

O cuidado como inclusão do sujeito

Cristina Maria Loyola Miranda

Resumo

Trata-se de discutir o movimento da reforma psiquiátrica brasileira a partir da bandeira da cidadania do doente mental e, nesta perspectiva, a clínica, as transformações dos serviços, as propostas de reformulação legal, as ações de políticas públicas e de financiamento, as intervenções culturais e os espaços de sociabilidade. A idéia síntese é a de que todo o movimento da reforma psiquiátrica brasileira pode ser resumida em um enunciado comum, o de incluir o sujeito.

Palavras-chave: *Hospitais psiquiátricos - Reforma*

Introdução

Há quase 40 anos temos discutido a respeito do melhor local para a assistência psiquiátrica. As contribuições, inequivocamente fundamentais da psiquiatria democrática italiana, foram muitas vezes reduzidas e confundidas com a oposição pura e simples ao hospital psiquiátrico. Não há dúvida de que esta oposição esteve e está presente na reforma psiquiátrica italiana e a Lei 180, com a proibição expressa da construção de novos hospitais psiquiátricos, demonstra claramente o importante papel que esta oposição desempenhou em todo este processo. No entanto, poderíamos nos perguntar, a que, exatamente, os “reformadores italianos” se opõem: ao hospital psiquiátrico ou a uma forma de desassistência por eles encontrada nos chamados manicômios, responsáveis, quase que isoladamente, pela assistência psiquiátrica de até então?

O Hospital é necessariamente sinônimo de desassistência ou há espaço para este dispositivo em uma rede integrada de serviços de saúde mental?

Caso a resposta seja afirmativa, qual seria este espaço?

Um dos principais méritos da chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira tem sido, exatamente, o aprofundamento deste tipo de questão. As experiências brasileiras são múltiplas, variadas: o fechamento do hospital Anchieta e a criação dos NAPS em Santos, o CAPS Luis Cerqueira em São Paulo, o projeto “De volta para casa” de Angra dos Reis/RJ, a Porta de Entrada no Hospital de Jurujuba em Niterói/RJ, a reestruturação do Instituto Philippe Pinel e do Instituto de Psiquiatria também no Rio de Janeiro, o CAPS de Quixadá e de Aracati no Ceará; as experiências se sucedem e se multiplicam.

O que norteia estas experiências?

Uma simples oposição ao hospital psiquiátrico ou a instalação de dispositivos que possibilitam um tratamento de base territorial, levando em conta a especificidade de cada região, de cada local, dos dispositivos já instalados e que podem vir a fazer parte desta rede mais ampla de assistência à saúde mental? Experiências que têm como ponto em comum o

compromisso ético de uma assistência que leve em conta a subjetividade e a cidadania de cada ser humano, doente mental ou não.

Vamos colocar como evento sentinela a situação encontrada na Colônia Juliano Moreira, Rio de Janeiro / 1980, segundo pesquisa do MS: o tempo médio de permanência era de 21 anos; 60% dos pacientes não recebiam visita; 50% tinha mais de 50 anos; mais de 50% estavam sem qualquer tipo de tratamento há mais de 5 anos; 20% tinha indicação para hospital geriátrico e 22% não possuía qualquer patologia que justificasse a internação (Tenório, 1999).

A Reforma Psiquiátrica brasileira ou a reorganização dos dispositivos de cuidado em saúde mental em curso são, por princípio, a luta pela cidadania do louco. Nesta perspectiva, todas as muitas e diferentes "frentes de ação" que a compõem (a clínica "stricto sensu", as transformações dos serviços, as propostas de reformulação legal, as ações de políticas públicas e de financiamento, as intervenções culturais, os espaços de sociabilidade, etc) são atravessadas e orientadas por esta bandeira. Então, a diversidade prática e teórica da RPB, enquanto luta pela cidadania, pode ser reunida em um enunciado, uma espécie de programa comum: incluir o sujeito. Este enunciado se presta a expressar tanto a dimensão política e cultural mais ampla colocada pela questão da cidadania, que envolve a relação da sociedade com a loucura e o reconhecimento do louco como sujeito de direitos e sujeito social, quanto a dimensão mais específica de como operar, na singularidade de cada caso, uma outra possibilidade de existência que não a anulação do sujeito pela doença.. Portanto, é uma assistência que se transforma para incluí-lo, ao sujeito, mas que concebe este sujeito e organiza a si própria também segundo referências assimiláveis pela psicanálise e outras tais como cidadania, sociabilidade, convivência. A possibilidade de o sujeito advir foi impossível na história da psiquiatria e ao cidadão foram negados os seus direitos. Temos que tomar cuidado, entretanto, para que a cidadania não vire,

tiranicamente, um universal a ser atingido por todos os sujeitos (Tenório, 1999).

A psiquiatria reformada também apresenta uma tensão essencial, a tensão entre tutela e cuidado. Para o entendimento desta tensão, relato na íntegra o caso apresentado por Fernando Tenório na sua dissertação de mestrado (1999): "...discutia-se o fato de duas pacientes que tinham o hábito sistemático de se ferir em situações de descontrole. Uma delas cortava-se com frequência, nos braços, nos pulsos, colocava estilhaços de vidro e ateava fogo à roupa. Fazia isso de uma hora para outra, movida pela lembrança, segundo ela "insuportável" de algum episódio que tivera em casa, pelo inconformismo com sua "situação desgraçada" (SIC). Na assembléia, as opiniões dos pacientes iam todas no sentido da vigilância e do controle coercitivo: revistas, guardas, câmeras de TV... a equipe buscava conduzir a discussão no sentido da responsabilidade de cada um... em dado momento alguém da equipe perguntou: vocês querem fazer que nem na enfermaria, que fica tudo trancado no posto, tudo controlado? Um paciente observou: mas aqui não é um hospital, doutora? A profissional respondeu que CAPS não é um hospital- e isso deixou o paciente profundamente irritado. Sem gritar, esbravejou: "então a gente vem aqui pra quê? trabalha pra quê? desenha, canta, dança, toca violão pra quê? pra trabalhar de graça? Em troca de nada?" A situação só foi contornada quando outro técnico interveio: "em troca do tratamento de vocês. Aqui não é um hospital, mas é um lugar de tratamento. O que vocês recebem em troca por virem aqui é o próprio tratamento de vocês. "Ah bom", tranquilizou-se o paciente.

"Até aqui vale destacar a tensão entre o constrangimento da equipe em identificar o CAPS como hospital e a exigência decidida, feita pelo paciente, do reconhecimento do caráter de tratamento daquela instituição"

Continuando a situação originalmente em questão no episódio das pacientes que se cortavam, a paciente sustentava que não gostava de fazer isso e o fazia por "descontrole", quando está "nervosa". Um estagiário acadêmico de enfermagem observou que, antes de ficar "descontrolada", ela estava "controlada", mesmo quando vinha para o CAPS com a bolsa cheia de cacos de vidro, sugerindo então que,

quando ela estivesse “calma”, desse à equipe a bolsa ou os objetos que pudessem ser usados para cortar, que seriam devolvidos a ela ao final do dia, caso ela assim o desejasse. A sugestão foi acatada com entusiasmo pela paciente e em geral, cumprida – o que não impediu que novos episódios acontecessem, mas permitiu à equipe alguma intervenção em torno da responsabilidade de dar a estas vivências uma outra solução. Como se vê, este episódio marca um campo de tensão permanente entre tutela e cuidado (Tenório, 1999).

“Vamos entender autonomia aqui como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordem para sua vida conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos: a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações / coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida” (Tykanory, 1996).

Uma característica do campo da saúde mental é que ele não pode ser dividido entre aqueles que realizam a assistência e aqueles que pensam a assistência. A dicotomia pensar/fazer está bastante diluída no campo. Poder-se-ia afirmar mesmo que a regra é que todos estejam, em alguma medida, envolvidos com a assistência ou com alguma dimensão dela (Leal, 1999). Esta vantagem, a meu ver, apresenta um contato de intimidade entre o que fazemos e o que pensamos sobre o que devemos fazer; por outro lado é uma proximidade que, às vezes, pode turvar a vista e dificultar uma análise mais geral.

Parece que hoje, para além de precisarmos saber quem é o sujeito que cuida, quais saberes o constituem e o conformam, torna-se mais rico sabermos o que pensa o agente do cuidado sobre o sujeito, que poderíamos identificar ao paciente, e sobre sua relação com o mundo.

No campo do MRPB, não há um universo ontológico e epistemológico unívoco e menos ainda pacífico. As formas de definir as noções de “sujeito” e de “mundo” que se encontram no movimento da Reforma podem exprimir oposição entre perspectivas que privilegiam o indivíduo e outras que dão

preeminência ao coletivo. (op. cit., 1999). Cada uma dessas, por sua vez, num outro nível, reproduz em seu interior a competição entre princípios objetivos e subjetivos.

O MRPB é uníssono na crítica às descrições abstratas e descontextualizadas dos pacientes e nas exigências de que a empresa do conhecimento proposta tenha respeito à totalidade da experiência do homem, considerando a articulação inarredável entre sujeito-observador e objeto-observado e mantendo a unidade que é própria aos vários fenômenos da vida (psíquicos, coletivos, físicos, etc.). As formulações “quem é o sujeito que cuida” e a outra, “como ele pensa aquele a quem dirige seu cuidado” podem ser tomadas como direito e avesso de uma mesma questão. Não havendo uma diferença ontológica, de “natureza”, entre o sujeito que observa (isto é, o agente do cuidado) e seu objeto (ou seja, o paciente), mas uma relação complexa que supõe que a definição de um é imanente à definição do outro, falar de um deles pode ser o modo de refletir como o outro é compreendido. Uma afirmação é possível: com certeza não há um sujeito responsável pelo cuidado, mas muitos.

No campo da Reforma, inúmeras são as possibilidades de significação para o sujeito – quer seja o sujeito que agencia o cuidado, quer seja aquele diretamente beneficiado por essa atenção. Mas algumas palavras e idéias aparecem quase que de forma sistemática no campo de discussão da RPB, o que faz delas categorias que merecem investigação: autonomia, reabilitação psicossocial, cuidado em saúde mental, serviço-dia, suporte social, trabalho assistido, modo psicossocial, prática clínica, clínica de extensão, clínica ampliada, usuários, oficinas, acolhimento, escuta, atenção/tratamento, social/sociedade, cidadania e outras. A maneira como os vários sentidos concedidos a cada uma delas e a maneira como um dado sentido atribuído a uma categoria se articulava com o sentido outorgado a outra, são o indício de que idéias diferentes de “sujeito” e de “mundo” estão subjacentes.

No município do Rio de Janeiro, a política de saúde mental tem favorecido a implantação de CAPS nas regiões mais desfavorecidas em termos de assistência à saúde mental. A estratégia utilizada tem sido a criação destes novos serviços com a conseqüente desativação de leitos em serviços bastante precários, chegando-se ao fechamento de algumas clínicas

consideradas sem condições mínimas de funcionamento. A existência de serviços hospitalares de qualidade na rede, e estamos nos referindo aqui sobretudo ao Instituto de Psiquiatria da UFRJ e ao Instituto Philippe Pinel, tem sido um elemento importante no desenrolar deste processo, pois garante uma retaguarda aos serviços, mesmo que eles se utilizem muito pouco do recurso da internação psiquiátrica. De toda forma, poderíamos nos perguntar se a necessidade desta retaguarda é uma necessidade transitória ou se ela persistirá, mesmo quando todos os CAPS necessários para a cobertura assistencial já estiverem instalados, funcionando 24 horas, etc. Ou seja, a pergunta, para que serve o hospital especializado, permanece.

A experiência das portas de entrada para o sistema assistencial psiquiátrico, sejam elas enfermarias pequenas, com tempo de permanência de até 72 horas, ou grupos de recepção em ambulatórios e emergências, têm demonstrado que a internação psiquiátrica é uma situação de exceção, e não de regra como se supunha até então. Os CAPS e NAPS também comprovam esta afirmação. Assim, caminhamos para a constatação que talvez, de fato, os dias dos grandes hospitais psiquiátricos estejam contados, cabendo ao hospital especializado, integrado a uma rede de assistência à saúde mental, uma pequena parcela de intervenções em situações bastante específicas e circunscritas, provavelmente situações onde procedimentos médicos, diagnósticos e/ou terapêuticos exijam uma internação hospitalar.

Dentro deste panorama, qual seria então a função de um hospital universitário de psiquiatria como o Instituto de Psiquiatria da UFRJ – IPUB?

Eu diria que ele deve mostrar, como hospital universitário, que o hospital psiquiátrico pode ser terapêutico; que ele deve se opor radicalmente ao exemplo apresentado dos anos 80 e que cabe ao hospital, como recurso último e circunscrito do atendimento de crise, interromper a formação dos chamados “pacientes de longa permanência”, esses 20% de pacientes cujo curso clínico da doença apresenta sintomas que não remitem e que apresentam disabilidade crescente¹.

Acreditamos que o IPUB desempenha um papel essencial, formador de profissionais capazes de atuarem nestes novos dispositivos em saúde mental, mesmo porque o IPUB congrega vários destes dispositivos. Para além das

enfermarias, funcionam no IPUB dois hospitais-dia (adulto e geriátrico), três CAPS (adulto, infanto-juvenil e geriátrico), inúmeras oficinas terapêuticas, um ambulatório infanto-juvenil e outro de adultos, um programa para tratamento de usuários de drogas, um clube terapêutico, vários projetos de extensão, incluindo um projeto de bolsas de trabalho e de cooperativa, uma residência terapêutica e outros. O grande desafio é a articulação entre todos estes programas, projetos e atividades. A idéia é que o paciente faça esta articulação e a equipe que cuida do paciente caminhe com ele ao longo de todas estas possibilidades. A pergunta que nos fizemos acima, no entanto, persiste - não seria esta também uma estratégia temporária, que tenderá a se diluir na medida em que as redes menores de assistência, mais próximas do eixo de vida do paciente – seu bairro, seu trabalho, sua família, sua Igreja, suas relações sociais e afetivas – forem se fortalecendo? Acreditamos e desejamos que sim. De toda forma, a vocação universitária do IPUB o manterá sempre como um pólo formador e disseminador de conhecimentos na área da psiquiatria e da saúde mental.

Feita esta pequena introdução, discutamos, então, de forma um pouco mais aprofundada, quais as características atuais deste hospital especializado e que funções ele desempenha atualmente dentro da rede de assistência à saúde mental no município do Rio de Janeiro, entendendo que esta apresentação - discussão como um modelo possível de gerir e administrar o serviço público, vem se apresentando como de excelência, normativo e com impacto na rede de assistência de psiquiatria no município e no estado do Rio de Janeiro.

O hospital especializado

Há algumas formas de contenção que podem ser realizadas com o paciente psicótico e que significam a necessidade da contraparte da incontinência subjetiva da psicose, da sua desorganização, da sua falta de estrutura subjetiva (Fernandez, 1990). Estamos empregando *contenção* para designar tanto a ação quanto o ato de conter, e, aproximando, quase à sobreposição, *conter* de *acolher terapêuticamente*, partindo também da afirmação de que a contenção do outro se realiza com meios simbólicos. Todo o tecido institucional deve servir para atender a uma

função essencial ao papel terapêutico – à função de acolhimento – e isto se torna possível quando esta função não pertence a uns poucos, mas amplamente compartilhada por todos, através da existência de um coletivo competentemente estruturado de forma a disseminar o acolhimento em torno do paciente.

Pode-se propor cinco fases existentes para a contenção (contenção física, institucionalizadora, farmacológica, psicológica e comunitária), e vamos nos ater, neste texto, à contenção institucionalizadora, cujo lugar – exemplo é o *hospital psiquiátrico*, afirmando porém que estas cinco fases, assim apresentadas, são um recurso didático de exposição, porque elas podem se sobrepor, ou reverter ordenamentos de forma difusa. Mas é necessário registrar o alerta de que, quanto mais puramente física é a ação destinada a imprimir uma ordem sobre a desordem psicótica, mais supõe a anulação subjetiva e a exclusão do sujeito da trama simbólica comum ou da intersubjetividade.

Temos que compartilhar que assumir um tratamento é abordar o sofrimento do outro, perseguindo um processo de cura –meio (como processo de tratamento) e abandonando a idéia de cura-fim (restituição da normalidade), deixando claro que não se obtém a cura quando tudo for re-integrado à ordem, porque o problema não se situa sequer em saber que ordem é esta, se uma ordem orgânico-funcional ou se uma ordem da norma social: trata-se sim, de situar uma ordem que seja íntima e subjetiva do sujeito. Esta sem dúvida é uma discussão muito recomendada, sobretudo quando a paixão das opiniões faz a voz elevar-se acima do progresso real dos conhecimentos.

Neste momento em que ainda se defrontam algumas visões hospitalocêntricas e antimanicomiais, queremos deslocar um certo eixo geográfico-espacial estabelecido (o hospital, p.ex.) para um outro campo de discussão, em que esteja em foco a garantia de acolhida, vínculo, responsabilidade e disponibilidade para o doente mental, elementos indispensáveis para o sucesso de toda abordagem de reabilitação psicossocial. Temos que sofisticar ao limite o cuidado do dispositivo hospitalar, para poder reduzi-lo a ponto mesmo de prescindirmos da sua existência. É neste sentido que quero pautar a reflexão sobre o hospital psiquiátrico. *Qualificar* para *extinguir*, ou seja, que a hospitalização como dispositivo de

cuidado psiquiátrico adquira tamanha competência que supere a sua necessidade de existir. E que fique claro que, quando falamos do potencial terapêutico do hospital, estamos nos referindo à “sofisticação de suas tecnologias”, que estão nos profissionais que ali trabalham. Em um hospital psiquiátrico, e nos serviços psiquiátricos em geral, os profissionais é que são sofisticados, habilitados, aparelhados e treinados para lidar com o sofrimento psíquico presente na vida do doente mental. Reforça-se aqui o conceito de “coeficiente terapêutico” investido em toda pessoa que trabalhe no hospital (Oury, 1986).

Um hospital psiquiátrico, como uma instituição especializada, e sobretudo se for um hospital universitário, deve funcionar, estrategicamente, como referência para a rede de serviços, legitimando-se a partir da produção de impacto, de normatividade e de excelência técnica em sua especialidade (Albuquerque e Ferreira Filho, 1999).

No município do Rio de Janeiro, se tomarmos a área programática AP-2 sul, podemos tecer algumas considerações sobre o impacto na atenção em saúde mental dessa área, a partir de mudanças estruturais da organização, administração e do funcionamento nos dispositivos de cuidado do Instituto de Psiquiatria – IPUB/UFRJ, que se localiza nessa área programática.

Tomando o período de 1993- out 1998, observamos uma diminuição em torno de 62.5% de leitos privados oferecidos à rede. Em 1994, na AP-2 sul, do total de 1280 leitos oferecidos, 93.75% era oferecido pela rede privada conveniada. Em 1998, há um decréscimo total de 52% de leitos de internação (passa-se de 1280 para 625 leitos) e deste total de leitos oferecidos, 72% pertence à rede privada.

Em 1994, o IPUB possuía 74 leitos de internação, com uma taxa alta de ociosidade (em torno de 52%), não internando pacientes com intercorrências clínicas, mesmo de baixa complexidade como diabetes, hipertensão e outras, e com um tempo médio de permanência de 43 dias.

Em outubro de 1998, o IPUB possui 170 leitos (110 para internação, e 60 leitos para Hospital Dia / 30 adulto e 30 geriátrico), havendo um aumento de 219.% da capacidade instalada em 1993. A internação, atualmente, é realizada em duas enfermarias, cuja divisão obedece critérios clínicos (enfermaria de cuidados intensivos e enfermaria de cuidados

intermediários) e não de gênero, cujo tempo médio de permanência é de 19 dias, de tal maneira que, enquanto uma clínica privada conveniada interna um paciente (TMP igual a 105 dias), o IPUB trata, em média, cinco pacientes. Neste intervalo de tempo, também auxiliado pela re-organização dos dispositivos de cuidado do IPUB/UFRJ e por uma linha de pesquisa ali desenvolvida, "Políticas Públicas de Saúde", o município do Rio de Janeiro realizou o primeiro censo de pacientes internados, que foram entrevistados individualmente e tiveram seus prontuários médicos examinados, de forma inédita no Brasil, por uma equipe de bolsistas treinados pela Coordenação de Saúde Mental do município e pelo IPUB, levantando dados, se por um lado estresseadores, por outro indicadores reais do trabalho a ser realizado. Hoje, o município possui doze CAPS e mais três serviços próprios, a saber, o Instituto Juliano Moreira e o Hospital de Agudos Jurandir Manfredini e o Instituto Philippe Pinel, além de um programa de residência médica em psiquiatria. Este é um exemplo de trabalho integrado entre um hospital universitário de ensino, pesquisa e extensão e a rede pública de assistência em saúde mental.

Em 1998, o IPUB realizava 12.000 atendimentos / mês do tipo extra-hospitalar (Sistema SIA), com consultas, grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e atendimentos por profissionais de nível médio (em 1993, realizava 800 atendimentos / mês).

Parece claro que a pergunta que se deve fazer não é se os psiquiatras acreditam na abordagem assim chamada de "biopsicossocial", mas se os serviços destinados à prevenção, ou ao tratamento da doença mental estão efetivamente organizados de modo a superar o paradigma biomédico e construir-se de acordo com um paradigma de saúde pública.

A concepção de saúde mental – diferente da de psiquiatria, ou psicologia ou psicanálise – implica, obrigatoriamente, atores e ações múltiplos, articulando-se a dimensões sociais, legislativas, econômicas, culturais e políticas.

O IPUB, como um hospital especializado, implementou um aumento de cobertura assistencial com a criação de três CAPS, um infantil, um adulto e um geriátrico; um dispositivo de moradia assistida para pacientes graves, que não necessitam mais permanecer no sistema hospitalar mas necessitam permanecer na rede de cuidados sofisticada e

especializada da equipe experiente do hospital; criou o Clube da Esquina, em convênio com outros serviços psiquiátricos, um projeto de lazer assistido aos sábados, multiprofissional e que hoje abarca o grande Rio; implantou o Projeto Brincar, que recebeu o Prêmio ABRINQ 95 e é referência para a UNICEF e permite que homens e mulheres trabalhadores possam visitar seus parentes internados, levando junto os filhos menores que ficam assistidos por equipe especializada durante o tempo de visita; criou o Cancioneiros do IPUB, grupo de compositores e intérpretes que, coordenados por um musicoterapeuta, tiveram seu trabalho premiado, tendo gravado um CD e um "song book", e que foram convidados a participar do próximo Rock in Rio, a se realizar ainda este ano. Na realidade, são mais de 50 oficinas terapêuticas que aprendem, cotidianamente, a entender e a re-significar a diferença do outro. Os limites entre estar em um dos leitos de internação ou nos do hospital - dia vêm se tornando progressivamente tênues e difusos; os horários de visita aos pacientes, diários, foram ampliados até as 17 horas ou mais se necessário. Trata-se de uma aliança entre distintos atores, entre disciplinas, serviços, recursos: quanto mais difusa e indefinível for a condição de sofrimento a favor da qual se atua, mais difusa e indefinível será a tecnologia que se deverá utilizar (Saraceno, 1999). Uma tecnologia difusa, porém com objetivos definidos; difusa porque se refere a problemas complexos e entrecruzados, indefinida porque não está formalizada e se compõe de distintos saberes.

A constituição de uma equipe de plantão, multiprofissional, substituindo a figura do médico de plantão, funciona como um acolhimento inicial que pode até mesmo inverter a necessidade da internação; a garantia de que o período entre a admissão na enfermaria e o primeiro atendimento com o médico assistente não ultrapassará 24 horas, limita a incerteza e a ansiedade do paciente em relação ao seu destino e atende aos familiares; a criação de uma equipe multiprofissional de acolhimento para a internação, onde o paciente é ouvido e cuidado nas primeiras horas de internação hospitalar, tem força para alterar a qualidade desta experiência traumática; a garantia de no mínimo quatro consultas com o médico assistente por semana produz no

paciente os efeitos subjetivos tranquilizadores do mandato social de cura que a figura do profissional médico detém; o uso racional de psicotrópicos com controle de dispensação a partir de lista básica (em 1993, os 40 pacientes internados no IPUB usavam três vezes mais medicações injetáveis do que os 110 internados em 1998).

Pelas suas características de turno de trabalho e por ser a única profissão de nível superior cuja prática se pauta pela permanência e não pela visita, a enfermagem necessita de alterações quase que radicais. Os turnos de trabalho devem ser preferencialmente de diaristas (de oito ou de seis horas obrigatório para a enfermagem de cuidados intensivos), e como plantonistas, nunca superior a 12 horas; descanso noturno planejado; enfermeira presente nas 24 horas e na proporção mínima de um profissional de enfermagem para no máximo 12 pacientes, lembrando que a função do auxiliar de enfermagem é a de auxiliar o trabalho da enfermeira e não a de substituí-lo; administração de medicamentos prescritos somente com data atualizada; cuidado de enfermagem planejado integral, e não dividido por tarefas, sendo que esta relação de pacientes por profissional de enfermagem deve ser registrada em quadro de fácil visualização; obrigatoriedade de registro de enfermagem com sinais vitais e evolução do estado psíquico a cada 12 horas; folha de controle de medicação intramuscular, com rodízio do local de aplicação e limite de 2,5 ml por aplicação, garantindo 72 horas de descanso do músculo; contenção física somente com prescrição médica e presença de profissional da equipe junto ao paciente e nunca superior a 30 minutos seguidos; administração de medicação realizada em carrinho móvel, que percorre as enfermarias indo ao encontro dos pacientes, de modo a evitar a filas desnecessárias que se

formam no posto de enfermagem que possui sempre uma meia porta entre o paciente e a equipe de enfermagem; elaboração de programas e projetos específicos para cuidado dos pacientes em oficinas terapêuticas, provocando um afastamento progressivo e salutar do posto de enfermagem, que passa a se caracterizar mais como um local de registro dos vários profissionais.

Estamos tratando, portanto, de uma proposta de cuidado em hospital psiquiátrico, na qual os princípios de cidadania e direitos humanos são considerados como *componentes internos* à estratégia terapêutica e baseados em um modelo de saúde pública, multidisciplinar, onde não há nenhum profissional que seja dono do modelo de cuidado e, sobretudo, onde há rigoroso controle técnico e ético no que diz respeito à delegação de autoridade e da competência técnica para cuidar. Há uma proposta de oposição às relações terapêuticas tradicionais, que acarretam o empobrecimento do contato, a burocratização da iniciativa, a resistência à emergência da palavra (Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr, 1992).

Então, não há mais como negar a multidisciplinaridade desta assistência da qual vimos falando. Porque ela é baseada na clínica, e na transferência, base de toda dinâmica de cuidado em saúde mental. A transferência transita na multiprofissionalidade, não obedece à divisão das disciplinas, e costuma, na maior parte das vezes, ser totalmente *indisciplinada*.

As instituições terapêuticas, e nelas o hospital especializado, devem se colocar onde se espera que todos estejam.

Ao alcance do desejo, da alegria, da vida, e dos outros.

Há um belo poema de Leminski que se intitula "Distraídos venceremos". Esta afirmação nos auxilia a pensar que, se mantivermos distraídas as velhas e inquestionáveis verdades do discurso médico-psiquiátrico sobre a loucura, teremos mais alguma chance de vencer.

The inclusion of the subject as a way to psychiatric care

Abstract

It concerns the discussion about Brazilian psychiatric reform, starting from the citizenship of the mentally ill. In this perspective, clinics, changes in services, legal reformulation proposals, public policies and financing actions, cultural interventions and places of sociability are also discussed. The main idea is that the Brazilian psychiatric reform as a whole can be summed up in a single statement: the inclusion of the subject.

Keywords: *Psychiatric hospital - Reform*

El cuidado como inclusión del sujeto

Resumen

Se trata de discutir el movimiento de la reforma psiquiátrica brasileña a partir de la ciudadanía del enfermo mental y, en esta perspectiva, la clínica, las transformaciones de los servicios de los hospitales psiquiátricos, las propuestas de reformulación legal, las acciones de políticas públicas y de financiamiento, las intervenciones culturales y los espacios de sociabilidad. En resumen, todo el movimiento de la reforma psiquiátrica brasileña puede ser sintetizado en un enunciado común, lo de incluir el sujeto.

Palabras Claves: *Hospital psiquiátrico - Reforma*

Referências bibliográficas

- ALBUQUERQUE, Patrícia, FERREIRA FILHO, João. Hospitais de ensino e institutos de saúde. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ,1999.mimeo 12p.
- BARBATO, Angelo. Schizophrenia and public health. Genebra: Division of Mental Health and Prevention of substance / Nations for Mental Health / OMS,1998.
- CADERNOS IPUB. Rio de Janeiro: UFRJ, v 3, 1997. Tema : Por uma assistência psiquiátrica em transformação.
- _____. Rio de Janeiro: UFRJ, n. 7, 1997. Tema: Saúde mental e desinstitucionalização - reinventando serviços.
- _____. Rio de Janeiro: UFRJ, n. 14, 1999. Tema: Práticas ampliadas em saúde mental no Brasil: desafios e construções do cotidiano.
- _____. Rio de Janeiro: UFRJ, n. 15, 1999. Tema: O ensino a pesquisa seus métodos e a psiquiatria.
- CAVALCANTI, Maria T. A trama no tear: sobre o tratar em psiquiatria. 1997. (Doutorado) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997. Mimeografado.
- FERNANDEZ, Raul (coord). La contención. Madrid: Maiar,1990.
- FIGUEIREDO, Ana C. Vastas confusões e atendimentos imperfeitos. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.
- KINOSHITA, Roberto Tykanori. Uma expedição pioneira. A reforma psiquiátrica italiana. In: SAÚDE mental e cidadania. São Paulo: Mandacaru, 1987.

- LEAL, Erotildes M. O agente do cuidado na reforma psiquiátrica brasileira: modelos de conhecimento. 1999. 260 p. Tese (Doutorado) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.
- MIRANDA, Cristina Loyola. O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- OURY, Jean. Le collectif. Paris: Scabarée, 1986.
- PITTA, Ana (org). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- RUSSO, J., FERREIRA FILHO, J. Duzentos anos de psiquiatria. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- SARACENO, . Benedetto. La cidadania como forma de tolerancia. Genebra: OMS, 1999. 21p. Mimeografado.
- TENÓRIO, Fernando R.. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. 1999. (Mestrado) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999. Mineografado.
- VERTZMAN, J., CAVALCANTI, M.T., SERPA Jr.. Psicoterapia institucional: uma revisão. In BEZERRA JUNIOR, B, AMARANTE, P. (Orgs.) Psiquiatria sem hospício. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

Notas

¹45% dos pacientes recuperam-se depois de um ou mais episódios e 35% apresentam um padrão misto que varia entre graus de remissão e exacerbação (Barbato, 1998).

Sobre o autor

Cristina Maria Loyola Miranda

Professora Titular de Enfermagem Psiquiátrica da EEAN/UFRJ. Diretora de Enfermagem do IPUB/UFRJ. Pesquisadora do CNPQ.

