do Ceará, de outros estados e de outros países, inclusive da UP privada e de serviços do próprio hospital, faz uma ficha de atendimento no SAME e vai para o acolhimento para fazer a avaliação de risco com a enfermeira:

59% dos usuários são procedentes das 1^a, 2^a e 3^a Microrregiões de Saúde (Coordenadoria Regional de Saúde – CRES), isto é, de municípios próximos à Fortaleza. As cidades que mais encaminharam usuários foram Maracanaú (17) e Maranguape (07) – 3^a CRES; Aquiraz (07) e Itaitinga (07) – 1^a CRES e Caucaia (03) – 2^a CRES. Não se teve registro das 6^a, 11^a, 19^a, 20^a e 21^a CRES, correspondente a Microrregiões de Itapipoca, Sobral, Brejo Santo, Crato e Juazeiro do Norte, que, tanto pode ser pela própria distância, quanto pelo trabalho realizado pelos CAPS das referidas regiões. 36% dos usuários procedentes de Fortaleza são da SER VI (Doc.02).

Até do Piauí, Maranhão, todo canto do Brasil. Aqui é o melhor hospital do nordeste (risos). De todo canto, de todo município aqui, é chegando direto. Vem muito do Eusébio, vem muito do Aquiraz, (...) vem muitas pessoas de Maracanáu. Aqui pros lado do interior, direto aqui, Horizonte, Pacajus, tem de Russas. Tem de Russas a Fortaleza. Agora vêm muitos do interior, mas, às vezes, vem até, determinação judicial, mais o de Fortaleza (Ent.1G2).

Tem paciente de todo canto que você imaginar. Diariamente, nós recebemos várias e várias ambulâncias vindas do interior. Nós recebemos pacientes daqui de Fortaleza mesmo que vem diretamente de uma demanda espontânea. Tem paciente que vem encaminhado do CAPS (Ent.2G2).

Um bairro que vem mais é Aerolândia. Cidade: Morada Nova, CAPS. Justamente, são os casos extremos assim que, quando a família trás, já é na ambulância, já é caso de internamento. Já é uma urgência, uma urgência. De lá [da urgência do IPC] vem prá cá. Paciente chega lá e não tem um atendimento de urgência. Aí, o pessoal vai pra lá e diz assim: “- Só no hospital mental” Aí, pronto” (Ent.11G2).

Vem de municípios pro hospital, ou seja, CAPS e atenção primária. Vem, às vezes, dos serviços daqui mesmo. Os setores daqui mesmo, ou pacientes dos CAPS ou do PSF daqui mesmo ou hospitais ou alguma coisa assim e às vezes, profissionais que como a gente (...), às vezes, mandam (Ent.15G2).

Já veio um paciente de Parnaíba pra cá. Italianos. Ontem tinha um italiano internado aqui. É, um africano. Já vieram 2 africanos com surto psicótico. O SAMU pegou e trouxe pra cá (Ent.17G2).

O Sistema de Saúde de Fortaleza tem um problema grave com a transferência desordenada, sem regulação ou hierarquização de pessoas de outros municípios, com intuito de reduzir os custos do município de origem. A RASM e o IJF e são apenas dois exemplos, sofrendo isso diariamente, com a superlotação, com a sobrecarga para os trabalhadores, sendo o município de Fortaleza, cobrado pela população e pelos meios de comunicação para resolução de um problema que, na realidade é sistêmico:

Este comportamento de transferir pacientes de outros municípios de forma desordenada, sem regulação ou hierarquização, com o intuito de reduzir os custos com saúde do município de origem transferindo-os para Fortaleza, produz as cenas diárias do nosso cotidiano da urgência do IJF, em que se apresenta superlotada, sobrecarregando o trabalho dos servidores, má compreensão dessa realidade pelos meios de comunicação, que nos cobram soluções locais, quando o problema é sistêmico, onde o sistema de saúde está fragilizado, e na dependência de uma unidade de saúde (IJF) que não tem a atribuição de substituir ou responder por todo sistema de saúde, produzindo uma lógica contrária que é defendida pelo Sistema Único de Saúde – SUS, que é a descentralização, e nunca a concentração no atendimento, como estamos observando (Doc.07, p.71).

Segundo Oliveira; Mattos & Souza (2009), os usuários, embora compreendam a lógica territorial do Sistema de Saúde, buscam os serviços que favorecem maior acesso, que sentem confiança pela infraestrutura do serviço e que melhor atendem às suas necessidades. Estes serviços muitas vezes, são as emergências e os pronto-socorros:

a imagem de acessibilidade se relaciona ao processo propriamente dito de busca e obtenção da assistência, a imagem de confiabilidade se relaciona essencialmente à estrutura dos serviços de saúde (recursos físicos e humanos) e a imagem geral de resolubilidade diz respeito ao resultado, ou seja, ao grau de satisfação que o usuário tem do serviço (...) Assim, os resultados: acessibilidade; a confiabilidade em relação aos serviços de saúde; descaso com o usuário do SUS; o sentimento de contingência e de insegurança em relação à assistência (OLIVEIRA; MATTOS & SOUZA, 2009).

Ainda segundo os autores acima referidos, os usuários se utilizam de diversas estratégias para conseguir atingir seu objetivo, isto é, ser atendido nas suas demanda, com resolubilidade, tais como: ameaça acionar a mídia; simula quadro de urgência; ameaça com irritação, às vezes, chegando a agressões; busca ajuda de terceiros, às vezes, “influyente”, na sua percepção; paga alguém para permanecer nas filas de madrugada; aciona a ouvidoria; aborda o próprio médico, implorando atendimento; pagam por um serviço particular, considerando que o serviço pago é de melhor qualidade.

No ACCR, a enfermeira avalia o usuário, classificando cada caso em vermelho, amarelo, verde ou azul, o que vai determinar se o atendimento será imediato ou não, de acordo com o protocolo clínico. Os casos podem ser classificados como urgência, urgência maior, urgência menor e não urgência. A urgência, classificada em vermelho, tem prioridade zero com necessidade de atendimento imediato. A urgência maior é classificada em amarelo, com prioridade 1, isto é, atendimento o mais rápido possível. A urgência menor, a verde, tem prioridade 2, que é prioridade não urgente. Os casos classificados em azul são casos não urgentes, com prioridade 3, sendo consultas de baixa complexidade com atendimento de acordo com o horário de chegada, dependendo do caso de cada um.

Quando a enfermeira identifica que é caso de urgência, o usuário passa diretamente para o atendimento médico para ser cuidado pela equipe do SPA. O médico avalia, medica e o usuário fica em observação na intercorrência da Urgência. Quando avalia que é um paciente que está em crise, com agitação psicomotora, delirando, o médico faz o laudo e, se tem necessidade de ficar contido, ele prescreve a contenção. A contenção só é feita se tiver prescrita pelo médico. Nenhum profissional é autorizado a fazer contenção, se não tiver prescrito no ato do prontuário. O médico faz avaliação de 15 em 15 minutos, juntamente com a enfermeira do SPA e um auxiliar de enfermagem que fica verificando os sinais vitais. Tendo vaga no próprio hospital, a enfermeira do SPA faz a admissão, preenchendo todo o cadastro socioeconômico, procurando identificar fatores clínicos, potencial danos que ele possa ter agravos à saúde dele, alguma comorbidade. Caso seja identificada alguma

comorbidade clínica, dependendo da patologia, o usuário não é admitido, tendo que ser transferido ou iniciar tratamento clínico para depois ser tratado do problema psiquiátrico:

(...) quando chega aqui, a gente procura identificar fatores clínicos. Potencial dano que ele possa ter, agravos à saúde dele, alguma comorbidade, pra que a gente tente não tratar o paciente, um pedaço dele. Mas, sim ele todo, normalmente. Então, aqui eu busco identificar aqui, nesse serviço, essas comorbidades e é feito admissão e, algumas vezes, não é feita. Ele é levado daqui, porque tá com quadro clínico sugestivo de TB. E a gente sabe que a gente não pode internar ele, sem um tratamento clínico. Então, a gente transfere pra um hospital, onde ele faça um Raio X, e comece o tratamento e ele, depois, retorna pra cá. Antes de dar a transferência, a gente mantém ele lá [na intercorrência], pra observar melhor. Infelizmente, a gente não pode pegar o indivíduo e quebrar no meio. Deixar a mente dele aqui e transferir o corpo. E, muitas vezes, a gente tem uma certa dificuldade no tratamento clínico. Porque, às vezes, os próprios profissionais..têm essa dificuldade de trabalhar com a parte clínica. Acho uma barreira. Atende o mental e o clínico acaba... (Ent.17G2).

A dualidade entre corpo e mente, a fragmentação do processo de trabalho com o advento do capitalismo e o desenvolvimento da industrialização, a supervalorização das especialidades médicas, ultrapassa as fronteiras do mercado, invadindo a saúde e o processo de cuidar (FEUERWERKER, 2005).

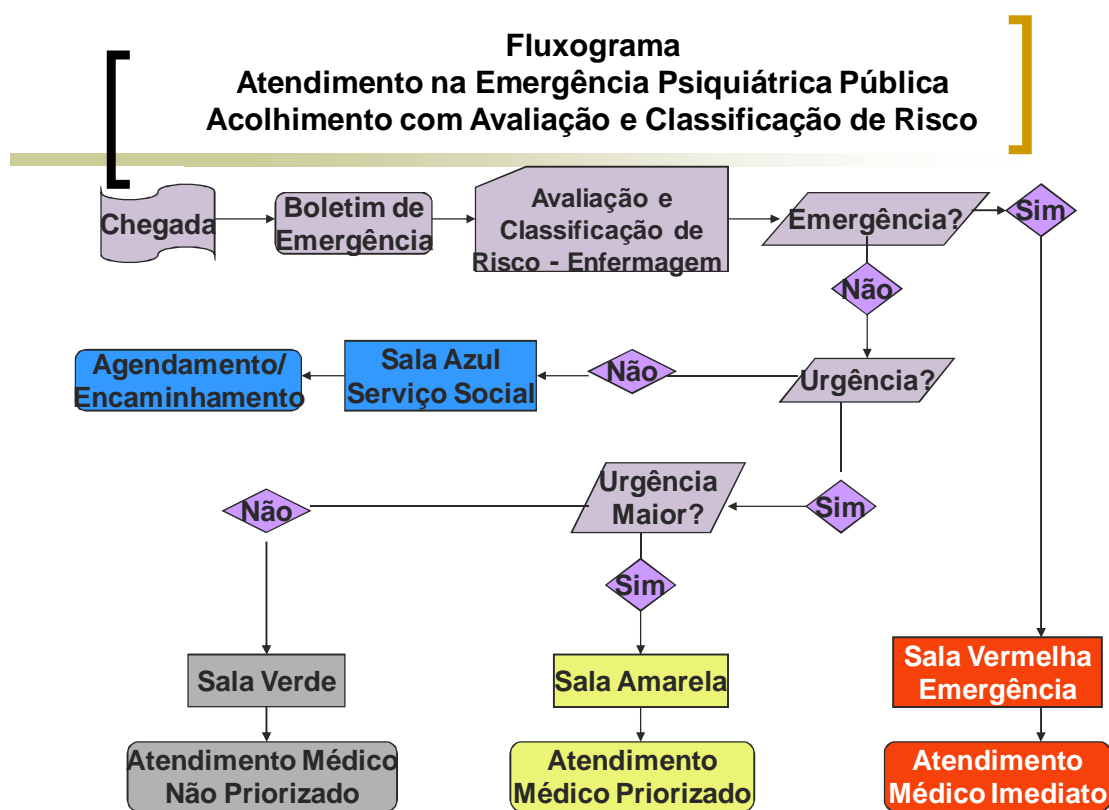
Para além deste fato, a pessoa com transtorno mental sofre preconceito por crenças estereotipadas do desvio da normalidade, sem ter direito ao acesso ao Sistema de Saúde como um todo. A integralidade da atenção para sua necessidade se restringe ao Hospital Psiquiátrico, com risco de morrer neste percurso itinerante em busca do atendimento às suas demandas.

A assistente social também faz a avaliação social com a família. A partir do momento em que o usuário melhora do quadro da agitação é encaminhado para Unidade de Internação. Caso não tenha vaga, a Central de Leitos informa quando surge vaga para que o usuário seja encaminhado para o hospital que tem a vaga disponível:

A Central é quem faz a distribuição. Porque na hora que vai chegando e vão recebendo o laudo do médico, a AIH, eles já vão pro SAME, ligando pra Central e registrando. Aí, já lá já forma uma fila. Eles lá já fazem aquela fila pra quando tá surgindo vaga na rede, eles estão ligando pra qui, pra cá e para o IPC. São os dois que recebem a informação da Central pra distribuição. São Vicente não tem mais Urgência, não. Ele só recebe. São Vicente, Nosso Lar e Mira Y Lopez. Esses, só recebem do IPC e do Hospital Mental (Ent.3G2).

Existem casos de o usuário comparecer à UP para solicitar medicação. Assim, o caso é classificado em verde ou azul, sendo encaminhado ao Serviço Social, que encaminha para o CAPS, de acordo com a localização ou para outro serviço mais adequado às necessidades dos usuários. Quando se faz o encaminhamento para o CAPS, a assistente social

entra em contato com o CAPS, informando que o paciente está indo, para que diminua o tempo de espera para atendimento (Fluxograma 5).



Fluxograma 5 - Fluxograma de atendimento da Urgência Psiquiátrica pública – Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco

Fonte: Ceará, Secretaria Estadual da Saúde. 2009.

Essa implantação, a partir da análise das falas dos entrevistados, teve como objetivo melhorar o atendimento da Urgência Psiquiátrica, não só para desafogar a Urgência, mas para oferecer um atendimento melhor ao usuário, fazendo um encaminhamento, um esclarecimento necessário, uma melhor orientação aos usuários do fluxo de atendimento da Urgência e da rede de saúde como um todo. Muitos usuários não têm conhecimento do novo sistema de atendimento e ainda vem em busca de receitas, de medicação. Dependendo do médico, a enfermeira solicita o atendimento e encaminha, pois a medicação não é mais distribuída na UP.

A partir do levantamento realizado na UP pública após a implantação do ACCR, ao longo do período da pesquisa, identificamos que apenas 11% dos usuários estavam realmente em situação de urgência, sendo classificados em Vermelho, com prioridade zero, isto é, necessidade de atendimento imediato; 19% encontravam-se em situação de urgência maior com prioridade 1, isto é, atendimento o mais rápido possível, cor Amarelo; 25%,

classificados em Verde, com prioridade 2, não urgente e 45%, Azul, com prioridade 3, caracterizando consultas de baixa complexidade, com atendimento de acordo com a ordem de chegada:

(...) o número de pessoas atendidas no acolhimento (considerando aqueles que tiveram registro de classificação), que não necessitam de um atendimento de urgência é de 70% e os usuários que realmente necessitam de um atendimento de urgência, corresponde a 30% (Doc.01).

Encontramos alguns estudos (FURTADO et al, 2004; GIGLIO-JACQUEMOT, 2005) embora poucos, que comprovam que 74,5% dos usuários que buscam o Serviço de Urgência não encontram-se em situações de urgência, corroborando com o levantamento realizado, ao considerarmos que, 70% dos usuários que buscaram a UP pública foram classificados como situações não urgentes (verde) ou consultas de baixa complexidade (azul). Alguma razões, segundo os referidos estudos, desse fato, diz respeito ao acesso garantido ao serviço e de que seus problemas serão resolvidos. Assim sendo, se utilizam da descrição de sintomas reconhecidos pelos profissionais como sendo urgente, para conseguir atingir seus objetivos.

A busca pelos serviços hospitalares fazem parte da cultura da população, pois o modelo hospitalar foi durante séculos, o único modelo de atenção ofertado à população. A falta de acesso aos serviços, com organizações burocráticas do atendimento faz com que a população utilize meios de conseguir ser atendida. A não discussão com a população sobre a mudança na lógica da organização do serviço é mais um fator que provoca este tipo de reação na população.

Haja vista estas modificações, o atendimento nas UP continua reforçando o modelo biomédico, centrado na figura do médico, não ampliando o olhar para as demais dimensões da pessoa em sofrimento psíquico. O acolhimento do sofrimento não é realizado de maneira a atender às necessidades dos usuários:

Na minha percepção (...) o acolhimento feito nas Urgências Psiquiátricas que nós temos disponíveis, não é o adequado. Eu acho que, a forma como todo o processo do atendimento das urgências psiquiátricas é feito é essencialmente biomédico. Eu acho que há muito pouca participação, participação que eu digo é no sentido da decisão do que vai ser feito. Isso é muito pouco dividido com os outros profissionais. Então, eu acho que existe um papel preponderante do especialista, do médico, especificamente nessas urgências. E eu acho que, muitas vezes, isso atrapalha o cuidado, isso não facilita o cuidado... (Ent.7G1).

A complexidade do processo saúde-doença exige do Sistema de Saúde uma atenção interdisciplinar, na qual, uma determinada prática profissional interfere na prática de

outro profissional, havendo uma reconfiguração na atuação dos agentes envolvidos e transformação da realidade (ARAÚJO & ROCHA, 2007):

(...) a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. É sempre bom lembrar que a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais (...), por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica médico-centrada; para tanto, há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional. Há que se identificar, nessas equipes, os elementos que configurariam uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde. Nesse sentido, o perfil dos recursos humanos em saúde deve alterar-se (...) Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos.

As observações demonstram o dinamismo do funcionamento médico-centrado, quando o médico faz uso de seu poder para determinar o que deve ser feito, mesmo que o procedimento adotado por ele seja em detrimento da vida do usuário. A disputa de poder entre os profissionais fica nítida para todos os envolvidos:

O médico do plantão noturno diagnosticou um usuário com intoxicação alcoólica. A enfermeira do Acolhimento também, classificando como uma urgência menor, com a indicação 'verde' no laudo. O usuário, que estava em observação desde a madrugada, ao despertar, não quis se internar. Ficou agressivo. Várias pessoas (seguranças, auxiliar de enfermagem) chegaram para ajudar. A enfermeira do Acolhimento chegou próximo, chamando-o pelo nome e perguntou o que estava acontecendo. Disseram que ele não queria se internar. O paciente não foi embora. O médico do plantão diurno fez um novo laudo, alterando o diagnóstico que constava no laudo feito pelo médico do plantão noturno de F10 para F29 para poder interná-lo na única vaga que tinha para transtornos psicóticos. Tinham 2 laudos para o mesmo usuário com 2 diagnósticos diferentes: um com F10 e o outro com F29. Como no hospital existe uma regra de que as pessoas com dependência química só se internam voluntariamente, o médico alterou o diagnóstico para poder interná-lo involuntariamente, não respeitando a avaliação da equipe de Acolhimento, que já tinha colocado como prioridade, o outro usuário com diagnóstico de transtorno psicótico, que já estava aguardando desde às 04h00min. Este paciente já tinha vestido a roupa do hospital e tiraram a roupa dele para o outro usuário entrar na sua vaga. O médico colocou a internação como sendo 'involuntária' para internar na Unidade II, mesmo tendo vaga na Unidade de Desintoxicação. O familiar que estava aguardando, notou o que havia acontecido, dizendo que havia uma disputa entre os profissionais. A enfermeira e a assistente social disseram que este médico não respeitou o trabalho do Acolhimento. O funcionário do SAME, mostrando os dois laudos, disse que se chegasse outro médico ou o mesmo que havia dado o diagnóstico 'X', ele colocaria um diagnóstico 'Y' para o mesmo usuário (Obs.07, p.10).

Foucault (2006) descreve o poder da Psiquiatria instaurado como um discurso verdadeiro e que necessita inaugurar instituições, nas quais o exercício de seu saber, se desenvolve como um poder soberano e vice-versa. O poder de disciplina antecede o poder da Instituição, que se utiliza desse poder para torná-lo um discurso verdadeiro. Nesta dialética, vai-se construindo saberes e práticas arraigadas pelo poder disciplinar que o HP herda do seio

da sociedade e o exerce com propriedade. Esse poder disciplinar se apropria dos corpos, dos gestos, do tempo, do comportamento das pessoas, controlando até a um dado momento em que os corpos estarão condicionados, não necessitando mais de vigilância.

Nas UP, de acordo com os discursos e as observações, encontramos o exercício do poder técnico (saber médico) – designado por Testa (1992) como aquele utilizado através do conhecimento adquirido, sendo a capacidade de lidar com os vários tipos de informação e os âmbitos em que a informação circula – e do poder disciplinar – discutido por Foucault (2006), como sendo o exercício do poder sobre os corpos e seus atos, exercido não só pelos médicos, mas por agentes do poder (seguranças, auxiliares de enfermagem) – hodiernamente, sendo legitimado pelos demais profissionais:

O médico faz uma avaliação do paciente, se for o caso ele interna, faz o laudo, o código, medica se for necessário, contenção por medida de segurança (...). São critérios de ordem médicas...De ordem médica e medida de segurança (Ent.9G2).

Eu uso campainha na urgência, se houver alguma coisa, alguma agressão ou alguma coisa assim, ou pra chamar. Quando eu toco a campainha é pra vir o segurança. O [ideal seria se o] segurança ficasse bem na porta, o tempo todo. É claro, que como é uma urgência e a gente avalia (...). Mas, o esquema é assim, como é que funciona... (Ent.15G2).

Eu percebo que a minha parte aqui é na área da segurança aos pacientes que chega um pouco agressivo, que tem mental que chega agressivo aqui. Fazer a segurança, saber tratar, saber conter no leito. Se for possível até conter, tem que conter no leito. Isso aí depois da medicação ele melhora mais. Mas, por enquanto, tem que ser na base da força mesmo (...). Tem que ser. Quando chega muito agressivo vai eu, o outro segurança. A gente chama o segurança, ou então, o auxiliar de enfermagem. A gente dá aquela segura, leva pra cama. Chega na cama, se ele tiver muito agressivo, a gente tem que conter, amarrar mesmo. Amarrar na cama. Aí, o médico vai avaliar. Passa a medicação. Aí, é onde ele vai acalmando aos poucos (Ent.19G2).

Usuária interna passou com familiar para o jardim. Voltou escoltada pelo segurança lá para dentro. (Soube pela enfermeira e pela T.O. que a usuária quase foi raptada pelo visitante que se diz marido. A T.O. disse que ele é traficante. O guarda teve que colocar o revolver na cabeça do visitante pra soltar a moça (Obs.01, p.2).

A enfermeira chamou o Segurança que conteve a paciente, juntamente com a vizinha e o Auxiliar de Enfermagem. A outra Auxiliar de Enfermagem deu a injeção. Tive que intervir para acalmar a paciente. A Enfermeira deu água e suco para ela. Conversei com a paciente, orientando sobre a situação. Mataram o filho dela com seis tiros. Ela sabe quem foi. Disse que iria se suicidar. Dei orientações a paciente e aos acompanhantes (Obs.03, p.5).

Um auxiliar de enfermagem ou Porteiro/Segurança foi para a porta. Está abordando o paciente para ele voltar para a intercorrência. O paciente vai atrás dele (...). Está andando pelos corredores. O auxiliar de enfermagem pergunta o nome dele e entra no SAME. Uma familiar cuida dele e chama a atenção dele. Ele está aguardando vaga. Nenhum profissional/funcionário se aproxima. Os auxiliares de enfermagem vêm com as faixas. Chamam ele, o deitam e o amarram. O paciente não está agitado nem agressivo. Está inquieto (Obs.B, p.7).

Franco (2006) discute a dinâmica da micropolítica do processo de trabalho na qual se desenvolvem inúmeras relações entre os trabalhadores de saúde e usuários, construindo

uma rede de relações com fluxos diversos, na qual há intencionalidade a partir dos interesses pessoais e profissionais desses atores. Há também, interesses políticos, econômicos que podem ou não estar vinculado ao Projeto Político, aqui especificamente, o da saúde. Neste jogo de interesses, pode ou não haver projetos em comum, o que gera tensão e conflitos, nem sempre bem resolvidos pelos atores em cena. O espaço social é produzido pelos sujeitos em ação, no seu cotidiano. Embora haja regras, normas, o sujeito tem liberdade de ação para transformar sua realidade, uma vez que a realidade é produzida no ato em si (Diagrama 9).

A Micropolítica do Processo de Trabalho

O processo de trabalho que se revela, em um mundo extremamente complexo.

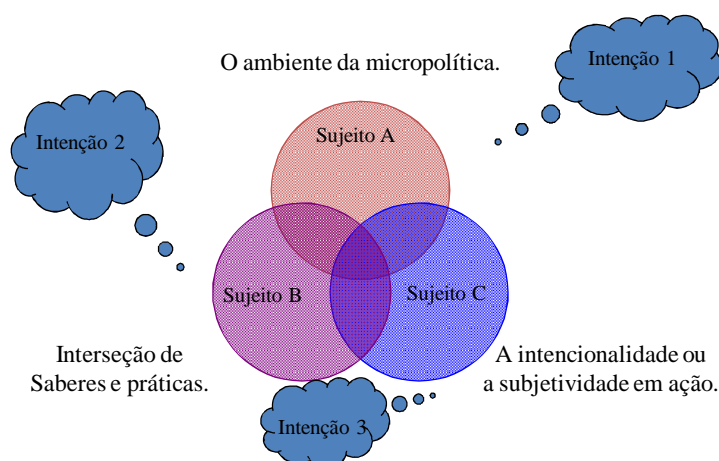


Diagrama 9 – Micropolítica do processo de trabalho

Fonte: Franco (2006)

O processo de trabalho das equipes das UP, conforme relatos e observações, ocorre de forma burocrática, automatizada, normativa, sendo estruturado a partir do saber médico hegemônico:

O responsável diretamente é o médico. O médico, o laudo, passa pro médico. Mas, depois do médico, se for o caso de internar no hospital, o médico interna imediatamente. Só que depois que o médico faz todo o procedimento, passa pelo pessoal da enfermagem, pelos auxiliares, técnicos... (Ent.11G2).

Quando o paciente solicita ir para determinado hospital é respeitado dentro das necessidades do paciente e do quadro dele. **O médico é que é autoridade, que é a ciência, que estudou.** Tem de saber que o paciente quer ir para aquele hospital. Se ele disser: “- Não. Ele tem de ir é pra determinado hospital.” Aí, tem a internação involuntária (Ent.22G2. **grifo nosso**).

O auxiliar de enfermagem pega as fichas de registro de dentro do SAME e chama as pessoas que formam novas filas. O auxiliar de enfermagem entrega para outro auxiliar de enfermagem uma receita azul. Este entra na sala de enfermagem. O auxiliar de enfermagem pega um bloco de fichas (?), cartões (?), receitas (?) e uma folha e se retira da urgência (Obs.A, p.1).

Tem mais 3 pessoas em situação de crise, mas, mesmo assim, não são atendidas primeiro. Auxiliar de enfermagem carimbando um bloco de receita azul. A respeito da paciente X, o médico fez o laudo. Não preencheu o nome da paciente. Descreveu o HDA. Enviou laudo, uma folha com a medicação. O auxiliar de enfermagem entregou a documentação para o familiar. Não vi se o médico a atendeu ou se foi só ao familiar. Saiu outro rapaz [3º] de dentro do SAME, chamando o usuário que se dirigiu a mim. Entrou novamente no SAME e deixou o familiar e o paciente aguardando do lado de fora (Obs.A, p.2).

Ao se questionar a internação de um usuário com dependência química em uma unidade para pessoas com transtornos psicóticos, a chefe do SAME mostrou o laudo, dizendo: “- A doutora disse que ele é doente!”. Foi falar com a médica de plantão que disse que nem ele nem a família tinham referido uso de drogas. A médica atende de porta aberta, com a presença de um auxiliar de enfermagem na porta do consultório. Não se oportuniza um clima de confiança com o usuário (Obs.A, p.3).

Não há interação para discutir os casos. O médico faz o laudo e o paciente deve ser internado (Obs.A, p.4).

O auxiliar de enfermagem dirigiu-se à intercorrência e está conversando com familiares. Uma delas o acompanhou até a sala de um dos Médicos. Este lhe dirigiu algumas palavras e foi embora. Encerrou seu expediente. Auxiliar de Enfermagem pegou bloco de receituário para “abastecer” a sala do médico. Auxiliar de enfermagem pega uns papéis no SAME e começa a chamar os pacientes para entregar a ficha de registro. Outro trabalhador chegou de bicicleta. Funcionário do SAME chegou às 08h40min. Auxiliar de Enfermagem foi olhar a Intercorrência. Funcionário do SAME foi buscar café. Constantemente o auxiliar de enfermagem entra no SAME para pegar a ficha de registro – Atendimento Médico Ambulatorial de Urgência (Obs.B, p.7).

O modo como os processos de trabalho em saúde se operacionalizam indica a conformação do modelo assistencial em saúde e da intencionalidade desse modelo. O modelo de atenção e de gestão voltado para a super especializações, no qual o mercado dita as normas e a saúde se torna mercadoria, utiliza seus saberes e suas práticas, constituindo os sujeitos e estes, por sua vez, reforçam o modelo (MERHY, 1997):

Assim, o modo como as ‘cabeças estão sendo fabricadas’ também opera na micropolítica do processo de trabalho vivo, como forças instituintes dos processos de resistências às mudanças, como vemos cotidianamente nos serviços de saúde; ou não, quando estamos diante de processos inovadores (...) (MERHY, 1997).

Merhy & Franco (2003) trazem uma discussão sobre o processo de trabalho e o cuidado em saúde, definindo o Trabalho Morto e o Trabalho Vivo, como composições do núcleo tecnológico do processo de trabalho. As tecnologias inscritas nesse processo seriam tecnologia duras – instrumentos; leve-duras – conhecimento técnico e leves – modo singular de cada trabalhador na produção do cuidado.

O Trabalho Morto seriam os instrumentos sob os quais já se executou determinada ação para sua elaboração e o Trabalho Vivo seria o trabalho em ato, aquele que está sendo produzido naquele momento, se utilizando dos instrumentos, porém priorizando a dimensão relacional, entendendo que todo trabalho de produção de saúde se dá em interação com o outro. Estas relações, segundo os autores acima citados, podem ocorrer de forma burocrática, baseada em procedimentos, centrada no saber-poder médico ou de forma inter-relacional, com implicações dos diversos atores no ato de produzir saúde.

A forma de organização do processo de trabalho das UP se dá através da predominância das tecnologias duras e leve-duras – Trabalho Morto, utilizando-se o poder médico/poder psiquiátrico técnico para justificar o ato em si.

A implantação de tecnologias leves, como ocorreu na UP pública com o ACCR, não vai garantir que haja transformação no modo de produzir o cuidado. Merhy & Franco (2003) enfatizam que o Trabalho Vivo deve ter predominância sobre o Trabalho Morto, desde que esteja congruente com as necessidades dos usuários e com acessibilidade, garantindo a integralidade da atenção e cuidando de sua trajetória na rede de saúde:

Agora é o médico e vai continuar sendo o médico. O responsável pela internação vai continuar sendo o médico. Mas ele vai ser diluído lá fora. Porque todos iam pro médico, às vezes pro médico dizer: “- Isso é problema só de CAPS”. Não vai ser mais. Se a gente ver que o problema é só de CAPS. A enfermeira é que vai decidir lá e vai mandar pro serviço social. Não chega nem no médico mais. E de repente o médico pode até dizer que não vai ser [internado]. Pode até dizer que não vai ser. Vai, sim. Se ele disser não, vai ser. Se ele disser sim... (Ent.3G2).

Podemos inferir, a partir das discussões suscitadas até então que, cada trabalhador de saúde e cada usuário, exercem seu poder quando estão em relação uns com os outros, cada um, construindo espaços que interferem na prática da saúde mental, reforçando o modelo biomédico ou contribuindo para transformação do modelo. Porém, aquele que efetivamente exerce o poder nas UP, ainda é o médico, com seu saber supremo, soberano, impondo sua prática hegemônica e legitimando o modelo psiquiátrico tradicional.

O Relatório de Gestão 2005 (FORTALEZA, 2006) baseia-se em Mattos (2001), quando diz que o princípio de integralidade do SUS, compreende que a organização da atenção e da gestão do Sistema de Saúde deve ter um olhar sob a totalidade do ser humano em sua vivência com o Planeta Terra, identificando necessidades futuras, para prevenir o possível sofrimento que possa acometer à pessoa. Deve ainda, proporcionar ações que possam identificar questões subjetivas subjacentes no indivíduo e na coletividade, construídas historicamente.

Nessa lógica, a análise dos documentos de gestão revela que o modelo de atenção integral à saúde da Administração Municipal de Fortaleza, Gestão 2005/2008:

tem por objetivo central cuidar, no sentido de “prestar atenção em; fazer, realizar (alguma coisa) com atenção; preocupar-se com, interessar-se por; responsabilizar-se por (algo); tomar conta” das necessidades em saúde da população local (Doc.06, p.33).

Ter a saúde como qualidade de vida é, então, compreendê-la como um direito de cidadania, transformando as práticas e criando um novo processo de trabalho.

Alves (2009), ao debater sobre a integralidade nas Políticas de Saúde Mental, refere que, devido à complexidade dos problemas de saúde, a intersetorialidade e a diversificação devem caminhar juntas para atender as necessidades de saúde da população, buscando-se outros setores e oferecendo ações diversas.

Diante da organização do sistema de saúde, a partir das necessidades da população, surgem alguns questionamentos: o que leva um usuário a buscar o serviço de Urgência Psiquiátrica? A forma como a UP se organiza está dando conta de tais necessidades?

A necessidade do atendimento na Urgência Psiquiátrica ocorre, segundo relatos de familiares, quando o usuário fica completamente descontrolado, agitado, com tentativas de suicídio, com crises de choro, apresentando delírios e/ou alucinações, seja devido ao uso abusivo de álcool e/ou outras drogas ou ao agravamento de seu quadro psicopatológico por transtornos psicóticos ou transtornos de humor. Para as famílias, quando os usuários se internam significa um alívio:

Só nos casos [de] mudança de comportamento dela. Que ela tava falando que tinha algo estranho dentro de casa. Não queria mais ficar na casa, que tinha uma voz mandando ela sair. Houve uma mudança do comportamento dela (Ent.21G2).

Eu vivo com esse meu companheiro há 18 anos. Antigamente ele usava só droga. Agora, ele só toma cachaça (...) Ele só come as coisas quando ele tá no hospital, mas em casa ele num come nada, só na cachaça, aí quer se suicidar e quer se tacar pra debaixo dos carros. Ele já se enforcou. Quase que ele morria. Eu moro num mutirão que é duplex. Ele quer pular lá de cima. Quer faca pra cortar os pulsos (...) Vende tudo por cachaça. Nesse instante ele tava chorando, porque ele quer que eu fique dando 50 [centavos] pra ele beber de cachaça e eu não tenho essas condições (...). Desde que saiu do internamento (...) que ele tá na cachaça direto. Aí de ontem pra cá, ele tá piorando porque ele quer se suicidar (...) É assim, pra gente pastorar ele. Mas, de ontem pra cá ele tá pior, só querendo se suicidar, quer se enforcar na rede, queria pular da janela, queria passar embaixo do carro. Quando ele tá internado, eu trabalho sossegada e melhora. Eu tô doente, mulher, eu tô morrendo de dor de cabeça. Tu sabe como é diabete? Eu tomo insulina na barriga. Aí sim, aqueles dias que ele passar, como dessa vez agora, ele passou vinte e três dias, foi vinte e três dias de **alívio pra mim**. Aí, ele num bebia, aí eu vou buscar ele, eu levo dinheiro pra ele merendar e as coisas que eu posso levar pra ele, eu levo, cigarro, fumo (Ent.13G2. **grifo nosso**).

Para os trabalhadores, a UP é um recurso necessário para situações graves, pelas quais os usuários não conseguem se tratar em serviços comunitários por apresentarem diversos sintomas psicóticos, alteração no comportamento que comprometam seu convívio familiar, social e quando a família não tem mais o controle:

É [quando] o paciente tá em surto mesmo psicótico (Ent.3G2).

Deve ocorrer quando o paciente vem totalmente desorientado, inquieto, logorréico, com todos os requisitos prá ser internado num hospital psiquiátrico. E acho que, quando a família trás o paciente às vezes, até com o SAMU, com o Ronda, [é] porque não ter condição de ter o paciente em casa. Porque eu acho que a família só trás, no último caso (Ent.11G2).

Eu acredito que ela só deva acontecer, quando o paciente está mesmo sem condições de um tratamento. externo. Eu acho a internação psiquiátrica uma coisa muito dura. Dura pro próprio paciente e pra família. Você ser internado sem ter aquela consciência do por que que tá dentro dum hospital psiquiátrico! (Ent.14G2).

Quando o paciente tá muito agitado, (...) correndo risco de vida ou ele tá violento porque às vezes ele vem nessa situação. É medicado e (...) de acordo com avaliação do médico, às vezes, passando essa crise, ele pode ir embora. Mas, isso aí, só quem diz é o médico. Às vezes, mesmo passando a crise, ele vai ser internado. Mas, eu acho que, pelo menos a urgência é pra irar essa crise. Agora, daí pra frente, o médico é quem sabe quando passa a crise (Ent.16G2).

Porém, acreditam que alguns usuários se utilizam da UP, para conseguirem se internar, seja por suprirem necessidades outras, que não clínicas ou para se sentirem protegidos. Este caso tanto se refere à pessoa com dependência química, quanto em relação à pessoa portadora de transtorno mental crônico:

O drogadicto também entra em surto, também. Tem deles que tá realmente. Mas, a maioria deles que vem pra cá, é (...) pra se esconder ou vem com a desculpa de que a família tá cheia. Não tá agüentando. Tá morando na rua. Tem deles que vem pra cá e diz mesmo: “– Eu vim pra cá porque eu não tenho pra onde ir”. Não tem onde morar, não tem onde dormir, não tem onde comer. Abre mesmo o jogo. Esse daí, realmente não tem porque ficar internado. Porque tem pessoas que procuram o hospital psiquiátrico (...) pra se esconder, de quem tá atrás de matar ele (...). A maioria deles que vem pra cá, é pra isso (Ent.3G2).

Agora, o que acontece às vezes, não é uma indicação médica de internação, às vezes, acontece uma **indicação social**, que eu acho que é o que os CAPS estão querendo resolver. Mas, que ainda acontece no hospital e eu acho que a gente acaba fazendo por uma coisa mesmo social, um atendimento social, quando você ver que **a família tá mesmo esgotada**, porque às vezes é difícil. Os pacientes não aderem ao tratamento. Muitas vezes, o tratamento não funciona e a família realmente fica esgotada pra cuidar daquele paciente e às vezes, é uma coisa particular que eu te passo, às vezes eu até tendo a internar. Aí, você interna e como o caso é grave, crônico e tal, numa tentativa de ajudar aquela família, a cuidar daquele paciente. O ruim é que se prolonga mais do que o necessário a internação. Mas, uma coisa assim de sete dias, talvez pudesse dar uma chance daquela família se reestruturar e ver o que é que ela pode fazer pra cuidar melhor do paciente e ao mesmo tempo, fazer o controle da medicação que, às vezes, tá descontrolada. Isso poderia ser feito ambulatorialmente, mas somado ao fato da família está esgotada de cuidar daquele paciente. Aí, às vezes, acontece a internação sem ser por essas indicações prioritárias (...) [mas por] risco [social] (Ent.4G2).

Mas, às vezes, as próprias famílias têm prazer de trazer. Tem gente que saiu do hospital e amanhã já está aqui. Então, aqui é um **ciclo vicioso, se acostumou a viver dentro de um hospital** (Ent.9G2. **grifo nosso**).

A partir dos relatos, os critérios de exclusão para internação psiquiátrica no HP são definidos tais como:

[Usuários] com delirium tremens, complicação clínica, esse é um dos critérios que a gente não deve botar, com um problema de AVC, com hemiplegia. Se for TB aí, a gente não fica com esse paciente, no momento, não fica. A gente liga pro serviço social, a gente fala com o serviço social do SPA e entramos em contato com o posto de saúde, qualquer posto. A família vai atrás. Eu digo: “- Olhe, nós ficamos com seu paciente, mas, primeiro, você vai tratar, vai ver...Paciente com intoxicação por drogas. Esse também não interna. Passa direto pro Frotão. Manda direto pro Frotinha, Gonzaguinha, não sei. A gente manda porque, a gente tá sempre mandando, quando é desintoxicação (Ent.18G2).

Não existem protocolos clínicos nas UP pública e privada, que estabeleçam critérios de atendimento médico de urgência. Com a implantação do ACCR na UP pública elaborou-se os protocolos do Acolhimento, mas não são utilizados pelo médico do SPA:

Aqui, à noite e no final de semana é outro hospital...De manhã, à tarde, até as 19 funciona do mesmo jeito. A partir das 19 funciona do jeito que a pessoa tem na sua cabeça. Vai pela cabeça dele [do médico plantonista]. Por isso a [médica plantonista] tava falando que vai ter protocolo pra que todos trabalhem de uma maneira. Daquele jeito pra num dizer que de manhã [é de um jeito e à noite e final de semana é outro]” (Ent.3G2).

Esses critérios vai ser a avaliação médica. O psiquiatra que vai avaliar e verificar. São os critérios do médico que está avaliando. Como ele é o responsável pela solicitação da internação. Só ele pode internar. Eu não posso chegar, o enfermeiro não tem essa autoridade de achar que a pessoa deve ser internada ou não. É só o médico. Então, o médico tem aqueles critérios, pelo tipo de doença. Tem um que é relatado pela família, pelo estado do paciente aí, ele vai usar esses critérios, de acordo com a experiência e com o conhecimento dele como psiquiatra e vai solicitar uma internação. Talvez, isso seja melhor respondido pelo próprio médico (Ent.10G2).

(...) um protocolo e o que for de exceção é exceção, mas o que deve ser seguido é aquilo. Não existe isso. Então, vai da avaliação de cada médico ou da experiência de cada um ou do estudo de cada um, de avaliar se o paciente tem necessidade ou não de ter um internamento. Risco dele que vai avaliar. Vai ser o médico da urgência que vai avaliar se tem condições de ir pra casa, se tem condições de ir pro CAPS, receber a medicação, ficar em observação e depois ir pra casa, ou se a medicação, espera, a gente faz o laudo e vai ser internado (Ent.15G2).

Del-Ben et al (1999) analisam que a implantação da Política de Saúde Mental, baseada nos princípios do SUS e da RP modifica os serviços de UP, passando a atender uma proporção maior de usuários crônicos e diagnóstico de dependência de substâncias química.

Conforme relatos, constatamos nos discursos convergentes que a implantação da Reforma Psiquiátrica em Fortaleza com os seus serviços substitutivos, também modificaram a demanda da UP:

Tinha mais psicótico; hoje a gente vê mais drogadicto. Aqui de Fortaleza é mais os drogadictos (Ent.1G2).

Atualmente, a gente está recebendo mais dependentes químicos. E é mais crack, mais do que alcoolista, mas do que tudo (Ent.4G2).

Tem média aqui que a gente tem vinte internamentos. De vinte, doze é dependente químico e eles mesmos dizem: “- Eu vou pra o hospital pra comer e dormir.” E volta pro que era. Será que vai ter melhorar? Não. Eu digo isso pela minha experiência de treze anos de serviço de urgência. Antigamente, era mais paciente mental, esquizofrenia. Pacientes chegavam aqui quebrando tudo. Hoje, não. Hoje, se você for ver, só é entre nove, dez. Todas essas pessoas [dependente químicas] estão tomando o lugar daqueles que querem se tratar (Ent.9G2).

Teve um aumento muito da parte dos dependentes químicos. Eu acho que hoje, a psiquiatria está com grande problema de saúde mental, de saúde pública, que é a dependência química. (...) Poderia ter leitos ou então, alas, pavilhões destinados pro tratamento específico da dependência química. Eu acho que o governo ainda não tá vendo esse aumento de demanda, enquanto, de 20 pessoas que vem pedir internação, metade é dependente químico. Você vê gente, não só de classe B. De classe média, média alta. É essa mudança que eu vi na prática mesmo. Você ver pai e mãe vem acompanhado com o filho 19, 20 anos. A gente cansa de ver bem vestido, vem trazendo pelos amigos que tá em crise, porque não tem pra onde socorrer (Ent.10G2).

A RASM, embora estejam com os CAPS sobrecarregados pela demanda excessiva, e ter apenas uma unidade de saúde mental em hospital geral com apenas 30 leitos, conseguiu reduzir as internações psiquiátricas por transtornos esquizotípicos e por alcoolismo:

Eu acho que não houve uma redução maior porque (...) a gente precisaria ter ampliado a discussão mais na atenção primária. Precisaria ter discutido mais a questão da saúde mental nos hospitais gerais que a gente não discutiu. Precisaria, talvez, nos CAPS, a gente tentar trabalhar com as prioridades dos intensivos, porque termina que a gente fica com a demanda da ansiedade, depressão leve, tudo dentro do CAPS. Na verdade, isso deveria tá fora do CAPS. Então, talvez a gente tivesse que buscar os intensivos como prioridade. Fortalecer a história da prioridade. Mas não conseguimos de trabalhar com os egressos de internação psiquiátrica (...). Tem potencialmente, um ou dois CAPS que vão lá [nos hospitais psiquiátricos]. Até mesmo nossa própria falha da gestão nossa, de não ter mandado, por exemplo, alguém ter acompanhado esses egressos mês a mês (Ent.6G1).

Nós temos serviços de saúde mental que ficam superlotados; às vezes, com uma demanda excessiva, onde você não tem um número de profissionais suficientes pra dá essa cobertura (Ent7.G2).

Levando em consideração a análise dos documentos e as observações, os dados registrados no sistema das internações psiquiátricas em Fortaleza nem sempre são fidedignos, pois existem erros em seus processamentos no ato de seu registro:

A partir do levantamento de 01/11/2008 a 24/01/2009 do livro de internações, identificou-se que:

332 usuários são procedentes de Fortaleza;

113 usuários são procedentes do interior do estado;

035 usuários são do interior, porém tem registro como sendo de Fortaleza (com total de usuários do interior de 147);

004 usuários são pessoas em situação de rua

002 usuários estão sem identificação/sem procedência,

Totalizando 486 usuários internados.

23% dos usuários procedentes do interior teve seu registro de localidade alterado

66% dos usuários registrados como sendo de Fortaleza, são das 1^a, 2^a e 3^a Microrregiões de Saúde (Coordenadoria Regional de Saúde – CRES), isto é, de municípios próximos à Fortaleza. As cidades que mais encaminharam usuários foram Eusébio (05), Aquiraz (04) e Itaitinga – 1^a CRES - (04), Maranguape (03) – 3^a CRES – e Morada Nova (03) – 9^a CRES (Doc.02).

(...) o paciente era de Pentecoste e eles estavam encaminhando para os leitos de Fortaleza, no Hospital Batista. A funcionária disse que a família tinha dito que era de Fortaleza [erro de registro da origem do paciente]. (...) foi falar com a família, tomando satisfação. As acompanhantes disseram que não se referiram à Fortaleza e sim, à cidade deles. Disseram que todas as vezes que vem para à UP privada, a funcionária é ‘ignorante’ e diz pra eles procurarem os direitos deles. A Central de Leitos disse não saber deste critério (Obs.A, p. 2 e 3).

Um questionamento surge a partir disto: o que significa essa falha no registro?

Mais uma estratégia de garantia da necessidade do sistema hospitalocêntrico? Considerando o contexto de lutas políticas ideológicas de transformação do modelo assistencial, esse não seria um fato relevante a ser verificado posteriormente, por ser uma estratégia de mostrar que a implantação da RASM de Fortaleza, mesmo com todos os serviços implantados, não consegue substituir os HP? A disseminação errônea dos conceitos pelos críticos da Reforma Psiquiátrica é mais uma estratégia de manutenção do poder psiquiátrico, pois, se os saberes e as práticas se cristalizam e se introjetam no imaginário popular, a transformação da realidade se torna mais difícil de ser feita.

Os documentos mostram, através do comparativo das internações psiquiátricas em HP e em HG, que o perfil dos usuários internados na USMAC difere em alguns aspectos do perfil dos usuários internados em HP (FORTALEZA, 2009) (Tabela 8).

Tabela 8 – Comparativo do perfil dos usuários internados na Unidade de Saúde Mental Ana Carneiro e nos Hospitais Psiquiátricos, 2008

SERVIÇO	GÊNERO		FAIXA ETÁRIA			CID		LOCAL ORIGEM		MÉDIA DE PERMANÊNCIA
	MAS	FEM	15-24	31-40	41-50	F20	F10	FORTALEZA	INTERIOR	
HG	70%	30%	27%	29%	-	77%	4%	71,7	28,3	13,3
HP	52%	48%	-	27%	25%	64%	27%	-	-	40,6

Fonte: Doc. 08 (Adaptado por BASTOS, 2009).

Enfatizamos aqui, a média de permanência das internações psiquiátricas na USMAC que é de 13,3 dias e nos HP que é de aproximadamente 40,6, o que podemos inferir, grosso modo, que esses últimos permanecem com os usuários, além do tempo necessário para demonstrar a que a oferta de leitos é menor do que a demanda, além de ser outra estratégia de se manterem economicamente. Encontramos divergência nos documentos em alguns discursos, quanto à média de permanência:

E os hospitais já estão mais ou menos trabalhando num ritmo que nós consideramos até um tanto acelerado. A média de internação tá sendo de trinta e cinco dias, trinta e dois dias. Não tem mais aquele hospital psiquiátrico de antigamente que a média de internação era de seis meses, um ano. Não existe mais isso. O que nos deixa muito preocupado também que dentro da internação, nós damos alta pros pacientes com muita precocidade sem ele tá ainda bem recuperado pra poder vagar o leito pra outro que esteja pior e esse paciente sai melhorado e não tem condições de continuar o tratamento, não tem remédio e aí, dentro de uma semana, dez dias volta a entrar em crise de novo (Ent.12G2).

Alguns relatos levam a crer que os hospitais psiquiátricos não utilizam o critério clínico para internação, mas sim, a disponibilidade de vaga:

(...) Eu percebo que (...) parece não haver uma preocupação. Parece que o critério maior é a disponibilidade ou não de vaga. Se houver vaga, parece que não há uma, uma grande preocupação. Tá sobrando vaga, e assim, a avaliação me parece que não, que não traz uma profundidade maior (Ent. 7G2).

Porque antigamente, qualquer coisa era internado. Parecia uma espécie de hotel. Se sentia qualquer besteirinha, vinha pra se internar. E agora, não. Agora diminuiu muito, porque só fica, principalmente na Unidade de Dependência Química, quem precisa de uma internação, de um acompanhamento. Porque antigamente era uma coisa que, eu acho que até assim, quem vem de fora, vê a multidão que ficava (...). Quando chega aqui, eles já iam direto pro SAME. Aí, o SAME fala: “- Não. Primeiro tem que passar por aquelas duas salinhas.” Aí, quando entram, eles ficam olhando. “- Porque que tem que passar por aqui?” “- Não, porque agora tem acolhimento porque muitas vezes o paciente não tinha necessidade de internação e era só mais pra se livrar. A família: “- Doutora, num tá tendo quem agüente, não.” “- Mas, como? O que é que ele está fazendo? (Ent.14.G2).

Barros (2008) descreve as características biossociodemográficas e diagnósticos de usuários internados em um hospital psiquiátrico público, com a predominância do sexo masculino com 65,5%, do diagnóstico de esquizofrenia com 43,3%, equivalente aos dados analisados nesse estudo, de 70% e 77%, respectivamente.

Quanto ao local de origem dos usuários internados na USMAC, a partir de diretrizes estabelecidas pela CCSM no ano de 2008, houve uma adequação, aumentando o percentual de internações de pessoas residentes em Fortaleza, para 71,70%, uma vez que esta unidade foi criada para os fortalezenses. Esta é uma forma de controlar a ‘porta de entrada’, mesmo que seja de maneira tímida, mas que já causa incômodo na UP privada:

Caso seja internação é feito o laudo com os mesmos dados coletados. As mesmas informações são encaminhadas à Central de Leitos. Tendo uma vaga, o paciente é encaminhado. Exceto para o Hospital Batista que tem critérios para receber o paciente, contrariando as leis do SUS. “- Isso aqui é todo dia. A palavra melhor é imoral (referindo-se aos critérios de internação na USMAC). O Hospital Batista tem uma norma que foge às normas do SUS (...) Se o paciente for de Caucaia, não pode ir para lá. É negada a vaga, mesmo tendo. Também, paciente crônico, como a doença psiquiátrica, embora haja uma melhoria. É dito pelo telefone que ele não pode ir para lá. Informa que o paciente está assim, assim, assim, mas é negada a vaga. Mesmo depois que o médico diz que ele deve ser internado, é negado (...). O SUS é nosso. Se ele não for de Fortaleza, doido é quem encaminha. É a mesma coisa do IJF não atender o povo do interior (Ent.22G2).

A faixa etária prevalente corresponde a de 31 a 40 anos, tanto na USMA – 29%, quanto no HP, de 27%. Na USMAC, a segunda faixa etária prevalente se refere a de 15 a 24 anos, correspondendo a 27% dos usuários, enquanto nos HP, corresponde a de 41 a 50 anos, com 25% dos usuários, indicando que na USMAC há prioridade para adolescentes e adultos jovens que apresentam as primeiras crises, enquanto nos HP há uma predominância de pessoas com transtorno mental crônico.

A RASM expõe então, sua fragilidade ao não conseguir implantar serviços nos hospitais gerais para cuidar das pessoas com dependência química e com grave dependência social e de não garantir acesso em tempo hábil para acompanhamento extra-hospitalar. Favorece assim, a manutenção dos HP, quer seja no aspecto financeiro, quer seja na continuidade de sua existência, enquanto um serviço assistencial que atenda às necessidades da população. Esta é mais uma estratégia fortalecida pela própria RASM:

O que a gente tem observado é que a nossa demanda tem aumentado na parte de drogadicção. Tem mais drogadicto hoje internado, do que o doente mental. Tem aumentado muito (Ent.3G2).

E os CAPS, que são as unidades que deveriam estar em número muito maior, ainda estão em número reduzido, com equipes também que estão atendendo demanda, tão atendendo grande número de pacientes, e quando você dá alta de um paciente psiquiátrico internado e manda pra um CAPS, leva em geral, no mínimo, sessenta dias pra ele ser atendido no CAPS. Aí, ele retorna às urgências, a do IPC e a do Hospital de Messejana. Aí, volta a se internar. Então, nós estamos num sistema de rodízio em que o paciente se interna, passa um mês ou dois internado. A média de internamento tá dando trinta, trinta e cinco dias. Recebe alta e não tem onde ele seja seguido, porque só se marca pra dentro de dois meses. Alguns CAPS fazem um aprazamento em torno de noventa dias, porque a demanda é grande. Aí, o doente fica sem remédio, sem tratamento, volta a entrar no quadro de novo, volta a procurar a urgência...[quando o usuário com dependência química sai de alta da internação psiquiátrica e é encaminhado ao CAPSad] a maioria não vai. Não vai. E quem vai, às vezes, não é prontamente atendido. Leva algum tempo. É uma situação muito complexa, o atendimento psiquiátrico porque o número de unidades é pequeno e a demanda é enorme (Ent.12G2).

Porque se a nossa idéia é deixar o [usuários] mínimo de tempo aqui [no hospital psiquiátrico], (...) ele tem que ser o mais rápido possível atendido no CAPS pra poder dar seguimento. Senão, a corda arrebenta aí (Ent.15G2).

A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, oriunda do Projeto de Lei nº 3.657/89, do deputado Paulo Delgado (PT-MG), conquanto tenha sido um avanço por garantir os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, deu abertura para a existência concomitante do modelo tradicional psiquiátrico, carregado de seus saberes e práticas manicomiais e com o modelo assistencial em saúde mental, quando, em seu Art. 3º diz que

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em **estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde** aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2004b. **grifo nosso**).

Embora haja proibição de internações em seu parágrafo 3º do Art. 4º em instituições asilares, não aprofunda o que seja uma instituição com essas características, dando margem aos HP a se adequarem, como está ainda referido em seu parágrafo 2º do Art. 4º: “§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros” (p.18):

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em **instituições com características asilares**, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2004b, p 18. **grifo nosso**).

Os discursos e as práticas revelam o confronto entre estes dois modelos:

A reforma da assistência psiquiátrica, no meu entender, cometeu um grande erro, que eu chamo nesse meu trabalho, de violência, porque veio trazer prejuízos enormes à clientela que procura o serviço de psiquiatria. O grande erro foi ter adotado o plano utópico de fechamento completo de todos os hospitais psiquiátricos, antes de abrir e instalar serviços de atendimento extra-hospitalar ou comunitário ou residências terapêuticas. Então, se espalhou a idéia de que o hospital psiquiátrico era muito ruim e precisava ser fechado. A maioria realmente era muito ruim. Precisava ser fechado... Houve uma pressa muito grande da reforma da assistência psiquiátrica, num projeto de lei que não foi aprovado. O projeto de lei do Paulo Delgado não foi aprovado. O substitutivo de lei foi aprovado depois de 10 anos de tramitação (...) é um substitutivo que diz que não se deve mais internar nenhum doente mental em estruturas asilares, mas, podendo ser internado em hospitais contendo equipes multiprofissionais, que não tenha grade, selas, que o paciente tenha telefone pra se comunicar com a família, que receba visita diária, ou seja, o que nós chamamos ‘bom hospital psiquiátrico’. E esses não foram desativados nem descredenciados (Ent.12G2).

Complementam ainda, indicando a fragilidade do modelo substitutivo e a estratégia de enfrentamento para manutenção dos HP, através de instituições formadoras que preconizam o modelo psiquiátrico tradicional e, por conseguinte, denunciam a sua própria prática:

A partir de 1988, dos 120 mil leitos psiquiátricos no Brasil, só restam 38 mil. Foi desativada a grande maioria. Mais de 70% dos leitos. E isso de uma forma muito apressada, sem ter dado tempo de fazer unidades substitutivas. Hoje nós estamos num quadro que nós chamamos de ‘omissão de socorro’, que a Universidade de São Paulo, a USP, através do hospital das clínicas de São Paulo patrocinou um DVD que eu tô lhe passando às mãos, sob o nome “omissão de socorro”. Hoje se tornou muito difícil você hospitalizar um paciente psiquiátrico porque a demanda continua muito grande e o número de leitos muito reduzido. Exige um número maior de técnicos formados pra trabalhar, que nós não temos. Não há também um número de unidades que seja um número que compense o atendimento. Então, nós estamos naquilo que nós chamamos ‘desassistência psiquiátrica’. Essa coisa utópica idealista de que o hospital psiquiátrico deve ser fechado pro paciente ser tratado com liberdade, isso realmente [é] utopia. Nós temos hospitais de coração, de olhos, de trauma, de cirurgia plástica, da mulher que agora vai ter, da criança e porque é que não pode ter hospital psiquiátrico? Porque que só o hospital psiquiátrico é negativo? Os outros todos são positivos. A psiquiatria é uma especialidade médica como outra qualquer, que deve ter o seu bom hospital. O hospital psiquiátrico da USP, que sofreu uma reforma e parece que gastaram 30 milhões de reais é um exemplo de hospital que parece muito com o Monte Klinikum aqui. Então, isso é tratar o doente mental com dignidade. E nós achamos, não é paranoia isso na nossa cabeça, que é isso que o Ministério da Saúde quer. Já que a lei não manda fechar o hospital psiquiátrico, o Ministério da Saúde espera que o hospital psiquiátrico peça pelo amor de Deus! pra ser fechado e é o que está acontecendo. Eles estão fechando progressivamente e eu também penso nisso, mas ainda não consegui me convencer... (Ent.12G2).

Vários estudos (MAIA & FERNANDES, 2002; FERNANDES et al, 1999; GRADELLA JÚNIOR, 2002) afirmam que o Movimento da Luta Antimanicomial, ao adotar o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, propõe romper com o manicômio, enfatizando a necessidade de sua extinção e não apenas sua humanização. Superá-lo seria abandonar a prática asilar tão própria e tão freqüente nas Instituições Totais. Seria ainda, resgatar a cidadania plena das pessoas portadoras de transtorno mental, buscando a garantia dos seus direitos e deveres, portanto, criando novas formas de promover saúde mental e não apenas de tratar a doença (AMARANTE, 1998).

Goffman (1996) classifica o HP como Instituição Total, por cercar a condição de liberdade, submetendo o paciente a uma autoridade suprema, condicionando o seu funcionamento às regras institucionais. Este tipo de instituição tem o poder de condicionar as pessoas que fazem parte dela, sem que se tenha a menor possibilidade de escolher seu modo de viver. Ao mesmo tempo em que esta Instituição restringe a relação social com o mundo externo, ultrapassa suas fronteiras impregnando a sociedade de preconceito e resistência, contribuindo para cultura manicomial. O HP nega os valores, a expressão da subjetividade, a manifestação dos desejos, o respeito às singularidades, a aceitação das diversidades, impossibilitando, assim, o ser adoecido de exercer a sua cidadania.

Os documentos analisados revelam que a auditoria realizada pela SMS/CCSM nos HP por solicitação da Promotoria de Justiça em Defesa da Saúde Pública, com a participação da CRIPI, em novembro/2006, teve como objetivo fiscalizar e propor ações de intervenção nas referidas instituições. A auditoria constatou que há precariedade na infraestrutura dos HP e que seus Projetos Institucionais encontram-se incoerentes com as práticas, não havendo projetos terapêuticos para seus usuários, além da escassez de material e de profissionais para o atendimento. Conclui ainda que a RASM necessita elaborar estratégias para absorver os usuários que se encontram internados a um longo período (FORTALEZA, 2007).

Diante da exposição elaborada até então, na qual demonstramos como se exerce o poder técnico e político no campo de atuação da saúde mental, acreditamos que a SMS/CCSM poderá aproveitar o espaço social propício, para elaboração de estratégias para o enfrentamento de seus opositores.

Categoria 3 – Financiamento da Rede Assistencial de Saúde Mental em Fortaleza e sua articulação com a Reforma Psiquiátrica: o poder administrativo

O financiamento na área da saúde mental até os dias de hoje é um grande desafio para todos os atores envolvidos nesse processo. Diante do sistema capitalista no qual tudo gira em torno do capital, as pessoas transformam-se em mercadorias com valor de uso e de troca, e por assim dizer, são descartadas quando não conseguem mais contribuir para a hegemonia do sistema. A mercadoria concreta vira abstrata e ultrapassa as fronteiras do mercado, invadindo as relações sociais e tudo o mais que deriva destas. Passamos então, a visualizar o outro a partir da conformação do sistema e, conseqüentemente, servimos como massa operária para manutenção do sistema (GOMES, 2008):

Primeiro, o paciente chega, vem pro acolhimento. A gente faz uma espécie de triagem pra ver se ele pode ser acompanhado só no CAPS ou se ele precisa de um atendimento médico. Porque, muitas vezes ele vem só prá pedir uma receita, uma medicação. **Aí, daqui, a gente já descarta.** Manda pro serviço social e o serviço social encaminha pro CAPS (Ent.14G2. **grifo nosso**).

A saúde, enquanto necessidade básica da população vira o maior bem a ser consumido por todos aqueles que possuem o poder de troca. Os sistemas de saúde então, se

organizam com a finalidade de produzir o máximo de procedimentos, mesmo que estes não atinjam seu objetivo – produção de saúde –, mas produza valor de uso, sua utilidade. O Projeto neoliberal sustenta a lógica de que o setor público deve funcionar de forma que não atrapalhe o desenvolvimento do setor privado, ao contrário, subsidie o espaço social para o crescimento deste (SILVA, 2006).

Na saúde mental, a questão torna-se mais complexa por lidar com questões subjetivas. Como estabelecer valores para ações no campo relacional? Como colocar um preço em um gesto abstrato ou na ação afetiva? Como financiar o subjetivo? Na lógica capitalista de produção, este financiamento seguiu a regra dos demais campos da saúde, com as ações de saúde por procedimentos e a criação de inúmeros hospitais que, ao invés de tratar a loucura, fabricavam-na com a iatrogenia produzida pelo seu fazer, reforçando a cultura do ‘necessário existir’ (OLIVEIRA, 2007):

[O médico] ele tem um salário de seiscentos reais por mês. Um salário de seiscentos fixo e ganha essa **produção** de cada atendimento, dois reais e pouco. Bom, hoje a grande dificuldade nos nossos serviços é ter médico que queira trabalhar por esses valores (Ent.12G2. **grifo nosso**).

Os dias de hoje são para desconstruir os saberes e as práticas constituídas por Instituições que surgiram para esse fim, criando políticas de saúde a serviço da pessoa, que realmente reconstruam um novo olhar hegemônico sobre a loucura, com formas de financiamento adequadas para tal.

O poder administrativo – correspondente àquelas “atividades enquanto processos que manejam recursos, tendo o financiamento como sua principal expressão” (TESTA, 1995:38) – financia o projeto político hegemônico, desencadeado pelo poder político, que, através de articulações, utiliza o poder técnico para implantação de seus saberes e de suas práticas no cotidiano dos processos de trabalho.

Especificamente para a saúde mental, a perspectiva da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) é um equívoco, segundo os discursos. Esses revelam ainda que, a forma de financiamento em saúde mental deve ser repensada, assim como a política de financiamento para a saúde como um todo. Liberato (2009) concorda quando aponta que a forma de cobrança por procedimentos nos CAPS, força às equipes a realizarem manobras para conseguirem produzir o teto máximo, inclusive nos CAPS Tipo III, no qual, os leitos devem sempre estar ocupados para garantir o repasse integral dos recursos:

A APAC (...) é excelente pro paciente da terapia renal substitutiva. O paciente ligado ao CAPS, ele é diferente. A atual política de financiamento do Ministério tem que ser repensada (Ent.5G1).

O Pacto de Gestão (BRASIL, 2005b) deve garantir uma política de financiamento equitativa, considerando as diferenças regionais e o teto financeiro geral, tendo mecanismos que atualizem os valores. O financiamento pela série histórica beneficia aqueles municípios que já recebem um valor superior aos demais municípios:

A idéia é você colocar isso dentro do Pacto de Gestão e pensar a política nos tetos globais e criar mecanismos e dispositivos de atualização. Nosso financiamento é feito dentro da política nacional e sofremos ao longo desse tempo, os processos que foram definidos pro país. Isso é um gargalo que tá a nível do sistema, (...) no financiamento da saúde no Brasil, porque [quando] apela pra série histórica, você vai terminar beneficiando quem já recebia mais e nunca leva em consideração os novos serviços que são implantados. Isso é uma negociação que tem que ser feita, dentro do teto da gestão municipal do município, esse dinheiro tem que refletir e temos que conseguir dispositivos de atualização. Eu acho que é importante o Ministério ter mais sensibilidade nessa questão do financiamento, de entender o financiamento do Sistema Municipal de Saúde. Em Fortaleza, você não só tem uma rede que cresceu muito nos últimos tempos, mas é uma rede que tá se integrando com PSF, que tá incorporando a terapia comunitária e isso tem um custo. Então, nós temos que agregar esse custo no financiamento da rede como um todo (Ent5G1).

O SUS, por ser um sistema universal, deve garantir a saúde a todas as pessoas sem exceção, reformulando e executando políticas sociais e econômicas que favoreçam “a redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990, p.1).

Campos (2007a) coloca em pauta a sustentabilidade do SUS, instigando uma reflexão, sobre a mudança urgente em sua forma de financiamento e de utilização dos recursos para sua sustentação, dentre outras. Coelho (2007) entra nesse debate, demonstrando os alcances do SUS, principalmente na atenção terciária e relembra que o SUS é responsável por 140 milhões de brasileiros, com um valor de R\$ 60 bilhões/ano, enquanto a rede suplementar movimentava R\$ 40 bilhões/ano. Enfatiza a necessidade de rever a política de financiamento, principalmente quanto ao repasse de recursos ao SUS pela rede suplementar, pelo fato de seus inúmeros usuários se utilizarem do SUS. Expõe ainda que, o desconto pelos gastos com saúde no Imposto de Renda gera mais despesas ao Sistema.

A necessidade de reorientar o paradigma na saúde mental, segundo Oliveira & Conciani (2009), impulsionou a organização de uma rede de serviços comunitários substitutivos aos HP, com elaboração de dispositivos administrativo-financeiros que transferisse recursos da rede hospitalar para os serviços territoriais.

O MS apresenta em seu informativo “Saúde Mental em Dados” (BRASIL, 2009b) essa reversão, principalmente a partir do ano de 2006 pelos recursos extra-hospitalares ultrapassarem os investimentos na rede hospitalar. Em 2008, o orçamento para a saúde mental no âmbito federal foi de 2,5% do Orçamento Total. Considerando os gastos com ações e serviços de saúde mental, o investimento chega a 2,73% em ações de saúde do MS.

Haja vista todo esse investimento, os documentos e entrevistas denunciam que os recursos repassados pelo MS não consegue sustentar a RASM. Os recursos oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para Atendimento/Acompanhamento Psicossocial – CAPS –, Terapia/Psicoterapia e Psicodiagnóstico transferidos ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) tiveram um total de R\$ 13.698.233,90 (treze milhões, seiscentos e noventa e oito mil, duzentos e trinta e três reais e noventa centavos), considerando os anos de 2004 a 2008 (Tabela 9).

Tabela 9 – Recursos Financeiros Transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para Fortaleza – FAEC – Atendimento/Acompanhamento Psicossocial – CAPS – Terapia/Psicoterapia e Psicodiagnóstico, 2004-2008

Ano	Atendimento Acompanhamento Psicossocial CAPS – FAEC (R\$)	Terapia Psicoterapia FAEC (R\$)	Psicodiagnóstico FAEC (R\$)	Programa Qualificação dos CAPS	TOTAL (R\$)
2004	1.140.560,30	657.761,43	7.337,72	-	1.805.659,45
2005	1.217.899,20	774.113,33	6.132,12	-	1.998.144,65
2006	939.215,25	986.402,81	6.143,08	-	1.931.761,14
2007	2.871.665,95	1.607.394,99	8.052,86	20.000,00	4.507.113,80
2008	2.980.749,15	427.119,21	15.686,50	32.000,00	3.455.554,86
Total	9.150.089,85	4.025.672,56	43.352,28	52.000,00	13.698.233,90

Fonte: Doc.09 (Adaptado por Bastos, 2009).

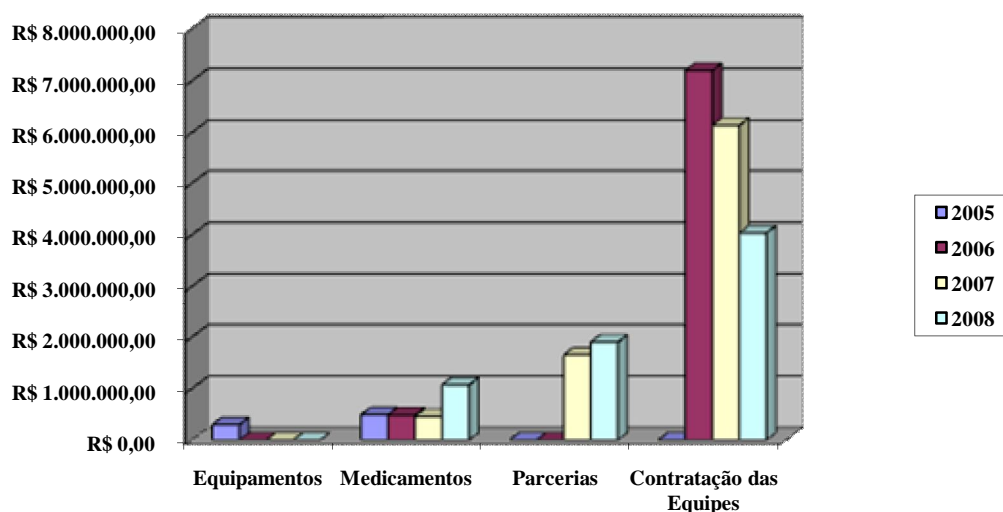
Em Fortaleza, considerando a análise dos documentos, a saúde mental, por ser uma área prioritária do atual governo, vem recebendo incentivo financeiro ao longo dos anos de 2005 a 2008, totalizando R\$ 25.465.364,08 (vinte e cinco milhões, quatrocentos e sessenta e cinco mil, trezentos e sessenta e quatro reais e oito centavos) para implantação da Reforma Psiquiátrica e criação da Rede Assistencial de Saúde Mental. Para isto, realizou a contratação das equipes de saúde mental, ampliou o acesso da população a medicamentos psicotrópicos, efetuou compras de equipamentos e materiais para os novos CAPS e formou parcerias (Tabela 10).

Tabela 10 – Investimento financeiro na Rede Assistencial de Saúde Mental – 2005-2008

INVEST/ ANO	Equipamentos	Medicamentos	Parcerias	Contratação das Equipes	TOTAL
2005	R\$ 296.827,09	R\$ 489.808,24	-	-	R\$ 786.635,33
2006	-	R\$ 485.257,16	-	R\$ 7.200.000,00	R\$ 7.685.257,16
2007	-	R\$ 457.322,06	R\$ 1.649.951,25	R\$ 6.138.840,79	R\$ 8.246.114,10
2008	-	R\$ 1.072.358,34	R\$ 1.898.466,04	R\$4.034.243,70	R\$ 7.005.068,08
TOTAL	R\$ 296.827,09	R\$ 2.504.745,80	R\$ 3.548.417,29	R\$ 17.373.084,49	R\$ 23.723.074,67

Fonte: Doc.06, 07, 08, 09 (Adaptado por Bastos, 2009)

Dos dados acima descritos, a atenção se volta à contratação das equipes de saúde mental pelo elevado valor das contratações, totalizando de 2005 a 2008, dezessete milhões, trezentos e setenta e três mil, oitenta e quatro reais e quarenta e nove centavos (Gráfico 2).

**Gráfico 2 – Investimento financeiro na Rede Assistencial de Saúde Mental pública de Fortaleza – 2005-2008**

Fonte: Doc.06, 07, 08, 09 (Adaptado por Bastos, 2009).

Ao cruzarmos os dados da Tabela 9 x Tabela 10, levando em conta os anos de 2005 a 2008, identificamos que a Prefeitura de Fortaleza realizou um investimento de R\$ 23.723.074,67 (vinte e três milhões, setecentos e vinte e três mil, setenta e quatro reais e sessenta e sete centavos), correspondendo a 50,13%, além dos recursos oriundos do MS, que foram de R\$ 11.892.574,45 (onze milhões, oitocentos e noventa e dois mil, quinhentos e setenta e quatro reais e quarenta e cinco centavos). Sendo assim, o financiamento do MS não cobre nem metade das despesas com a saúde mental.

A contratação de pessoal corresponde a 73,23% do valor total de investimentos, o que nos leva a refletir sobre a sustentação dessa rede composta por trabalhadores com vínculos precarizados:

O financiamento oficial é muito baixo pra manutenção de serviço. A gente recebe em média 36 mil reais por serviço. Esse dinheiro é pra manutenção do serviço, da produtividade e pra manutenção de pessoal, além de infraestrutura e tudo mais. O que você arrecada no município não mantém. Se você arrecadar tipo 400, 500 mil reais é um valor que não mantém nem um terço da folha. (...) O dinheiro que chega do Ministério da Saúde, só daria pra manutenção da infraestrutura do serviço e da produtividade dos serviços que tem produtividade. Os outros serviços, não dá. A folha da saúde mental, ela dá em torno de 80 mil reais mês por CAPS. A gente recebe 36 mil. Então, mais de 50% da folha é bancada pela fonte 102 da Prefeitura de Fortaleza (Ent.6G1).

A terceirização na saúde vem se tornando uma constância, acarretando diversas consequências que, não só afeta diretamente ao trabalhador com toda precarização do trabalho, mas a gestão de um modo geral e, principalmente ao próprio usuário do sistema de saúde, quer seja pela má qualidade dos serviços prestados, quer seja pela falta de vinculação com o profissional de referência (CHERCHGLIA, 1999).

A referida autora cita ainda que, embora a contratação de trabalhadores sem concurso público seja amparada pela legislação do SUS, essa deve ser temporária, em casos de excepcional interesse público, com a garantia de um processo seletivo amplamente divulgado, sem que seja para preenchimento de vagas permanentes. Enfatiza ainda que a diversidade de contratações diminui o poder de barganha dos grupos, por tratar de maneira individualizada as questões trabalhistas. A precarização do trabalho implica em exclusão, no aumento da desigualdade, no aumento de doenças, que sobrecarregam o próprio serviço público.

O Relatório de Gestão 2005 (FORTALEZA, 2006) descreve que o CMS aprovou o projeto de contratação temporária dos profissionais das equipes de saúde mental até a realização do concurso público. Porém, os documentos não revelam a realização de concurso até então e nem seu planejamento. O Relatório de Gestão 2006 (FORTALEZA, 2007) descreve que em 2004, o município de Fortaleza tinha apenas 54 (cinquenta e quatro) servidores, ampliando para 333 o número de trabalhadores (Quadro 22).

Quadro 22 – Número de profissionais da Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza, por categoria, nos anos de 2004 e 2006

CATEGORIA/ANO	2004	2006
Artista	00	16
Assistente social	07	26
Auxiliar administrativo	09	21
Auxiliar de enfermagem	08	26
Educador físico	00	03
Enfermeiro	06	18
Farmacêutico	02	19
Massoterapeuta	00	54
Médico clínico	00	06
Neuropediatra	00	02
Nutricionista	01	01
Pedagogo	00	01
Psicólogo	06	40
Psiquiatra	09	31
Terapeuta comunitário	00	40
Terapeuta ocupacional	06	29
TOTAL	54	333

Fonte: Coordenação Colegiada de Saúde Mental de Fortaleza, 2007.

Segundo documentos, a Prefeitura de Fortaleza não só fez um alto investimento na área da saúde mental, mas também na saúde de um modo geral, repassando à SMS um percentual de 23,67% em 2007²⁶, percentual esse, superior ao exigido pela legislação. Esse percentual corresponde a um valor, referente ao ano de 2007 de R\$ 703.096.435,00 (setecentos e três milhões, noventa e seis mil, quatrocentos e trinta e cinco reais). Analisando os investimentos em saúde mental e na saúde de modo geral, tendo como base o ano de 2007 (Tabela 10), inferimos que a Prefeitura de Fortaleza repassou um percentual de 1,17% para as ações dos serviços de saúde mental comunitários, sem considerar os gastos com os serviços hospitalares:

Investimento da Prefeitura Municipal de Fortaleza na área da saúde:
2004 –17,51%; 2005 – 22,63%; 2006 – 20,72%; **2007 – 23,67%** (Doc.08, p. 308. **grifo nosso**).

A Lei Orçamentária Anual de 2007 (...) foi no valor de R\$ 744.788.440,00. A despesa empenhada foi de R\$ 731.740.396,34, sendo liquidado o montante de **R\$ 703.096.435,00** (Doc.08, p.349. **grifo nosso**).

O investimento com os trabalhadores (...) de saúde mental foi da ordem de **R\$ 6.138.840,79** (...) Quanto às parcerias com instituições, realizou-se um investimento de **R\$ 1.649.951,25** (...), destinados à promoção da saúde mental, a cuidados secundários e terciários em saúde mental, à formação de pessoal e a consultorias em saúde mental. No que diz respeito à assistência farmacêutica, houve um investimento **R\$ 457.322,06** (...) com recursos da Prefeitura Municipal de Saúde (...) para compra de psicotrópicos (Doc08, p.183 e 184. **grifo nosso**).

²⁶ O último Relatório de Gestão da SMS publicado corresponde ao ano de 2007, por isso o escolhemos como referência para analisar esses dados.

A análise dos discursos demonstra que, com a implantação da RASM, Fortaleza conseguiu fechar um HP de pequeno porte, porém, os recursos provenientes do fechamento dos leitos é insignificante diante dos altos valores investidos na saúde mental:

É, Fortaleza teve o fechamento, na verdade, de 87 leitos de internação integral do Hospital São Gerardo. Então, dessa forma, a gente pode tá trazendo esses recursos prá tá investindo mais na Rede Assistencial de Saúde Mental. Mas, isso ainda é muito pouco...a gente tem em torno, num vou te dizer com certeza, mas em torno de 800 leitos ainda, de internação integral em psiquiatria, sem contar os hospitais-dia. O município ainda arca de uma maneira muito grande, com o financiamento da Rede de Saúde Mental. Então, existe, claro, o financiamento específico prá alguns serviços. Têm alguns serviços específicos, como os CAPS, que tem o financiamento do Ministério da Saúde, mas eu acredito que a gente avançaria muito mais, nesse processo, se nós pudéssemos utilizar esses recursos, que hoje, estão vinculados às internações psiquiátricas (Ent.6G1).

Os valores repassados aos Hospitais Psiquiátricos²⁷ – privados, inclusive os filantrópicos, conveniados com o SUS – pelos serviços prestados nos anos de 2004 a 2008 foram da ordem de R\$ 48.500.216,65 (quarenta e oito milhões, quinhentos mil, duzentos e dezesseis reais e sessenta e cinco centavos) (Tabela 11).

Tabela 11 – Valores (R\$) repassados aos Hospitais Psiquiátricos (HP1 a HP6²⁸) – 2004-2008

HP	HP 1	HP 2	HP 3	HP 4	HP 5	HP 6	TOTAL
Ano	Filantrópico	Privado	Privado	Privado*	Privado	Filantrópico	
2004	864.540,40	1.180.468,25	1.587.562,87	1.666.810,88	1.833.971,80	1.723.357,88	8.856.712,08
2005	1.192.568,45	1.139.653,15	1.460.510,78	1.685.026,50	1.779.403,99	1.753.545,70	9.010.708,57
2006	1.287.062,00	1.251.721,10	1.648.513,73	1.895.095,99	1.879.956,47	1.874.895,91	9.837.245,20
2007	1.384.532,52	1.475.153,84	1.217.308,74	2.032.206,97	1.858.480,18	1.996.330,33	9.964.012,58
2008	1.764.080,07	1.462.091,54	872.655,51	2.336.622,06	2.121.578,07	2.274.510,97	10.831.538,22
TOTAL	6.492.783,44	6.509.087,88	6.786.551,63	9.615.762,40	9.473.390,51	9.622.640,79	48.500.216,65

Fonte: Departamento de Programação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2009.

* Valores correspondentes à Urgência Psiquiátrica e às internações integrais e parciais.

O gráfico abaixo representa o repasse financeiro aos HP, ao longo dos anos de 2004 a 2008, demonstrando que houve um aumento constante desse repasse aos HP 1, HP 2, HP 4, HP 5 e HP 6, enquanto no HP 3 – onde houve o fechamento dos leitos de internação integral – houve um decréscimo desse recurso financeiro. Quanto ao HP4 – objeto deste estudo, onde se localiza a UP privada – também houve acréscimo constante no repasse financeiro, correspondendo aos procedimentos realizados na UP privada e às internações integral e parcial. Identificamos ainda, que no ano de 2008 houve um aumento considerável do repasse financeiro em vários HP (Gráfico 3).

²⁷ Os dados disponíveis sobre o valor repassado ao Hospital Psiquiátrico público não serão discutidos juntamente com os demais Hospitais Psiquiátricos, por corresponderem apenas ao ano de 2008.

²⁸ HP 1 a HP 6 – Correspondem aos seis Hospitais Psiquiátricos existentes no município de Fortaleza.

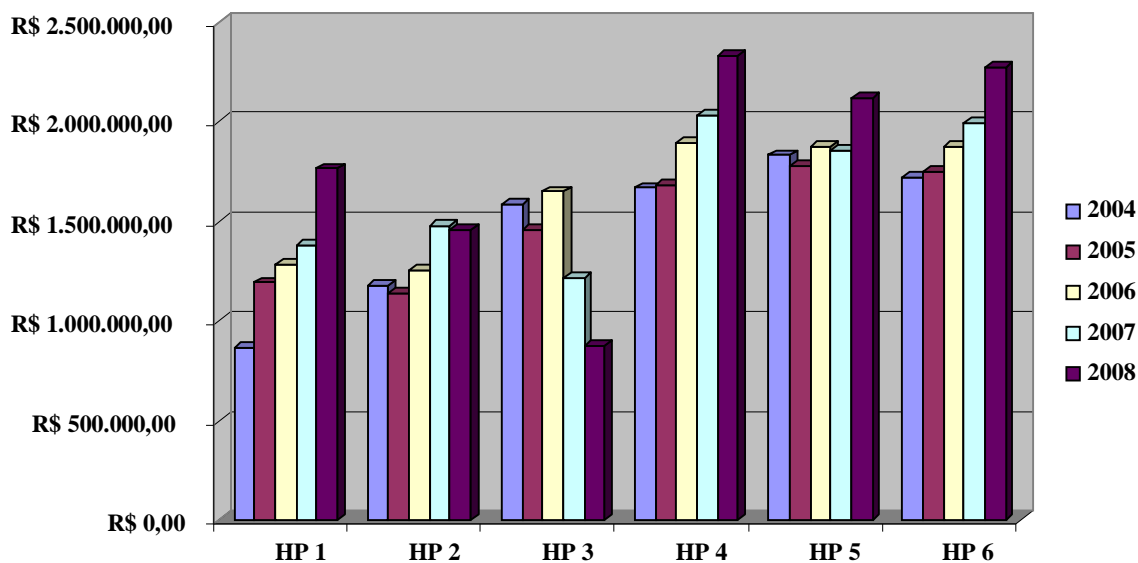


Gráfico 3 – Repasse financeiro aos Hospitais Psiquiátricos privados – 2004-2008.

Fonte: Adaptado por Bastos, 2009.

Cruzando os dados das Tabela 10 x Tabela 11, considerando os anos de 2005 a 2008, verificamos que a Prefeitura de Fortaleza investiu na saúde mental R\$ 63.366.579,24 (sessenta e três milhões, trezentos e sessenta e seis mil, quinhentos e setenta e nove reais e vinte e quatro centavos). Há uma tendência ao crescimento constante de investimento na RASM pública, porém, o mesmo ocorre com a rede de hospitais psiquiátricos privados, sendo destinados 62,56% do total de recursos (Gráfico 4).

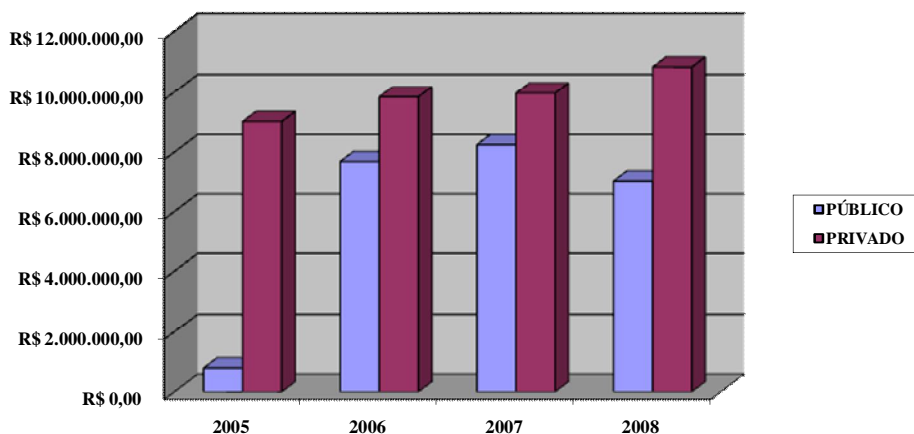


Gráfico 4 – Comparativo entre o Público x Privado – Investimento/Gasto financeiro em saúde mental no município de Fortaleza

Fonte: Adaptado por Bastos (2009).

Considerando o ano de 2007 como referência, o investimento na saúde mental teve um total R\$ 18.210.126,68 (dezoito milhões, duzentos e dez mil, cento e vinte e seis reais e sessenta e oito centavos), sendo 55% para os HP privados:

Eu acho que assim, não tenho os dados aqui, mas, eu acho hoje que nós estamos aí, se você levar em consideração o financiamento da rede ambulatorial, no caso da rede de saúde mental, dos CAPS, mais a terapia comunitária, mais os hospitais todos, levando em consideração inclusive o hospital de Messejana, onde o teto é do estado, eu acho que nós estamos aí com um custo no município, aí na pior das hipóteses, a gente vai ter aí, um milhão e seiscientos mil reais por mês, um milhão e quinhentos, que daria aí, o que? Uma média de dezoito milhões ano. Tudo. Tudo. Tô incluindo tudo [até os seis hospitais psiquiátricos]. A rede toda. A rede toda (Ent.5G1).

Do montante de recursos da SMS, o investimento na saúde mental como um todo, considerando o ano de 2007 foi de 2,58%, sendo 1,17% correspondendo à RASM como dito anteriormente e 1,41% gastos com os HP. A Comissão Municipal de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica do CMS de Fortaleza, através da Resolução 60, de 21 de Dezembro de 2004, que trata da Política de Saúde Mental do município de Fortaleza, em seu item III – Política de Financiamento recomenda que:

O financiamento da reorientação da Política Municipal de Saúde Mental para o Modelo de Atenção Integral à Saúde Mental deverá se dar:

1. Através do repasse financeiro oriundos do fechamento dos leitos psiquiátricos, na ordem de 300 leitos/ano;
2. 100% das verbas dos leitos extintos transferidas para investimentos em novos serviços de saúde mental;
3. Repasse financeiro oriundo do SUS através dos incentivos a abertura de novos serviços e pagamento pela sua manutenção;
4. Investimento de **5% do Orçamento Geral do Município** para a Saúde, destinado para as ações e serviços de Saúde Mental (FORTALEZA, 2005b, p.5. **grifo nosso**).

Desta forma, demonstramos que a Prefeitura de Fortaleza, através da SMS/CCSM, continua financiando o modelo hospitalocêntrico manicomial que tanto questiona, reforçando ser possível e necessária, a existência dos dois modelos assistenciais:

Esse recurso [da diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos] que tem sido é, é, diminuído, por exemplo, dos leitos que a gente fechou, ele não tem impacto na rede, porque o custo da rede é muito alta. Então assim, a gente diminuiu noventa e poucos leitos, mas não teve quase impacto nenhum financeiramente, porque você criar uma rede com 14 CAPS e fechar 90 leitos. Não tem impacto financeiro. Então, de fato a gente, eu não tenho os dados preciso sobre isso, acho que até a gente podia ver, mas eu acho que aqui em Fortaleza a gente não reverteu. Os custos de hospital psiquiátrico continuam sendo muito grandes em relação ao que se fatura, o que os hospitais faturam. 95% do que eles faturam do SUS é muito maior do que a gente fatura do SUS pra manter a rede. Mas isso é um fato. A gente gasta muito com hospital, embora a gente receba em torno de quatrocentos, quinhentos mil por mês dos serviços abertos do ministério, a gente gasta muito mais nos hospitais (Ent.6G1).

Onocko-Campos (2006) afirma que os serviços substitutivos vêm recebendo nos últimos anos, incentivo financeiro em detrimento dos HP, favorecendo uma inversão no financiamento em saúde mental. Segundo a autora, em 1996, os CAPS recebiam 6% da verba

da saúde mental e os leitos psiquiátricos, 94%. Em 2004, os CAPS passaram a receber 20% dos recursos, enquanto 80% destinavam-se aos leitos psiquiátricos. Nos discursos, a crítica à Reforma Psiquiátrica refere-se à redução exacerbada de leitos psiquiátricos, sem se transferir recursos para os serviços substitutivos e sim a outras clínicas nos Hospitais Gerais:

Esse foi o grande problema em que os reformadores da assistência psiquiátrica não atentaram pra esse problema. Quando eles reduziram drasticamente o número de leitos, pensando que aquela verba que ia ser economizada na desospitalização, ia ser transferida para o ambulatório, não deu certo, porque são duas verbas inteiramente diferentes. Quem absorveu essa verba do fechamento dos hospitais psiquiátricos foram os hospitais clínicos ou cirúrgicos e o ambulatório continua só com aquela verbazinha per capita, que o Ministério da Saúde manda anualmente, mensalmente, aliás, manda pela população e aí cada município tem que direcionar o seu atendimento ambulatorial com aquela verba. O que foi economizado na desospitalização em psiquiatria, não foi transferido pro setor extra-hospitalar, não (Ent.12G2).

Amarante (2008) se refere à diversidade de significados aplicados ao conceito de desinstitucionalização, o que se aplica ao discurso acima especificamente, entendido como desospitalização, o qual se volta principalmente, para objetivos administrativos para redução de custos para os cofres públicos. A desinstitucionalização, conforme o autor, traz uma crítica profunda ao saber médico psiquiátrico, colocando em questão a doença mental como impeditiva para o exercício da cidadania.

O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental refere que “a consolidação efetiva da Reforma Psiquiátrica requer prioridade ao financiamento da rede de serviços substitutivos com destinação de recursos das três esferas do governo” (p.85). Recomenda a inversão do financiamento de 80% para a rede de serviços substitutivos e 20% para a rede hospitalar, com elaboração de estratégias para o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos, independente de sua natureza jurídica (BRASIL, 2002b).

O gasto com os HP cresceu de 2004 a 2008 ao analisarmos os dados, mesmo considerando que a abertura dos serviços extra-hospitalares possibilitou no início da gestão, a busca ativa dos portadores de transtornos mentais, identificando-se a necessidade de internação psiquiátrica e ampliando o acesso. Porém, a continuidade desse crescimento deve ser analisada mais profundamente. O município de Fortaleza não conseguiu reduzir os gastos com os HP e é o responsável pela manutenção dos HP e subsidia o alimento para a sobrevivência dos mesmos. Fortaleza precisa elaborar um plano para o enfrentamento aos HP, pois será através da inversão da política de financiamento, que o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico será revertido.

A Urgência Psiquiátrica privada que pertence ao HP 4 consome **9%** do recurso total, tendo como referência o ano de 2007 (Tabela 12):

Tabela 12 – Valores (R\$) repassados aos Hospitais Psiquiátricos privados e à Urgência Psiquiátrica privada (HP 4) – 2007-2008

HP Ano	HP 1 Filantrópico	HP 2 Privado	HP 3 Privado	HP 4 Privado*	HP 5 Privado	HP 6 Filantrópico	TOTAL
2007	1.384.532,52	1.475.153,84	1.217.308,74	782.596,20	1.858.480,18	1.996.330,33	8.714.401,81
2008	1.764.080,07	1.462.091,54	872.655,51	922.142,42	2.121.578,07	2.274.510,97	9.417.058,58
TOTAL	3.148.612,59	2.937.245,38	2.089.964,25	1.704.738,62	3.980.058,25	4.270.841,30	18.131.460,39

Fonte: Departamento de Programação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2009.

* Valores correspondentes apenas aos procedimentos realizados na UP privada, não considerando os repasses das internações integral e parcial.

Esse percentual se eleva, conforme demonstrado anteriormente (Tabela 11), para **20%** quando consideramos além da UP, a contratação do HP4 com a SMS em relação aos leitos de internação integral ou parcial:

Há dois processos diferentes, porque nós temos aqui dois credenciamentos. Que é o **atendimento ambulatorial de urgência** e o de **internação**. São dois procedimentos inteiramente diferentes. Vai pra setores diferentes [da SMS]. Um vai para o SAI/SUS, que é o Sistema de Informação Ambulatorial e o outro pra o SIH, que é o Sistema de Informação Hospitalar. Então, são duas verbas diferentes: a de ambulatório e a de internação. Depois de sessenta dias do atendimento, quando não atrasa. Sessenta dias nós consideramos normal. Mas, aqui e acolá ele se transforma em noventa. Você falou sobre a urgência psiquiátrica, mas esse doente sai da urgência psiquiátrica e vai pro hospital psiquiátrico. Tem sido pago a nós, que recebemos a diária, uma diária de quarenta reais, que nós temos que pagar 10% de imposto. Então, fica só trinta e seis reais pra dar toda refeição, toda medicação, todos os exames complementares e toda essa equipe multiprofissional. Se você conhecer uma pousadazinha aí, classe C que cobre essa diária dando café, almoço e jantar, sem médico, sem enfermeira, sem terapeuta ocupacional, me diga, onde é que fica, que eu vou passar uns dias lá (Ent.12G2).

A partir dos dados disponíveis nos Relatórios de Produção Ambulatorial, analisamos os valores recebidos pelo serviço, referentes aos meses de Junho e Novembro/2008 (Doc.05). A contratação da UP privada pela SMS se dá através da realização de três tipos de procedimentos com teto mensal de 7.831 (sete mil, oitocentos e trinta e um), totalizando em recursos R\$ 78.832,22 (setenta e oito mil, oitocentos e trinta e dois reais e vinte e dois centavos), caso se consiga atingir o teto, conforme competência 06/2008:

1. Atendimento de Urgência c/ Observação até 24 horas em Atenção Especializada – Valor R\$ 12,47. O teto do hospital corresponde a 450 procedimentos, segundo Espelho da FPO. No mês de novembro/2008, o hospital realizou 150 procedimentos acima do teto, correspondendo a 600 procedimentos, com valor total de R\$ 7.482,00. Compreende o atendimento prestado, em unidades não hospitalares de atendimentos às urgências, pronto socorros especializados e/ou serviço de atenção às urgências que necessitem permanecer em leito de observação para tratamento e/ou elucidação diagnóstica até 24 horas, não admitindo longa permanência e não incluindo anestesia;

2. Atendimento de Urgência em Atenção Especializada – Valor R\$ 11,00. O Hospital realizou o teto, o que corresponde a 6.631 procedimentos, dando um valor total de R\$ 72.941,00. Procedimento a ser utilizado para registro das consultas médicas/odontológicas realizadas nas unidades não hospitalares de atendimento às urgências, pronto socorros especializados e/ou serviços de atenção às urgências, não admitindo longa permanência e não incluindo anestesia;

3. Administração de medicamentos na atenção especializada por paciente – Valor R\$ 0,63. O teto do hospital corresponde a 444 procedimentos por paciente, tendo sido realizado 156 procedimentos acima do teto, correspondendo a 600 procedimentos (Doc.05).

O acréscimo na competência 11/2008, no valor de R\$ 80.801,00 (oitenta mil, oitocentos e um reais) não foi repassado pela SMS, segundo relatos, por ter ultrapassado o teto (Tabela 13):

Hoje, nós acabamos sempre extrapolando o nosso teto financeiro. A gente tem que tá num balanço, porque se passar, o SUS não paga. É prejuízo para o hospital. (...). O que o paciente precisar nessas vinte e quatro horas esse é o valor pago (Ent.10).

Tabela 13 – Procedimentos realizados na Urgência Psiquiátrica privada, com seus respectivos valores

PROCEDIMENTO	06/2008	11/2008	VALOR UNITÁRIO	VALOR 06/2008	VALOR 11/2008
03.01.06.006-1	6.631	6.631	R\$ 11,00	R\$ 72.941,00	R\$ 72.941,00
03.01.06.002-9	450	600	R\$ 12,47	R\$ 5.611,50	R\$ 7.482,00
03.01.10.001-2	444	600	R\$ 0,63	R\$ 279,72	R\$ 378,00
TOTAL	7.525	7.831	-	R\$ 78.832,22	R\$ 80.801,00

Fonte: Urgência Psiquiátrica privada, 2008 (Adaptado por Bastos, 2009).

Conforme discursos, as consultas excedentes são o grande problema da UP privada, por não receberem o valor correspondente, mas não podem deixar de realizar o atendimento. É o que um dos participantes da pesquisa denominou como algo injusto e violento, que é o jogo do “perde e ganha” (Ent.12):

(...) esses valores todos os meses são ultrapassados, porque a demanda é muito maior do que isso. Mas, o SUS só paga esse valor. Tem meses de eu atender oito mil pacientes. Mas, só paga 6.638. Se a gente enviar, não é nem recebido. Você tem que enviar só o teto financeiro. Se nós mandarmos um disquete com oito mil atendimentos, o povo só olha, devolve porque ultrapassou o teto financeiro. Então, esse é o chamado **perde e ganha: todo mês você pensa que ganha, mas perde**. Ou seja, tem que atender um número maior do que o que o SUS autoriza. Bom, às vezes, no dia 25 preenche esse teto financeiro, mas nós não podemos parar de atender. Temos que continuar atendendo e o médico sabe que naqueles cinco dias, todo dia que ele atender, ele não vai receber o valor e o hospital também não vai. Então, a gente considera esse teto financeiro, como eu digo aqui no nosso trabalho, uma coisa injusta, violenta e que nós somos obrigados a atender quem nos procura qualquer hora do dia e da noite, sábado, domingo e feriado, mas o SUS se reserva o direito de só pagar esse valor. Nós achamos que se nós somos obrigados a atender quem nos procura, pensa que o poder público é obrigado a remunerar todos os atendimentos, ou então, que nós possamos no dia vinte e dois, vinte e três e vinte e quatro quando completa o teto, ser liberado de fazer esse atendimento. Nós damos, às vezes, seiscentos atendimentos dessa natureza, mas o SUS só paga até quatrocentos e cinquenta. Esse é o teto máximo. (...) No fim do mês, fica ainda um **déficit que não podemos pagar todos os impostos em dia**. Soube que o hospital Mira y Lopes está devendo de impostos três milhões de reais e nós aqui no IPC, pequenininho, estamos devendo quinhentos mil reais só de impostos, sem ter uma perspectiva de cobrir isso (Ent.12).

Estes dados devem ser aprofundados em outras pesquisas, pois, embora tenha sido solicitado o custo do serviço de UP privada, não tivemos acesso a esses dados. Os discursos intencionam mostrar que se precisa investir no HP:

O custo é mais elevado do que isto. Nós só conseguimos manter esse serviço funcionando devendo. Um mês a gente deve o INSS, outro mês deve ao COFIN, outro mês deve ao imposto de renda e os nossos funcionários que antes nós pagávamos dia trinta de cada mês, hoje estamos pagando no dia quinze ou vinte, já irregularmente porque não tem como pagar mesmo. Então, **é uma situação que precisa ser revista**. Porque ou se dar **um incentivo pro hospital psiquiátrico funcionar realmente como um bom hospital, ou então, essa situação que tá se causando ele, ficar cada vez mais depreciável, desacreditado, se encolhendo** (Ent.12G2. grifo nosso).

Os discursos demonstram que há uma constante busca pela economia de recursos financeiros, mesmo que, para isto, prejudique a qualidade da assistência:

Porque à noite é, como nós temos lá, chegam os casos de urgência durante à noite, o quadro de funcionários é menor, então, não tinha como a gente manter dois serviços. Porque deveria ter o enfermeiro lá do hospital e o enfermeiro daqui; teria que ter o médico do hospital e o médico daqui. Então, até mesmo em vias de ter um atendimento melhor e dentro da realidade que o SUS nos repassa, nós concentramos o atendimento de urgência noturno todo no, a mesma equipe, porque a equipe é composta, a urgência é dentro do hospital, então, o médico que tá na urgência é o médico que também tá acompanhando todos os pacientes à noite. A enfermeira é a mesma. Porque é um custo só. É uma equipe só. Aí, pra ter essa economia, que a partir do momento que eu tiro do mesmo local, aí, eu tenho as 2 equipes no mesmo local, pra ter sempre o médico, o enfermeiro e os auxiliares e o da administração, o da recepção (Ent.10).

Quando diz respeito à situação dos HP, nos discursos há a justificativa para diminuição da qualidade do cuidado, como sendo a diminuição do repasse de verbas:

Nós estamos assim nessa coisa do hospital psiquiátrico se encolhendo. Soube que o Hospital “A” está desejando fechar as portas. Não está conseguindo manter o hospital. A “B” já fechou e os demais estão querendo fechar. Não, porque nós julgamos que o hospital psiquiátrico é desnecessário, mas por **inanição financeira**. Nós não temos mais como manter (Ent.12G2).

O discurso do jogo do ‘perde e ganha’ e da ‘inanição financeira’ está ancorado no projeto liberal de se utilizar deste reconhecimento para sustentar, perante a sociedade suas reafirmações, de que o serviço privado se sobressai em detrimento do público, por este não responder às demandas da população pela sua incompetência, pela falta de efetividade, pelo desperdício (SILVA, 2006).

Ao cruzarmos os discursos com os dados analisados (Gráfico 3), podemos constatar que na maioria dos HP esse repasse financeiro não diminuiu. Ao contrário, se elevou. Mesmo que os discursos mostrem que os HP estão ‘fechando’ por “inanição financeira” (Ent.12G2), também comprovam que não há iniciativa em encerrar a contratualização com o SUS, mas sim, em justificar sua permanência, seja por idealismo ou pela necessidade da população:

Eu costumo dizer nas palestras que eu faço que eu **mantenho esse serviço por três características** que eu tenho: **uma, é idealismo**. Eu tô aqui há quarenta e dois anos e não quero que isso feche, **porque eu acredito no hospital psiquiátrico**; o outro é **teimosia** e o outro (...). Quem mantém essa estrutura, só pode ser...[A vantagem de manter esse serviço] é porque nós somos diariamente procurados aqui no nosso IPC por duzentas e cinquenta a trezentas pessoas todo dia e isso há quarenta e dois anos. É um serviço que é necessário, que a comunidade precisa, que nos procura. Nós não fazemos anúncio em jornal, nem em televisão, nem em rádio, nem panfleto, nem nada. Os pacientes que vêm prá cá, vem sozinhos porque precisam de um pouquinho do que se dar aqui, que é melhor do que nada. Um pouquinho de atenção. Agora, eu acho que o atendimento psiquiátrico de urgência deveria ser melhor remunerado pra incluir também, o concurso da enfermeira, da assistente social e do psicólogo, além do psiquiatra para numa hora dessas, o paciente que tá em crise, a família que está desesperada receber uma atenção melhor do que esse pouquinho de atenção que nós damos em alguns minutos (Ent.12G2. **grifo nosso**).

Eu procurei porque ele tava completamente descontrolado devido o álcool pegou como se fosse uma depressão, aí ficou com o estado nervoso dele muito agitado, então ele tava descontrolado. Então foi esse motivo que nos trouxe até aqui (Ent.8G3).

É, procurar, procurar logo de imediato o hospital, pra que seja acompanhado pelo médico porque o familiar não entende. (...) saber que ele é uma pessoa que tem esse problema mental. Mas, na verdade, esse familiar não pode dar a assistência que no hospital ele encontra (Ent.20G3).

Eu acho que é uma saída. A gente só procura o médico realmente, quando acha que é uma necessidade, lógico (Ent.21G3).

A UP pública presta um Serviço de Pronto Atendimento, conforme dito anteriormente e compõe o HP público que é gerenciado pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. Os recursos financeiros são repassados diretamente através de um Termo de

Contratualização, sendo repassado em 2008, o valor de R\$ 1.741.226,76 (hum milhão, setecentos e quarenta e um mil, duzentos e vinte e seis reais e setenta e seis centavos). Os discursos revelam que há uma dificuldade em saber quais os custos da UP pública e em explicar como os recursos são adquiridos:

[Como é que o dinheiro entra aqui no hospital] Eu não sei explicar. [Noção de quanto é o custo da Urgência]. Sei, não. [Em termos financeiros...]. Sei não. Sou zero (Ent.18G2).

Constatamos nos discursos que o Estado está investindo em torno de 2 milhões de reais no HP público para reformar sua estrutura física, acreditando que, para sobreviver precisa mudar o perfil do hospital, não representando um lugar de clausura, de exclusão:

Nos primeiros tempos da reforma, a idéia era que ele deixasse de existir mesmo. Hoje já se tem uma ação de que ele não precisa deixar de existir, ele precisa é mudar o perfil. Isso [é o] que a gente tem buscado. Nesse mudar o perfil no hospital efetivamente gerador de conhecimento na área da saúde mental, passa pela questão da estrutura física. Eu não posso conseguir um serviço de qualidade se a parte de hotelaria nesse meu hospital é um escalavro. Então, o Estado tem investindo, não é muita coisa, mas, prá gente que há muitos anos não tinha um investimento deste, é um valor substancial. Esse ano o Estado tá investindo neste hospital **cerca de 2 milhões de reais**, em duas etapas, a primeira etapa já tá quase cumprida e tem uma licitação, uma finalização já com abertura de propostas, que é para o restante da reforma. Isso, **a reforma não é para ampliar, é prá dar condições dignas, sérias, humanas o nosso paciente**. Com essa reforma física, a gente tá praticamente eliminando tudo que é de grade, tudo que representa prisão e exclusão (Ent.2G2. **grifo nosso**).

A mudança de perfil, levando em conta os discursos, está atrelada à construção de novos valores para uma nova missão, mas que nos leva a questionar se estará em função realmente dos interesses da coletividade ou em função do sistema capitalista:

Foi feito também nesse período e ainda tá em finalização, o nosso planejamento estratégico para 10 anos e foi especificada de forma compartilhada, participativa, foi desenvolvida, foi descrita, enunciada a **missão do hospital** que se resume em três pontos: **prestar uma assistência de qualidade; ser reconhecida como uma instituição efetivamente de ensino**, tanto de qualidade e com incremento de novas técnicas da assistência na saúde mental. Nossa missão não é internar paciente. A nossa missão principal na parte assistencial é prover essa assistência, mas com vista à integração do paciente ao contexto sócio-familiar. Até porque a maior parte de nossos pacientes (...) **são pacientes estão no auge, na idade economicamente ativa. São pacientes que se têm dois custos principais envolvidos: o custo da hospitalização, da assistência propriamente dita e o custo desse paciente prá sociedade, fora do sistema produtivo**. Então, a grande missão desse hospital é atuar nesses períodos agudos de crise, e no menor tempo possível restituir esse paciente à sociedade e à família. Esta é a proposta (Ent.2G2. **grifo nosso**).

Em relação à UP propriamente dita, há um investimento, além da estrutura física, na aquisição de equipamentos e transporte para prestar uma assistência de qualidade:

E, do ponto de vista de equipamento, a gente não usa muitos equipamentos. Mas, algumas coisas a gente vai passar a usar. Nossa urgência é completamente desprovida de qualquer recurso pra atender um paciente que chegue com uma complicação clínica qualquer. Nós temos que ter aqui carrinho de parada (cardíaca), enfim! Aquele arsenal mínimo que um hospital precisa ter. Teve muito tempo conseguimos uma ambulância aqui pro hospital (...). Isso ai, as coisas estão encaminhando bem, graças a Deus. **Eu não posso reclamar de falta de apoio do Estado** (Ent.2G2. grifo nosso).

Encontramos algumas contradições nos discursos quanto ao apoio do Estado ao HP público, no que diz respeito à governabilidade do sistema e aos trabalhadores de um modo geral:

Tem coisas que não estão na nossa governança. Uma coisa que seria muito positiva pra o hospital e pra saúde mental nesse Estado seria a mudança na estrutura do hospital e ele passar a ser uma autarquia com status de agência executiva, que é o projeto do governo que está em tramitação em alguma mesa burocrática dessas. Esse projeto, ele vai dar uma certa autonomia para o hospital e vai permitir que o hospital tenha algumas facilidades que hoje não tem. Então, de uma certa forma a autarquia teria mais facilidade de ter um plano de cargos próprios, inclusive de realizar concursos específicos. Nós temos uma dificuldade em muitas categorias profissionais. Tem um quantitativo, uma situação de psicólogos aqui é absurda. **O Estado do Ceará me dá um psicólogo pra atender um hospital com 240 leitos!** Você não tem a flexibilidade de fazer o seu planejamento. **Depende de uma série, conjunção, de uma série de fatores: se chama concursado, se não chama concursado.** Meu calcanhar de Aquiles hoje é o quantitativo de servidores. Você tá atrelado a todos os outros hospitais. Inviabiliza que o próprio Estado tenha uma ação específica, como melhorar a situação do Hospital de Saúde Mental, por que tudo isto é um contexto que envolve os outros hospitais e os outros são muito maiores. Se tivesse na minha governança, se eu pudesse, um projeto que eu gostaria de ir adiante é esse da transformação do hospital: autonomia financeira e patrimonial, orçamentária e patrimonial. Então, você tem muito mais possibilidades de gerir (Ent.2G2. grifo nosso).

O estado do Ceará avançou muito com a municipalização, em termos da implantação dos CAPS (SAMPAIO & BARROSO, 2007), porém, não tomou providências, conforme discursos, para fechar seu único hospital psiquiátrico e implantar serviços de referência em saúde mental para pessoas portadoras de transtorno mental, para pessoas que fazem uso e abuso de álcool e outras drogas e para infância e adolescência na sua rede hospitalar, de acordo com os princípios do SUS e das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Ao contrário, utiliza-se do poder administrativo para implementar estratégias de guerra de trincheiras (TESTA, 1995), ao destinar dois milhões de reais, conforme discursos, para investir em reformas, sejam físicas ou de implementação de dispositivos da PNH para garantir sua manutenção.

Surge então, alguns questionamentos: qual é a política de saúde mental do estado do Ceará? Quais seus princípios e diretrizes? Quais os serviços que compõe a sua rede de serviços? Quais as ações que estão sendo realizadas para transformação do modelo

assistencial de saúde mental e para reversão do financiamento dos serviços hospitalares psiquiátricos para os serviços extra-hospitalares? Essas indagações são pertinentes para o contexto atual, porém, dignas de serem discutidas em outra pesquisa.

O Estado, enquanto espaço social de lutas de disputa de poder, tanto pode prioritariamente disponibilizar recursos para proporcionar o domínio de uma classe sobre a outra, quanto predominantemente, garantir recursos que promovam o bem comum, de acordo com os interesses coletivos, oferecendo serviços públicos de qualidade de forma que consiga atender às necessidades e direitos dos cidadãos, como recomenda o Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde:

A lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem **acompanhar o usuário** nos diferentes espaços de reprodução social e ser viabilizadores de processos emancipatórios. Assim, os recursos devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços (BRASIL, 2002b:85. **grifo nosso**).

O poder psiquiátrico mais uma vez, então, desta vez com roupagem de **poder administrativo/econômico**, utiliza-se do atendimento emergencial em saúde mental e das internações psiquiátricas para garantir recursos financeiros e sustentar a sua ideologia.

5 INCONCLUSÕES:

CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES

Não estou me interessando pela colheita. Só estou me interessando pela semeadura. Se eu tenho um desafio e quero ver se a minha resposta vai dar certo, simplesmente faço a minha semeadura, fico feliz com minha semeadura e vamos dizer que a colheita a Deus pertence, não está em minhas mãos. O que importa é a gente ser honesto com a gente mesmo, viver a vida com integridade e é isso o máximo que a gente vai fazer. E se a coisa vai acontecer ou se não vai acontecer, continua semeando.

Rubem Alves

As considerações aqui construídas não pretendem sobremaneira, finalizar o estudo ora realizado. Pretende sim, que seja o início de uma caminhada contínua e dinâmica, favorável às transformações da vida que se revela através do que nem sempre está à mostra.

Durante a elaboração do estudo, questionamos constantemente o motivo da escolha da categoria 'poder'. Diversas respostas surgiam à mente, mas nenhuma satisfazia-nos. Na etapa metodológica, o método revelou que o 'poder' deveria ser discutido transversalmente em todas as categorias. Este momento de revelação proporcionou regozijo e entusiasmo para elaborar cada etapa do texto. Mas, o fascínio pelo estudo do 'poder' só foi descoberto no final da discussão da Categoria 2, na qual o poder técnico subsidia, através do saber científico, o Projeto Político de um Governo. Percebemos então, que este estudo é a voz que fala subsidiada pela ciência, pois, diante do poder político, o poder técnico se cala.

O estudo sobre o 'poder' nos levou também, a ter clareza de que há uma intencionalidade em cada palavra escrita, na busca pela transformação do modelo assistencial em saúde mental, fundida na visão de mundo, na vivência, no conhecimento prévio, no conhecimento construído, na interação com outros atores, fundamentada no saber científico elaborado em dado momento histórico do contexto de vida das pesquisadoras e como tal, passíveis de limitações.

A construção do objeto em análise, de seus objetivos e pressupostos basearam-se no contexto do município de Fortaleza, na gestão 2005-2008, com a implantação da Reforma Psiquiátrica e da Rede Assistencial de Saúde Mental, na perspectiva de compreender as razões pelas quais não houve redução significativa das internações psiquiátricas.

Algumas inquietações nos levaram à elaboração de pressupostos que nos respondessem se a Rede Assistencial de Saúde Mental reforçava a existência dos hospitais psiquiátricos, se os alimentava economicamente e ainda, se instituía o poder das Urgências Psiquiátricas, por não intervir na porta de entrada para as internações psiquiátricas. Outras questões surgiram quanto à atuação dos trabalhadores das Urgências Psiquiátricas nesse novo contexto e quanto às estratégias utilizadas por esses serviços, para validar o modelo psiquiátrico tradicional.

A Rede Assistencial de Saúde Mental compõe o Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, sendo uma de suas cinco redes assistenciais. A RASM teve um avanço significativo com a criação de 14 CAPS, 01 Residência Terapêutica, 01 Unidade de Saúde Mental em Hospital Geral, 01 Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas, 03 Ocas de

Saúde Comunitária, com implantação de arranjos e dispositivos, tais como, o Acolhimento com Avaliação de Risco e Vulnerabilidade e o apoio matricial, ações de saúde mental na Atenção Primária, como grupos de resgate da autoestima, de terapia comunitária, de cuidado com o cuidador.

Com esses avanços, conseguiram-se reduzir as internações psiquiátricas, ampliar o acesso na área da saúde mental, com atendimentos individuais e grupais, atendimentos e visitas domiciliares para crianças, adolescentes, adultos e idosos, com transtornos mentais e dependência química, com prioridade aos egressos dos hospitais psiquiátricos e às pessoas que apresentavam tentativas de suicídio. Com a contratação de artistas, promoveu saúde mental, tendo a arte como facilitadora do processo de inclusão social, além dos grupos produtivos de inclusão social pelo trabalho.

Haja vista todos esses avanços existem alguns pontos nevrálgicos na própria rede de saúde mental como no Sistema de Saúde. Os CAPS de Fortaleza são Tipo II, o que deve abranger uma demanda populacional de até 200.000 habitantes. Estão, portanto, abaixo de sua capacidade instalada e absorvidos por uma demanda excessiva, muitas vezes, com atendimentos de casos que deveriam ser cuidados na Atenção Básica, o que prejudica a priorização e acompanhamento de casos de transtornos mentais graves e o acolhimento às crises. Os profissionais, por sua vez, não conseguem introjetar a abordagem psicossocial no seu processo de trabalho, reforçando o modelo biomédico com ações que vão de encontro ao que preconiza a Política de Saúde Mental do município.

Outra questão inerente à RASM se refere à falta de serviços de atenção ambulatorial em saúde mental para atendimento de casos moderados e à quantidade ínfima de leitos em hospital geral, o que não consegue atender a toda população de Fortaleza, levando os usuários à internações em Hospitais Psiquiátricos.

A existência de 06 Hospitais Psiquiátricos, dos quais 02 são portas de entrada para o Sistema, consiste em um dos maiores problemas para a saúde mental de Fortaleza, pela cultura hospitalocêntrica manicomial asilar instalada na sociedade. Essa situação responde a algumas de nossas inquietações de que a RASM, por não ter uma cobertura capaz de absorver a demanda da população de Fortaleza, principalmente das pessoas com transtorno mental cronicado, reforça a existência dos Hospitais Psiquiátricos.

Quanto à questão do controle da 'porta de entrada' para o sistema de internações psiquiátricas, a pesquisa demonstrou que a RASM, a partir da criação da unidade de saúde

mental no hospital geral, do estabelecimento de critérios para internação nessa unidade e por instituir poder aos CAPS de encaminharem usuários em crise para a referida unidade, conseguiu controlar em parte, as duas portas de entrada - Urgências Psiquiátricas pública e privada. Ofereceu ainda, um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico e conseguiu reorientar seu fluxo.

Mesmo com esse controle, as Urgências Psiquiátricas continuam sendo a principal 'porta de entrada' para o sistema e tendo o poder de realizar as internações psiquiátricas da população de Fortaleza, o que alimenta economicamente o modelo psiquiátrico tradicional que deseja destituir.

O segundo pressuposto trouxe à tona a discussão sobre Estratégias Políticas, Técnicas e Administrativas e sua inter-relação com o poder. Dessa forma, diversas estratégias foram discutidas, desde aquelas que se propõem à transformação do modelo assistencial em saúde/saúde mental, àquelas que sustentam o modelo tradicional psiquiátrico, implementadas pelo MS, pela SMS e pela RASM, tendo o respaldo do poder político, do poder técnico e do poder administrativo, instituídos pelo Projeto de Governo, quais sejam:

- Estratégias Políticas:
 - Inclusão dos Movimentos Sociais;
 - Ampliação do controle social;
 - Participação comunitária/social na elaboração de políticas de saúde;
 - Corresponsabilização sob o que ocorre no ambiente;
 - Sujeito ativo;
 - Produção de autonomia;
 - Reinserção social;
 - Resgate de direitos e deveres de cidadania;
 - Criação de Projetos de Lei, promulgação de Leis e regulamentações das políticas de saúde/saúde mental;
 - Descentralização do poder político, administrativo e financeiro;
 - Gestão participativa democrática/cogestão;
 - Horizontalização do poder – Gestão colegiada;
 - Organização da cidade em todas as suas dimensões;
 - Atenção Básica como organizadora do Sistema de Saúde;
 - Adesão à Estratégia de Saúde da Família;

- Sistema centrado nos usuários, trabalhadores e gestores;
- Desinstitucionalização;
- Extinção dos Hospitais Psiquiátricos gradativa à implantação de serviços substitutivos;
- Serviços regionalizados, descentralizados, favorecendo a atenção integral;
- Gestão da atenção em redes, baseada nas necessidades da população;
- Serviço público voltado para defesa da vida individual e coletiva;
- Planejamento estratégico;
- Adscrição da clientela;
- Ampliação das portas de entrada;
- Implementação de ações no nível local;
- Intersetorialidade;
- Estratégias Técnicas:
 - Considerar a dimensão ética da vida;
 - Saber que orienta o Modelo Assistencial em Saúde/ Saúde Mental;
 - Saúde como qualidade de vida/como conceito de cidadania;
 - Humanização da Atenção e da Gestão do cuidado;
 - Ampliação do objeto de saber e da clínica;
 - Loucura como fenômeno construído socialmente, inter-relacional;
 - Modo de atenção psicossocial antimanicomial;
 - Educação Permanente em Saúde;
 - Intervenção ampla no território, com respeito às singularidades socioculturais;
 - Promoção à saúde, prevenção e cura de doenças;
 - Arte como promotora de saúde
 - Promoção do autocuidado;
 - Práticas complementares;
 - Equipe multidisciplinar;
 - Interdisciplinaridade;
 - Capacidade administrativa;
 - Qualificação profissional para atuação no novo modelo;
 - Utilização da epidemiologia para tomada de decisão.

- Estratégias Administrativas:

- Reversão dos recursos financeiros para os serviços públicos, tendo o setor privado como complementar;
- Reversão de recursos financeiros para os serviços extra-hospitalares;
- Tempo mínimo para internação;
- Redução de leitos psiquiátricos com diminuição das diárias.

A SMS utiliza diversas estratégias fundamentadas nos princípios do SUS, das Reformas Psiquiátrica e Sanitárias, adotando diversos modelos de atenção em saúde, com vistas à reversão do modelo biomédico/modelo hospitalocêntrico manicomial e de todas as consequências causadas por este modelo.

As Urgências Psiquiátricas, imbuídas do poder concedido pelo município de Fortaleza no controle da porta de entrada para as internações psiquiátricas e, se aproveitando das fragilidades da RASM, implementam estratégias para manutenção do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, manicomial, asilar, através do poder técnico-administrativo, por construir saberes, doutrinas, conhecimento, exercendo influência sobre o comportamento do outro, induzindo-o e por executarem atividades enquanto processos que manejam recursos:

- Estratégias Técnicas:

- Disseminação errônea dos conceitos da Reforma Psiquiátrica;
- Utilização de Instituições formadoras para disseminação do modelo psiquiátrico reformulado;
- Implantação de dispositivos da Política de Humanização para transmitir a idéia de Hospital Psiquiátrico humanizado;
- Conceitos cristalizados do modo asilar, manicomial: sujeito passivo; segregação como meio de tratamento; modelo centrado no médico.
- Medicalização do sofrimento psíquico e social;
- Internação por critérios sociais e não clínicos;
- Trabalhadores desqualificados para atuação no novo modelo de assistência.

- Estratégias Administrativas:

- Absorção da demanda de dependência química;
- Aumento no tempo de permanência;
- Economia de recursos em detrimento da qualidade da atenção;
- Atendimento reduzido no período noturno;

- Inclusão de registros inadequados no Sistema de Informação sobre a procedência e o CID dos usuários;
- Investimento em reformas em suas infraestruturas.

Os trabalhadores das Urgências Psiquiátricas dos Hospitais Psiquiátricos, por sua vez, reproduzem as práticas apreendidas pela formação individualista, do contexto capitalista, do projeto neoliberal, do modelo biomédico, muitas vezes, reforçando o poder do saber médico, não estando qualificados para atuarem em um novo modelo de atenção em saúde mental. Haja vista estas dificuldades, há uma abertura para mudanças e de adesão da Estratégia de Educação Permanente na UP pública.

Independente do contexto sócio-histórico, econômico e cultural vivido, embora influenciado diretamente por ele, entendemos que os trabalhadores de saúde/saúde mental são sujeitos do processo histórico das práticas de saúde, sendo os principais agentes de transformação que efetivamente constroem estes espaços no ato produtivo da prática de cuidado em saúde mental, a partir da micropolítica do seu processo de trabalho. Gestores e usuários também exercem seu poder em seu âmbito de atuação, cada um do lugar que ocupa na sociedade.

Mesmo existindo um contexto no qual o poder soberano, disciplinar, centralizador, autoritário é predominantemente exercido principalmente por mecanismos e pelos agentes de vigilância, será através do poder social do qual se desenvolvem as ações políticas, que a transformação ou conservação da sociedade, dos sistemas, dos modelos ocorrerá, entendendo que, é o poder cotidiano que possibilitará isto acontecer. É neste âmbito que estão inseridos os mecanismos de dominação dos indivíduos, que se reproduzem na dominação de uma classe pela outra. A luta se dá, principalmente quando há interesses opostos, sendo as decisões consensuadas nos grupos que representam suas classes, havendo luta interna e/ou externa para garantir os interesses, e, a partir disto, fazer articulações para solucionar os problemas.

Discutimos ainda, que o poder psiquiátrico constitui todos os tipos de poderes: o **poder político** que desencadeia articulações, para defender os interesses de determinado grupo, recorrendo em última instância, ao uso de força para obtenção dos efeitos desejáveis, que utiliza os Hospitais Psiquiátricos como expressão; o **poder técnico**, por reforçar o saber psiquiátrico, enquanto doutrina a ser seguida sem questionamentos, exercendo influência sobre o

comportamento do outro e o **poder administrativo/econômico**, utilizando-se, aqui especificamente, do atendimento emergencial em saúde mental e das internações psiquiátricas para garantir recursos financeiros e sustentarem a sua ideologia.

A partir da discussão propiciada por este estudo, constatamos que a SMS/CCSM implementa estratégias históricas denominadas de Guerra de Trincheiras conforme sinaliza Testa (1995), sejam políticas, técnicas e administrativas, por ocupar gradativamente espaços que vão sendo transformados passo a passo, realizando avanços a partir de conjunturas favoráveis, mesmo que para isso, tenha que aguardar a oportunidade para tal. Para a desconstrução dos 06 Hospitais Psiquiátricos, acreditamos que deverão ser também elaboradas estratégias que o autor referiu de Tomada de Poder, nas quais não só o saber psiquiátrico é questionado como deverá haver o enfrentamento total das instituições que tentaram perpetuar a loucura em forma de clausura. Este enfrentamento é consequência de uma série de fatos planejados e de experiências acumuladas, questões dadas à SMS/CCSM no contexto atual. Podemos então inferir, que a conjuntura atual está favorável à realização de avanços nessa perspectiva.

Cabe aqui relatar algumas fragilidades da Política de Saúde Mental de Fortaleza que, sem a superação das mesmas o Projeto de Governo e deste governo municipal, que diz respeito à implantação da Reforma Psiquiátrica em Fortaleza, pode resultar em um desmonte. Isto vem acontecendo em outras cidades, pela descontinuidade dos projetos sociais implementados por governos de esquerda, devido estarem atrelados à dependência da vontade política.

A alternância de poder na esfera municipal se apresenta como um dos obstáculos da atenção psicossocial por falta de respaldo da administração política, gerando o desmonte dos serviços, com a demissão dos trabalhadores pela precarização dos vínculos trabalhistas, com a falta de investimentos e de infraestrutura, com a desarticulação da rede.

Esta questão, fundamental para a continuidade da Política de Saúde Mental de Fortaleza pode ser aplainada. A implementação de estratégias políticas podem garantir a continuidade da proposta, independente do governo municipal. A criação de Legislação municipal que contemple a mudança do modelo assistencial, com a formalização de toda estrutura necessária a essa mudança, pode ser um caminho de sustentação.

Os discursos dos gestores retratam a necessidade acima citada, além de outras para sustentação da qualidade dos serviços que compõem a rede, quando falam sobre as metas a serem alcançadas e os desafios que a RASM deve enfrentar:

- Implementação de ações de formalização da estrutura administrativa da Coordenação Colegiada de Saúde mental, incluindo os cargos das Coordenações no âmbito central, regional e territorial;
- Viabilização de concurso público;
- Garantia na manutenção dos serviços da Rede Assistencial de Saúde Mental;
- Continuidade da Estratégia de Educação Permanente, garantindo qualificação dos profissionais, através de capacitação e dos processos de supervisão;
- Abertura de serviços 24 horas, garantindo acompanhamento da família junto com a equipe de saúde nas intervenções de crise;
- Integração com a Rede Assistencial Hospitalar;
- Maior integração com a Atenção Básica/NASF;
- Discussão da Política de Álcool e outras Drogas

Outros desafios estão colocados para o atual modelo da Política de Saúde Mental, como olhar para os Hospitais Psiquiátricos, pois mesmo utilizando a rede de hospitais psiquiátricos, precisando dela, não se fala nela, nem a enxerga. As Urgências Psiquiátricas são pontos chaves para o avanço da Política de Saúde Mental nesse momento para Fortaleza. Há necessidade de melhorar o monitoramento das internações na própria rede como um todo. O grande desafio para o futuro será discutir a rede de psiquiatria de Fortaleza e dar a ela, um papel dentro de um plano diretor.

Um desafio importante é **transformar o SUS em uma grande escola**, com a criação dos Sistemas Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde Escola, para fortalecer cada vez mais o SUS. Os gestores ressaltam a importância da pesquisa para possibilitar a melhoria da qualidade das evidências, para que se possa ter argumentação para defender as políticas, o modelo de atenção. Os demais sujeitos da pesquisa também comentam os desafios do Sistema de Saúde:

- Para os dirigentes das UP, o Ministério da Saúde deveria pensar em priorizar o atendimento emergencial com equipes de saúde mental com financiamento adequado para manutenção, por ser a principal ‘porta de entrada’ do paciente para a internação;
- Os trabalhadores solicitam capacitação em Atenção em Álcool e outras Drogas, em atenção psicossocial e atendimento às crises. Enfatizam a necessidade de atendimento às pessoas portadoras de transtorno mental e com dependência química;
- Os usuários e familiares reivindicam serviços de acolhimento às crises e atendimento de qualidade que possam dar conta das suas necessidades de saúde, como o acesso à internações psiquiátricas com a disponibilidade de leitos.

Como todo estudo, as limitações são inúmeras. Alguns dados devem ser aprofundados em outras pesquisas, pois, embora tenha sido solicitado, não tivemos acesso a todos eles. Ressaltamos a necessidade de novos e mais estudos na área da Atenção às Urgências em Saúde Mental por sua escassez. Infelizmente, não foi possível aprofundar com outros atores dos serviços substitutivos da RASM algumas questões surgidas ao longo do estudo. Devido à grande quantidade de material empírico, as concepções e significados dos conceitos sobre saúde mental serão objetivo de análise de estudos posteriores.

Por fim, inconclusões! Ressaltamos a importância dos Serviços de Urgências Psiquiátricas para a consolidação da Rede Assistencial de Saúde Mental para o acolhimento das crises. Crises aqui entendida, como um sofrimento subjetivo, expresso de diversas formas, a partir da vivência de cada pessoa. O acolhimento da subjetividade proporcionado a partir da escuta das necessidades e do entendimento do que venha a ser aquela manifestação, pode trazer repercussões essenciais favoráveis ao cuidado daquela pessoa. E não, refúgios sem saída.

O momento histórico, por ser um eterno devir, vai se modificando a cada dia, e com certeza, as Urgências Psiquiátricas, todos os envolvidos em seu processo de trabalho e nós pesquisadoras, não somos mais as mesmas do início do estudo.

As recomendações feitas neste estudo são baseadas na vivência profissional das pesquisadoras. Elas se dirigem ao gestor municipal e estadual e aos dirigentes do Sistema de Saúde de Fortaleza/Ceará:

1. Elaboração de estratégias de ‘Tomada de Poder’ para enfrentamento dos Hospitais Psiquiátricos;
2. Reversão dos recursos financeiros, garantindo aos serviços extra-hospitalares, o maior percentual;
3. Controle da porta de entrada para as internações psiquiátricas;
4. Encerramento do contrato com a Urgência Psiquiátrica privada;
5. Qualificação das equipes em atenção psicossocial, em acolhimento às crises, em álcool e outras drogas;
6. Estruturação dos CAPSad para realização de desintoxicação dos usuários;
7. Busca ativa dos usuários nos Hospitais Psiquiátricos, com formação de vínculo desde a internação;
8. Elaboração de estratégias para as pessoas com transtornos mentais crônicos;
9. Priorização dos pacientes egressos e em situação de crise;
10. Criação de leitos em Hospital Geral e de ambulatórios e/ou articulação de Centros de Saúde da Família como referência para atendimento ambulatorial na SER I;
11. Criação dos cargos e serviços da Rede Assistencial de Saúde Mental;
12. Criação de Projeto de Lei municipal que contemple a mudança do modelo assistencial, com a formalização de toda estrutura necessária a essa mudança;
13. Convencimento da Prefeitura de Fortaleza da necessidade de Concurso Público para a RASM e acompanhamento da organização e execução do mesmo.

REFERÊNCIAS

ALVES, D.S. O “ex” – tentando ver o futuro. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v.14, p.21-30, jun. 1999.

_____. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Disponível em: http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inford=185&tpl=view_participantes. Acesso em: 14 Set. 2009. 2009.

AMARANTE, P.D.C. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 136 p.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 3^a ed. 2008. 142 p.

ANDRADE, L.O.; OLIVEIRA, R.F.; BASTOS, E.N.E.; FIALHO, M.B.; COSTA, L.D. Saúde mental & cidadania: a resposta de Fortaleza, Ceará. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 40, p. 57-68, 2007.

ANTUNES, S.M.M.O. & QUEIROZ, M.S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 23(1):207-215, jan, 2007.

AQUINO, E.M.L; MENEZES, G.M.S. & MARINHO, L.F.B. Women, Health and Labor in Brazil: Challenges for New Action. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 11 (2): 281-290, Apr/Jun, 1995.

ARACAJU. **Avanços e Desafios da Saúde da Família no município de Aracaju**: a experiência do Modelo Saúde Todo Dia. 2004. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/eventos/2a_mostra/avancos_desafios_saude_familia_municipio_aracaju.pdf. Acesso em 15 Set. 2009.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):455-464, 2007.

ASSIS, M.M.A; JORGE,M.S.B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa no campo da saúde coletiva. 2007, 23p. Digitado.

ASSIS, M.M.A. As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado. Ribeirão Preto, 1998, 313p. Digitado.

AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde soc.**, São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902009000600003&lng=pnr m=iso. Acesso em: 02 set. 2009. doi: 10.1590/S0104-12902009000600003.

BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.40, n.7, p.355-360, 1991.

BARRETO, I.C.H.C.; ANDRADE, L.O.M.A.; LOIOLA, F.; PAULA, J.B. MIRANDA, A.S.; GOYA, N. **Educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde Escola**: o caso de Fortaleza-Ceará-Brasil. Digitado. 2007. 24 p. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>. Acesso em: 11 mar. 2008.

BARROS, N.H.S. **Características biossociodemográficas e diagnósticos de pacientes internados em hospital psiquiátrico de Campo Grande-MS**. 2008. Disponível em: http://www.tede.ucdb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=18/tde_busca/arquivo.php?coArquivo=132. Acesso em: 14 de Set. 2009.

BASTOS, E.N.E.; MEDEIROS, J.A.; AMARAL, M.E.S.; MAERSCHNER, R. L. Desenvolvimento do papel do apoiador institucional em Fortaleza. In: **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec. 2008. 411p.

BOBBIO, N. **Estado, governo e sociedade**; por uma teoria geral da política. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007. 173 p.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.456-468, fev. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação Básica do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. 1990. Acessos em: 08/15 de Set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação Básica do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=15458&word=>. 1999. Acesso em: 10 de Set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos:** (Resolução CNS 196/96 e outros). Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde/**NOBRH-SUS, princípios e diretrizes** - 2 ed. Brasília, 2002a.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. 2002b. 213 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Saúde Mental.** 2004a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=16134. Acesso em 15 Set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** 5. ed. ampl. Brasília, 2004b. 340 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde /**Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.48 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Legislação Básica do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab05/gabset05.htm>. 2005a. Acesso em: 09 de Set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. 84 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências** / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 480 p.: il color + 1 CD-ROM – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 6**, ano IV, nº 6. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2009. Acesso em 28 de Jul. 2009. 2009b.

CAMPOS, G.W.S. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. **Planejamento sem norma**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

_____. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, 1999.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.301-306, 2007a.

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

CAMPOS, G.W.S. et al. **Planejamento sem norma**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

CASTEL, R. O Salvamento da Instituição Totalitária. **In: A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo** (R. Castel), 1978. pp. 55-95, Rio de Janeiro: Graal Editora.

CEARÁ. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Relatório do I Seminário de Funcionalidade do Hospital de Saúde Mental de Messejana**. Fortaleza: Secretaria Estadual da Saúde do Ceará, 2003a.

_____. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Relatório do I Encontro dos Hospitais-dia do Ceará**. Fortaleza: Secretaria Estadual da Saúde do Ceará, 2003b.

_____. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Relatório do I Encontro dos Hospitais Psiquiátricos do Ceará**. Fortaleza: Secretaria Estadual da Saúde do Ceará, 2003c.

_____. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Relatório do II Encontro Estadual dos CAPS**. Fortaleza: Secretaria Estadual da Saúde do Ceará, 2003d.

_____. Ministério Público do Ceará. **Relatório do I Seminário sobre Internação Psiquiátrica e Cidadania no Ceará**. Fortaleza: Procuradoria Geral de Justiça, 2003e.

_____. Hospital de Saúde Mental de Messejana. O Hospital: Institucional. 2009. Disponível em: <http://www.hsmm.ce.gov.br/index.php/ohemoce/institucional>. Acesso em: 10 de Set. 2009.

CECILIO, L.C.O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478, 1997.

CHERCHGLIA, M.L. **Terceirização do trabalho nos serviços de saúde**: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. Recursos Humanos em Saúde. CADRHU Natal. Edited. 1999. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U3T5.pdf.

CHEUCHE, E.M. 120 anos do hospital psiquiátrico São Pedro: um pouco de sua história. **Rev. de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.26, n.2, mai, 2004.

COELHO, I.B. Os Impasses do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.307-317, 2007.

_____. **Formas de pensar e organizar o sistema de saúde:** os modelos assistenciais em saúde. In: Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2008. 411p. –(Saúde em debate; 190).

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. **Ensaio - subjetividade, Saúde Mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p.141-169.

DANTAS, T. **O conceito de lobby.** Disponível em: <http://brasilecola.com/política/lobby.htm>. Acesso em: 11 jun. 2008.

DEL-BEN, C.M. et al. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de urgência. **Rev. Saúde Pública**, 33 (5), 1999.

DIAS, M.J.A. et. al. **Glossário de Sociologia.** São Paulo: NETRA, 2001.

FERNANDES, M.I.A.; VICENTIN, M.C.G.; VIEIRA, M.C.T. (Orgs.). **Tecendo a rede:** trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989 – 1996. Taubaté, SP: Cabral Editora Universitária, 1999.

FEUERWERKER, L.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 set. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232009000300010.

FORTALEZA. A Câmara de Fortaleza e a Administração Municipal. Câmara Municipal de Fortaleza. 1996. <http://www.cmfor.ce.gov.br/historico/index.htm>. Acesso em: 09 set. 2009.

_____. **Política de Saúde Mental de Fortaleza.** Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Colegiada de Saúde Mental. Fortaleza, 2005a. 27 p. Digitado.

_____. **Resolução nº 60 de 21 de dezembro de 2004 do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza.** Secretaria Municipal de Saúde. 2005b. 7 p.

_____. **Relatório de Gestão 2005.** Saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Gabinete do Secretário – Inteligência de Gestão. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>. Acesso em: 11 nov. 2007.

_____. **Relatório de Gestão 2006.** Saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Gabinete do Secretário – Inteligência de Gestão. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, Fortaleza, 2007. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>. Acesso em: 11 nov. 2007.

_____. **Relatório de Gestão 2007.** Saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Gabinete do Secretário – Inteligência de Gestão. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, Fortaleza, 2008. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>. Acesso em: 04 mai. 2009.

_____. **Relatório de Gestão 2008.** Saúde Mental e Cidadania: a dimensão ética do cuidar. Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza. 2009. Digitado. 40p.

FOUCAULT, M. **História da loucura.** 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

_____. **O poder psiquiátrico.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro, R. & Matos, R.A. **Gestão em Redes**, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. & MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de **Betim, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública, **Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.**

FREITAS, F.F.P. A história da psiquiatria não contada por Foucault. **Hist. Cienc. Saúde, Manguinhos**, v.11, n.1, p.75-91, jan./abr. 2004.

FURTADO, B.M.A.S.M. et al. O perfil da urgência do Hospital da Restauração. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 7, Nº 3, 2004.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde:** perspectivas de Profissionais e Usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005. 144 pp.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GODOY, M.G.C. **Estudo epidemiológico sobre as internações e reinternações psiquiátricas do Ceará em 1999**. 2000. Monografia (Residência em Psiquiatria) – Fortaleza, 2000. Digitado.

GOFFMAN, I. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1996.

GOMES, C. Ed. **Antecedentes do capitalismo**. Grupo de Investigação Eumed.net. Universidade de Málaga. Espanha. 2008. Disponível em: <http://www.eumed.net/libros/2008a/372/index.htm>. Acesso em 15 de Set. 2009.

GRADELLA JUNIOR, O. Hospital psiquiátrico: (re) afirmação da exclusão. **Psicol. Soc.**, v. 14, n. 1, p. 87-102, jan./jun. 2002.

GUIMARAES, J.; SAEKI, T. Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP). **Hist. Cienc. Saúde, Manguinhos**, v. 8, n. 2, p.357-374, jul./ago. 2001.

HIRDES, A. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência e Saúde Coletiva**. Associação brasileira de pós-graduação em Saúde Coletiva. janeiro-fevereiro, año/vol.14, número 001. Rio de Janeiro. pp. 297-305.

IBGE. **idades@ibge.instituto, 2007**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>. Acesso em: 11 mar. 2008.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007.

JORGE, M.R.; FRANCA, J.M.F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.23, n.1, p.3-6, mar. 2001.

JORGE, M.S.B. et al . Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 6, dez. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000600003&lng=p=s o. Acesso em: 09 set. 2009. doi: 10.1590/S0034-71672006000600003.

KODA, M.Y. & FERNANDES, M.I.A. Reforma Psiquiátrica e práticas substitutivas em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 23(6):1455-1461, jun, 2007.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006. 127 p. – (SaúdeLoucura; 20. Série Políticas do desejo; 1).

_____. Notas sobre humanização e biopoder. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000500033&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2009. doi: 10.1590/S1414-3283 2009000500033.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. 290 p.

LIBERATO, M.D.M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol. 1, no1, jan-abr. 2009. (CD-ROM).

LOBOSQUE, A.M. Princípios para uma clínica antimanicomial. In: **Princípios para uma clínica antimanicomial**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1997. 96 p. p.21-25.

LUZIO, C.A. & L'ABBATE, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**. 14(1):105-116, 2009.

MACHADO, M.H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil - 1970/80. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, Dec. 1986. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1986000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 Set. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X1986000400005.

MAIA, R.C.M.; FERNANDES, A.B. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, v.17, n.48, p.157-171, fev. 2002.

MATTOS, R.A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MATUS, C. **Adeus, senhor presidente**: governantes governados. São Paulo: Fundap, 2007.

MENDES, E.V. (Org.). **Distrito sanitário** – o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994, 310 p.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186 p.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E. & Onocko, R.(Org). **Agir em Saúde. Um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec e Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. 387 p.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. In: **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez. 2003.

MINAYO, M.C.S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 17^a. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9^a ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOURA FÉ, N. **Evolução da reforma psiquiátrica no Ceará**. 2004. p.10. Digitado.

OLIVEIRA, A.G.B. de; CONCIANI, M.E. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100038&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 16 set. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232009000100038.

OLIVEIRA L.H. et al. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(5):1929-1938, 2009.

OLIVEIRA, W.V. et al. As relações de poder e a construção da loucura: uma análise do livro Canto dos Malditos de Austregésilo Carrano Bueno. **Anais do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO**. 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai, 2006.

OPAS. **Declaração de Alma Ata**. 12 de Setembro de 1978. 1978. <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 03 Set.2009.

PAIM, I.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p.455-466.

PAIM, I.S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, v.40, p.73-78, 2006. número especial.

PAULIN, L.F.; TURATO, E.R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **Hist. Cienc. Saúde**, Manguinhos, v.11, n.2, p.241-258, maio/ago. 2004.

PELEGRINI, M.R.F. **O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. mar. 2003, vol.23, no.1 [citado 10 Setembro 2009], p.38-41. Disponível na World Wide Web: http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932003000100006&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1414-9893.

PEREIRA, A.A.; ANDRADE, L.O.M. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental, de Sobral, Ceará. In: **SaúdeLoucura 7** – Saúde mental e saúde da família. 2 ed. Aumentada. 2007. p. 220.

PIRES, J.C.S.; MACEDO, K.B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, fev. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003476122006000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2009. doi: 10.1590/S0034-76122006000100005.

SAMPAIO, J.J.C. Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. Fortaleza: **Rev. Escola de Saúde Pública do Ceará**, Fortaleza, v.1,2,3, 1994.

SAMPAIO, J.J.C.; BARROSO, C.M.C. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará. In: **SaúdeLoucura 7** – Saúde mental e saúde da família. 2 ed. Aumentada. 2007. p. 220.

SANTOS, M. **Por uma Geografia Nova: da Crítica da Geografia a uma Geografia crítica**. Editora EDUSP, São Paulo, 6ª Edição, 2008. 288 p.;

SILVA, G.G.A. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 10, n. 19, jun. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 17 set. 2009. doi: 10.1590/S1414-32832006000100002.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde** – o debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-623420080010100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 set. 2009. doi: 10.1590/S0080-62342008000100007.

SOUZA, F.E.R. **Uma experiência de serviço social psiquiátrico**. Monografia. 1ª parte: história do Hospital de Saúde Mental de Messejana. Fortaleza, 1986.

SOUZA, J.S.; GARCIA, M.L.T. Resistindo à reforma psiquiátrica brasileira: um estudo de caso de uma clínica psiquiátrica privada/ES. **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre v. 7 n. 2 p. 199-220. jul./dez. 2008.

STERIAN, A. Urgências Psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. – (Coleção Clínica Psicanalítica / dirigida por Flávio Carvalho Ferraz).

TEIXEIRA, C.F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p.153-162, 2002. suplemento.

_____. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.257-277, set./dez. 2003.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. Cienc. Saúde**, Manguinhos, v.9, n.1, p.25-59, jan./abr. 2002.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226 p.

_____. **Pensamento estratégico e lógica da programação**: o caso da saúde. Rio de Janeiro: ed. Hucitec, 1995. p. 306.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (Orgs.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

VENANCIO, A.T.A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. **Hist. Cienc. Saúde**, Manguinhos, v.10, n.3, p.883-900, set./dez. 2003.

VICTORIA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

WADI, Y.M. Aos loucos, os médicos: a luta pela medicalização do hospício e construção da psiquiatria no Rio Grande do Sul. **Hist. Cienc. Saúde**, Manguinhos, v.6, n.3, p.659-679, nov. 1999/fev. 2000.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001, 205p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA ENTRADA NO CAMPO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE PESQUISA: ESTRATÉGIAS TÉCNICAS E POLÍTICAS PARA MANUTENÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL: Urgências Psiquiátricas – um refúgio sem saída?

AUTORA: Evelyne Nunes Ervedosa Bastos

ORIENTADORA: Maria Salete Bessa Jorge

CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA ENTRADA NO CAMPO

De: Evelyne Nunes Ervedosa Bastos

Para: Diretor(a) da instituição a ser pesquisa

Assunto: Solicitação de Pesquisa

Sr(a). Diretor(a),

Sou Psicóloga e atuo na área de Saúde Mental. Encontro-me cursando o Mestrado Acadêmico em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará e desenvolvendo um projeto de dissertação intitulado: **“ESTRATÉGIAS TÉCNICAS E POLÍTICAS PARA MANUTENÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL: Urgências Psiquiátricas – um refúgio sem saída?”**. O presente estudo pretende contribuir para compreensão do cuidado das equipes de saúde mental nas urgências psiquiátricas no município de Fortaleza. Neste sentido, gostaria de solicitar sua autorização para a realização da pesquisa com diretores e trabalhadores desta instituição. A pesquisa se realizará por meio de observação sistemática e de entrevistas semiestruturadas. As informações das entrevistas serão analisadas a partir do referencial teórico da Análise de Conteúdo crítica-reflexiva e documental.

Estará garantido o sigilo das identidades entrevistadas, bem como os mesmos terão o direito de aceitar ou não participar do estudo sem trazer qualquer prejuízo para o desenvolvimento da pesquisa. Informo que os dados serão apresentados ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial de cada identidade. Sem mais para o momento, agradeço a atenção e compreensão dispensadas.

Evelyne Nunes Ervedosa Bastos
 Psicóloga – Mestranda em Saúde Pública pela UECE

APÊNDICE B – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE PESQUISA: ESTRATÉGIAS TÉCNICAS E POLÍTICAS PARA MANUTENÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL: Urgências Psiquiátricas – um refúgio sem saída?

AUTORA: Evelyne Nunes Ervedosa Bastos

ORIENTADORA: Maria Salete Bessa Jorge

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Ao Hospital de Saúde Mental de Messejana:

Está sendo desenvolvida uma pesquisa sobre as estratégias técnicas e políticas para manutenção ou transformação do modelo assistencial em saúde mental nas urgências psiquiátricas em Fortaleza. O presente estudo pretende contribuir para compreensão do cuidado das equipes de saúde mental nas urgências psiquiátricas. Assim, vimos por meio deste, solicitar a autorização para coletar dados em prontuários, livros-ata, manuais, normas ou quaisquer outros documentos que contenham informações que possam auxiliar para o desenvolvimento do estudo.

Esclarecemos que:

- as informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa;
- as informações ficarão em sigilo e que o anonimato das pessoas envolvidas será preservado.

Em caso de esclarecimento entrar em contato com a pesquisadora colaboradora:

Nome da pesquisadora: **Evelyne Nunes Ervedosa Bastos**

Endereço: Rua Paulo Faustino, 95 – Apto. 304 – Cocó – CEP: 60.813-530.

Telefones: 3273.2866 / 8839.9891

Assumimos, perante esta Instituição e a Universidade Estadual do Ceará, a responsabilidade pelo termo.

Fortaleza-CE, / /

(Representante legal)

Maria Salete Bessa Jorge
Orientadora

Evelyne Nunes Ervedosa Bastos
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE PESQUISA:

ESTRATÉGIAS TÉCNICAS E POLÍTICAS PARA MANUTENÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL: Urgências Psiquiátricas – um refúgio sem saída?

AUTORA: Evelyne Nunes Ervedosa Bastos

ORIENTADORA: Maria Salete Bessa Jorge

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa cujo título é “**ESTRATÉGIAS TÉCNICAS E POLÍTICAS PARA MANUTENÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL: Urgências Psiquiátricas – um refúgio sem saída?**”. Com a mesma, pretendemos compreender o cuidado das equipes de saúde mental nas urgências psiquiátricas. Assim, gostaríamos de contar com a sua participação, pedindo permissão para gravar a entrevista. Informamos que a sua participação é voluntária e que não traz riscos à sua saúde. Caso queira, você pode desistir de participar da mesma no momento em que desejar, sem que isto lhe acarrete qualquer penalidade. Na ocasião da divulgação desta pesquisa, sua identidade será mantida em total segredo. As informações obtidas na sua entrevista serão somadas às de outras entrevistas e poderão ser apresentadas em relatórios e revistas científicas da área da saúde, sempre omitindo o seu nome, ou qualquer informação que possa lhe identificar. Caso tenha outras dúvidas, poderá entrar se necessário, em contato com a coordenadora da pesquisa (**Evelyne Nunes Ervedosa Bastos**) pelo fone: 3273.2866. Após ter sido informado(a) sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você. Desde já, agradecemos sua cooperação.

Fortaleza-CE, / /

Assinatura do(a) Participante

Psicóloga Evelyne Nunes Ervedosa Bastos
Pesquisadora Responsável

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

PESQUISA: Estratégias técnicas e políticas para manutenção ou transformação do modelo assistencial em saúde mental: Urgências Psiquiátricas – um refúgio sem saída?

Eu _____ aceito participar da pesquisa: “**Estratégias técnicas e políticas para manutenção ou transformação do modelo assistencial em saúde mental: Urgências Psiquiátricas – um refúgio sem saída?**” de forma livre e esclarecida e não me oponho que a entrevista seja gravada.

Fortaleza-CE, / /

Ass./Rubrica do Participante: _____

Ass. do Pesquisador: _____

APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE PESQUISA: ESTRATÉGIAS TÉCNICAS E POLÍTICAS PARA MANUTENÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL: Urgências Psiquiátricas – um refúgio sem saída?

AUTORA: Evelyne Nunes Ervedosa Bastos

ORIENTADORA: Maria Salete Bessa Jorge

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

OBSERVAÇÃO:

Data: ____/____/____

Início: _____

Término: _____

Código da Observação:

Elementos de Referência

- Prática dos trabalhadores das urgências psiquiátricas e setores afins
- Critérios de Internação
- Ato da internação
- Comportamento da equipe no procedimento da internação
- Referência e a contrarreferência (de onde vem, quem encaminhou)
- Procedimento no setor responsável pela condução administrativa da internação
- Ações desenvolvidas nas urgências psiquiátricas
- Relação dos trabalhadores entre si
- Relação com os usuários e familiares do serviço
- Condições de trabalho

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA – GRUPO 1 – GESTORES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE PESQUISA: ESTRATÉGIAS TÉCNICAS E POLÍTICAS PARA MANUTENÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL: Urgências Psiquiátricas – um refúgio sem saída?

AUTORA: Evelyne Nunes Ervedosa Bastos

ORIENTADORA: Maria Salete Bessa Jorge

ENTREVISTA:

Data: ____/____/____

Início: _____

Término: _____

Código do Entrevistado:

ROTEIRO DE ENTREVISTA
GRUPO 1 - GESTORES

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

- 1.1. Idade: _____ Anos
- 1.2. Sexo: F () M ()
- 1.3. Formação: _____
- 1.4. Pós-graduação: SIM () NÃO () Em que área? _____
- 1.5. Função/Cargo: _____
- 1.6. Vínculo empregatício: _____
- 1.7. Tempo de Serviço: _____ Anos
- 1.8. Tempo de gestão no local de trabalho (se for o caso): _____ Anos
- 1.9. Setor que trabalha: _____

2. QUESTÕES ORIENTADORAS

- 2.1. Qual a Política de Saúde Mental adotada para o município de Fortaleza?
- 2.2. Como a Reforma Psiquiátrica contribui para assistência dos portadores de transtornos mentais?
- 2.3. Como se dá o processo das internações psiquiátricas no município de Fortaleza?
- 2.4. Como as urgências psiquiátricas estão inseridas na Política de Saúde Mental no município de Fortaleza?
- 2.5. Como ocorre o processo de financiamento em saúde mental em Fortaleza?
- 2.6. Quanto a prefeitura investe na Rede Assistencial de Saúde Mental? E em relação aos Hospitais Psiquiátricos?
- 2.7. Qual o lugar do Hospital Psiquiátrico na Política de Saúde Mental adotada no município de Fortaleza?
- 2.8. Quais as estratégias desenvolvidas para reversão do modelo psiquiátrico?

APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA – GRUPO 2 – GERENTES/
TRABALHADORES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE PESQUISA:

ESTRATÉGIAS TÉCNICAS E POLÍTICAS PARA MANUTENÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL: Urgências Psiquiátricas – um refúgio sem saída?

AUTORA: Evelyne Nunes Ervedosa Bastos

ORIENTADORA: Maria Salete Bessa Jorge

ROTEIRO DE ENTREVISTA
GRUPO 2 – GERENTES/TRABALHADORES

ENTREVISTA:

Data: ____/____/____

Início: _____

Término: _____

Código do Entrevistado:

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

1.1. Idade: _____ Anos

1.2. Sexo: F () M ()

1.3. Formação: _____

1.1. Pós-graduação: SIM () NÃO () Em que área? _____

1.2. Função/Cargo: _____

1.3. Vínculo empregatício: _____

1.4. Tempo de Serviço: _____ Anos

1.5. Tempo de gestão no local de trabalho (se for o caso): _____ Anos

1.6. Setor que trabalha: _____

2. PERGUNTAS NORTEADORAS

2.1. Relate quais as mudanças que ocorreram neste hospital psiquiátrico em decorrência da Reforma Psiquiátrica.

2.2. Como funciona o serviço de urgência psiquiátrica? Como ocorre o seu financiamento?

2.3. Quais são os objetivos desse serviço?

2.4. Quem é a equipe de trabalho da urgência psiquiátrica? Como é o trabalho da equipe?

2.5. O que você entende por internação psiquiátrica?

2.6. Quando deve ocorrer uma internação psiquiátrica? Quem é/são o(s) responsável(is) pelo ato da internação?

2.7. Relate como se dá o processo do ato da internação psiquiátrica.

2.8. Quais os critérios utilizados para internação? Quando o paciente deve ser internado?

2.9. Como se dá o procedimento administrativo da internação psiquiátrica?

2.10. Os usuários são encaminhados de onde? E para onde são encaminhados?

2.11. Quais são as maiores dificuldades enfrentadas na urgência psiquiátrica?

APÊNDICE G – ROTEIRO DE ENTREVISTAS – GRUPO 3 – FAMILIARES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE PESQUISA: ESTRATÉGIAS TÉCNICAS E POLÍTICAS PARA MANUTENÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL: Urgências Psiquiátricas – um refúgio sem saída?

AUTORA: Evelyne Nunes Ervedosa Bastos

ORIENTADORA: Maria Salete Bessa Jorge

ROTEIRO DE ENTREVISTA
GRUPO 3 – USUÁRIOS/FAMILIARES

ENTREVISTA:

Data: ____/____/____

Início: _____

Término: _____

Código do Entrevistado:

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

1.1. Idade: _____ Anos

1.2. Sexo: F () M ()

1.3. Endereço: _____

Fone: _____ Bairro: _____

1.4. Profissão: _____

1.5. Vínculo empregatício: _____

1.6. Renda: _____

1.7. Quantidade de internações psiquiátricas: _____

2. PERGUNTAS NORTEADORAS

2.1. Você percebeu alguma mudança neste hospital psiquiátrico em relação ao atendimento? Se sim, quais?

2.2. Quando você procura a urgência psiquiátrica?

2.3. O que você entende por internação psiquiátrica?

2.4. Qual o motivo pelo qual você está buscando internação?

2.5. Você já foi atendido em algum outro serviço de saúde mental? Se sim, qual(is)?

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UECE



Universidade Estadual do Ceará
 Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
 Av. Paranajana, 1700 Campus do Itaperi CEP. 60.740-000 Fortaleza-Ce
 Fone: 3299.2790 E-mail: cep@uece.br



Fortaleza (CE), 13 de setembro de 2008

Título: Estratégia técnicas e política para manutenção ou transformação do modelo assistencial em saúde mental: o cotidiano das emergências psiquiátricas.

Processo: Nº 08351791-0

Interessada: Evelyne Nunes Ervedosa Bastos

Orientadora: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

P A R E C E R

A pesquisa em questão aborda sobre os saberes e práticas, como também as estratégias políticas utilizadas pelas emergências psiquiátricas para manutenção do modelo hospitalocêntrico ou transformação para uma atenção psicossocial, no contexto da Reforma Psiquiátrica em Fortaleza. Como campo da pesquisa neste estudo, apresenta o recorte espacial de forma a compreender o cenário, espaço social onde se desenvolvem ações sociais a partir das relações entre seus atores sociais – onde a pesquisa se realizará: o macro cenário – contextualização da saúde mental em Fortaleza – e o micro-cenário – as emergências psiquiátricas localizadas em dois Hospitais Psiquiátricos (HP) em Fortaleza: Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC) e Hospital de Saúde Mental de Messejana. Serão participantes do estudo aqueles que têm o poder de determinar a forma e as ações que devem ocorrer nas emergências psiquiátricas, os trabalhadores que lidam direta – equipe de saúde – ou indiretamente – funcionários dos setores administrativos, dirigentes, gestores – com as internações psiquiátricas e os que se utilizam destes serviços – usuários e familiares. Assim, pretende-se entrevistar 20 sujeitos sociais, sendo: o Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza, os membros da Coordenação Colegiado de Saúde Mental de Fortaleza – um médico psiquiatra e uma psicóloga – os diretores dos dois hospitais onde se localizam as emergências psiquiátricas, os chefes dos setores administrativos pelas internações psiquiátricas, a equipe de saúde mental das emergências psiquiátricas (médico, enfermeiro, assistente social e auxiliar de enfermagem), familiares e usuários. Quanto aos usuários e familiares, a pesquisa será desenvolvida obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: de usuários que tenham internações reincidentes (mais de duas internações); de usuários que recebem alta hospitalar no mês em que estão buscando internação; e de familiares/acompanhantes dos usuários acima referidos; haverá exclusão de usuários que estão apresentando crise psicótica. Um dos instrumentos a ser utilizado será a entrevista semi-estruturada, que possibilitará uma diversidade de informações detalhadas, com possibilidade de aprofundar pontos primordiais para a pesquisa e obter esclarecimentos. Será utilizada a observação sistemática, com intencionalidade, com o objetivo de identificar elementos fundamentais específicos para se atingir os objetivos da pesquisa. Seguirá um roteiro, constante no Apêndice D, para se delimitar o campo de observação, o espaço, o tempo e os sujeitos envolvidos no âmbito das emergências psiquiátricas. A análise documental oferecerá subsídios complementares às demais técnicas, através do acesso aos documentos formais e informais, como normas, projetos institucionais, manuais, livros-atas, prontuário, relatórios que serão fontes de

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UECE

evidências, bem como dados estatísticos nos sentidos mensais dos Hospitais, corroborando e/ou acrescentando informações. A organização e a análise dos dados serão realizadas a partir da perspectiva crítica-reflexiva. O método de análise escolhido para esse estudo foi a Análise de Conteúdo Crítica, de Minayo. Os discursos dos sujeitos entrevistados serão confrontados entre si, com o material coletado na observação sistemática, com o diário de campo e com os documentos analisados.

O referido projeto é relevante e de interesse para as instituições envolvidas (A UECE é a instituição responsável pela pesquisa, tratando-se de projeto de pesquisa do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, e o Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC) e o Hospital de Saúde Mental de Messejana, da Prefeitura Municipal de Fortaleza-CE, os locais de realização) O orçamento está explícito, em valores monetários, sendo financiado pelas pesquisadoras, importando em R\$ 1.065,00, contendo despesas de custeio, suportadas pela mestrandia Evelyne Nunes Ervedosa Bastos. O TCLE para os usuários e o Termo de Fiel Depositário das instituições, bem como os roteiros de entrevistas os gestores e aos membros equipes estão adequados ao projeto. O projeto está bem estruturado e é relevante havendo retorno para o sujeito e a comunidade. O projeto atende aos ditames da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e, portanto, pode ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – CEP-UECE.



Prof. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

ANEXO B – FLUXO DOS ATENDIMENTOS ÀS URGÊNCIAS E URGÊNCIAS

SAMU – FORTALEZA

EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

