



Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**O SERVIÇO AMBULATORIAL MÓVEL DE URGÊNCIA  
(SAMU) NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: EM  
ANÁLISE A EXPERIÊNCIA DE ARACAJU/SE**

Katita Figueiredo de Souza Barreto Jardim

Natal

2008

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Katita Figueiredo de Souza Barreto Jardim

**O SERVIÇO AMBULATORIAL MÓVEL DE URGÊNCIA  
(SAMU) NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: EM  
ANÁLISE A EXPERIÊNCIA DE ARACAJU/SE**

Dissertação elaborada sob orientação da Prof<sup>ª</sup>.  
Dr<sup>ª</sup>. Magda Dimenstein e apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
como requisito parcial à obtenção do título de  
mestre em Psicologia.

Natal

2008

Jardim, Katita Figueiredo de Souza Barreto.

O Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência (SAMU) no contexto da reforma psiquiátrica : em análise a experiência de Aracaju/SE / Katita Figueiredo de Souza Barreto Jardim. - Natal, RN, 2008.

165 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Magda Dimenstein.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em Psicologia.

1. Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência – SAMU (Aracaju/SE) – Dissertação. 2. Reforma psiquiátrica – Dissertação. 3. Urgência psiquiátrica – Dissertação. I. Dimenstein, Magda. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BSE-CCHLA

CDU 614.39

“A diferença é um movimento sem lei.”

(Silva, 2002, p. 66.)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação **O Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência (SAMU) no contexto da Reforma Psiquiátrica: em análise a experiência de Aracaju/SE**, elaborada por **Katita Figueiredo de Souza Barreto Jardim**, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

Natal, (RN) 04 de março de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein \_\_\_\_\_

Dr. Virgílio Antônio Cunha de Mattos \_\_\_\_\_

Dra. Geórgia Sibeles Nogueira da Silva \_\_\_\_\_

## **Agradecimentos**

Agradeço imensamente a oportunidade de ter construído esse trabalho, que muito mais que um passo acadêmico, se revelou como a minha própria transformação enquanto pessoa. E por isso, agradeço especialmente a minha orientadora Magda Dimenstein, por me afinar para a vida, agradeço pela confiança e empenho para que pudéssemos chegar até aqui.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro, que tornou os planos e sonhos viáveis.

Aos meus colegas e amigos da base de pesquisa e da turma do mestrado, que se revelaram verdadeiros disparadores de questões, ótimos debatedores para todas as minhas dúvidas e inquietudes, luzes infalíveis de esperança quando a minha própria fraquejava. Amigos que tornaram a minha vida em Natal mais divertida, colorida e proveitosa.

A Mariana, amiga-psicóloga-dançarina, pelas músicas do Paulinho Moska, que embalaram todos esses escritos, as angústias e os arrebatamentos que vocês lerão a seguir.

Agradeço a Fábio Alves, coordenador de estágio do SAMU/Aracaju, por ter sido, desde 2004, um entusiasta da minha pesquisa, se mostrando sempre solícito aos meus pedidos. A Leandro Barretto, Marcos Aurélio e Ivana, gestores da rede de urgência de Aracaju, por me abrirem às portas do SAMU. A Eliantônia, secretária da rede de urgência, pela paciência com que me atendia sempre que eu precisava. A Careca, motorista do SAMU, que tornou os meus atendimentos nas ambulâncias tão ricos e surpreendentes!

Agradeço a Maria Aparecida (Cida), gerente da Urgência Clínica e Mental do Hospital São José, pelo amor e pela confiança em me prestigiar e se colocar a minha disposição na UCM. A Antônio, médico psiquiatra plantonista da UCM, que foi essencial nas reuniões de protocolo e nas minhas visitas à Urgência Clínica e Mental. Agradeço a Vanessa, médica sanitária, por ser uma amiga pronta para responder perguntas e para problematizar o óbvio junto comigo.

Agradeço a Camille Arruda, coordenadora de Saúde Mental de Aracaju, e a Amanda que esteve à frente do núcleo de cuidado inter-redes, pelo apoio e encorajamento.

Agradeço a Rosemeire, coordenadora de Saúde Mental de Belo Horizonte, por me receber tão gentilmente, respondendo às minhas várias questões e me auxiliando a perceber as tantas possibilidades que temos e as tantas que podemos inventar, o que resultou nas invenções que se encontram nessa dissertação. Agradeço a Políbio, médico psiquiatra do Serviço de Urgência Psiquiátrica de Belo Horizonte, pela maravilhosa experiência de conhecer um serviço tão primoroso, referência para o resto do país e minha inspiração para pensar numa perspectiva antimanicomial de atenção à crise. Agradeço a Mark, médico psiquiatra do CERSAM Pampulha de Belo Horizonte, por, de bom grado, ter sido meu anfitrião no CERSAM em pleno horário de trabalho.

Agradeço a Virgílio de Mattos, advogado e professor da Escola Superior Dom Helder Camara - MG, que pôde tornar a minha estada na capital mineira possível, com uma gentileza e eficiência invejáveis. Agradeço também por ter aceitado participar da minha banca, apesar de sua agenda apertada.

Agradeço a Geórgia Sibebe, psicóloga e professora da UFRN, por ter sido a minha leitora no Seminário de Dissertação, ter me dado direções interessantíssimas para que eu continuasse escrevendo e por aceitar estar na minha banca, me acompanhando até a derradeira apresentação.

Agradeço a Tatiana, Márcia, Trícia e Idalina, por terem feito dos meus dias no pensionato tempos bons a serem sempre lembrados.

Aos meus queridíssimos amigos, Gabriela, Mia, Messias, Moema, Ingrid, Guaraci, Mirela, Shyrley, Leo, Hélio e Daniel que estiveram sempre comigo, virtual ou pessoalmente, quando precisei extravasar e fugir um pouco da frente da tela do computador.

Agradeço imensamente a Alex Reinecke de Alverga, por ele ser exatamente quem ele é. Pela amizade, pelo amor, companheirismo, por me ensinar a estudar madrugada adentro,

por me emprestar tantos livros, por lê-los comigo, pela discussão de tantos textos, por ler e revisar a minha dissertação, por ser o meu porto seguro, a minha luz no fim dos túneis que se escavavam a minha frente. Agradeço por ele ter sido tudo que eu precisei e muito mais durante esses dois anos de mestrado.

Agradeço a Tanete, minha mãe, pela paciência e espera, por aceitar as minhas decisões, pela confiança e certeza de que eu chegaria até aqui e de que posso ir muito, muito mais longe. Agradeço a Rosival, meu pai, pelo carro vendido para que eu pudesse me tornar mestre e pela inspiração que me faz sempre ir em frente. A minha irmã, Katharine, por tantas alegrias divididas e multiplicadas.

Aos meus avós queridos, Edval e Hildete, por todo orgulho que têm de mim. Aos meus tios e tias, meus primos pela convivência de sempre e diversão garantida.

A todas as pessoas que eu pude acompanhar o atendimento junto com os técnicos do SAMU. Elas me ensinaram muito mais do que eu poderia imaginar e mais do que eu poderia aprender em qualquer banco de universidade.

A Deus.

Obrigada por cada um de vocês terem me feito acreditar mais em mim, obrigada por terem participado desse processo tão importante e que, apesar da dissertação pronta, não acaba com a defesa. Pois continua fluindo, continua procurando aberturas para que a vida rodopie com a velocidade infinita do caos criativo.

Muito obrigada por tudo.

## Sumário

	<b>Pág.</b>
Lista de Figuras.....	x
Lista de Abreviaturas.....	xi
Lista de Tabelas.....	xii
Resumo.....	xiv
Abstract.....	xv
Introdução.....	16
1. Urgência e Emergência, Histórico do SAMU e sua Dinâmica de Funcionamento.....	20
2. Modernidade e Psiquiatria: naturalizando Invenções.....	27
2.1. “Onde há poder, há resistência”.....	31
2.2. Psiquiatria Preventiva, Psiquiatria Democrática, Luta Antimanicomial e Lógicas Manicomiais Itinerantes.....	36
3. O conceito de Risco em Saúde Mental: a crise capturada.....	47
4. Um Ensaio Metodológico.....	60
4.1. Rascunho Cartográfico: os passos da pesquisa.....	66
4.2. O ingresso no Mestrado e a Primeira Etapa da pesquisa de campo.....	68
4.3. Contextualizando e Justificando a atuação nos Aparelhos de Interseção... 4.3.1. SAMU/Aracaju.....	75 75
4.3.2. Urgência Clínica e Mental do Hospital Filantrópico São José (UCM).....	76
4.4. Bem na hora: a Inserção no Campo.....	77
4.5. O que a primeira etapa da pesquisa de campo produziu: Considerações sobre a concepção de urgência psiquiátrica, o tempo dos atendimentos e as	

capacitações.....	78
4.5.1. A Concepção de Urgência Psiquiátrica e os atravessamentos na Regulação Médica.....	78
a) Subjetividade Manicomial: reprodução da doença mental fora dos hospitais psiquiátricos.....	82
4.5.2. Tempo e Urgência.....	92
4.5.3. Sobre as capacitações, preparo para os atendimentos psiquiátricos e o protocolo.....	93
4.6. “As pedras no meio do caminho...”.....	99
4.7. A bordo das USB’s: a Segunda Etapa da Pesquisa de Campo e as Reuniões de construção do protocolo .....	100
4.7.1. Sobre o acompanhamento das Reuniões de Construção do Protocolo Psiquiátrico.....	100
4.7.2. Sobre o Acompanhamento dos Casos Atendidos.....	102
4.8. De volta ao campo: a Segunda Etapa da Pesquisa.....	103
4.8.1. A construção do Protocolo entre as reuniões e as entrevistas.....	104
4.8.2. Notas sobre Articulações: do lado de dentro da Base de Regulação.	122
4.8.3. A bordo das USB’s: relatos de casos, acasos, desencontros e possibilidades .....	128
5. Considerações Finais (Porém, não as últimas).....	153
Referências Bibliográficas.....	157

Anexos

## Lista de Figuras

<b>Figura</b>	<b>Pág.</b>
1 Esquema do Sistema de Saúde Mental baseado em nível de complexidade.....	44
2 Organograma Parcial da Rede de Urgência e Emergência da cidade de Aracaju/SE .....	72
3 Organograma da Rede de Atenção Psicossocial da Cidade de Aracaju - SE.....	74
4 Delimitação do Campo de Pesquisa.....	74
5 Fluxograma das chamadas recebidas pelo SAMU de pacientes com um diagnóstico psiquiátrico prévio.....	106
6 Dente-de-Leão.....	129

**Lista de Tabelas**

<b>Tabela</b>	<b>Pág.</b>
1 Tabela criada pelo grupo operativo para servir de base para a construção dos parâmetros da regulação médica das urgências psiquiátricas no SAMU.....	119

## Lista de Abreviaturas

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPS A/D	Centro de Apoio Psicossocial - Álcool e outras Drogas
CAPS i	Centro de Apoio Psicossocial Infantil
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
EMS	Sistemas de Emergências Médicas
GM	Gabinete Ministerial
GSE	Grupo de Socorro e Emergência
HND	História Natural das Doenças
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NEP	Núcleo de Educação Permanente
Part.	Participante
PDT – AP	Partido Democrático Trabalhista - Amapá
PHTLS	<i>Pre Hospital Trauma Life Support</i>
PSF	Programa de Saúde da Família
PTI	Projeto Terapêutico Individual
PT – MG	Partido dos Trabalhadores – Minas Gerais
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
TARM	Técnico Auxiliar de Regulação Médica
UBS	Unidade Básica de Saúde

UCM	Urgência Clínica e Mental do Hospital Filantrópico São José em Aracaju-SE
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
USF	Unidade de Saúde da Família
UTE	Unidades Táticas de Emergência.
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## **Resumo**

Esta pesquisa investigou as práticas dos profissionais do Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência (SAMU) ligadas aos atendimentos psiquiátricos na cidade de Aracaju/SE e suas possíveis articulações com a Rede de Atenção Psicossocial. A Portaria 2048/GM de 05/11/2002 estabelece a Política Nacional de Urgência atestando que os atendimentos psiquiátricos são de competência do SAMU. Assim, faz-se imprescindível a análise do serviço de urgência psiquiátrica sob a ótica dos movimentos antimanicomiais, principalmente por ser, em muitos lugares, o responsável pela atenção à crise. A pesquisa de campo constou de duas etapas. A primeira foi realizada com trabalhadores do SAMU e os dados foram produzidos através de entrevistas semi-estruturadas gravadas. Os resultados dessa fase indicaram que a concepção de urgência psiquiátrica presente entre os trabalhadores do SAMU se baseia no conceito de agressividade; que a demora dos atendimentos psiquiátricos e a falta de capacitações em saúde mental dificulta o transcorrer desses atendimentos. Além disso, percebemos que nas ocorrências psiquiátricas o SAMU utiliza métodos manicomiais como a imobilização por cordas e ataduras. Na segunda etapa da pesquisa participamos das reuniões de construção do protocolo das urgências psiquiátricas do SAMU, que visa estabelecer as práticas tanto dos auxiliares e condutores, quanto da regulação médica. Na ocasião, realizamos entrevistas abertas com alguns participantes e acompanhamos os atendimentos psiquiátricos a bordo das viaturas. Com base nisso, discutimos como o paradigma da urgência, que influencia o desenho do protocolo, acaba por destoar do que acreditamos ser a função precípua deste dispositivo, a saber: a atenção à crise em articulação com a Rede de Atenção Psicossocial.

**Palavras-chaves:** Reforma Psiquiátrica, SAMU, Urgência Psiquiátrica, Crise.

## **Abstract**

This research investigated professional practices from Mobile Urgency Care Service (Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência - SAMU) at psychiatric cases of the city of Aracaju/SE, Brazil and its possible articulations to psychosocial services network. The regulation no. 2048 of 11/05/2002 from Ministry Health establishes National Urgency Policy and designates that psychiatric cases are SAMU's responsibility. Then, it is necessary to propose an analyze of psychiatric urgency service under anti-asylums social movements standpoint, mainly because this service is responsive in assisting a person in crises. Fieldwork was developed in two phases. First one was made with SAMU workers and the information were produced by recorded semi-structured interviews. Results of this first phase indicate that urgency psychiatric conception from SAMU workers is based on aggressiveness concept; delays at psychiatric cases support and low training in mental health care which means several difficulties to emergency service. Although, we noticed that SAMU use asylum procedures at psychiatric cases like ropes and odder instruments to contain people. The second step of our research was to attend meetings to build a new psychiatric urgencies protocol for SAMU to define practices to auxiliaries, vehicular conductors and medical support regulation. Therefore, open interviews were accomplished with some participators and follows-up to psychiatric case on board of SAMU's cars. Afterwards we discussed how the urgency paradigm, that influence the protocol draw and as consequence distort what we believe is the essentially function of this device, that is to give care support to persons in crises and produce articulation to psychosocial services network.

Key-words: Psychiatric Reform, SAMU, Psychiatric Urgency, Crises.

## Introdução

Tendo em vista a necessidade de uma contínua movimentação por parte dos trabalhadores de Saúde Mental para implementar projetos, operacionalizar idéias e inventar alternativas para a consolidação da Reforma Psiquiátrica sob o signo da desinstitucionalização e seus diálogos com a Luta Antimanicomial, percebemos, principalmente diante da pouca literatura existente, que um campo está escapando por entre os nossos dedos: a atenção à crise.

Muito pouco se escreve sobre isso, muito pouco se discute sua importância e, principalmente, sua configuração dentro das concepções antimanicomiais. E com exceção de algumas poucas experiências, como é o caso dos CERSAM's<sup>1</sup> em Minas Gerais, não identificamos aparelhos que se proponham a esse tipo de atenção. Os CAPS, em sua maioria, funcionam em regime semi-ambulatorial de horário comercial, e, até mesmo vários CAPS III, os protótipos da atenção 24h da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), enfrentam um grande problema quanto a receber demanda noturna, principalmente de pessoas que não têm algum tipo de vinculação com outros serviços substitutivos.

Sendo assim, em muitos lugares, como é o caso da cidade de Aracaju/SE, a atenção à crise é delegada à Rede de Urgência e Emergência (REUE), prefigurada na cidade pela Urgência Clínica e Mental do Hospital São José<sup>2</sup> (UCM) e o Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência (SAMU/Aracaju). Desde 2004, pela sua eficiência, este último equipamento é considerado referência nacional pelo Ministério da Saúde, sendo o foco de nossa pesquisa. Logo, não é difícil imaginar que essa responsabilização causa problemas, principalmente quando os serviços designados para o atendimento não têm nenhum tipo de orientação ou discussão sobre a proposta da desinstitucionalização. Contudo, a crise que deveria ser cuidada

---

<sup>1</sup> Centros de Referência em Saúde Mental.

<sup>2</sup> É a Urgência Psiquiátrica de Base. Porém, em abril de 2006, a função de urgência clínica lhe foi tirada, tendo em vista a abertura de um Hospital próprio da rede de Urgência na Zona Norte da cidade.

a partir dos princípios de vinculação e acolhimento da *existência sofrimento*<sup>3</sup> do outro, ganha o rótulo de *urgência psiquiátrica*, processo que traz consigo alterações microfísicas nefastas, como veremos a seguir.

Em 05 de novembro de 2002 foi publicada a Portaria 2048/GM (Brasil, 2002) que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências. Por sua vez, em 29 de setembro de 2003 foi designada a Portaria 1864/GM (Brasil, 2003) que fundou o componente pré-hospitalar móvel da política de urgência, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192).

A portaria 2048/GM define o que são urgências psiquiátricas e atesta que estas são de competência técnica dos serviços de urgência, conforme explicitado a seguir:

Urgências Psiquiátricas: são as que circunscrevem as psicoses, tentativa de suicídio, depressões, síndromes cerebrais orgânicas. Procedimentos: reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência na cena das ocorrências. Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento. Reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança das equipes de APH<sup>4</sup> (vítimas agressivas em situações de risco para si e para os outros); Adotar medidas no manejo dos pacientes agressivos, psicóticos e suicidas (Brasil, 2002, p. 61).

Portanto, é responsabilidade do SAMU realizar os atendimentos psiquiátricos, se configurando como uma porta de entrada itinerante, que faz articulação com o serviço regulador do fluxo da demanda de Saúde Mental que chega até a rede de urgência.

Porém, o que se discute atualmente sobre a assistência em saúde mental prestada pelo SAMU é escasso e insuficiente. Não há na literatura trabalhos que descrevam e problematizem o funcionamento desse serviço quando se trata especificamente de saúde mental. A própria discussão sobre atendimento pré-hospitalar ainda é precária nas áreas de clínica médica geral e cirúrgica e, quase inexistente quando o assunto é saúde mental. Isso,

---

<sup>3</sup> Expressão usada por Dell'Acqua e Mezzina, 2005.

<sup>4</sup> Atendimento Pré-Hospitalar.

certamente, reflete na prática dos profissionais do SAMU que utilizam procedimentos que trazem a marca daqueles realizados nos hospitais psiquiátricos, como a imobilização mecânica e o auxílio da força física do corpo de bombeiros ou da polícia (Jardim & Chiapin, 2004).

Em função disso, a nossa proposta de trabalho objetiva investigar as práticas dos profissionais vinculados ao SAMU frente às ocorrências psiquiátricas e as articulações desse serviço com a Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju/SE.

Para tanto, realizamos uma pesquisa em duas etapas, a primeira etapa compreendeu o mês de janeiro de 2007 e a segunda, se estendeu do mês de maio a setembro do mesmo ano. Realizamos entrevistas semi-estruturadas com os trabalhadores e gestores do SAMU/Aracaju, acompanhamos as reuniões que tinham a finalidade de gerar o protocolo psiquiátrico para o serviço, realizando entrevistas abertas com alguns de seus componentes e participamos de atendimentos psiquiátricos realizados pelos profissionais a bordo das viaturas.

Apesar de não termos começado a pesquisa com esse intuito, no seu desenrolar, acabou tomando forma de pesquisa intervenção, visto a nossa participação ter extrapolado às observações anteriormente programadas. Os espaços foram se abrindo e fomos, cuidadosamente, nos apropriando deles intervindo tanto dentro do SAMU quanto junto à população, por vezes procurando desencadear questionamentos e traçar estratégias possíveis para a articulação entre a REUE e a RAPS.

Para apresentar essa discussão lançamos mão de alguns eixos temáticos/estratégicos: o primeiro eixo visa apresentar o histórico e a dinâmica de funcionamento do SAMU e os conceitos de urgência e emergência. O segundo trata do nascimento da psiquiatria, de como ela se apropriou da loucura, dos movimentos que surgiram ao redor do mundo que questionaram essa captura, da invenção da Psiquiatria Preventiva, o irrompimento da Psiquiatria Democrática e do Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Já no terceiro eixo discutiremos sobre a crise e seu aprisionamento que gerou o conceito de risco em Saúde Mental. A partir dessas considerações, abordaremos a história dos serviços de urgência psiquiátrica no Brasil e traremos para o debate a idéia deleuziana de Sociedade de Controle, além das nossas concepções de ética-cuidado e de atenção urgente à pessoa em crise.

No quarto eixo, apresentaremos um Ensaio Metodológico discutindo a cartografia como posicionamento teórico-metodológico que foi escolhido para dar forma a nossa pesquisa. Em “Rascunho Cartográfico: os passos da pesquisa” explanaremos sobre desde quando surgiu a idéia do tema estudado até a análise dos dados produzidos durante a primeira etapa da pesquisa de campo. Ainda no mesmo eixo, iremos expor o desenho da segunda etapa da pesquisa de campo, a análise do acompanhamento das reuniões de construção do protocolo psiquiátrico do SAMU/Aracaju, do desenrolar dos atendimentos psiquiátricos realizados e seus encaminhamentos.

Nas Considerações Finais, tecemos comentários sobre a importância do acolhimento, a necessidade de debatermos cada vez mais a questão da resposta à crise com um delineamento marcadamente antimanicomial, a imprescindibilidade da aproximação dos técnicos da Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Urgência e Emergência entre si e do tema em questão. Além disso, destacamos as possíveis conexões entre a Rede de Atenção Básica e as Urgências bem como a importância da função do SAMU como Observatório da Saúde. Assim, enfatizamos a importância de nos aventurarmos em outros mundos possíveis, numa reinvenção constante de estratégias contra a mortificação da vida, contra o estigma que aprisiona a loucura e contra a acomodação da reprodução de rotas já conhecidas.

## **1. Urgência e Emergência, Histórico do SAMU e sua Dinâmica de Funcionamento**

Antes de começarmos a falar sobre o histórico do SAMU é importante conceituarmos urgência e emergência, já que esse é o foco do atendimento prestado pelo serviço. As várias definições destes termos ainda não são claras para a maioria dos profissionais de saúde, que as usam indiscriminadamente no seu dia a dia. Para tanto, vamos delimitar o sentido em que estamos utilizando esses termos, para fins de esclarecimento do leitor. A Urgência é uma “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata” (Fernandes, 2004, p. 02). Então, a urgência se caracteriza como uma situação em que há necessidade de atendimento imediato, porém, sem risco de perder a vida, apresentando uma gravidade considerada ameaçadora à integridade física ou psicológica da pessoa. Exemplos disso seriam fraturas com necessidade de imobilização e crises de asma.

É no âmbito da Urgência que se localiza o atendimento psiquiátrico. Já a Emergência é definida como a constatação de condições de agravo à saúde que implicam em risco de morte ou sofrimento intenso, lesões irreparáveis, normalmente caracterizadas por declaração do médico assistente. Exemplos seriam as hemorragias, ataque cardíaco, amputamentos e etc. (Fernandes, 2004). A escolha dos conceitos foi feita mediante a comparação de algumas definições de urgência e emergência (Conselho Federal de Medicina, 1995; Sterian, 2002; Fernandes, 2004 e Campos, 2005), nos levando a constatação de que, salvo algumas divergências, elas convergem de acordo com o exposto.

Discorramos, então, sobre o histórico do SAMU. O transporte e assistência a pessoas feridas surgiram na França durante a Revolução e foi idealizada por um estudante de medicina chamado Dominique Larrey. Ele utilizava carroças para transportar os soldados feridos, provendo medidas imediatas de socorro e o transporte para os hospitais de campanha. Mas,

somente em 1955, foram criadas as primeiras equipes de reanimação com o intuito de propiciar atenção médica às vítimas de acidentes de trânsito (Campos, 2005).

Nos anos 60, os médicos franceses começaram a constatar a desproporção entre os recursos modernos colocados à disposição dos feridos no hospital e, a quase completa falta de aparatos no serviço pré-hospitalares. Foi então que surgiu a idéia de deslocar a equipe médica para o local da ocorrência a fim de iniciar a assistência o mais rápido possível. E assim nasceu o SAMU Francês. O modelo de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) francês tem o médico como pilar que regula<sup>5</sup> e monitora o paciente até sua chegada ao hospital.

Em 1966, se desenvolveram nos Estados Unidos os Sistemas de Emergências Médicas (EMS) a fim de promover o atendimento pré-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito nas rodovias federais. Em 1968, foi criado o número 911 com o intuito de centralizar todas as chamadas de emergência. Uma das principais diferenças entre o APH americano e o francês é o fato de aquele não ser realizado por médicos, mas por quatro categorias de profissionais, com grandes variações regionais: Os socorristas ou “*first-responder*”, prefigurado pelos bombeiros, policiais ou cidadãos comuns com treinamento de técnicas de reanimação; o técnico de emergência básica ou de ambulância, o técnico de emergência intermediário e o paramédico (Fernandes, 2004).

No Brasil, em 1893, foi aprovado pelo Senado da República a Lei estabelecendo o socorro médico de urgência na via pública. Por muitos anos, as ambulâncias foram vistas muito mais como um sistema de transportes do que como uma unidade de atendimento precoce. Em 1904, foram instalados, no Rio de Janeiro, postos de Pronto Socorro e várias ambulâncias foram importadas da Europa (São Paulo, 2001 citado por Campos, 2005). Desde então, até 1975, o único recurso humano que a ambulância transportava era o condutor veicular. Em 1982, foi implantado o serviço de Resgate no Distrito Federal coordenado pelo Corpo de Bombeiros. Este serviço foi operacionalizado através de viaturas chamadas de UTE

---

<sup>5</sup> Ordena o fluxo da rede, define a hierarquia dos casos, para onde o paciente vai e quais procedimentos devem ser adotados no atendimento (Brasil, 2001b).

– Unidades Táticas de Emergência. Em 1986, foi criado no Rio de Janeiro o Grupo de Socorro e Emergência (GSE) que finalmente contava com uma equipe composta por médico e enfermeiros da própria equipe de saúde do Corpo de Bombeiros.

Foi nesse contexto que o SAMU foi instituído no Brasil, mais especificamente na cidade de São Paulo, através de um acordo bilateral com a França. O SAMU brasileiro é estruturado com base no modelo francês, mas utiliza muitos conceitos para seus treinamentos do modelo americano, como as diretrizes do PHTLS – *Pre Hospital Trauma Life Support*<sup>6</sup>.

Só em 2002, com a instauração da Política Nacional de Atenção às Urgências que o SAMU deixou de ser um serviço opcional existente em algumas cidades, e passou a fazer parte do SUS oficialmente como seu dispositivo pré-hospitalar de urgência. Foi regulamentado através da Portaria 1864 GM de 29 de setembro de 2003 (Brasil, 2002; Brasil, 2003).

Deste modo, conta com uma equipe composta por médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e condutores veiculares e aqueles responsáveis pelo suporte na central de regulação<sup>7</sup>, Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM's) e rádio operadores. O SAMU atende urgências e emergências clínicas, traumáticas, gineco-obstétricas, pediátricas e psiquiátricas; funciona segundo a regulação médica, concernente à gestão dos fluxos de ofertas de cuidados médicos, triando as ocorrências, a fim de evitar o uso inadequado dos recursos públicos (Brasil, 2002; Brasil, 2003). É a regulação médica que interliga o APH ao hospital. O médico tem a função de “julgar e decidir sobre a gravidade do caso e enviar os recursos necessários ao local, monitorar e orientar o atendimento realizado por outro profissional de saúde (...) ou (...) por um popular. Define e aciona o hospital de

---

<sup>6</sup> Prehospital Trauma Life Support Committee and the National Association of Emergency Medical Technicians in cooperation with the Committee on Trauma of the American College of Surgeons (1999). *PHTLS: Basic and advanced prehospital trauma life support*. 4. ed. St. Louis.

<sup>7</sup> A regulação médica é o elemento ordenador e orientador do Sistema de Atenção Integral às Urgências, que estrutura a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados. (Brasil, 2001, p.1).

referência ou outro meio ao atendimento necessário” (São Paulo, 2001 citado por Campos, 2005, p. 16).

A partir do recebimento de uma chamada na central reguladora, atendida por um TARM, que deve acalmar o solicitante e preencher um formulário eletrônico com a localização da vítima, dados detalhados do local, pontos de referência e o motivo da chamada. A partir daí, o TARM passa a ligação para o médico regulador que avalia o caso em questão, decidindo se há necessidade de mandar uma ambulância ou se uma orientação médica basta. Se houver a necessidade de mandar a ambulância, ele escolhe qual delas será acionada, visto existirem dois tipos de ambulância no SAMU: as Unidades de Suporte Básico, que contam com uma equipe de auxiliar de enfermagem e condutor veicular, e as Unidades de Suporte Avançado com a equipe de médico, enfermeiro, auxiliar e condutor veicular –, sendo esta última uma UTI<sup>8</sup>. Depois disso, decide qual o hospital, ou outro serviço da rede, para onde irá direcionar o caso, preparando a equipe hospitalar para receber o usuário.

Hoje em dia, a rede nacional do SAMU conta com 112 unidades implantadas. No total, 924 Municípios são atendidos pelo SAMU, cobrindo 92.4 milhões de pessoas. Entre as capitais brasileiras que possuem a estrutura do SAMU estão Aracaju, Belém, Belo Horizonte, Brasília, Campo Grande, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, Goiânia, João Pessoa, Maceió, Manaus, Macapá, Natal, Palmas, Porto Alegre, Porto Velho, Recife, Rio Branco, Rio de Janeiro, Salvador, São Luís, São Paulo, Teresina e Vitória<sup>9</sup>.

É importante destacar ainda, que em 2004, foi realizada em Aracaju – SE, a *I Oficina Nacional de Atenção às Urgências e Saúde Mental: Diálogos sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Reforma Psiquiátrica*. O relatório dessa Oficina aliança de vez o SAMU à saúde mental, atestando que “Deverá ser adotado o modelo de apoio matricial, a ser prestado pelos CAPS à Rede SAMU 192. Isto inclui supervisão, capacitação continuada,

---

<sup>8</sup> Unidade de Terapia Intensiva.

<sup>9</sup> Boletim: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23745&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23745&janela=1) Acessados em: 06 de março de 2007.

atendimento compartilhado dos casos quando necessários e apoio à Regulação” (Brasil, 2004a, para. 08).

Mas, quais as implicações disso? Analisemos o contexto e a lógica de funcionamento dos serviços de atenção às urgências/emergências, como é o caso do SAMU.

Um dos fatos mais marcantes que identifica o trabalho na urgência é exatamente o caráter dinâmico, não rotineiro, imediato e desafiante. Para tanto, os profissionais prestam socorro mais pontual às vítimas e podem nunca mais vê-las. Não acompanham o desenrolar de seus casos. Além disso, lidam com situações de grande impacto como catástrofes, acidentes desfiguradores, mutilações, corpos feridos por atos violentos. Foucault (1980) chama atenção para como a medicina enxerga a doença apagando o doente e sua subjetividade, e dessa forma destitui subjetivamente também o médico para que este possa aplicar o seu saber, imaginamos que este processo ocorra, embora não sem seqüelas para ambos.

Isso faz com que esses profissionais desenvolvam determinadas práticas ilustradas por Dejours (1992), que aponta para a criação de estruturas de defesa coletiva no trabalho, erguidas para suportar o estresse de forma a não serem atingidos pela tensão do ambiente, como uma maneira de desviar a atenção da enorme responsabilidade que têm, no intuito de amenizar de forma ilusória a carga que carregam, apontando para o conceito de alienação de si, que é caracterizada pela desumanização do paciente atendido e pela despersonalização do profissional.

Nesse sentido, o foco do trabalho no SAMU está primordialmente na dimensão biológica do procedimento, no corpo pensado como objeto de intervenção. Há implícita uma concepção ontológica da doença, pensada como uma entidade com existência própria, independente do doente (Canguilhem, 1995 citado por Sarti, 2005).

Com o advento da concepção da História Natural das Doenças que se alastrou e colonizou as ciências biológicas, movimento que será discutido posteriormente, a doença

passou a ser vista como algo que se enxerga, que tem sintomas, evidências anatomo-patológicas; então, como atender no serviço de urgência um paciente que não tem, necessariamente, uma lesão? Alguém com um sofrimento existencial excruciante, um panicado, um depressivo, um suicida?

Segundo Camargo Jr. (1992), Fortes, Zoboli e Spinetti (2001) e Sarti (2005) as perturbações mentais não são levadas a sério pelos médicos de especialidades clínicas e cirúrgicas (que são a maioria nos serviços de urgência/emergência), sendo frequentemente objeto de comentários jocosos. Afinal de contas, o objeto da intervenção médica é o corpo biológico, qualquer coisa que extrapole esse âmbito, não é considerada da atuação reconhecida do médico.

A atenção à crise compreende tudo aquilo que a emergência clínica busca se desresponsabilizar. Ela busca inserir a subjetividade da pessoa, evocando uma outra ordem de complexidade, necessitando de pensamento criativo, o que traz à baila o estigma moral da loucura e reedita a posição normativa do médico.

Quando o serviço de urgência é móvel, com é o caso do SAMU, as coisas se agravam. Depois de entrega ao hospital, a co-responsabilização é praticamente inexistente. Então, é quase impossível acompanhar o paciente. Se nos Pronto-Socorros, os profissionais ficam chocados com o estado em que chegam os pacientes, desumanizando o paciente para continuar trabalhando, o que poderemos dizer daqueles que fazem todo o processo de resgate na cena do acidente? Que lidam diretamente com o acontecido e com o que acontece. O lugar muda, entretanto, a objetividade, o apagamento da subjetividade tanto do paciente quanto do profissional, ficam ainda mais marcantes.

Desde os primórdios da Modernidade até os nossos dias, tempos de luta antimanicomial, a lógica da exclusão e o peso da normalização ainda se mostram muito presentes, gritando nas atitudes de leigos e profissionais.

Então, como fazê-las funcionar de forma diferente, trazendo para dentro de serviços, como o SAMU, a pertinência do louco cidadão, com direito de ter assistido o seu mal-estar? O SAMU, por vezes, se recusa a atender ocorrências psiquiátricas e quando o faz, utiliza a imobilização física como o seu principal trunfo. Enquanto pretendo ‘promotor’ da saúde mental, se configura como verdadeiro ‘controlador de corpos’ já que a principal intervenção aplicada é a contenção física. E ainda reforça, primorosamente, o paradigma da periculosidade, já que o conceito de urgência psiquiátrica repousa eminentemente no fator “agressividade”, e o justifica, visto que se o indivíduo é violento só a contenção física e a união médico-repressiva (configurada pela articulação entre o SAMU e a polícia) podem lhe dar cabo, desvalorizando assim, todo o contexto da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização.

Como articular uma urgência psiquiátrica levando em consideração os princípios antimanicomiais? Isso é possível? O que está implícito na concepção de urgência e o que isso traz para a atenção à crise? Qual a diferença fundamental entre os serviços de atenção psiquiátrica e de atenção à crise?

Para compreendermos a construção dessas práticas e a reprodução dos estigmas associados à loucura é necessário conhecermos a história da psiquiatria. Ou seja, não é possível desconectar a produção de certas práticas em saúde mental sem discutir o próprio paradigma psiquiátrico e suas bases de sustentação. É disso que se trata o próximo item.

## 2. Modernidade e Psiquiatria: naturalizando invenções

O advento da Modernidade enquanto forma de pensamento e organização social engendrou um novo modelo de homem, baseado no surgimento da idéia de um indivíduo que se funda na consolidação do sujeito do conhecimento racionalista. Com isso, foi concebido um pensamento mecanicista que supostamente explicaria todas as coisas. Esse modo de pensamento dá a luz ao sujeito da razão que é colocado em contraposição com a loucura, que passa a ser vista como completa desrazão (Torre & Amarante, 2001).

O pensador francês René Descartes formula a irretocável certeza da existência do sujeito na ordem do pensamento interior, então tudo aquilo que não pudesse ser compreendido pelo registro do pensamento não deveria ser levado em conta, sendo tachado de algo subjetivo, irracional, de menos importância, devendo ser desconsiderado. Na concepção da loucura como alienação está implícita a idéia de que o sujeito, presente dentro-de-si até o momento do enlouquecimento, se perdeu do eixo de sustentação, deslocando-se, pois, para o âmbito da exterioridade: o fora-de-si. Estando fora-de-si, não poderia funcionar na lógica da interioridade do indivíduo, sendo então, desqualificado e conseqüentemente, excluído (Birman, 2003).

Visto que o sistema capitalista nascente necessitava de indivíduos trabalhando para o fazer funcionar, todos aqueles incapazes de produzir eram segregados da sociedade: os insanos, os doentes, os desempregados, os miseráveis. Foucault (1972) alerta que as instituições (p. ex.: hospitais, manicômios e prisões) surgem, não por conta de descobertas científicas, mas pelas necessidades sociais de ordem e progresso, apenas depois é que a ciência se apossa delas. Deste modo é importante apontar a distinção entre a figura do louco e da loucura que iremos utilizar doravante. Neste sentido, o louco é esse personagem social, excluído e recluso produzido pelo saber médico e psicológico que encarna a loucura. Já a loucura é uma “dimensão essencial da nossa cultura: a estranheza, a ameaça, a alteridade

radical, tudo aquilo que a sociedade enxerga como seu contrário, o seu outro, o seu além” (Pelbart, 1990, p. 133).

Os loucos não produziam, não eram capazes de trabalhar e ainda perambulavam pelas ruas incomodando os ditos “cidadãos de bem”. O que mais fazer com eles a não ser tirá-los da cidade? Seja através da *Stultifera Navis*, navio que recolhia os insanos e que, no período Clássico, aportava-os longe da cidade em que viviam, ou através dos asilos do século XVIII que são os atuais hospitais psiquiátricos e manicômios que arrastam até hoje a mesma lógica determinante de outrora: isolar, excluir, tirar do convívio social, esconder o que a sociedade não quer ver. Foucault (1972, citado por Anaya, 2004) se refere a esse episódio como uma dupla desapropriação sofrida pela loucura, que passa a ser definida em referência à razão e às suas concepções de “normatividade”, tornando-se excluída do corpo social determinado pela reorganização econômica e social burguesa.

Dentro do asilo, através do princípio de isolamento e do ideal de normatização<sup>10</sup> imposto ao sujeito, a medicina se apropriou da loucura. No século XVIII, Pinel fundou a clínica psiquiátrica, considerando a loucura como um distúrbio das paixões, sendo seus excessos e desmedidas os responsáveis pela alienação mental. Como considerava a loucura isenta de causas físicas, mas definida por um forte desvio moral, Pinel instituiu o método do tratamento moral com objetivo de restabelecer a razão parcialmente perdida do louco, educando-o através do castigo e da punição. Ao libertar os loucos das correntes, os excluiu da paisagem social, criando uma instituição de seqüestro que se constituiu na sua própria ‘terapêutica’ (Anaya, 2004). Torre & Amarante (2001) afirmam que “*o asilo é o a priori da psiquiatria*”, ou seja, o poder psiquiátrico que colonizou os asilos veio aparecer depois do isolamento da loucura. Assim, foi com a psiquiatria que a loucura ganhou o *status* de doença mental, prescrevendo amplamente a necessidade de tratamento médico.

---

<sup>10</sup> Aqui estamos nos referindo ao conceito de ‘norma’ pensado por Foucault (2002) referente à estrutura do Poder Disciplinar, que busca o adestramento dos sujeitos a fim de utilizá-los mais e melhor, fundando o conceito de ‘normal’ e o seu contraponto, o de ‘anormalidade’; no qual a loucura se encaixaria.

O isolamento passou a ser uma das estratégias centrais para a elaboração do conceito de alienação mental. Isso porque o isolamento é um princípio científico muito utilizado pelas ciências naturais, que se funda na idéia de que para tratar é preciso conhecer e só se conhece a natureza verdadeira da doença quando se retiram todas as influências externas. Seria uma “observação *in vitro*” realizada dentro do hospital. Torre e Amarante (2001) trazem as seguintes questões: será que a observação *in vitro* não altera a natureza da doença? A institucionalização não alteraria a experiência da alienação? Os efeitos da cronicidade da natureza da doença mental não seriam, antes de tudo, efeitos largamente produzidos por esse isolamento?

Porém, já no final do século XVIII se percebia que nem todos os doentes se curavam e a proposta do isolamento não resolvia todos os problemas do suposto desvio. Procurou-se redefinir mais cuidadosamente a população dos hospitais dispondo de técnicas e objetivos mais científicos. No entanto, a psiquiatria enquanto “*medicina abstrata*” encontrou diversas dificuldades para seu funcionamento... No início do XIX, a idéia de crise, que era uma noção teórica e, principalmente, um instrumento prático da medicina cai em desuso fundamentalmente por conta do aparecimento da anatomia patológica. A anatomia patológica lança luz à lesão localizada no interior do organismo, identifica no corpo, torna visível, fala sem palavras sobre a própria realidade da doença. Isso possibilitou a construção de uma teoria sobre as doenças individualizando-as de acordo com as lesões que os sujeitos apresentavam, permitindo o estabelecimento de um diagnóstico diferencial (Foucault, 2006).

A psiquiatria, enquanto disciplina médica colocou-se a parte desse movimento. Esta não se direcionou para um diagnóstico diferencial, muito pelo contrário. O cerne da sua questão estava muito mais ligado a um diagnóstico absoluto, não importando em qual tipo de ‘enfermidade’ a doença mental se configurava, isto foi relegado a segundo plano. O fato era a constatação de ser ou não loucura, constituindo um domínio binário que se dividiu

maniqueístamente. É pelo diagnóstico absoluto que a psiquiatria funciona e não pelo diagnóstico diferencial, como a medicina dita tradicional.

Além dessa discrepância entre diagnósticos, a psiquiatria é uma prática médica onde há uma ausência de corpo. Portanto, a anatomia patológica, maravilhosa descoberta que dava instrumentos concretos e visíveis aos médicos, tal quais aqueles das ciências naturais, que fatiava corpos mortos em busca de suas doenças ocultas, não serviria de nada à psiquiatria. Mas, não sem esforços, visto que desde o início da psiquiatria, procuravam insistentemente correlatos orgânicos que determinassem que lesão, qual órgão e que alteração biológica poderiam vir a causar a loucura<sup>11</sup> (Foucault, 2006).

Com a utilização do diagnóstico absoluto e pela ausência de corpo, a psiquiatria não pôde prescindir do momento em que, segundo a medicina pré-anatomia patológica, a “*verdade da doença*” seria revelada: a crise. É a crise que ajudará a produzir a prova de realidade que o psiquiatra precisava para funcionar dentro dos rigores exigidos pela prática médica instaurada pela anátomo-patologia, constituindo em doença mental a demanda que chega a ele, conduzindo e autorizando o internamento. Foucault (2006) chama esse movimento de “prova psiquiátrica”, que seria responsável por uma dupla entronização: entroniza a vida do indivíduo como tecido de sintomas patológicos e entroniza sem cessar o psiquiatra como médico ou instância disciplinar suprema da medicina.

Além disso, a sanção jurídica torna-se o complemento fundamental da psiquiatria, fundando o conceito de “periculosidade social”, sendo este justificado e racionalizado pelos médicos, delineando uma contradição no seio da psiquiatria, desde seu nascimento, entre o tratamento do doente e defesa social, entre a medicina e a ordem pública (Basaglia, 2005).

---

<sup>11</sup> Em 1857, surgiu a Teoria da Degenerescência de Morel, que ensaiou dar a psiquiatria um substrato palpável para sua análise esfomeada. Esta pregava o pressuposto que haveria progressiva degeneração mental conforme se sucedessem às gerações: nervosos gerariam neuróticos, que produziriam psicóticos, que gerariam idiotas ou imbecis, até a extinção da linhagem defeituosa, onde a degenerescência se definia como desvio de um tipo primitivo perfeito, desvio este transmissível hereditariamente (Oda, 2001).

Desde os primórdios, influenciados pelos ideais do Iluminismo de uma sociedade organizada e produtora de bem estar para o homem, pelos princípios libertários da Revolução Francesa, os temas da proteção do louco e da defesa da sociedade diante dos excessos da loucura constituíram os pólos sobre quais se desenrolam o debate da psiquiatria e se orientaram as alternativas legislativas e de ordem. Assim, os legisladores definiram os indicadores da periculosidade social, apontando-a como simbioticamente ligada à doença mental. Este conceito serviria de norte para a psiquiatria, configurando o modo de tratamento da loucura: o enclausuramento.

A psiquiatria se coloca, com o apoio da legislação, enquanto entidade que exerce o poder de subjugar o corpo improdutivo, firmando um compromisso entre a ciência e a organização de produção capitalista. Do terreno de desenvolvimento do saber psiquiátrico foi subtraído o corpo produtivo capaz de funções úteis, as ditas socialmente relevantes enquanto potencialidades de trabalho, o corpo do cidadão dotado de direitos que constituem o limite da ação do técnico. Nesse contexto, o corpo do louco assume importância só no que diz respeito a ser “conteúdo do manicômio”, sendo o seu tratamento a sujeição às normas organizativas da instituição, engendrando a cronificação de uma verdadeira doença: a mortificação da vida, a impossibilidade da criação (Basaglia, 2005; Alarcon, 2005).

### **2.1. “Onde há poder, há resistência”<sup>12</sup>**

No século XX, época do pós - guerra (1945 – 1947) começam a aparecer, na França, Inglaterra e Holanda, críticas aos asilos. Tanto por serem onerosos, quanto inadequados para o tratamento das patologias a que se propunham, se constituindo muito mais como um encobridor de *crises sociais* através do enclausuramento e da medicalização do que como um agente terapêutico.

---

<sup>12</sup> Foucault, 1995.

A psiquiatria construiu seu objeto a partir do suposto princípio de neutralidade do saber científico, que garantia descobrir a verdade sobre o objeto de estudo, pressupondo que o sujeito epistêmico (observador racional, no caso, o médico) poderia analisar a distância o seu objeto (a doença mental), e neutramente obter a verdade sobre ele. Porém, como dito anteriormente, desde seu nascimento, a psiquiatria se viu em dificuldades para se enquadrar nos parâmetros científicos, uma vez que é carente de positividade para definir a natureza da doença mental (Anaya, 2004). Tornou-se autoritária, ignorando qualquer saber que lhe fosse externo e que não se pautasse nos seus fundamentos. Até a II Grande Guerra, a psiquiatria enclausurada e enclausurando, foi se tornando cada vez mais organicista, com base na Teoria da Degenerescência e no Positivismo Biológico.

Campos (2000) aponta que muitos foram os métodos utilizados para tratar os alienados. Experimentos com humanos, duchas, cadeiras rotatórias, lobotomias, camisas-de-força, celas fortes e eletrochoques.

(...) durante a guerra, com a tentativa de domínio nazista, é que a humanidade fez um verdadeiro pacto contra a opressão aos direitos do indivíduo, pela importância das relações coletivas de solidariedade e pela aceitação das diferenças. (...) esta nova situação fez com que a psiquiatria, usada para a classificação dos indivíduos aptos a vida em sociedade e que, como “ciência” reconhecida, utilizava métodos opressivos aos direitos individuais em nome de um “tratamento médico”, fosse questionada. E já durante a II Guerra, algumas experiências de tratamento do doente mental haviam sido realizadas nos hospícios, utilizados como campo de concentração para prisioneiros políticos (Campos, 2000, p.32).

É oportuno pensarmos porque os presos políticos eram torturados exatamente nos hospitais psiquiátricos. A comparação feita entre esses hospitais e os campos de concentração nazistas não é em vão. Lá, os direitos do ser que adentra àquelas portas caem por terra. Perdem a autonomia e ganham a tutela do Estado, na figura do médico. E se não tem direitos e tudo aquilo que escapa à razão se constitui como inumano, qualquer medida, incluindo a

tortura, podem ser-lhe impunemente imposta. Não existiria melhor lugar para praticar tortura já que dentro daqueles muros, elas já eram práticas corriqueiras há alguns séculos.

Foi com base nessa e em outras comparações que, no Pós-Guerra, surgem movimentos que vem questionar as práticas manicomiais. A Comunidade Terapêutica inglesa e a Psicoterapia Institucional francesa tinham como objetivo realizar uma modernização, humanizando a assistência hospitalar. Na Inglaterra, em 1959, o termo Comunidade Terapêutica passou a caracterizar um processo de reforma institucional focado no hospital psiquiátrico, adotando práticas administrativas democráticas, participativas e coletivas, a fim de modificar a dinâmica manicomial. Voltava-se para a integração dos pacientes em sistemas grupais, usando uma perspectiva de inter-relacionamento entre grupos, desviando-se, assim, da terapêutica individual. Nesses grupos, problemas e soluções eram compartilhados pelos participantes que se abriam ao debate coletivo, para facilitar a ressocialização dos internos. Eram organizados grupos de discussão sobre a prática dentro do hospital, grupos operativos e grupos de atividades com a participação tanto da equipe técnica quanto dos usuários. Além disso, realizavam-se reuniões diárias e assembléias gerais que visavam dar conta do funcionamento do hospital. Basaglia (citado por Amarante, 2003) afirmou que a comunidade terapêutica, através dessas medidas, visava destruir o princípio de autoridade, programando uma condição terapêutica que estaria em contradição com os princípios formadores de uma sociedade.

Birman (citado por Amarante, 2003) complementa esse pensamento, ao argumentar que a proposta de humanização dos asilos estava começando a passar pela a instauração de uma *microssociedade* que seria canalizada para um tipo de vida anônimo, impessoal e conformista, sem qualquer possibilidade de intervenção individual e com um grande risco de cristalização de papéis. A experiência da comunidade terapêutica na Inglaterra foi importante quando levamos em conta a modificação da dinâmica hospitalar através da flexibilização da palavra e do remeter as decisões para o coletivo. Todavia, por ocorrer dentro do manicômio,

ela não atingia o cerne da questão, que é exatamente a exclusão da loucura, da qual, o manicômio é ferramenta principal.

Já a Psicoterapia Institucional começa a ser aplicada em 1952 na França. Pretendia resgatar o pretenso potencial terapêutico do hospital psiquiátrico, para tanto, entendia-se que o manicômio havia sido desvirtuado por conta de mau uso de terapêuticas, da administração, do descaso e da situação político-social do pós-guerra. Isto teria feito o hospital tornar-se um lugar de violência e repressão. A psicoterapia institucional tinha o objetivo de questionar o hospital como um lugar de segregação, fundamentar críticas sobre o poder psiquiátrico e das relações intra-institucionais. São ações que se mostrariam efetivas se o objetivo fosse simplesmente uma reforma asilar. Mas, deixaram de lado o peso social de uma instituição como o manicômio, colocando o próprio hospital como verdadeiro lugar de acolhimento para o paciente, fortificando a idéia da segregação, o que no final das contas, acabava não transformando nada efetivamente. Melhorava o lugar onde os loucos estavam encerrados, cuidando para regular o *excesso passionnal* dos “doentes mentais”, controlando seus discursos e atos, para que estes aprendessem em uma *microsociedade* regras de relações interpessoais da sociedade que se encontra aqui do lado de fora (Amarante, 2003).

Já a Psiquiatria de Setor Francesa defendia intervenções na comunidade a fim de trazê-la para dentro do hospital, envolvendo-a no tratamento. A instituição seria dividida em pavilhões e cada um corresponderia a uma área geográfica e social de onde teria vindo os pacientes. Essa divisão serviria para evitar choques culturais, o louco continuaria cultivando seus costumes dentro do hospital e, quando saísse, poderia dar continuidade ao seu tratamento na sua comunidade de origem sendo assistido pela mesma equipe que o tratava na instituição. Castel (citado por Amarante, 2003) diz que essa atitude consiste em transferir para a comunidade o dispositivo de atendimento dos “doentes mentais” o que, antes, era somente confiado ao hospital psiquiátrico. O surgimento da Psiquiatria de Setor na França do pós-guerra se deu a partir dos setores mais progressistas e críticos, mas só é absorvida como

política nacional a partir dos anos 60, por ser mais econômica para o Estado. Isto porque a psiquiatria asilar era muito onerosa aos cofres públicos, os hospitais psiquiátricos não respondiam às novas demandas geradas pela guerra e pelo capitalismo avançado, e a crise dos valores burgueses estavam pondo em perigo a ideologia dominante apontando para as técnicas *psis* enquanto mediadoras de problemas sociais (Amarante, 2003).

No entanto, esses movimentos estavam muito mais direcionados para a manutenção da estrutura já existente, seria um tipo de *gatopardismo*, expressão que define as mudanças realizadas para manter as coisas exatamente como estão. A manutenção do hospital psiquiátrico não iria modificar em nada o *status quo*, muito pelo contrário, estaria reforçando todos aqueles princípios que impregnaram a loucura de alienação e doença mental, que deram ao louco uma identidade *alien*, de estrangeiro no seu próprio mundo (Amarante, 2003b; Anaya, 2004).

Outras forças deveriam ser movimentadas, outros olhares deveriam ser lançados, outra lógica construída. Era a razão psiquiátrica que deveria ser questionada. Nesse mote, nasceu a Antipsiquiatria. Surgiu entre o fim da década de 50 e o início da década de 60 com um grupo de psiquiatras ingleses estudantes, dentre outros, do pensamento de Michel Foucault, e foi muito associada ao movimento de contracultura, de contestação da sociedade que lhes eram contemporâneos. Constituiu-se enquanto uma contestação radical ao saber e às instituições psiquiátricas. Essa época foi marcada pela luta por liberdade e pela denúncia de condições repressoras fundamentais para a construção de uma nova sociedade. A Antipsiquiatria não se restringia aos espaços manicomiais, antes, pretendia extinguir os hospícios e a própria idéia de doença mental. Defendia que era fundamental exercer uma crítica à psiquiatria e às ordens social e familiar através de uma política de subversão ideológica, buscando estruturas marginais, paralelas, livres ou *anti* (Amarante, 2003b).

Nesta perspectiva, a loucura passa a ser vista como uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar<sup>13</sup>, um fato social. A família passa a ser o componente central para onde se volta à atenção dos militantes da antipsiquiatria, e o discurso do louco passa a ser levado em conta enquanto denúncia da desordem do núcleo familiar.

Apesar da sua existência curta, a Antipsiquiatria contribuiu enormemente para a mudança do pensamento sobre o modelo psiquiátrico e até hoje, o impacto por ela causado, nos acompanha de forma extremamente significativa, haja vista ter embasado a Reforma Psiquiátrica.

Entretanto, apesar disso, a Psiquiatria continuou fomentando a sua expansão com a finalidade de exercer mais e melhor o poder que já lhe era conferido, os instrumentos escolhidos para isso nasceram no seio da Medicina Preventiva que, por sua vez, baseou a Psiquiatria Preventiva. Porém, a resistência também se fez nesse contexto. E apareceu sob a forma da Psiquiatria Democrática e da própria Reforma Psiquiátrica.

## **2.2. Psiquiatria Preventiva, Psiquiatria Democrática, Luta Antimanicomial e Lógicas Manicomiais Itinerantes**

A Medicina Preventiva é a herdeira do higienismo, conceituada como “conjunto de preceitos buscados em todos os conhecimentos humanos, mesmo fora e além da medicina, com o propósito de cuidar da saúde e poupar a vida” (Arouca, 2003, p. 33). Em nome do higienismo foi autorizada uma suposta defesa da saúde quando esta estivesse correndo perigo de ser agredida, cuidando não só do indivíduo, mas da espécie e da raça. Buscava uma tecnologia de “melhoramento humano” através da eugenia e da previsão da herança mórbida, a fim de evitar a disseminação de caracteres hereditários degenerescentes, se aplicando a

---

<sup>13</sup> Familiar no sentido de relações familiares é usado para diferenciar do termo *familiar*, que poderia indicar algum fator hereditário, ou seja, patológico (Amarante, 2003b).

regeneração e, quando possível, a evitação de doenças, acidentes, intoxicações, infecções, doenças de carência ou doenças comuns.

Agregando estes aspectos, a Medicina Preventiva abarca os âmbitos psicossociais, fundando o sujeito biopsicossocial. Rios (citado por Arouca, 2003), define a Medicina Preventiva como “o conjunto de noções e técnicas visando o conhecimento e manipulação dos processos psicossociais do comportamento humano que dizem respeito à implantação de padrões racionais de saúde” (p. 35). A Medicina Preventiva possui duas características marcantes: se funda no conceito de saúde/doença, sendo a primeira, um estado relativo e dinâmico de equilíbrio e, a segunda, um processo de interação do homem ante os estímulos patogênicos. Nestes termos, tem ligação direta com as noções de normal e patológico, sendo, portanto, dicotômica. A outra característica é o fato de ter feito renascer no interior do discurso médico a *História Natural das Doenças* (HND) preconizada por Leavell e Clark (citado por Arouca, 2003). Os formuladores da HDN afirmam que para o surgimento das doenças é necessário existir um agente patogênico, um hospedeiro (o homem, no caso) e um meio ambiente com características favoráveis para tanto. Levando em conta essa lógica, o desenvolvimento da doença poderia ser impedido a partir da modificação de um desses três componentes: ou se elimina o agente patogênico, ou se mune o hospedeiro contra tal agente, ou se manipula o ambiente.

Por sua vez, em um sentido próximo ao exposto, Gerald Caplan (1980) funda a Psiquiatria Preventiva, utilizando os moldes da Medicina Preventiva. Com a noção de Saúde Mental substituindo a de doença mental, assim, o campo da Psiquiatria foi consideravelmente expandido. Deste modo, extrapolou os muros do hospital e ganhou a comunidade e além de tratar os doentes, podia trabalhar com a profilaxia, identificando precocemente (através de questionários de triagem distribuídos entre a população) os indivíduos que provavelmente desenvolveriam a doença, fazendo diagnósticos precoces e trabalhando com a recuperação e a reabilitação social. Foi organizada em três níveis de prevenção:

- a) Primário: objetiva promover a sanidade mental da população e evitar o surgimento de casos de doença mental, através de intervenções nas condições identificadas como passíveis de ocasionar a doença, podendo ser aplicadas tanto no indivíduo quanto no meio ambiente, tem o objetivo de promover um estado de bem estar biopsicossocial;
- b) Secundário: diagnosticar precocemente as enfermidades mentais e proporcionar o tratamento adequado evitando, assim, o seu agravo;
- c) Terciário: prevê a reabilitação psicossocial dos que já tenham sido acometidos pela doença mental, o seu reajustamento e a adaptação à sociedade. (Amarante, 2003a, p. 50).

Por conta disso, a psiquiatria ganha as ruas e adentra a casa das pessoas, implantando em seu âmago conceitos que interferiram nas formas de relacionamento e criaram uma nova necessidade: a de vigiar para prevenir e detectar precocemente a doença mental, instaurando de maneira primorosa, um importante mecanismo de controle social (Amarante, 2003a).

Seguindo a lógica da História Natural das Doenças, de que toda doença tem uma causa (agente patogênico, vulnerabilidade do hospedeiro ou circunstâncias favoráveis no meio), a explicação dada como causa da doença mental foi fundamentada sobre a noção de crise<sup>14</sup>. As crises seriam responsáveis por deixar o indivíduo suscetível ao adoecimento psíquico, já que pressupõe um desequilíbrio que é o oposto do equilíbrio preconizado pela saúde. A intervenção, nesses casos, tem o objetivo pontual de equalizar o sujeito, incidindo sobre ele e/ou sobre o agente patogênico através da utilização de fármacos ou sobre o meio, tirando-o do convívio social e confinando-o no asilo. Com base nisso surgiram os serviços de urgência psiquiátrica, *com a finalidade de adaptar o indivíduo desajustado*, promovendo o atendimento no momento crítico objetivando controlá-lo, para devolver ao sujeito o seu estado normalizado. Isso impediria as “internações desnecessárias”, embora, sem excluí-las totalmente. A diminuição das internações, por sua vez, desresponsabilizaria o Estado, a fim de estabelecer progressivamente a política de um Estado mínimo.

Nos Estados Unidos, na época do governo do presidente Kennedy, em 1963, adotou-se a política do Estado Mínimo encorajando o processo de desospitalização dos pacientes

---

<sup>14</sup> Aquela mesma utilizada nos primórdios da psiquiatria como reveladora da *verdade* da doença mental.

psiquiátricos (Alverga, 2004). Portanto, não foi o questionamento sobre os direitos do paciente internado que o tiraram de dentro do manicômio, mas o quanto ele custava para o Estado. Era mais barato tratá-lo com a família, utilizando outros dispositivos de controle como o exame, por exemplo, que é a combinação entre vigilância e sanção normalizadora<sup>15</sup>.

A partir daí, diversas estratégias foram engendradas: proliferaram-se os testes psicológicos com o objetivo de classificar, separar, selecionar os indivíduos a fim de prever e controlar seus comportamentos adaptando-os à norma, tendendo a homogeneização, elaborando um arquivo, documentando as variações do comportamento considerado normal, garantindo uma utilização personalizada de cada indivíduo, baseado numa “normalização que não representa a uniformização das individualidades, mas a sua adequação a um dispositivo” (Fonseca, 1995, p. 62).

Nos Estados Unidos, o programa de prevenção em saúde mental aumentou consideravelmente a demanda ambulatorial e extra-hospitalar, visto que a aplicação da triagem e de outras formas de captação criava novos contingentes de clientes para os serviços de tratamento psíquico. O modelo asilar continuava sendo retroalimentado pelo ciclo preventivista: criava uma nova demanda e preservava a antiga (Amarante, 2003a).

A Psiquiatria Preventiva conseguiu realizar o que Castel (citado por Amarante, 2003a) chama de *aggionamento*, que seria um dispositivo para tornar mais sutil e insidioso o controle e a disciplina coletivos, utilizando a medicalização social e a pulverização da vigilância, destinando a cada sujeito o seu papel de promotor da ordem.

De outro modo em relação ao ocorrido nos EUA, importa-nos destacar que em 1965, havia mais de cem mil pessoas internadas na Itália e a psiquiatria encontrava-se num nível de atraso marcante mesmo comparada com as outras áreas de assistência nacional. Neste

---

<sup>15</sup> Conceitos criados por Foucault (2002) que se referem ao Poder Disciplinar, que busca o adestramento das forças para utilizá-las mais e melhor. Para tanto, o sucesso deste poder se deve ao uso destes três instrumentos: a vigilância, a sanção normalizadora e o exame. A vigilância é a observação constante com o fim de controlar o desenvolvimento das ações. A sanção normalizadora é um conjunto de procedimentos punitivos que se relacionam a pequenas atitudes, ‘deslizes’, atua onde a vigilância não alcança, preenchendo o espaço micro. O exame é a combinação desses dois instrumentos, que reúne as relações de poder investidas neste mecanismo disciplinar e a produção de um campo de saber, que viabiliza o investimento político sobre os indivíduos e as instituições.

contexto, surgiu a proposta da Psiquiatria Democrática italiana, que era mais que um processo de desospitalização como foi visto nos Estados Unidos. Configurou-se como um confronto ao hospital psiquiátrico e à lógica preconceituosa que ele impingia aos seus pacientes. O seu nome mais importante foi Franco Basaglia, o diretor do então Hospital Psiquiátrico de Gorizia (1960), tendo como sua experiência mais exitosa, a intervenção no Hospital de Trieste (1970). Ele propunha a desarticulação do manicômio e o retorno dos loucos à sociedade, bem como a articulação da questão da loucura com outros movimentos sociais, não mais entendida meramente como entidade nosológica, mas como uma possibilidade subjetiva (Alverga, 2004).

Ao invés de seguir simplesmente as normas da desospitalização, a Psiquiatria Democrática foi além, instaurou movimento de Desinstitucionalização. Este movimento revelou o manicômio como um lugar de administração dos expurgos humanos rejeitados pela sociedade (miséria, periculosidade, improdutividade). Era incoerente para a equipe triestina desconsiderar a realidade do asilamento como a psiquiatria tradicional estava acostumada a fazer. Partindo desse princípio, a desinstitucionalização se concretiza na desconstrução do manicômio e da sua lógica (Barros, 2002).

É a Psiquiatria Democrática que vem discutir e cindir a lógica entre a periculosidade e loucura. Percebe-se que, ao se revelar dimensões mais complexas, “o louco pode ser e pode não ser perigoso (como qualquer um dos ditos normais, afinal) e que esse aprisionamento termina por justificar (em nome do risco que se possa correr) a sua exclusão e segregação” (Barros, 2002, p. 177).

Basaglia definiu a doença mental como um ente abstrato que teve seu advento anterior ao do aparecimento dos manicômios, fundado nos pressupostos da irrecuperabilidade, incurabilidade e imprevisibilidade. A irrecuperabilidade justifica a segregação, visto que o indivíduo nunca vai atingir a recuperação social. A incurabilidade condena o paciente à doença eterna, aprisionando-o nela, visto alegarem que são as manifestações da doença que se

mostra através da pessoa, não a própria pessoa. E a imprevisibilidade evidencia a aliança entre a psiquiatria e a justiça, trazendo imbuído o paradigma da periculosidade, levando a concluir que toda pessoa internada é perigosa e agressiva, configurando uma imagem distorcida da realidade empírica. O discurso sobre o louco foi carregado de estigma, para que mesmo depois de “liberto”, arrastasse consigo os grilhões de preconceitos sobre a sua suposta incapacidade de viver em sociedade, encadeando intimamente a noção de urgência psiquiátrica a reações agressivas. E o casamento entre a doença mental e a periculosidade fez toda diferença nesse aspecto.

Dell’Acqua, Mezzina e Derza (1988 citado por Barros, 2002, p. 184) afirmam que enquanto o sofrimento não consegue encontrar outros canais de expressão se fundamenta o risco potencial de um ato agressivo. Se o paciente não tem alternativas para expressar o seu sofrimento e sua vida se mostra desde já pré-estabelecida, enquadrada, com um modelo ideal a seguir, sem possibilidades de fuga, é aí então que está preso no terreno psiquiátrico e sua única escapatória é a produção psicótica e a agressividade como modo de expressão. A Reforma Psiquiátrica Italiana defende a livre expressão do sofrimento do louco, o cuidar em liberdade e a destruição do estigma contra ele.

A Reforma Psiquiátrica, inspirada a partir da experiência de Basaglia, consiste num movimento que reivindica uma profunda mudança no modelo, envolvendo as ciências, as técnicas e a própria cultura vigente em relação ao louco e à loucura, tendo em foco a instauração da cidadania do louco. Imbuído de um processo histórico de formulação crítica e prática, tem com um de seus direcionadores a desinstitucionalização. Seus objetivos são o questionamento e a elaboração da transformação do modelo manicomial, o que implica na superação do paradigma da clínica-técnica-psiquiátrica. Afinal de contas, a loucura é também uma questão política e social, não cabendo exclusivamente à técnica as respostas aos seus questionamentos. A delegação dessa responsabilidade ao tecnicismo perpetua a violência simbólica logo no seu primeiro ato de reabilitação (Tenório, 2002; Barros, 2002).

No Brasil, essa movimentação começa na efervescência política, com uma ditadura militar instalada, uma resistência armada sendo dissipada e uma resistência ética em construção. É fato que a Reforma Psiquiátrica foi muito influenciada por esse panorama, visto que o que a coloca como revolucionária, não é a mera recusa ao aparato manicomial, mas a sua intensa problematização e crítica. Fatores que foram para além do mero desejo de tomada de poder, mas que buscou discutir a micropolítica, nos interstícios entre o moralismo político-epistemológico (que acaba com os manicômios, mas reforça a difusão da cultura manicomial) e a problematização ético-política (que busca de fato transformar a realidade) (Alarcon, 2005).

Inspirados nos avanços italianos, profissionais brasileiros viram a possibilidade de cuidar sem excluir. A cidade de Santos no estado de São Paulo foi a primeira cidade que teve seu hospital psiquiátrico fechado e isso propiciou o desenvolvimento de projetos inovadores como a Rádio e da TV Tam Tam, produzidas por ex-internos da Casa de Saúde Anchieta, e a República Manequinho, que ganhou esse nome em homenagem a seu primeiro morador, com o objetivo de acolher ex-internos sem casa ou família. Em 1989, o Deputado Paulo Delgado (PT - MG) apresentou o Projeto de Lei 3.657, que apontava a necessidade de modernização da legislação e propunha a extinção progressiva dos hospícios. Somente depois de 12 anos, foi aprovada uma lei substitutiva, formulada pelo senador Sebastião Rocha (PDT-AP). E foi esta Lei, a 10.216 de 2001, que deu subsídios jurídicos para a criação e implantação modelo de serviços substitutivos, porém, lhe foi retirada a espinha dorsal da proposta original (Brasil, 2001a). Da Lei 10.216 foi removida a cláusula que defendia o fim dos manicômios, aprovando uma ambígua reorientação do modelo assistencial, o que não garante o fim dos manicômios (Brasil, op. cit., Machado, 2005).

Com a Política Nacional de Saúde Mental oficializada, o processo de desinstitucionalização ganha forma e a paciente precisa de serviços que o acolham nas suas necessidades. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's) são serviços substitutivos de

média complexidade<sup>16</sup> emblemáticos, que funcionam com o sistema de “portas-abertas”<sup>17</sup>, agregando os valores da integralidade do sujeito, equidade e universalidade na assistência à Saúde Mental. Além dos CAPS’s existem outros dispositivos, como os hospitais-dia, residências terapêuticas, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, dentre outros, e as urgências psiquiátricas. Estas são contempladas na Política Nacional de Atenção às Urgências, e se estruturam de duas formas: como um serviço fixo (Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral, CAPS III e etc), quanto como um serviço móvel prefigurado pelo Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência – SAMU.

Embora muitos avanços estejam ocorrendo e muitas conquistas possam ser comemoradas, ainda temos muito trabalho, pois se trata de um processo incessante para levar a diante à efetivação dos movimentos antimanicomiais. Desta maneira, estes visam, dentre outras coisas, questionar o saber/poder psiquiátrico, sua técnica e terapêutica, problematizar a centralidade dos manicômios, dos hospitais psiquiátricos e de qualquer tipo de instituição ou lógica que propague a exclusão e o preconceito contra a diferença.

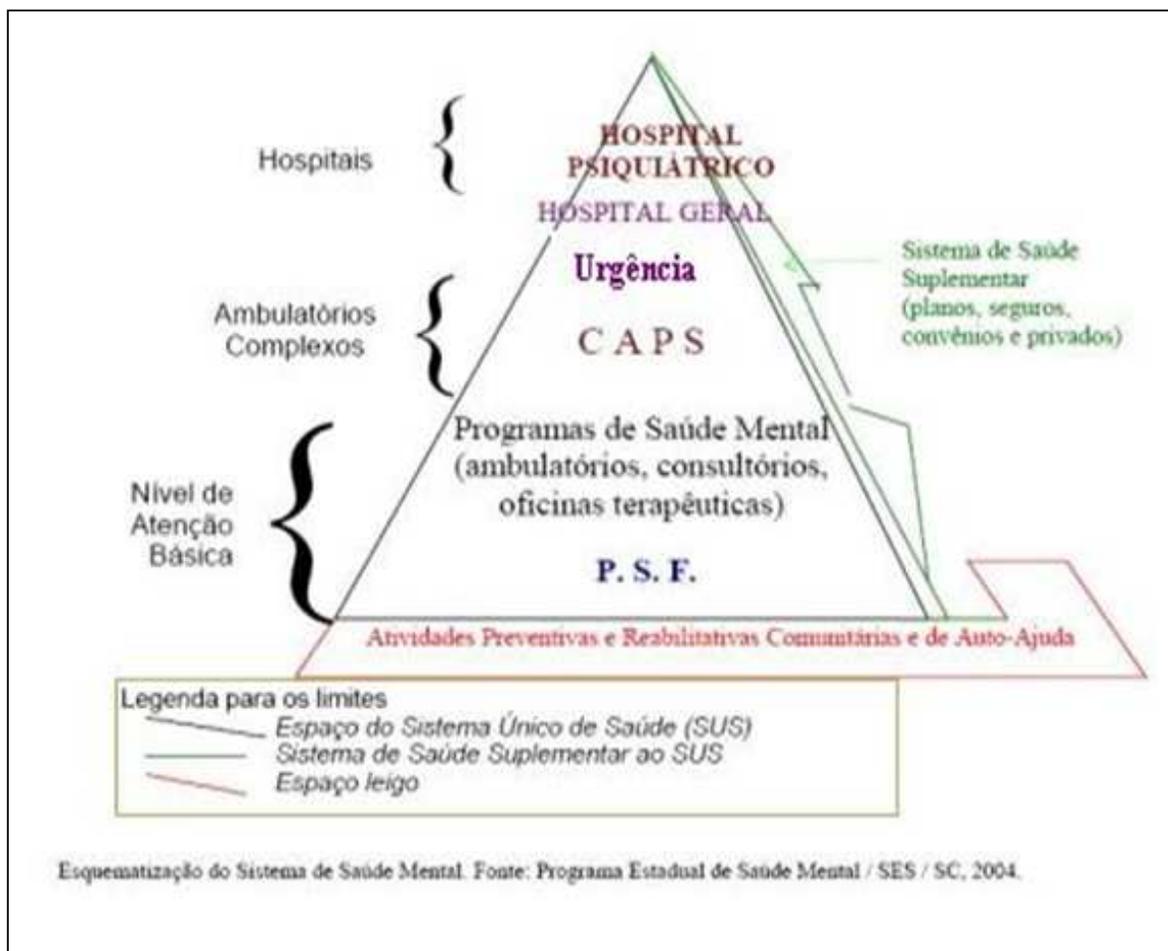
Para ilustrar, lançaremos mão do Relatório sobre o Plano Estadual de Saúde Mental de Santa Catarina (2004)<sup>18</sup> que apesar de indicar uma realidade local, nos ajuda a pensar essa problemática em âmbito nacional, inclusive em Aracaju. De acordo com o referido Relatório, atualmente a rede de saúde mental é configurada da seguinte forma:

---

<sup>16</sup> A rede de atenção deve ser constituída de forma a agregar serviços de complexidade crescente, configurando três níveis de atenção: atenção primária (ou baixa complexidade), que são ambulatoriais e devem contar com profissionais generalistas que possam oferecer os cuidados básicos de promoção, manutenção e recuperação da saúde; atenção secundária (ou média complexidade), que podem ser ambulatoriais e hospitalares, onde são prestados os cuidados especializados; e as unidades de atenção terciária (ou alta complexidade) que são constituídas pelos centros hospitalares, sendo, nelas, aferidos cuidados de maior complexidade, muitas vezes sob o regime de internação (Santos, Scarpelini, Brasileiro, Ferraz, Dallora & Sá; 2003).

<sup>17</sup> De não internação.

<sup>18</sup> Serrano, A. I., Puel, E., Martinho, L.V., Leal, J. E. & Santos, P. P. (2004). *Pesquisa sobre os Critérios para a Consequência de uma Rede Integral de Saúde Mental, para o Estado de Santa Catarina*. Florianópolis: SES, Itajaí: Mestrado em Saúde/UNIVALI.



**Fig.1: Esquema do Sistema de Saúde Mental baseado em nível de complexidade.**

Os hospitais psiquiátricos ainda são colocados como uma alternativa para o cuidado em saúde mental, o que desconsidera completamente a proposição de cuidar em liberdade, preservando a idéia de *doença mental*. Os hospitais psiquiátricos foram elevados ao nível de alta complexidade da Rede de Atenção Psicossocial. E assim, temos o Programa de Saúde da Família (PSF) na base, o CAPS no meio, a urgência em seguida e o hospital no topo da pirâmide. Quais considerações podemos fazer sobre isso?

O hospital psiquiátrico é o símbolo máximo da exclusão do louco há séculos, ou seja, é difícil que seja um agente terapêutico visto que consiste no isolamento. Quando pessoas são retiradas de seu território subjetivo, isoladas de suas realidades, descontextualizadas, perdem o contato com o que gera o conflito. Sem enfrentar isso, simplesmente, calamos um problema

criando outros maiores. Assim, os procedimentos realizados dentro do hospital psiquiátrico tendem a simplificação da vida do sujeito (Lancetti, 2005).

Porém, aqueles realizados no território onde o sujeito vive incluem questões, permitindo o livre atravessamento das forças com que se precisa conviver todos os dias. Ou seja, na saúde mental a complexidade deveria ser invertida, assim como propõe Lancetti (2005). Quanto mais perto da vida cotidiana do sujeito, mais complexo fica o processo. Quanto mais isolado nos hospitais, mais simplificada e pobre se constitui a intervenção.

É preciso inverter a pirâmide. Se ainda não é possível acabar de vez com os manicômios por conta de tantos interesses seculares, que pelo menos invertamos a complexidade do cuidado. No decorrer do tempo, a loucura foi sofrendo uma escamoteação de sua complexidade. Nada mais justo do que devolvê-la, e a liberdade é o primeiro passo para uma longa jornada.

Nessa inversão, um serviço como o SAMU passa a ser um trunfo importante. Isso porque pode atuar no território, naquele território subjetivo que falamos anteriormente, aquele que leva em conta a complexidade das pessoas e suas diferenças. Porém, o SAMU, atualmente, está configurado como mais um serviço que pulveriza a lógica manicomial pela sociedade. Tendo em vista não ter nenhum preparo para atender essa demanda, acaba por se lançar a campo totalmente despreparado, carregado de estigma e de práticas facilmente reconhecidas como as utilizadas nos hospitais psiquiátricos.

Percebemos o paradigma psiquiátrico que construiu a idéia de doença mental amparada na idéia de loucura-periculosidade e no repúdio à diferença no medo que acomete os auxiliares de enfermagem ao serem recrutados para atender tais casos, em que frequentemente recorrem ao corpo de bombeiros para se responsabilizarem pela imobilização de pacientes agitados. Aparece ainda no apelo da família para o internamento de tais pacientes e na imobilização física como principal manejo adotado para lidar com os pacientes. Por sua vez, as equipes mais experientes estão sempre dispostas a levar alguém relutante à força. A

vontade desse alguém não conta. Partem do princípio que o louco nunca sabe de si. O que era para ser complexo é severa e violentamente desmantelado.

Uma vez que o SAMU e o próprio sistema de saúde não estão em condições de reconhecer o sujeito como uma entidade complexa, acabam tendendo a uma simplificação progressiva que, por vezes, acaba determinando a emergência da crise. E é sobre a crise e a urgência psiquiátrica que falaremos a seguir.

### 3. O conceito de Risco em Saúde Mental: a crise capturada

Os serviços de urgência psiquiátrica se consolidam com a desospitalização e com a revolução dos psicofármacos, que passaram a ser os responsáveis pelo domínio da loucura fora dos manicômios (Basaglia, 2005). Em fins da década de 1960, a situação da assistência psiquiátrica no Brasil era a seguinte: mais de sete mil pacientes internados estavam lotados nos leitos-chão (sem cama), em média, casos agudos passavam sete meses internados e o índice de mortalidade era seis vezes e meia maior do que dos hospitais de doenças crônicas. De loucura não se morre, mas mesmo assim, o nível de mortalidade nos manicômios era gigantesco (Paulin & Turato, 2004).

Então, a lógica de compra estatal que beneficiava o setor privado acabou causando um grande déficit nos fundos da Previdência Social, que se viu obrigada a investir em soluções saneadoras para uma melhor utilização da rede pública de saúde e modernização de suas unidades. Assim, em 1968, o então Estado da Guanabara cria a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos (CPAP-GBM) que tinha como objetivo maior estudar as dificuldades da assistência psiquiátrica no estado. O relatório da análise feita pela CPAP-GBM apontou a rede de serviços psiquiátricos com o setor ambulatorial totalmente ineficaz, funcionando como um encaminhador de laudos para internação e o hospital psiquiátrico convencionado como único agente terapêutico. Para resolver esse problema, a comissão apontava os pressupostos da psiquiatria preventivista americana, como solução.

Esse relatório repercutiu nacionalmente, o que assegurou ao grupo que compunha a CPAP-GBM, um convite para realizar o mesmo estudo só que em âmbito nacional. O resultado desse estudo deu origem ao *Manual de serviço para assistência psiquiátrica* (Paulin & Turato, op. cit.). O Manual propunha a estruturação básica do preventivismo por meio de unidades de atenção primária, secundária e terciária, contemplando a desospitalização e, por

sua vez, a implantação de serviços extra-hospitalares. Foi nesse momento que as urgências psiquiátricas proliferaram no país, bem como ambulatórios, pensões e lares abrigados.

Com isso, a estratégia estava traçada, o controle continuaria, mas sem muros aparentes. O conceito utilizado desde os primórdios da psiquiatria, a crise, se reafirmou com toda força. Com os loucos fora dos hospitais, eram as crises que incomodavam a comunidade e a família, pois “quebravam” a normalidade e a agudização do sintoma deveria ser apaziguada pelos remédios. Afinal de contas, tudo que foge ao normal, merece a aplicação da norma. A medicação instrumentaliza a norma e passa a ser item indispensável para uma pseudoconvivência em sociedade, visto que o louco não é acolhido por ela, mas sobrevive a sua margem. A partir do momento que os remédios começam a não cumprir essa função, é o serviço de urgência psiquiátrica e suas medidas corretivas que emergem como uma estratégia a ser acionada, com a finalidade de suprimir a crise, equalizar o sujeito, devolver a ele a sua “normalidade” perdida, trazê-lo para dentro-de-si (Dell’Acqua & Mezzina, 2005; Birman, 2003).

E para tanto, utilizam as mais antigas táticas: a contenção mecânica, o confinamento nos asilos, a violência simbólica e física. Se o paciente está em crise, eles devem ser estabilizados. Ou seja, medicados, muitas vezes de forma abusiva e, contidos violentamente. Ainda hoje, os livros de psiquiatria ainda trazem capítulos inteiros sobre Eletroconvulsoterapia, que é indicada como tratamento para as urgências psiquiátricas. A justificativa psiquiátrica para o uso dessa prática é engenhosa. Afirmam que foi descoberto, há muitos anos atrás, que os neurônios que causavam os ataques epiléticos eram incompatíveis com os neurônios responsáveis pela psicose (Kapczinski, Quevedo, Schmitt & Chachamovich, 2001). Assim, era preciso induzir crises epiléticas no louco, pois, depois disso, ele ficaria “milagrosamente sereno”. Nesse caso, sereno quer dizer desacordado, o que certamente aconteceria com qualquer ser humano depois de levar descargas elétricas no

cérebro. Qualquer atuação é justificada por essa ciência, a fim de esculpir o indivíduo e suas individualidades socando-o para “dentro-de-si mesmo”, até mesmo a mais vil tortura.

De acordo com a Psiquiatria Preventiva, anteriormente citada, a crise é o agente patogênico da loucura, sendo sua causa por excelência. A crise é expressão de embate de forças contrárias, o instituído e as novas possibilidades, que causa um desequilíbrio. Como num terremoto, onde as placas tectônicas se movem para se acomodarem de uma forma nova, mas para isso precisam causar um terremoto. Em uma crise de sofrimento subjetivo as medidas “terapêuticas de urgência” adotadas não viabilizam novas configurações, uma melhor acomodação das placas, mas um retorno ao antigo, um enquadramento às regras já instituídas e das quais o indivíduo estava buscando se desprender. Causando mais sofrimento e iminentes reedições da crise (Moraes & Nascimento, 2002).

Dell’Acqua e Mezzina (2005) explicam que o atendimento à pessoa em crise é o ponto de máxima simplificação de uma relação onde ela (a pessoa) reduziu, progressivamente, a um sintoma a complexidade da sua existência de sofrimento. E de uma forma especular, o serviço de urgência se equipou para perceber e reconhecer o próprio sintoma, sendo ele mesmo um modelo de simplificação. Os vários serviços de urgência psiquiátrica de hoje herdaram, como não é de se admirar, a herança manicomial dos hospitais psiquiátricos, se configurando em manicômios menores, mas não menos destrutivos. Trata-se exclusivamente o sintoma. Não se questiona o serviço e nem a crise. Quem define a crise? E o que a caracteriza?

Os “definidores” da crise geralmente são as pessoas que tutelam ou acompanham de alguma forma o louco. São eles que notam a diferença<sup>19</sup> se manifestando e acionam o serviço, transformando a crise em urgência psiquiátrica. De acordo com Mir (2004), uma urgência psiquiátrica pode ser definida como a situação em que o transtorno do pensamento, do afeto e da conduta são de tal modo disruptivos, que *o paciente mesmo, a família ou a sociedade, consideram que requer atenção imediata*. Esta definição explicita bem o peso cultural e moral

---

<sup>19</sup> Essa diferença se exprime através de sintomas de sofrimento, como delírios, auto ou heteroagressividade, agitação psicomotora, dentre outros.

que pode assumir uma urgência psiquiátrica: é a família, o paciente ou a sociedade que decidem se o caso é uma urgência ou não. A crise é vista enquanto urgência a partir do momento que afeta diretamente a rotina da família (ou responsável) e que se decide denominar o acontecimento enquanto tal.

O conceito do risco em saúde mental se coloca aqui a partir do momento que a crise é o prenúncio do agravo ou desencadeamento de uma suposta doença mental (instalada ou futura). Com as novas tecnologias, a antecipação dos acontecimentos, de forma a se saber como será o futuro, se coloca nas mãos do indivíduo a possibilidade de mudar, de prevenir, *transformar o anormal em normal*. Transformar o anormal em normal é corrigir e aperfeiçoar, mas é, principalmente, não questionar os valores do presente, simplesmente, se adaptar à norma, como afirma Vaz (1999):

(...) A norma é um modo de reunir fato e valor, de conectar o ser ao dever-ser: o que é deve ser, pois a única mudança é a recomposição da norma. Trata-se de naturalizar os valores do presente por torná-los verdade, por apresentá-los como descoberta do que o homem verdadeiramente é (...) Por ser culpabilização, a norma implica um mecanismo de *feedback*: sua existência a reforça ao produzir o temor do anormal (p. 105).

E esse temor do anormal cria um círculo vicioso, implicando na normatização.

No século XIX, a estatística instrumentalizou a psicologia no estudo da regularidade dos desvios de comportamento. Já no século XX, as estatísticas desses comportamentos desviantes viabilizaram a contabilização e classificação de atos que probabilisticamente colocam a vida em risco no futuro. Em sua face positiva, o risco supõe que podemos prever o futuro através desse jogo de probabilidades estatísticas, remetendo-nos ao planejamento e à possibilidade de aventurar-nos *com segurança e controle* no uso de tecnologias bastante complexas. Sua outra face, porém, é a advertência constante sobre as conseqüências de nossos atos, que podem refletir enquanto um mau agouro no nosso futuro próximo ou até longínquo. Entretanto, o conceito de risco não se descola da medicina preventivista. Muito pelo contrário,

o risco nasce do casamento entre a estatística e a prevenção. Calcula-se a probabilidade de se incorrer determinada doença com o intuito de preveni-la o quanto antes (Vaz, op. cit.).

Como não podia ser diferente, quando o assunto é Saúde Mental, a loucura ainda é vista como doença, uma doença a ser prevenida. Se a crise é o fator que desencadeia, agrava e cronifica a loucura, a lógica posta para circular nos serviços é de suprimir a crise, debelá-la e enquadrar o sujeito. Levando isso em conta é interessante nos determos mais sobre o conceito de risco, que assume um aspecto central na discussão, visto ser o norteador do funcionamento do modelo de sociedade atual.

Com base na analítica do poder foucaultiana, Deleuze (1992) desenvolveu a idéia de sociedade de controle, que marcou a passagem da norma<sup>20</sup> ao risco, que se configuraria enquanto tecnologia produtora de subjetividades na contemporaneidade. Assim, o risco iguala contradições futuras no presente, convencionando que só é possível administrar o futuro de modo racional, considerando criteriosamente a probabilidade de ganhos e perdas, conforme as decisões tomadas no agora havendo uma ligação direta e irrefutável entre os passos dados hoje e os acontecimentos amanhã, desconsiderando os imprevistos, acasos e fluxos não dimensionáveis (Castiel, 2003).

Ou seja, se alguém leva uma vida sexual desregrada é muito provável, pela lógica do risco, que ela acabe contraindo uma doença venérea como a AIDS e defina até a morte. Esse seria o resultado dos atos não gerenciados racionalmente e abandonados a uma lógica diferente da dominante.

Com o advento do Capitalismo Industrial, emerge a necessidade de inserir nos corpos uma mecânica geradora de lucros. Assim, surge a Disciplina e é através dela que o poder passa a estabelecer uma outra relação com o corpo, constituindo novos modos de subjetivação (Rosa, 1997). Foucault (2002) diz que o momento do nascimento da Disciplina é o momento em que nasce uma arte do corpo humano que visa o aumento de suas habilidades,

---

<sup>20</sup> Referente à Sociedade Disciplinar. Para maior aprofundamento consultar Foucault, M. (2002) *Vigiar e Punir: O Nascimento da Prisão*. Petrópolis: Vozes.

aprofundando sua sujeição, tornando-o progressivamente dócil e útil, uma verdadeira anatomia do poder. Sendo assim, o indivíduo é cuidadosamente fabricado, seu território é produzido pelo esquadramento, vigilância das atividades, pela aplicação de um rigoroso controle de horário, pela investigação do tempo da ação e pela observação dos mínimos procedimentos.

Contrariando o poder soberano que tinha como figura central o rei, o poder disciplinar se materializa nos corpos dos sujeitos individualizados através de suas técnicas disciplinares. Ao invés de se apropriar e retirar bens como era costume das monarquias, o poder disciplinar tem como função maior o *adestramento dos corpos*, a fim de retirar e se apropriar ainda mais e melhor, administrando os corpos e gerindo calculistamente a vida. Posto para funcionar, sobretudo, nas instituições disciplinares<sup>21</sup>, o poder disciplinar permite o desenvolvimento de vários saberes sobre os corpos e sobre os indivíduos, construindo e descrevendo os padrões desejados de funcionamento, criando um modelo a ser seguido e que, por isso, controla o comportamento dos indivíduos, excluindo os que não se adaptam. Assim, o poder disciplinar inaugura a Sociedade do Normal, que se interioriza nas pessoas em função daquilo que elas deveriam ser (Moraes & Nascimento, 2002).

Já na Sociedade de Controle, a convocação é livre e a adesão, facultativa, embora estimulada. Porém, estamos nos referindo a uma forma de convocação diferente da formulada na sociedade disciplinar. Uma convocação desenhada para exercer um poder positivo insidioso que impele o sujeito à produção de novas formas de subjetivação e engendramentos de subjetividades, um poder que de tão pulverizado é quase imperceptível aos olhos (Passetti, 2003). Assim, sob a trindade francesa de igualdade, fraternidade e liberdade, se manter fora do movimento dominante pode custar muito caro. O boicote da nova idéia de normalidade (que inclui, acima de tudo, gerenciar e controlar riscos a fim de não sofrer conseqüências negativas) é algo que deve ser evitado.

---

<sup>21</sup> Como as escolas, quartéis, conventos e hospitais.

A diversidade e densificação de universos que se misturam em cada subjetividade tornam suas figuras e suas linguagens obsoletas rapidamente, convocando-as a um esforço quase contínuo de reconfiguração. A subjetividade se descobre incerta e precária, mudando completamente a noção de desestabilização. Com a intensificação da experiência de desestabilização, esta não mais é associada ao conceito de doença, mas ao de normalidade (Rolnik, 2000).

Este é contraditório movimento contemporâneo, pois ao passo que a sociedade de controle requisita um sujeito fluído, ele responde a um diversificado apelo identitário das órbitas de mercado que sempre geram um falso movimento, sempre um desmantelamento de territórios para reconstruir, da mesma matriz, novas combinações. O medo é que depois de se desestabilizar, não seja possível se reconfigurar de maneira mais ampla de forma minimamente eficaz. Assim, na sociedade de controle, os corpos se constituem de forma minimalista e pretensamente capazes de vestir toda espécie de identidade, o que desperta a angústia de ter que mudar incontáveis vezes, se fazendo e desfazendo num piscar de olhos (Rolnik, 2006).

Por trás dessa normalidade convencional, aquela em que estamos sempre bem, prontos para desempenharmos os mais diversos papéis sociais, internalizando as exigências de atuar diplomaticamente, relativizar e nunca ferir os direitos alheios, o controle foi disseminado e dimensionado em cada ser. Discutindo sobre isso, Passetti (2003) traz o conceito nietzschiano de *divíduo* que rebate a *idéia de indivíduo* e de sua suposta autonomia. Completa afirmando que “a sociedade de controle sofre de melancolia do indivíduo e esboça a continuidade da utopia da autonomia e liberdade” (p. 257). O *divíduo* é múltiplo, flexibilizado, fragmentado, parte *software*, parte corpo humano. É um híbrido de ser humano e robô que sustenta a crença num futuro clone e que por participar dessa malha de fluxos tecida pelo poder ganha como prêmio segurança e garantia (Passetti, op. cit.). Aqueles que o

fazem dormir bem à noite, com a certeza de que tem o controle em suas mãos, sem ao menos perceber que é o próprio controlado.

Num mundo que busca se livrar da complexidade, formatando um território esquadrinhado pelo poder, a loucura teima em gerar contradições, instabilidades e dúvidas. Apesar de todos estarmos propícios a entrar em crise em algum momento da vida, os loucos, por terem recebido o rótulo de doentes mentais, acabam mais monitorados quanto a essas ocorrências. E por serem considerados incapazes, são tolhidos de resolverem suas próprias questões, tendo em vista serem entregues, nessas ocasiões, nas mãos dos ditos especialistas.

Os especialistas têm a função de aplacar o risco, analisar os erros na conduta anterior do sujeito e ditar seus novos direcionamentos a fim de prevenir falhas futuras, assegurando a “saúde”. A “experiência” do risco participa da formatação de matrizes identitárias e da configuração de subjetividades suscetíveis a interpretações, sendo profundamente sugestionáveis (Castiel, 2003). A loucura fica, assim, hermeticamente fechada, trancada sobre si mesma. Os loucos precisam se comportar tais quais os “normais”, seguir um ritmo que não é o deles e jamais questionar o que lhes é imposto. Para se ajustarem tomam remédios, dúzias deles. Traçam formas para lidar com a contemporaneidade: alucinações, delírios, outros mundos possíveis. E por isso seguem recebendo o rótulo de doente, de perigoso. Como subsistir num sistema que busca desmaterializar a diferença, num ritmo que estimule mudanças controláveis, direcionamentos previsíveis de uma massa inteiramente manobrada?

Exigem-se denúncias em nome de uma ética, pela defesa da saúde alheia, da segurança dos outros e de si mesmo, uma proteção contra o que não se conhece. O que é estranho e incômodo. Uma denúncia de vivos sobre vivos, em nome da sociedade e do Estado para o corpo são. É preciso regras e protocolos para tudo, uma moral sólida regida por éticas responsáveis com a finalidade de aplacar sustos (Passetti, 2004).

É preciso estar seguros diante das crises da loucura. E a urgência psiquiátrica aparece com a missão de suprimir o que há de anormal para trazer o louco a uma realidade controlada,

previsível, que deve investir nas mudanças, mas primando a ordem estabelecida. É possível repensar as práticas da urgência? É possível mudarmos esses serviços que têm bases manicomialis tão fortes?

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) dizem que o desmonte do hospital psiquiátrico deve ser feito de dentro pra fora. O processo de desinstitucionalização da loucura se realiza através das transformações institucionais através da utilização de recursos e problemas internos para construir pedaço por pedaço as novas veredas. Como buscamos a desinstitucionalização no tocante à urgência psiquiátrica é indispensável que pensemos esse processo também de dentro pra fora. Só pensando as bases de um serviço como esse podemos de fato enxergar suas potencialidades e problemas a fim de “desestruturá-los logo de saída” (Romagnoli, 2006), produzindo novas formas de cuidado nas urgências.

Sabemos que é a própria rigidez dos procedimentos adotados na Rede de Atenção Psicossocial que não apenas dificultam, bem como determinam a emergência das crises (Dell’Acqua & Mezzina, 2005). O que encadeia uma ciranda de *crise-supressão-crise* sem fim. A formatação desses serviços impossibilita a formação de vínculo, visto que são pontuais, ignoram a complexidade do sofrimento, simplificando-o através da atenção ao sintoma. Assim, retira do indivíduo a responsabilidade sobre o seu estado e a sua vida, desresponsabilizando-o através do atestado de que o que está se manifestando é a doença e não ele próprio. Deste modo, o descontextualiza, insere-o em um cotidiano artificial isolado, roubam sua autonomia, desconsideram a potencialidade da crise enquanto movimento de mudança e transformação.

O foco do trabalho das urgências psiquiátricas está primordialmente no procedimento, em sua dimensão biológica, no corpo pensado como objeto de intervenção da anatomia patológica e qualquer fator que extrapole esse âmbito é desconsiderado. Então, até mesmo enquanto doença mental, a loucura foge da lógica das urgências. Não se manifesta enquanto lesão palpável ou visível, portanto, evoca outros questionamentos, incomoda por diferir tanto

das outras demandas, não se encaixa no espaço, não se submete à autoridade, põe em xeque os técnicos e seus conhecimentos, desvela as suas impotências. Por essa força desacomodadora é que ela acaba sendo o mais veloz possível, calada. E as mordanças e drogas são visíveis e se fazem sentir enfaticamente.

É importante frisar que com o processo de desospitalização dos loucos, a crise passou a ter um papel muito mais importante do que tinha dentro das instituições de seqüestro<sup>22</sup> (Moraes & Nascimento, 2002). Isso porque além de continuar sendo vista como a prova viva da loucura, a causa do adoecimento mental por excelência, é um momento particularmente vulnerável e potente, espaço privilegiado de produção subjetiva através de linhas diversas.

Como indicado anteriormente, a crise se configura como um momento de intensa fragilidade subjetiva, uma desterritorialização que busca reterritorializar-se<sup>23</sup>. Nesse contexto as práticas profissionais incidem como produtoras de modos de subjetivação auxiliando nesse processo. Assim, técnicas manicomiais favorecerão a reprodução de subjetividades manicomiais, por sua vez, as práticas libertadoras agenciarão aberturas inéditas. Portanto, não é difícil entender porque a crise é o acontecimento central utilizado pela psiquiatria para capturar a loucura. É geralmente através dela que a psiquiatria continua esculpindo doentes mentais para serem depositados primordialmente em seus hospícios a fim de reforçar sua importância e, como consequência, gerar muitos lucros.

Além disso, a crise juntamente com a idéia de risco, se constituem na “cola” do que une a urgência à psiquiatria, dando origem à urgência psiquiátrica. Na sociedade de controle atual que prescinde cada vez mais das instituições disciplinares e reforça o controle da vida a céu aberto, essa não é uma estratégia inesperada. Então, é imperativo levantarmos algumas

---

<sup>22</sup> Os hospitais psiquiátricos recebem essa denominação por utilizarem o seqüestro, retirada dos seus internos do convívio em sociedade, em nome de uma “terapêutica”.

<sup>23</sup> O conceito de territorialização formulados por Deleuze e Guattari (1995) se refere a um processo constante construção de territórios subjetivos, ou seja, modos de ser dos sujeitos (processo de subjetivação). E faz contraponto a desterritorialização que seria a desconstrução desses territórios.

questões: sendo a crise uma manifestação autêntica do indivíduo que sofre, que possibilidades traz? Que caminhos novos enseja e desenha, esculpindo cordilheiras nunca antes esboçadas?

Se urgência é uma “ocorrência imprevista de *agravo à saúde* com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata” (Grifos nossos) (Fernandes, 2004, p. 02), é importante frisar que o que está em jogo é a imprevisibilidade. Nesse caso, queremos focar na crise enquanto imprevisto, que Costa (2007) define como:

“(...) um momento individual específico, no qual efervescem questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis singulares, que afetam em graus diversos a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio, e costumam ser determinante das demandas e intervenções em serviços de Saúde Mental.” (p. 96).

Pessoas em crise, geralmente, precisam de ajuda e em alguns casos extremos, essa ajuda precisa ser imediata. Assim, é importante preservarmos a idéia de urgência enquanto um serviço que pode ser prestado com a prontidão necessária para assegurar a resolutividade que o caso requisita, muitas vezes por questões como a de acessibilidade. No entanto, é mais importante ainda que possamos desconstruir a idéia de urgência em psiquiatria, a fim de eliminar junto com ela toda a sua história de violência e estigma.

A nossa proposta aqui é pensarmos uma *ética-cuidado* pactuada que se aproxima muito mais de um tipo de *atenção urgente à pessoa em crise* do que simplesmente ao atendimento de uma urgência psiquiátrica. A urgência psiquiátrica traz consigo aspectos microfísicos que reforçam a idéia de loucura como doença mental, conceito que, como vimos, foi forjado há séculos atrás e tem conseqüências prejudiciais.

Então, se a loucura foi moldada enquanto doença mental, isso quer dizer que ela pode ser reinventada em uma outra leitura. Ao invés do louco construir um espaço subjetivo de doente mental, ele pode, de fato, agenciar territórios mais potentes. É melhor nos colocarmos no lugar de quem pode auxiliar nessa invenção de produção incessante de vida como profissionais comprometidos com a *ética*.

Essa *ética* não deve ser baseada em valores morais, mas em princípios vitais, sendo sempre em nome da vida e do desemperramento de seus fluxos que se inventam estratégias, a fim de sustentar o seu movimento de expansão, não importando quais atitudes serão tomadas, das mais simples às mais sofisticadas e criativas (Rolnik, 2006). Quando nos referimos ao *cuidado*, trazemos nesse termo a idéia ilustrada por Ayres (2003/2004) de revalorização da sabedoria prática da pessoa que sofre. Como assim? Podemos até não concordar com uma dada crença dessa pessoa, porém, se simplesmente desconsiderarmos um saber não técnico, implicado na questão de saúde com a qual estamos lidando, estaremos tolhendo a pessoa assistida de participar ativamente da ação em curso. *Cuidar* nas práticas de saúde deve envolver o desenvolvimento de atitudes e espaços de *encontro*, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem nunca se resumir a ela (Ayres, op. cit).

Desmontando a lógica da urgência psiquiátrica, uma *ética-cuidado na atenção urgente à pessoa em crise* delimita apontamentos diversos. Sendo apontamentos, não estão circunscritos como regras, mas enquanto pontos que devem ser observados e trabalhados de acordo com a necessidade de cada situação. Antes de tudo, é crucial enxergarmos a pessoa. Uma pessoa com história, capaz de produzir sentido para a sua crise. A crise não é um diagnóstico com terapêutica delimitada previamente, muito pelo contrário, é fundamental vermos a crise como potencialidade e procurarmos o sentido que a pessoa em questão lhe confere.

Nesse tocante, Teixeira (2005) traz a noção de *acolhimento dialogado*, que seria uma

“(...) técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, (...) em qualquer dos encontros (...) No sentido mais amplo possível corresponde àquele componente das conversas que se dão nos serviços em que identificamos, elaboramos e negociamos as necessidades que podem vir a ser satisfeitas.” (p. 322).

Assim, o acolhimento dialogado prima pela busca de um maior conhecimento das necessidades que o usuário traz de modo a satisfazê-las. E isso faz parte da *ética-cuidado* num momento de crise, que pode não necessariamente envolver palavras, mas atitudes ou outra

forma de comunicação. Quando a pessoa se sente acolhida, mais segura, sem medo de ser violentada por contenções de todo tipo, fica mais fácil estabelecer vínculos. No entanto, a questão do acolhimento não pode ser resumida a uma técnica, mesmo que dialogada, pois se trata de um indicativo de um bom problema a ser pensado e experimentado, não necessariamente de uma solução. Este bom problema deve lançar luz sobre: resolutividade, acessibilidade, vinculação e dentre outros norteadores. Ao contrário do que muitos pensam, o vínculo pode ser estabelecido para aquele exato momento de crise. O acolhimento e a visão ética de que devemos dar suporte à vida favorece a vinculação.

Levando em conta essas inquietações, buscamos realizar um estudo para investigar as práticas dos profissionais do SAMU/Aracaju frente às ocorrências psiquiátricas discutindo as suas possíveis articulações com a Rede de Atenção Psicossocial no município enquanto potencial ferramenta de Desinstitucionalização. A seguir, abordaremos os eixos metodológicos que nos ajudaram a compor uma cartografia desse movimento.

#### 4. Um Ensaio Metodológico

*“Mas não será verdade que, na ciência, o equívoco ocorre mais que o acerto?”*

(Alves, 2002, p. 113)

Foucault, fazendo ressoar as idéias nietzschianas, situa o presente enquanto tendo um caráter instável e designa à filosofia, a arte do diagnóstico do presente. Para tanto, o papel da filosofia é tornar visível o que já está presente, fazer surgir o que está tão ligado e confundido a nós mesmos, que não o percebemos. Diagnosticar o presente não seria prever o futuro (alimentando o conceito de risco, por exemplo), mas estar atento aos movimentos que constituem a nossa atualidade, considerando sua dimensão histórica, cultural, desnaturalizando universais e problematizando as inércias (Foucault, citado por Artières, 2004).

Assim também, em uma analítica de inspiração foucaultiana, a pesquisa não procura verdades absolutas; antes coloca em questão a tradição moderna que sustenta a ciência, desencadeando um processo de desterritorialização para inaugurar uma nova forma de produzir conhecimento onde sujeito e objeto não ocupam lugares determinados por pensamentos pré-estabelecidos. Para refletir sobre como fazer pesquisa optamos por um direcionamento teórico-metodológico, um posicionamento ético, estético e político: a Cartografia.

De acordo com Kirst, Giacomet, Ribeiro, Costa e Andreoli (2003), “cartografar remonta a uma tempestade (...) Tempestade de escolher rotas a serem criadas, constituir uma geografia de endereços, de registros de navegação, buscar passagens (...)” (p. 91). Em geografia, a cartografia é um desenho que acompanha e se forma simultaneamente aos movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também podem ser cartografadas e isso se faz acompanhando o desmanchar de certos mundos e a formação de

novos, territórios outros construídos para expressar afetos contemporâneos, visto os universos vigentes terem se tornado obsoletos nesse aspecto (Rolnik, 2006).

A ciência é apenas mais uma forma de explicar essa realidade, assim como os mitos, religiões, filosofias, poesia e arte. E, portanto, não é exclusiva, conclusiva e, nem tampouco, definitiva. Mas, a ciência, principalmente no ocidente, encarna o papel de única produtora de verdade tida como absoluta. De acordo com Aragão, Barros e Oliveira (2005):

(...) a ciência, como uma das possíveis formas de pensamento, delimita suas pretensões a partir da caracterização de um duplo movimento: contra o senso comum e de afrontamento do caos, entendido como velocidade infinita, e não como desordem ou acaso. A ciência impõe limites ao caos, traçando um plano de referência a partir do qual ele será pensado, referenciado, por conseguinte, por meio dos processos de exigência de fechamento e estabilização artificial do seu objeto de investigação. Estuda mistos espaços-temporais e determina estados de coisas sobre os quais incide sua investigação, gerando conhecimentos. Assim, o conhecimento científico é sempre produção de uma verdade em certas condições de observação. (p. 19).

Produção de *uma verdade levando em conta um contexto*, não produção *da verdade*. Precisamos de contingentes específicos para chegar a um determinado resultado. Se mudarmos alguma variável, mudamos, por conseguinte, o resultado. Constrói-se uma outra verdade. A ciência positivista trabalha com o conceito de previsibilidade, sendo necessário fechar e estabilizar artificialmente o objeto de estudo que está dançando no caos<sup>24</sup> da realidade, isolando-o numa ilha de estudos. Não se consideram as alterações no objeto quando ele é isolado num contexto simulado e as afetações do sujeito que são produzidas nesse encontro de dois mundos distintos, que se afetam e interagem de formas até mesmo imperceptíveis aos nossos sentidos.

Contrariando essa ciência positivista, caçadora de uma pretensa verdade escondida, consideramos os acontecimentos, a verdade e a vida enquanto resultantes histórico-políticos,

---

<sup>24</sup> Caos aqui é entendido não como desordem, mas como velocidade infinita da realidade, de acordo com Aragão, Barros e Oliveira (2005).

singulares, circunstanciais e localizados. Então, isso significa que o caminho tomado também participa do conhecimento produzido, a maneira que se escolhe para apreender o saber, define um tipo de saber específico. Não se trata de encontrar uma verdade, mas de atualizar uma virtualidade<sup>25</sup>. Nesse caso, a pesquisa busca a identificação de certas regras de formação dos enunciados, das proposições, de certa forma de colocação do problema. (Aragão, Barros & Oliveira, 2005; Gauthier, 1999).

Essa visão rompe, eminentemente, com o conceito de neutralidade científica que pressupõe que o pesquisador precisa ser um estímulo neutro no seu campo de pesquisa, sem se envolver com o que se passa e nem envolver nada que acontece. Precisando não interferir, não fazer parte do cenário e nem do movimento. A saga das ciências humanas em se adaptar às regras das ciências naturais como a neutralidade, o isolamento, a recriação do fenômeno, tal qual moléculas em tubos de ensaio que se juntam e se separam diante de estímulos elétricos, num ambiente artificial com condições pré-estabelecidas, deu luz a esse tipo de “recorte asséptico” do real. Um recorte que tenta, antes de tudo, “domar” e simplificar poucos milímetros do caos, que são tomados como o todo, e enquadrá-los numa luz artificiosa, com o intuito de sacralizar aquele ângulo como *a verdade absoluta*.

Além disso, os instrumentos usados na pesquisa também configuram o conhecimento produzido. O instrumento interfere no objeto<sup>26</sup> a ser medido e por isso ele também pertence ao fenômeno estudado. “Cada abordagem teórica, cada dispositivo de olhar, cada observação modificam o objeto de estudo. Nunca estudamos um objeto neutro, mas um *objeto implicado*<sup>27</sup> caracterizado pela teoria e pelo dispositivo que permite vê-lo, observá-lo, conhecê-lo” (Gauthier, 1999, p. 24).

---

<sup>25</sup> Aqui entendida como o que não é manifesto, mas existe em potência, de forma latente. Oposto de *atual* que é o que se manifesta, vira realidade de fato (Souza, 2007). Para um maior aprofundamento no tema, consultar Lévy, P. (1996). *O que é o virtual?* São Paulo: editora 34.

<sup>26</sup> Que também é construído pelo pesquisador, tal qual estou fazendo nessa dissertação, configurando o problema que me afetou pessoalmente quanto às urgências psiquiátricas no SAMU.

<sup>27</sup> O grifo é meu.

Segundo Kirst, Giacomel, Ribeiro, Costa e Andreoli (2003), “para findar com as cores, sabores, apetites e odores que frutificavam uma multiplicidade de matizes do pensamento e que, com sua leveza, enalteciam a dúvida, forjou-se o método” (p. 93). A metodologia científica trabalha com base nas previsibilidades e certezas de sempre se saber (ou iludir-se) sobre onde está se pisando. Em nome dessa certeza, foi colocada em xeque a complexidade do real. A metodologia positivista se constitui inflexivelmente como *garantia* de uma suposta “pureza” de raciocínio que seria imanente a todo o processo de pesquisa. Visto que emoção e razão foram cindidas desde o cogito cartesiano, tudo aquilo denominado de subjetivo devia ser desconsiderado porque a verdade só apareceria frente à experiência empírica e razão bem conduzidas.

Então, a autoridade da experiência foi deslocada do indivíduo e colocada no método que poderia ser usado por qualquer um que lançasse mão dele. A partir disso, seria possível agregar ao indivíduo a autoridade metodológica, o que o tornaria um *sujeito epistêmico universal*. Isso alicerça a produção de um conhecimento reconhecido como generalizável, oficializando um modo de apreensão estático, excluindo toda a diferença e movimento, assegurando certezas e um solo firme a ser pisado.

Buscando reconhecer a velocidade infinita da vida, adotaremos uma outra forma de olhar que privilegia esse movimento, que não tende a simplificar o caos e que ousa tocar a abertura do devir não se atendo à mera descrição do real. Com a finalidade de acompanhar um processo, procurando identificar os pontos de tensão, as tramas, os nós, onde as relações contraditórias se entrelaçam (Aragão, Barros & Oliveira, 2005).

A Cartografia, enquanto inspiração para o pensamento e o proceder metodológico, foi idealizada por Gilles Deleuze e Felix Guattari, com o intuito de investigar os modos de produção de subjetividade e não formar a representação de um objeto que privilegia o estabelecimento de um caminho linear para chegar a um fim determinado. Neste caso, não há uma coleta de dados como se eles sempre estivessem ali esperando para serem colhidos, mas,

uma *produção dos dados* (Kastrup, 2007). É o conhecimento que se produz na própria construção do objeto, compreendendo a implicação do pesquisador entrelaçado a este<sup>28</sup> e pressupondo-se uma produção de subjetividade. Produção que fora deste *intermezzo*<sup>29</sup> não existiria (Mairesse, 2003; Kirst, Giacomel, Ribeiro, Costa & Andreoli, 2003).

A pesquisa é uma ação política e requer uma ética, que diz respeito às escolhas do pesquisador. Ao delinear o que pesquisar e ao determinar qual base teórica será utilizada, o pesquisador efetiva, necessariamente, escolhas políticas. O conhecimento é sempre histórico e, ao fazer escolhas, o pesquisador tem como horizonte sua inserção no campo social e suas opções expressam a mentalidade de um determinado momento histórico (Aragão, Barros & Oliveira, 2005).

Nesse contexto, a produção de conhecimento está muito mais associada à violação das regras do que à sua obediência, no sentido de negar os diferentes tecnicismos e questionar os especialismos que endurecem e asfixiam a vida, criando atalhos, linhas de fuga, possibilitando o desenrolar de novas práticas. Podendo, assim, concorrer como estratégia para a transformação ou para a manutenção do que se delimita como real.

O compromisso com a vida é o principal empenho do cartógrafo/pesquisador. É através da abertura à vida que se percebem as intensidades que agenciam desterritorializações, potencializando as possíveis linhas de fuga, desvendando novas formas, articulando os núcleos que potencializarão mudanças e movimentos. Trabalhar com a cartografia suscita a potência da vida e a *perplexidade de sair do mesmo*, exatamente por conta disso evoca as incertezas, o caminho que se faz caminhando, diferente daquele traçado pela metodologia científica tradicional que já dá o percurso do início ao fim milimetricamente traçado. Um caminho a ser inventado pode tomar qualquer forma, assumir qualquer direção e, exatamente por isso, requer uma sensibilidade aguçada, cautela, rigor, precisão e intuição daquele que

---

<sup>28</sup> O objeto.

<sup>29</sup> Lugar que não compreende nem o pesquisador e nem o objeto, mas o “espaço-entre” os dois (Kirst, Giacomel, Ribeiro, Costa & Andreoli, 2003).

caminha (Mairesse, 2003; Gauthier, 1999; Artières, 2004). Foucault (citado por Artières, 2004) defende que o trabalho de diagnóstico passa por uma relação física com a atualidade que coloca o *corpo teso* enquanto instrumento para medir o caráter intolerável do presente, um verdadeiro instrumento de luta para enfrentar, para investigar, para pensar, tornando a pesquisa uma verdadeira *prática de si*.

Portanto, nesse contexto, a pesquisa está longe da forma asséptica defendida pela ciência positivista moderna, contradiz o método e a sua suposta neutralidade, desmonta a primazia da razão, dando espaço para a complexidade, as sensibilidades, a intuição e as ditas *subjetividades*. Nesse método, o corpo do pesquisador vira instrumento de pesquisa atravessado por várias forças, marcado por intensidades que engendram fissuras e fendas, mudando a sua geografia, impulsionando o movimento da vida ao invés de enquadrá-lo. Antes de tudo, considera-se a influência do momento histórico, da cultura, do tempo em que se encontra se implica na construção de uma problemática e de um objeto de pesquisa, criando e recriando-o, inventando o caminho no espaço dos seus passos.

Para Foucault (citado por Adorno, 2004), a ética da pesquisa vai além de meros direcionamentos quando se está no campo ou escrevendo. A ética precisa ser ética da vida. Segundo ele, é necessário se confrontar, passo a passo, o que se pensa e o que se diz com o que se faz e o que se é. Assim, Foucault liga a análise histórica e teórica das relações de poder, das instituições e dos conhecimentos com os movimentos, as críticas e as experiências que as questionam na realidade, com a finalidade de pô-las à prova e mudá-las. Parafraseando Foucault, Adorno (2004) diz que a chave política pessoal de um filósofo, bem como de um pesquisador, não deve ser pedida às suas idéias, mas à sua filosofia enquanto vida, à sua vida filosófica. Destarte, a filosofia-prática da pesquisa e a própria vida do pesquisador devem ser uma extensão. O sujeito implicado nessa relação se posiciona e não expõe simplesmente a sua opinião pessoal, mas se expõe enquanto sujeito da enunciação, e a confiança que se tem nas suas palavras se baseiam nas suas atitudes (Adorno, 2004).

Portanto, ser pesquisador/cartógrafo é mais que abordar um problema. É mergulhar no campo, atirar-se ao inusitado, entregar-se às incertezas e aos rodopios sem fim do caos imprevisível, aberto às mudanças, às marcas e aos movimentos que vão sendo talhados no seu próprio corpo, encarnado de consistência, sensibilidade, intuição e pensamento.

#### **4.1. Rascunho Cartográfico: os passos da pesquisa**

Durante o ano de 2004, depois de algumas tantas vezes, já não era de se estranhar o meu paradeiro nas sextas-feiras à noite. Um dos meus estágios curriculares, ainda na graduação, foi em um serviço com horário muito elástico, o que me conferiu uma ampla gama de opções, inclusive as mais inusitadas. Optei por estagiar no Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência, o SAMU, na cidade de Aracaju/SE. E era lá que eu passava as quintas e sextas-feiras à noite.

Éramos uma equipe de nove estagiários e tínhamos sido convocados pela coordenação geral para trabalharmos com estresse no trabalho. Porém, a demanda descortinada ante os nossos olhos era de outra ordem.

Ficávamos na central de comando, local onde os telefones são atendidos e as providências são tomadas quanto aos atendimentos, às ambulâncias que serão enviadas e de onde são feitos os contatos com os serviços de base<sup>30</sup> que atenderão as vítimas.

Era uma noite de sexta-feira incomum por conta da aparente tranquilidade dos telefones. Num determinado momento, um dos seis telefones toca, um dos TARM's<sup>31</sup> retira o fone do gancho, proferindo o atendimento padrão:

– “SAMU/Aracaju – 192, Boa noite.”

---

<sup>30</sup> Estamos nos referindo aos serviços fixos como hospitais, CAPS's, Unidades de Saúde da Família, em contraposição ao SAMU que é um serviço móvel.

<sup>31</sup> Técnico auxiliar de regulação médica.

Depois de colher todas as referências do solicitante, como local da ocorrência e queixa, olhando para o médico regulador na sua frente, o TARM diz:

– *“É uma ocorrência psiquiátrica... Estou passando a ligação”*.

O médico atende ao telefone e depois de meia dúzia de palavras, pergunta:

– *“Ele está agressivo?... Então a gente não vai, não... Não temos pessoal pra isso... É bom você chamar a polícia...”*.

O telefone foi sumariamente desligado. E casos como aquele foram relatados como piada entre os funcionários. Naquela mesma noite, outras ocorrências psiquiátricas se colocavam, no entanto, os reguladores arrematavam as ligações dizendo que não tinham pessoal para fazer aquele tipo de atendimento. E quando decidiam atender as ocorrências, adotavam procedimentos como a imobilização mecânica e remoção do paciente para a urgência de base (fixa), lotada inicialmente no CAPS III e depois, deslocada para a Urgência Clínica e Mental (UCM) no Hospital filantrópico São José (inaugurado em 2005).

Foi essa noite que acabou gritando aos nossos ouvidos e apontando esfuziantemente aos nossos olhos o que estávamos, de fato, buscando ali.

No primeiro dia de estágio, fomos atendidos pelo coordenador geral. E foi ele que nos indicou a existência da Portaria 2048/GM de 05 de novembro de 2002, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, que tem como dispositivo móvel pré-hospitalar o SAMU, que foi oficializado através da Portaria 1864/GM de 29 de setembro de 2003 (Brasil 2002; Brasil, 2003). E foram nestas portarias que fomos procurar quais relações oficiais existem entre o Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência e a demanda de Saúde Mental. Qual não foi a nossa surpresa ao descobrir que a portaria 2048/GM define o que são urgências psiquiátricas e atesta que estas são de competência técnica dos serviços de urgência, o que inclui o SAMU.

Depois da realização da *I Oficina Nacional de Atenção às Urgências e Saúde Mental: Diálogos sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Reforma Psiquiátrica* realizada em Aracaju – SE, no segundo semestre de 2004, convencionou-se que esta parte da

portaria seria cumprida em uma parceria baseada no matriciamento fornecido por um CAPS<sup>32</sup> que seria referência para o SAMU. Porém, mesmo depois desse encontro, os atendimentos realizados pelo SAMU continuaram com o mesmo formato e nenhuma parceria foi pactuada com a Saúde Mental.

Com as portarias em mãos pensamos ter achado finalmente a maior arma para negociar uma sistematização do serviço em Saúde Mental no SAMU – Aracaju. A partir da confirmação que o SAMU realmente deveria por lei atender às ocorrências psiquiátricas e, que estas não eram “caso de polícia” como eles colocavam, pusemo-nos a trabalhar em um projeto que desse corpo a essa constatação, a fizesse virar atos e providências. Mudanças por excelência.

Preparamos um projeto de intervenção com a finalidade de organizar uma semana de capacitações sobre saúde mental para discutirmos essa questão com todos. No entanto, quando apresentamos nosso projeto à coordenação, já era fim de semestre e dificuldades nos impediram de colocá-lo em andamento. Entretanto, a minha inquietação ainda persistiu e foi exatamente esse projeto que veio a ser o embrião do meu projeto de mestrado.

#### **4.2. O ingresso no Mestrado e a Primeira Etapa da pesquisa de campo**

A partir das inquietações nascidas em 2004, no ano de 2006, iniciei o mestrado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte na cidade de Natal, com o intuito de continuar o trabalho de onde tinha parado. O meu objetivo era investigar se os profissionais conheciam a portaria 2048/GM, o que sabiam sobre a Reforma Psiquiátrica e verificar a existência e eficácia das capacitações em Saúde Mental no SAMU.

Era a portaria o meu maior instrumento de negociação e diálogo e justificativa, nela eu ancorava as minhas afirmações, defesas e direcionamentos. Porém, depois de muitas

---

<sup>32</sup> Centro de Atenção Psicossocial.

considerações e análises, foi exatamente a portaria que começava a me incomodar. Ela parecia não condizer com aquilo que eu já defendia ferozmente: a Desinstitucionalização. Muito pelo contrário, ela tinha muito mais a ver com a prática manicomial realizada no SAMU do que com o discurso de mudança que eu tentava articular. Como assim? Vejamos.

A portaria constitui a urgência psiquiátrica enquanto um ato médico que deve privilegiar um diagnóstico, neste caso, psicopatológico, prefigurado pelo reconhecimento da *doença mental*. Os nossos questionamentos se inspiravam em questões como apontadas por Tesser e Luz (2002) que explicam que as “entidades doenças” são os construtos teórico-operacionais em torno dos quais gira toda a abordagem da biomedicina. Por conta do excesso de importância dada às doenças, elas se tornaram ontologizadas sendo tão defendidas que assumem um *empenhamento metafísico* e passam a dominar a investigação, a teoria e a terapêutica, se constituindo como uma realidade. O objetivo geral da diagnose é o enquadramento de determinados sintomas numa síndrome previamente convencionalizada, da forma mais minuciosa possível. Deve-se ressaltar que essa combinação entre sintomas e síndrome só é possível porque a idéia de *normalidade ideal* é levada em conta como parâmetro, então o que não é normal, é patológico. Visto ser o diagnóstico a “verdadeira arte” da medicina, que tanto melhor se faz com o paciente morto, que vivo<sup>33</sup>, um diagnóstico mais preciso é feito a partir do apagamento do sofrimento do paciente, aqui nesse caso, não necessariamente um apagamento, mas um sufocamento através da contenção por mordanças, cordas, ataduras que prendem e imobilizam todo o corpo do louco (Camargo Jr., 2005; 1992).

Ainda a portaria traz como procedimento o reconhecimento da necessidade de *acionar outros atores* no atendimento às urgências psiquiátricas, quando *implicar a segurança das equipes de APH*<sup>34</sup> (vítimas *agressivas* em situações de risco para si e para os outros). Adotar *medidas no manejo* dos pacientes agressivos, psicóticos e suicidas (Brasil, 2002). Essa configuração reedita o paradigma da periculosidade que liga loucura à agressividade,

---

<sup>33</sup> Muito bem ilustrada pela anatomia patológica.

<sup>34</sup> Atendimento Pré-Hospitalar.

autorizando a atuação dos bombeiros e polícia nos atendimentos e a contenção como *medida primordial no manejo dos pacientes* psiquiátricos. O conceito de urgência psiquiátrica repousa eminentemente sob o fator “agressividade” e, o justifica, visto que se o indivíduo é violento só a contenção física e a equação ‘*médico + bombeiros*’ podem lhe dar cabo, desvalorizando assim, todo o contexto da Reforma Psiquiátrica e da Desinstitucionalização. Então, a portaria é essencialmente uma forma de entrar no serviço, no entanto, dentro do nosso universo de preocupações que redefinimos durante o percurso da investigação, é muito mais parte do problema do que da solução.

Tendo em vista a necessidade de imersão no campo, decidimos organizar uma primeira experimentação que durou aproximadamente um mês (janeiro de 2007) e que serviu para pôr abaixo algumas idéias e disparar outras discussões.

Ao chegar ao SAMU/Aracaju, em janeiro, o campo foi mapeado, o que serviu para elucidar a dinâmica dos atendimentos psiquiátricos. A equipe responsável são os médicos reguladores (de forma indireta, visto que realizam a intervenção por telefone), os auxiliares de enfermagem e os condutores veiculares (compõem o grupo das Unidades de Suporte Básico – USB’s – e realizam o atendimento no local da ocorrência). Essa constatação mudou o público alvo, que antes compreendia somente os profissionais de saúde do SAMU (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem). Os médicos fazem a regulação por telefone e os enfermeiros não têm nenhum contato com essa demanda. Já os condutores veiculares têm uma participação ativa juntamente com os auxiliares de enfermagem. A partir disso, procuramos delimitar os *médicos, auxiliares, condutores e gestores* (já que são responsáveis pelo direcionamento do serviço, bem como das capacitações realizadas) como o *público alvo*.

Para isso, foi construído um roteiro de entrevista semi-estruturada, composto por nove perguntas abertas. A primeira delas era dividida em três partes, dessas, duas eram específicas para os médicos, tratando sobre a regulação. Por conta da mudança do público alvo, que não se restringia mais somente aos trabalhadores de saúde lotados no SAMU, mas também os

gestores e os funcionários que lidam direta e indiretamente com a demanda psiquiátrica, quais sejam: os auxiliares de enfermagem, condutores e os médicos reguladores; fez-se necessário uma melhor adaptação do roteiro. Assim, foi organizado outro roteiro de entrevista: o original ficou para os médicos reguladores e gestores e o outro, adaptado, para os auxiliares de enfermagem. Somente na segunda etapa do campo tivemos contato com os condutores veiculares. O 1º roteiro para os médicos e gestores é composto de nove questões. Trata sobre a Portaria 2048/GM e as Urgências Psiquiátricas. No mais, aborda a Reforma Psiquiátrica, a Política Nacional de Saúde Mental e as capacitações realizadas no serviço. O 2º roteiro de entrevista foi pensado para os auxiliares de enfermagem e é composto de sete questões. Tratamos também sobre as Urgências Psiquiátricas, Política Nacional de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, sobre a formação enquanto técnico, e as participações nos atendimentos psiquiátricos (aqui se abriu espaço para os relatos de experiências)<sup>35</sup>. Quando a autorização para o início da pesquisa foi concedida pela Coordenação da Rede de Urgência e Emergência, cartazes foram colocados nos murais do SAMU para divulgar a pesquisa.

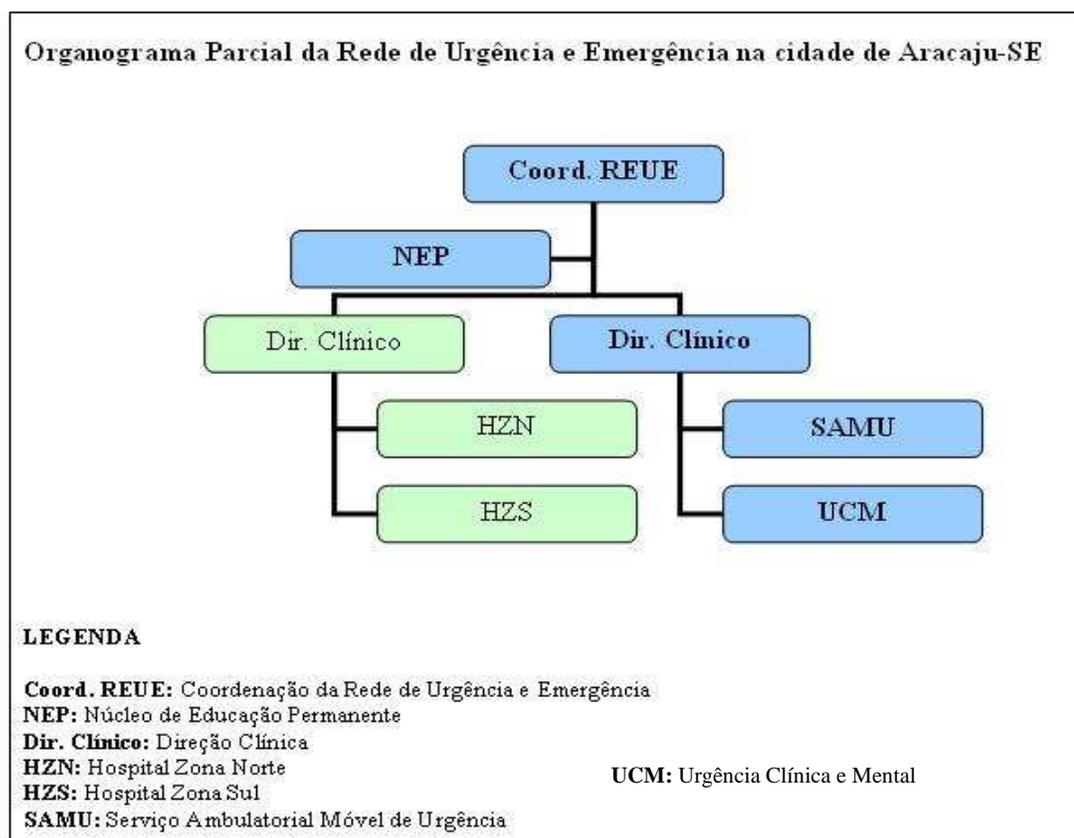
Enquanto fazíamos as entrevistas, percebemos a emergência de um outro participante nessa rede: o serviço de Urgência Clínica e Mental (UCM) do Hospital Filantrópico São José. Esse era o destino dos loucos que passavam pelo SAMU, o regulador do fluxo na rede, o intercessor de base entre a Saúde Mental e a Urgência. A gerente do serviço implantado em 2005 cumpre parte do seu horário no prédio do SAMU, visto que é o mesmo lugar onde está alocada a Coordenação da Rede de Urgência e Emergência do município, da qual a UCM faz parte. Com esses laços tão estreitos, era quase impossível ignorar a importância que o São José poderia assumir nesta discussão.

Contextualizando esses laços, achamos por bem discorrer sobre a composição da Rede de Urgência e Emergência (REUE), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seus aparelhos de intersecção, SAMU e a UCM. A REUE é composta por duas coordenações clínicas, dentre

---

<sup>35</sup> Os roteiros encontram-se em anexo.

outras, subordinadas à coordenação geral. Um coordenador clínico referenda os dois pronto-socorros (Hospital Zona Norte e o Hospital da Zona Sul). O outro coordenador é responsável pelo SAMU e pela Urgência Clínica e Mental do São José. O Núcleo de Educação Permanente (NEP) assiste os funcionários de todos esses serviços através de capacitações e treinamentos.



**Fig. 2: Organograma Parcial da Rede de Urgência e Emergência da cidade de Aracaju/SE<sup>1</sup>**

A Rede de Atenção Psicossocial atualmente conta com dois CAPS<sup>36</sup> tipo III (David Capistrano e Liberdade), um CAPS I (Arthur Bispo do Rosário), um CAPS A/D<sup>37</sup> (Primavera), um CAPS i<sup>38</sup> (Vida) e quatro Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Ainda está se estudando a implantação de um terceiro CAPS III, para uma melhor cobertura do

<sup>36</sup> Centro de Atenção Psicossocial.

<sup>37</sup> Álcool e Drogas.

<sup>38</sup> Infantil.

território municipal, tendo em vista que a grande maioria dos CAPS se encontra em áreas próximas umas das outras, dificultando o acesso de pessoas de bairros mais distantes do centro da cidade.

A coordenação de Saúde Mental, por seu turno, se divide em três núcleos: um *núcleo de serviços* (que dá conta da aparelhagem específica da saúde mental: CAPS's e SRT's), um *núcleo de cuidado em saúde mental na Atenção Básica* (que compreende quatro ambulatórios de referência, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF)) e o *núcleo de cuidado inter-redes* (que se liga à **REUE** – com o **SAMU** e a **UCM** – e à Rede Hospitalar – com duas clínicas psiquiátricas particulares conveniadas com 160 leitos cada e 10 leitos no Hospital Universitário, totalizando 330 leitos).

O núcleo de cuidado inter-redes tem por objetivo se aproximar das redes que fazem interface com a saúde mental, com o propósito de acompanhar e incluir o usuário no SUS, problematizar as reincidências nos serviços hospitalares e de urgência, buscando desenhar estratégias para oferecer um cuidado continuado. É com esse núcleo responsável por fecundas articulações que nos interessou interagir. Isso por quê? Porque ele alcança os espaços para além da coordenação de saúde mental, buscando efetivar a articulação do SUS.

Para uma melhor visualização, diagramamos um organograma da Rede de Atenção Psicossocial (Fig. 02) e ilustramos a intersecção dos setores, que delimita o campo de pesquisa escolhido (Fig. 03). A relação intersetorial *Saúde Mental – Urgência* se reflete nos aparelhos que fazem sua intersecção: o SAMU, como porta de entrada e a UCM, como regulador do fluxo da rede.

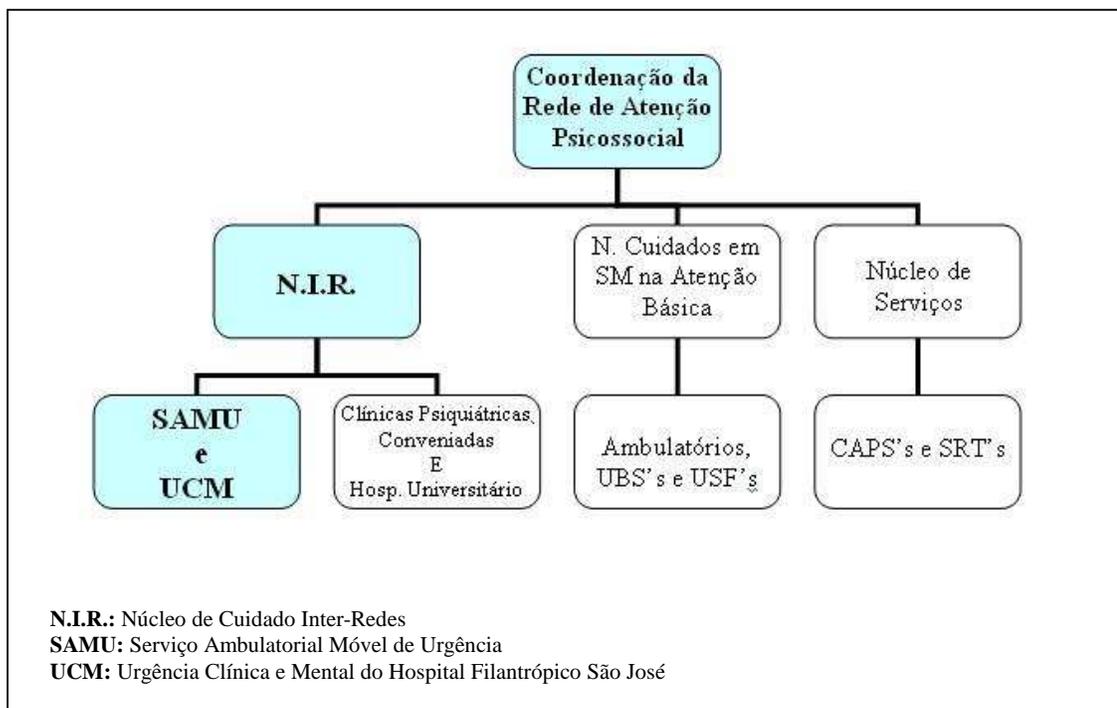


Fig. 3: Organograma da Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Aracaju-SE

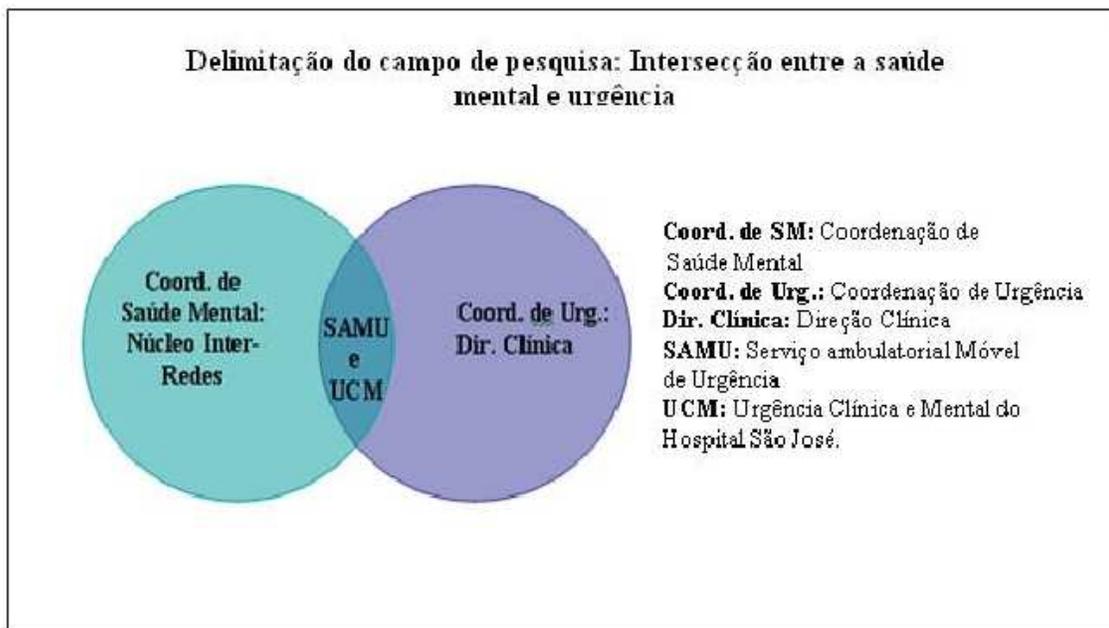


Fig. 4: Delimitação do Campo de Pesquisa.

### 4.3. Contextualizando e Justificando a atuação nos Aparelhos de Interseção

As informações explicitadas a seguir fazem parte do banco de dados da coordenação clínica do SAMU e da UCM, que é atualizado periodicamente.

#### 4.3.1. SAMU/Aracaju

O SAMU/Aracaju que é o nosso foco principal, atualmente, conta com 211 funcionários, sendo 28 médicos, 21 enfermeiros, 49 auxiliares/técnicos de enfermagem, 67 condutores veiculares e 85 do setor administrativo (entre secretários, rádio operadores, TARM's<sup>39</sup>, auxiliares de serviços gerais). Possui 18 viaturas, sendo 04 USA's<sup>40</sup>, 08 USB's<sup>41</sup>, 02 ambulâncias Sociais, 03 Kombi's contratadas e 01 Kombi cedida pela SMS<sup>42</sup>.

No ano de 2004, as ocorrências psiquiátricas atendidas pelo SAMU<sup>43</sup> representaram aproximadamente 6,7% de toda a demanda, isso significa que 2.584 pessoas foram assistidas por este dispositivo naquele ano. Em 2005, tivemos um aumento de 2.785 pacientes atendidos, configurando 8,2% de todas as chamadas. Já em 2006, a demanda psiquiátrica compreendeu 8,9% dos atendimentos, sendo 3.408 pessoas atendidas. Isso mostra quão expressivo é o trabalho do SAMU e como é efetiva a sua capacidade de tornar a acessibilidade aos serviços de saúde algo real.

---

<sup>39</sup> Técnicos Auxiliares de Regulação Médica.

<sup>40</sup> Unidade de Suporte Avançado, equipadas com a aparelhagem de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

<sup>41</sup> Unidade de Suporte Básico.

<sup>42</sup> Secretaria Municipal de Saúde.

<sup>43</sup> Em forma de envio de viaturas.

#### *4.3.2. Urgência Clínica e Mental do Hospital Filantrópico São José (UCM)*

Antes da abertura da UCM, o CAPS Liberdade (tipo III) recebia a demanda que chegava através do SAMU. Porém, por conta da demora na recepção dos pacientes e da falta de preparo dos funcionários do CAPS em atender urgências, viu-se a necessidade de criar outro serviço voltado para esses casos. A UCM foi inaugurada no ano de 2005, mas deu início as suas atividades de fato em março de 2006, funcionando enquanto Urgência Clínica e Psiquiátrica no Hospital Geral. Porém, em abril de 2006, a função de urgência clínica lhe foi tirada, tendo em vista a abertura de um Hospital próprio da rede de Urgência na Zona Norte da cidade<sup>44</sup>. Essa perda de função se deu por conta do deslocamento do único médico clínico anteriormente lotado na UCM, para o novo Hospital. A UCM, hoje, conta com 42 profissionais: 10 médicos, 06 enfermeiros e 22 auxiliares/técnicos de enfermagem e 06 administrativos.

Então, os atendimentos que chegavam a 958, entre clínicos e psiquiátricos em março de 2006; em abril de 2006 caíram para 194. E os casos encaminhados para os CAPS da Rede de Atenção Psicossocial que chegaram a 115 em março de 2006, caíram para 68 no mês seguinte. A partir daí, o São José passou a receber, aproximadamente, 7,5% de toda demanda regulada pelo SAMU, compreendendo o número de 1.564 casos no período de abril a dezembro de 2006. Recebendo assim, a designação de atual regulador do fluxo da demanda em urgência psiquiátrica da REUE.

---

<sup>44</sup> O Hospital São José pertence à rede hospitalar, somente a UCM está sob a gestão da rede de urgência. Já o Hospital da Zona Norte é um pronto-socorro inteiramente coordenado pelo núcleo de urgência.

#### **4.4. Bem na hora: a Inserção no Campo**

Em 2004, quando cheguei ao SAMU como estagiária, o serviço tinha menos de três anos de funcionamento e as preocupações estavam focadas no treinamento do pessoal que estava entrando depois do concurso. Hoje, três anos depois, eles já têm pessoal qualificado e um bom nome consolidado, porém, outras questões pedem respostas, ao passo que geram novas perguntas. E no meio delas, gritava o nó das urgências psiquiátricas.

Quando voltei em 2007, isso já era um problema bem claro tanto para a equipe quanto para a gestão, então, fui bem recebida por todos, afinal de contas, a minha proposta era de entender o porquê dessa demanda se constituir num problema e o que poderíamos fazer a esse respeito. E, de bom grado, me abriram os espaços de discussão e se puseram à disposição para responderem as minhas perguntas e para ouvirem as reflexões pensadas e experimentadas no curso da pesquisa.

A coordenação de Saúde Mental estava num movimento de consolidação do Núcleo de Cuidado Inter-redes e tentando afinar a relação com o SAMU. Por sua vez, a gestão da UCM tinha a mesma demanda de tentar se integrar e criar novas possibilidades. Assim, se estruturou um cenário pululante de possibilidades e esse contexto gerou as reuniões para a construção do protocolo psiquiátrico. As reuniões além de propiciar o encontro de atores importantes para a conexão da rede, também promoveram uma integração entre as pessoas, fez com que elas se conhecessem não só pelas assinaturas em documentos oficiais, mas, pessoalmente o que contribui para tecerem articulações de fato.

Em 2004, éramos nós enquanto estagiários que víamos o atendimento psiquiátrico como uma demanda que carecia de discussões e aprofundamentos. Hoje, em 2007, isso não é somente um incômodo de uns poucos estagiários, mas um problema real para o SAMU, para a Coordenação de Saúde Mental e para a UCM. Panorama fértil para novas considerações.

E foi isso que tentamos fazer.

#### **4.5. O que a primeira etapa da pesquisa de campo produziu: considerações sobre a concepção de urgência psiquiátrica, o tempo dos atendimentos e as capacitações**

Como expusemos anteriormente, a pesquisa foi realizada em duas etapas. Começaremos, portanto, com a exposição dos resultados e a discussão dos dados da primeira parte da pesquisa. Em seguida, trataremos dos procedimentos metodológicos e dos dados da segunda etapa. A primeira etapa da pesquisa consistiu na realização de entrevistas com dez funcionários do SAMU entre gestores, médicos reguladores e auxiliares de enfermagem. Falas dos entrevistados serão transcritas em itálico. Vejamos.

##### *4.5.1. A Concepção de Urgência Psiquiátrica e os atravessamentos na Regulação Médica*

Quando perguntamos aos entrevistados sobre o conceito de *urgência psiquiátrica*, a associação com *agressividade* foi unânime. A urgência psiquiátrica, principalmente, aquela que deve ser assistida pelo SAMU, segundo os gestores, médicos reguladores e auxiliares de enfermagem está relacionada com um *paciente em surto, violento, que apresenta hetero ou auto-agressividade*. Foi apontado que uma pessoa assim não pode ser transportada para um serviço de saúde num carro comum, mas precisaria de todo um aparato de imobilização e, se necessário, ajuda da força física dos bombeiros ou polícia.

Além disso, apontaram a urgência psiquiátrica como resultante de uma *doença* que incomoda, da qual a família quer se livrar e que para isso recorre muitas vezes ao SAMU. E quanto mais *incomodo* promove, maior é o seu caráter de urgência e mais rápido o SAMU chega ao local. Também foi apontada como *comprometimento da autonomia do sujeito* proveniente de distúrbio psíquico em agudização. Definiram, também, o louco como uma *“pessoa que causa dano à sociedade”*, alguém que está fora do seu *comportamento mental normal*.

Quando perguntamos sobre a regulação, todos os médicos<sup>45</sup> entrevistados afirmaram que não existe direcionamento para atender os casos psiquiátricos, cada médico cria o seu, que acaba girando ao redor do conceito de agressividade e de um suposto nível de periculosidade que a pessoa representa para si própria e/ou para terceiros.

Foi muito comum apontarem o medo como um dos sentimentos recorrentes durante os atendimentos psiquiátricos, colocado principalmente pelos auxiliares, que têm contato direto com os pacientes. Estes contaram também que quando começam a trabalhar no SAMU, os primeiros atendimentos que realizaram foram os psiquiátricos, que são vistos como um *castigo* para os novatos. Essa cultura do medo é, muitas vezes, reforçada através de histórias dos auxiliares de enfermagem e condutores que passam por situações complicadas durante os atendimentos, que são descritas como *‘quase assassinatos por loucos armados e monstros perigosos’*. Principalmente os auxiliares de enfermagem entrevistados acham que o SAMU não deveria realizar esse tipo de abordagem:

*“A gente ou a polícia é tudo igual. Pelo menos eles estão armados e tem força pra segurar um doido daqueles... E a gente? Imagina que uma vez fui eu que sou assim baixinha e o condutor pra pegar um homem enorme... Ele não quis entrar na ambulância de jeito nenhum... O que eu podia fazer? Mandeí chamar o corpo de bombeiros... Eles chegaram e agarraram o homem, imobilizaram e colocaram dentro da ambulância. Se não fossem eles, o que a gente ia fazer lá? Nada...”* – Part. 1.<sup>46</sup>

É importante destacar que esses trabalhadores são diariamente esculpidos de tal forma a trabalharem seguindo diretrizes muito bem estipuladas e não ter um norte os deixam paralisados e impotentes diante da processualidade da vida. Vemos como o estigma está arraigado nas falas que reeditam o *Paradigma da Periculosidade*, ligando a loucura diretamente à maldade e à perversidade. Isso evidencia o julgamento moral a que o louco é submetido, que tem como resultado a conexão entre loucura e periculosidade.

A crise é um momento difícil que, segundo Dell’Acqua e Mezzina (2004), já é a máxima simplificação da complexidade da existência de sofrimento do louco. Sendo assim,

---

<sup>45</sup> Visto a regulação ser um papel exclusivo do médico.

<sup>46</sup> Participante 1.

oferecer mais simplificação e esvaziamento como o atendimento rápido e ágil por imobilização mecânica e transporte até a Urgência Psiquiátrica de Base, não ajuda em nada nesse momento. Muito pelo contrário. Vários dos entrevistados apontaram a frisante piora da agressividade dos pacientes assim que avistam a ambulância do SAMU chegando:

*“Parece brincadeira... Eles estão bem quietinhos antes da gente chegar. Quando eles vêem a ambulância de longe, saem quebrando tudo e pegando qualquer coisa como que pra se defender da gente, pau, pedra... o que tiver perto da mão...” – Part. 2.*

E não será mesmo uma defesa? Uma resistência ainda que extremada para tentar se afastar dessa violência que é ser totalmente desconsiderado num momento crítico, onde tudo parece estilhaçado e mais difícil, sendo capturado do seu lugar e levado para outro estranho e sem referências.

Então, ao pensarmos no estereótipo de “louco perigoso e naturalmente agressivo”, não seria mais razoável acolher a pessoa, buscando a produção de vínculos através do diálogo, visto que a agressividade que muitas vezes é uma reação ao contexto? Contexto esse, do qual as práticas adotadas pela urgência psiquiátrica fazem parte.

O *comprometimento da autonomia* do louco é resultado de séculos de exclusão em manicômios. Não é bem verdade que existe uma frase bem clichê que diz que “Louco não sabe o que diz” e, por conseguinte, não sabe o que faz e não pode responder por si mesmo porque não tem noção de si. Como se o seu corpo tivesse sido possuído por uma entidade do mal, no caso, a doença mental, e que da pessoa, não tivesse sobrado nada. Porque tudo que diz e faz é única e exclusivamente produto da doença que o possui

E mesmo tendo ganho estatuto de doença, a loucura difere das outras. As doenças ditas “somáticas” fazem a pessoa que tem a doença padecer, na doença mental é a sociedade que padece do “mal” que acomete o louco. Afinal de contas, como explicitado em algumas respostas, o louco se constitui como alguém que *“causa dano à sociedade e por isso, se torna inapto a viver socialmente...”*

Mas, por que essa necessidade de exclusão da loucura? Mosé (2005) coloca que desde a invenção da linguagem, somos treinados para repelir o diferente. A linguagem é gregária e favorece a socialização em torno de coisas idênticas, que tem identidade e por isso podem ser tomadas como referências. O que é diferente precisa ser encaixado numa dessas categorias para se tornar, assim, conhecido, partilhado e manipulável. A loucura foi assimilada como doença para ser mais facilmente identificada e, finalmente, controlada.

Isso invoca o conceito de normal, ao qual se referiram muitos dos entrevistados, quando disseram que a urgência psiquiátrica se configura quando a pessoa “*está fora do seu comportamento mental normal...*” Considerando um padrão implícito do normal, excluindo a multiplicidade e segregando a loucura.

Porém, não podemos dizer que essa construção secular não afeta a produção de subjetividade do louco e dos profissionais que se encarregam desse trabalho que é a urgência psiquiátrica. Essa incessante (re)produção de uma subjetividade manicomial ultrapassou os muros dos hospitais e está pulverizada na sociedade, o que facilita a difusão e consolidação da ligação *loucura-periculosidade*. Para elucidar esta questão, discutiremos agora sobre essa pulverização e como isso marca a ferro o louco tatuando-lhe uma identidade perigosa.

a) *Subjetividade Manicomial: reprodução da doença mental fora dos hospitais psiquiátricos*

*“Toda mudança é uma desintegração da ordem imediatamente estabelecida, o mundo é uma sucessiva construção e desconstrução.”*

(Mosé, 2005, p. 39).

Não foi de modo algum por acaso que ocorreu a desospitalização da loucura. E não foi somente por conta dos altos custos de manutenção dos hospícios. Juntamente com a lógica para cortar custos, está uma eficaz estratégia de dominação. Nessa mesma época, ocorre a revolução dos psicotrópicos e a liberdade do louco é condicionada pelo tratamento através dos remédios que estendem o braço da psiquiatria para além dos muros do hospital os tocando dentro das suas próprias casas, em meio à sociedade, assegurando sua onipresença (Basaglia, 2005). Mas, não só os psicotrópicos auxiliam nesse controle da loucura aqui fora. Estratégias mais invisíveis se ramificam.

De acordo com Foucault (1995), o poder não é um bem que se adquire, se troca ou se detém, não se reduz ou se fixa em pontos localizados. Antes, se capilariza no cotidiano, se enreda nas práticas rotineiras, nos olhares e pensamentos dos sujeitos, numa lógica produtora e ascendente, onde as grandes instituições que são vistas como que emanando o poder são efetivamente compostas e sustentadas por multiplicidades. Nas texturas do poder os indivíduos não só circulam, entretanto, estão sempre na posição de exercer o poder, sendo sempre centros de transmissão. De acordo com Rosa (1997), o poder nunca se corporifica ou se materializa num ser, é incapaz de se coisificar, porque não existe o poder, mas *múltiplas cadeias* de poder, se estabelecendo como prática social, se manifestando nas formações discursivas, nas classes, nos jogos, na moda, nos espetáculos e em várias outras esferas de formas variadas. O poder não se coloca num esquema de atividade-passividade, nunca se encontrando totalmente num dos lados. O propósito maior do poder é de produção, antes de se carregar de negatividade, como exclusão, repressão ou censura. Consiste, pois, na produção

de relações de forças, reinscrevendo-as através de batalhas insidiosamente silenciosas que comportam manobras, táticas, estratégias e confrontos. Antes de tudo, o poder produz realidades, saberes e verdades. É esse caráter criativo que o mantém sempre renovado.

Como já referido em outro momento, a Disciplina através de suas tecnologias de poder específicas foi eximamente difundida porque torna mais intensa todas as forças sociais, aumentando sempre a produção, desenvolvendo a economia, elevando a moral pública e distribuindo o ensino. Tendo em vista que saber e o poder se produzem e auto-reproduzem, estabelecendo uma relação de mútua dependência/independência, produzindo um novo conceito: o *saber-poder*, todo poder gera um saber e todo saber gera um poder (Foucault, 2002; Pogrebinski, 2004).

A partir da segunda metade do século XVIII, o poder disciplinar passou a ser complementado pelo *biopoder*. O biopoder integra a si a disciplina, passando assim a coexistirem no mesmo tempo e no mesmo espaço. Se a disciplina incide nos corpos dos indivíduos através da individualização e do esquadramento, o biopoder aplica-se em suas vidas, acarretando em massificação, sendo direcionado à população. Sendo assim, o biopoder se faz sentir no coletivo, nos processos globais que fazem parte da vida, como as políticas públicas de saúde, por exemplo. É de suma importância frisar que em todos os processos nos quais se exercem o biopoder há, concomitantemente, uma extensiva produção de saber. É nessa época que acontece o casamento entre a Estatística e a Biologia, que gera as demografias, políticas de natalidade, cálculo da taxa de mortalidade e outras coisas mais, extremamente importantes para o controle populacional, como descrito em Foucault (1995). Nessa esfera, a medicina ganha seu poder de polícia, armada com os conceitos da higiene pública e da prevenção. A cidade e a população passam a ser problemas políticos, problemas da esfera do poder, que agora se preocupa em otimizar a vida, convertendo a disciplina em *regulamentação*. A regulamentação funciona para assegurar a vida, para prevenir e evitar a morte, já que o fim da vida é o fim da exploração, o próprio desmantelamento do capitalismo.

A regulamentação não é exclusiva do Estado, mas se localiza em foros infra e paraestatais, como instituições médicas, por exemplo (Pogrebinschi, 2004; Moraes & Nascimento, 2002).

Sendo assim, a psiquiatria, como um dos braços disciplinares da medicina, também evoluiu para o biopoder. A desospitalização deu liberdade ao louco, mas, o colocou muito mais a sua herança: a identidade de doente mental. Com o advento do conceito de saúde mental, a lógica manicomial é pulverizada na sociedade servindo como produtora de subjetividade, despertando o caráter vigilante de cada indivíduo. Num artigo sobre a produção de subjetividade em Foucault, Rosa (1997) traz uma celebre afirmação do pensador francês: “Não existe poder sem liberdade.” Agora livre dos muros, a loucura começa a ser dominada de formas mais eficientes. O poder é um exímio produtor de verdades que desenham realidades. Muitas foram as verdades produzidas sobre a loucura e essas verdades lhe formataram uma identidade: a Doença Mental. De acordo com Swain (2005), fixar identidades é conduzir a conduta.

Vamos abrir um parêntesis aqui e falar um pouco sobre a questão da identidade, para entendermos a força que ela tem, nesse caso, sobre o louco e a loucura.

Parafraseando Nietzsche, Mosé (2005) afirma que o homem, enquanto “artista do verbo”, não se contentou em utilizar as simplificações e os esquemas criados com a palavra, ele precisou ir mais além, portanto, buscou desenvolver um emaranhado significativo que fosse capaz de substituir as coisas, a multiplicidade. Para tanto, precisou ignorar a transitoriedade da vida e sua velocidade infinita, esquecer que o que criava eram simplesmente nomes e passou a creditar aos nomes das coisas o *status* de “verdades eternas”. Sendo assim, a linguagem passou a ser o nosso primeiro outro mundo, tendo em vista que passou a imobilizar as coisas. A partir desse momento, o homem pensou ter achado na linguagem o conhecimento do mundo, a possibilidade de expressar com palavras o supremo saber das coisas, assim foi possível a crença no conhecimento e a invenção da ciência. Com a construção de um mundo estruturado capturado pela linguagem, estável, firme nos signos da

comunicação; o mundo do devir e da pluralidade, único existente antes da criação das palavras, passou a ser totalmente desvalorizado. Porém, Nietzsche (citado por Mosé, 2005) afirma que a ilusão e a invenção são condições necessárias para a sobrevivência do homem, o problema está, não na existência das ficções, mas na transformação dessas ficções em *critérios de verdade*. Isso seria sintoma da vida que degenera. O homem não foi modesto de admitir que apenas nomeava as coisas, precisou acreditar que os nomes conferiam-lhe saber sobre as coisas. A ficção dos signos foi construída por conta da necessidade de identidade imposta pela vida em grupo, pela gregaridade. Com o nascimento da linguagem, surge a verdade, e com a verdade, a identidade. Os dois conceitos pressupõem perenidades irreduzíveis, primordiais, idênticas a si mesmas. A linguagem gregária sustenta a verdade da palavra, construindo metáforas que amparam a crença numa identidade originária das coisas e dos seres. “Mas, a linguagem não pode revelar o ser das coisas, não somente porque é um acúmulo de metáforas mortas, mas porque não há ser nem coisas, senão na linguagem.” (Mosé, 2005, p. 53.)

O que marca a gregaridade é a negação das diferenças, das singularidades e a consciência se constitui na internalização desse mecanismo gregário. A linguagem simplifica, captura, reduz, identifica para fins de compartilhamento, se confundindo com a consciência, afinal de contas, são as funções gramaticais que definem o pensamento. O ser é visto como tendo uma identidade, e esta se torna fato a partir do momento que é impossível se pensar sem ela. Isso porque a comunicação é necessária e para nos comunicarmos precisamos de algo fixo e preciso. Nesse caso, essa verdade é a identidade do ser, indispensável para nos referenciarmos. Assim, para nos abriremos às multiplicidades e pluralidades da vida precisamos colocar em questão a crença na identidade da palavra, o caráter moral da gramática e o conceito de verdade (Mosé, 2005).

E a psiquiatria utilizando-se do seu poder - saber, construiu muito bem uma identidade para a loucura. Deu-lhe o nome de doença mental e tomou para si o lugar de detentora de um

poder incondicional sobre o louco. O psiquiatra coisifica o louco na tentativa de considerá-lo um corpo doente, porém, apesar de objetificado, o louco ainda está lá e presencia a incapacidade médica de compreendê-lo. Nesse impasse, Basaglia (2005) diz que de um lado encontra-se o louco que se vê obrigado a incorporar a instituição como única possibilidade de possuir um corpo e, do outro, o psiquiatra, que tende a negar a capacidade de testemunhar a quem é testemunha de sua impotência. Isso mostra a perda de subjetividade do médico, visto que essa coisificação não pode se dar em uma única via, a objetificação do louco pressupõe, simultaneamente, a do médico. Basaglia (2005), acrescentando elementos a nossa discussão, afirma que isso instaura um circuito fechado no qual o médico projeta os seus próprios limites no louco, objetificando o real do seu paciente, anulando, com isso, ambos os pólos de relação.

A produção de uma subjetividade manicomial se deu nesses vários séculos de exclusão e de construção de saberes sobre a loucura preconizados principalmente pela psiquiatria tradicional. O psiquiatra precisa do doente mental para se afirmar enquanto médico, dando luz a “prova psiquiátrica”, como falamos anteriormente: que entroniza a vida do indivíduo como tecido de sintomas patológicos e entroniza sem cessar o psiquiatra como médico ou instância disciplinar suprema da medicina (Foucault, 2006).

Ao nos referirmos à subjetividade, estamos concebendo que é constituída por várias linhas e campos de força que atuam ao mesmo tempo: linhas mais duras, como as que detêm a divisão dual dos sexos, por exemplo, e linhas mais flexíveis, que possibilitam novas afetações e que nos permitem novas configurações existenciais. Os afetamentos da subjetividade pelo que lhe é estranho forma um agenciamento, quando isso acontece, linhas de fuga são criadas, por onde o novo pode confluir. Esses processos criam territórios existenciais e são sempre coletivos, conectando-se ao que está aquém e além do próprio sujeito (Romagnoli, 2006). E a subjetividade não é um atributo interior do ser humano. Paulon (2006) afirma que

...a interioridade não pode ser concebida senão como uma dobra das forças do Fora (espécie de forro ou prega do tecido de que somos constituídos), os códigos morais também se justificam como produções

desejantes, pois “o homem não dobra as forças que o compõe sem que o próprio lado de fora se dobre e escave um Si no homem”. (p. 123).

Assim, a produção de subjetividade se dá num processo de constantes territorialização e desterritorialização. O conceito de desterritorialização formulado por Deleuze e Guattari (1995) se refere a um processo constante desconstrução de territórios existenciais, ou seja, modos de ser dos sujeitos (processo de subjetivação). E a desterritorialização faz contraponto a territorialização, que seria a construção desses territórios. Deleuze e Guattari (1997) afirmam que a desterritorialização e (re)territorialização são indissociáveis, ou seja, se há um movimento de desterritorialização, haverá também um movimento de reterritorialização. E segundo a sua “proposição maquínica”, nunca nos desterritorializamos sozinhos, a desterritorialização implica necessariamente um conjunto de artifícios pelos quais um elemento, ele mesmo desterritorializado, serve de território novo a outro que também havia perdido o seu território existencial (Deleuze & Guattari, 1996).

O nosso objetivo com isso é ilustrar que a produção da subjetividade funciona através do esquema de desterritorialização/territorialização, ou seja, está sempre num processo contínuo de mudança, é provisoriedade.

Assim, com a desospitalização, o louco continuou sendo controlado por outros meios: através dos remédios e pela difusão da lógica manicomial na sociedade. Essa lógica manicomial é também um vetor produtor de subjetividades que busca fixar a identidade do louco enquanto doente mental atribuindo-lhe os sintomas cantados pelos psiquiatras nos consultórios e hospícios. Quando nos revelamos trabalhadores da saúde mental, não é difícil encontrarmos pessoas que nos perguntam se não temos medo de trabalhar com os loucos. No imaginário popular está naturalizada a identidade do doente mental, que aparece como alguém perigoso, agressivo, mau, perverso, que não responde por si mesmo, fora da realidade, que não deve ser ouvido porque não sabe o que diz. E não é raro, principalmente nos serviços de urgência psiquiátrica encontrarmos ocorrências que acusam vários desses sinais.

A própria “terapêutica” direcionada aos loucos, o fechamento nos asilos, já traz esse caráter de total extirpação do “mal” que seria a diferença. A identidade, em certo sentido, é inevitável para vivermos em grupos, em sociedade, porém, a crença de que ela é imutável e constante é que sustenta esse pânico à multiplicidade. A política da linguagem gera a verdade e as identidades contemporâneas flexíveis, prontas para o consumo, promovendo um “falso movimento”, ao passo que também nos modela enquanto seres eternos, estáveis que não sabem lidar com a mudança.

Antes de tudo, aceitar a mudança é aceitar a finitude da vida, é aceitar que até nós mesmos passamos e não permanecemos para sempre. Ou seja, a exclusão da loucura tem origem numa convenção muito mais profunda, que contempla a rejeição de tudo aquilo que não é igual a mim, que não é normal, que me é excludentemente diferente.

Então, tendo uma lógica fundamental inteira se opondo ao plural, o mundo se coloca imediatamente contra o louco que está sempre em embate com relações de opressão. Quando fala, o que diz não é ouvido porque não sabe o que diz, quando age, é a doença que se manifesta, quando revida provocações, é violento por conta da sua doença, quando escapa desse território para outro, está fora da nossa realidade que é a única aceitável. Não existem alternativas num mundo que prega a unicidade. Quando o louco reage à internação, não tem nenhum direito, visto que não sabe de si. É, antes, violentado por uma lógica sufocante que também atravessa o seu território existencial, desterritorializando-o e reterritorializando-o, o que o faz muitas vezes, assumir as características do doente mental.

Ao falar sobre a alienação, Torre e Amarante (2001) levantam a questão sobre a experiência da institucionalização. Não seria essa experiência responsável pelos efeitos de cronicidade que atribuem à doença mental? Tendo em vista que nós somos seres atravessados por várias forças que afetam e são afetadas, o meio que vivemos e a identidade que carregamos, nesse caso, a de doente mental, não afeta as nossas interações com o mundo e a maneira como nos construímos? A agressividade tantas vezes observada no louco não pode

ser, antes de tudo, reação à forma de como ele é tratado enquanto eterna ameaça, e reflexo de como ele se enxerga através de uma projeção especular da sociedade? (Foucault, citado por Torre & Amarante, 2001).

O conceito de dobra subjetiva rompe com a idéia de interioridade/exterioridade do sujeito (Deleuze, 1988). Partindo desse princípio, somos constituídos e atravessados por vetores de todas as ordens estando cientes ou não desse processo e, da mesma forma, constituímos e lançamos vetores nossos, nos formatando como centros difusores de forças, potencialmente propícios a exercer o poder e resistências em todas as direções. Esse é o movimento da vida, a sua processualidade, a capacidade de criar novos territórios e deixar-se afetar pelo que vem de “fora”. E são os elementos que se estabelecem entre os encontros dessas forças que podem ou não fazer outras dobras, cindir sentidos conhecidos e fundar novos territórios subjetivos (Romagnoli, 2006).

Da mesma forma que as afetações podem conduzir a afirmação da vida, elas podem nos impelir a mortificação. A idéia de loucura reflete de forma cintilante o resultando de séculos desse trabalho de mortificação. Porém, como disse Foucault (1995) *onde há poder há, inexoravelmente, a resistência*. Aqui, tratamos resistência como coextensiva ao poder, sempre localizada, efêmera e se colocando contra certos efeitos desse poder em embate com a máquina de centralização de sentidos e valores, a fim de abrir caminho para se lançar numa luta pela expansão da vida e contra a captura, construindo outra política para a constituição de novos territórios subjetivos (Rolnik, 2006).

Para tanto, a loucura também assume outros aspectos que não o de doença mental. Resiste às linhas de mortificação da vida, se empenhando pela sua afirmação, engendrando outros movimentos constitutivos.

Experiências de criação são mais que comprovadas pela Psiquiatria Democrática Italiana e pelo Movimento da Luta Antimanicomial aqui mesmo no Brasil. O louco precisa se empoderar enquanto sujeito político e ator social, tomando um lugar de destaque no processo

de desinstitucionalização, que não deve ficar somente nas mãos dos técnicos (Torre & Amarante, 2001). Afinal de contas, é a vida dele que, antes da de qualquer técnico, está em jogo. Ninguém melhor que ele para saber, falar e decidir quais os melhores rumos que ela pode tomar.

Faz-se necessário desnaturalizar a doença mental e forjar um novo conceito no seu lugar, que possa reavaliar o fenômeno da loucura sem escamotear a sua complexidade; acabando de vez com os tratamentos morais e medicalizantes a que o louco sempre foi submetido. Desmedicalizar a loucura, acabar com as marcas do corpo diagnosticado, com as expectativas de cura e dar-lhes um novo sentido: a incitação de focos de cidadania ativa, a responsabilização pela sua própria vida, uma real emancipação terapêutica (Torre & Amarante, 2001).

Guattari (1992) afirma que só assim a loucura poderá mostrar as múltiplas possibilidades de rosto que tem, que não é o da estranheza e da violência, como comumente se acredita, mas o de uma relação diferente com o mundo. Sendo assim, o melhor espaço de “reabilitação” é a cidade e uma alternativa interessante para cuidar do louco na sua existência- sofrimento é utilizando a tática de *Complexidade Invertida*, brilhantemente exposta por Lancetti (2006), já referida anteriormente que agora será reposta em discussão.

Lancetti (2006) explica que o nosso sistema de saúde segue uma lógica de complexidade, quanto mais alta a complexidade de um procedimento, mais aparelhagem e mais estrutura são necessários para sua execução, como os transplantes realizados em grandes hospitais, por exemplo. Em saúde mental, essa complexidade é invertida. Como assim? Os procedimentos realizados dentro dos muros dos hospitais psiquiátricos são os mais simplificadores, os que tornam até mesmo as produções delirantes dos pacientes, empobrecidas. Seguindo a inversão, é exatamente na cidade, nos territórios onde os sujeitos vivem, dentro das suas casas, em conjunto com vários elementos da sua subjetividade como

universos culturais locais, religiões e etc. que são realizados as ações de grande complexidade.

Dentro dessa visão, precisamos trabalhar a existência do sujeito e a nossa própria de jeitos novos, estando abertos às intempetividades, às instabilidades, às dúvidas e ao “não saber o que fazer”. Seremos pegos de surpresa pelas mais inusitadas situações, as mais cotidianas possíveis, que compõe a vida de todos nós e para as quais não fomos ensinados a lidar nas academias. Substituir o conceito de contenção, tão defendido pela psiquiatria e até por alguns militantes da reforma, pela continência. Porque é muito mais difícil suportar a crise com contato físico e olho no olho, do que chamar o SAMU, por exemplo, que leva aquele “problema” para trás das paredes de um manicômio. Devemos ampliar o cuidado de complexidade, já que “nos atravessamentos do território geográfico com o território existencial somos obrigados a fabricar mundos” (Lancetti, 2006, p. 109). E nos permitirmos desterritorializar no acompanhamento desses encontros, já que também somos seres afetados e que afetam, com a possibilidade de encampar resistências em favor da vida, agenciando possibilidades não só para aqueles que por ventura caminhamos juntos, mas para nós mesmos e as nossas práticas diárias de guerra contra a mortificação da vida.

Com isso percebemos que a concepção que os trabalhadores do SAMU têm da urgência psiquiátrica e, por sua vez, da loucura e do louco, embasam as práticas adotadas pelo serviço. Sendo um louco perigoso, o paciente a ser atendido, os atendentes vão munidos<sup>47</sup> para enfrentar um remoto tipo de embate, com o intuito de se proteger, proteger a sociedade e, tal qual uma *Stultifera Navis*<sup>48</sup>, levar o louco de diante dos olhos de quem ele incomoda.

---

<sup>47</sup> Objetiva e Subjetivamente.

<sup>48</sup> Navio que, no Período Clássico, recolhia os insanos e aportava-os longe da cidade em que viviam, servia como uma utilidade pública de limpeza e preservação da ordem das cidades (Foucault, 1972).

#### 4.5.2. Tempo e Urgência

Numa das entrevistas, uma frase foi dita e reverberou por todo o trabalho de campo:

*“O tempo é o único recurso não renovável. (...) Aqui, o tempo é muito precioso, não podemos perder nenhum minuto...”* – Part. 3.

O SAMU trabalha com o tempo de forma muito meticulosa, afinal de contas, seu propósito é realizar atendimentos aos que necessitam o mais rápido possível. O SAMU/Aracaju conta com 12 ambulâncias, 08 básicas e 04 avançadas, e elas passam praticamente, todo o plantão nas ruas aguardando a chamadas das ocorrências pelos rádios. Por conta disso, se constitui num problema enorme quando uma dessas ambulâncias demora muito tempo realizando uma das ocorrências psiquiátricas, usualmente demandando mais tempo que as demais ocorrências. O volume de chamadas é muito grande e o gerenciamento de viaturas é feito quase que matematicamente para atender a todos os solicitantes.

Tendo em vista o SAMU ser regido por protocolos de atendimentos, os mais diversos atendimentos têm um tempo certo para acontecer, salvo alguns imprevistos no meio do caminho. Os técnicos são treinados sempre comandados por um cronômetro atentamente operado pelo supervisor de treinamentos em urgências do NEP<sup>49</sup>. Qualquer minuto a mais pode significar a perda de uma vida, ou a disposição de seqüelas incapacitantes.

Essas engrenagens realmente funcionam assim para quase todos os atendimentos realizados pelo SAMU. Quase. As urgências psiquiátricas desvirtuam essa lógica temporal cronometrada. Geralmente, precisam sempre de mais tempo, demandam recursos outros que não os de uma ambulância totalmente equipada e pessoas treinadas para situações de catástrofe. Por muitas vezes precisar de mais tempo, acaba ocupando muito mais as ambulâncias do que a matemática da regulação permitiria dentro da lógica de prioridades das ocorrências. E isso atrapalha o fluxo de atendimentos:

---

<sup>49</sup> Núcleo de Educação Permanente.

*“Tem caso psiquiátrico que demora quatro vezes mais que um caso clínico... Atrapalha bastante o fluxo (...) daí vem muitas vezes à resistência em mandar viaturas para esses casos...” – Part. 4.*

Esses pontos mostram como a questão do tempo, tão crucial na urgência, acaba por se chocar na sua origem entre os atendimentos de natureza clínica e aqueles chamados de psiquiátricos. Durante a crise, o sujeito precisa mais do que nunca de acolhimento, continência, de vínculos, de alguém em que possa confiar, precisa realizar alguma troca, por mais efêmera que seja. Segundo Rolnik (2000), O louco vive rodeado de um deserto afetivo, composto de partículas de descrença em sua capacidade de construção e de resolução dos seus próprios problemas, partículas venenosas de desqualificação, e a intervenção realizada pelo SAMU hoje só reforça a desertificação. Não promove nenhum novo agenciamento que possibilite linhas de fuga ou novas dobras subjetivas. Antes, preserva e dissemina a lógica manicomial sob o pretexto de que o *“doente mental”* é um paciente como outro qualquer. Entendemos que o objetivo do SAMU é promover os princípios de acessibilidade e resolutividade do SUS, porém, a partir desse primeiro tópico, como veremos nos subseqüentes, propomos uma reavaliação sobre a designação da atenção à crise enquanto uma atribuição de um serviço de urgência psiquiátrica, tanto móvel quanto de base.

#### *4.5.3. Sobre as capacitações, preparo para os atendimentos psiquiátricos e o protocolo.*

Quando questionados sobre as capacitações, todos os entrevistados nessa etapa, disseram em unanimidade que elas não lhes são ministradas. O NEP organizou somente duas capacitações em saúde mental, promovida há quase quatro anos atrás. Um dos motivos sinalizados pelos gestores que justifica essa escassez é a falta de literatura na área e também a falta de interesse dos próprios profissionais. Muitos dos entrevistados afirmaram não gostar de realizar os atendimentos. E por que então não gostam? Segundo eles próprios, pela falta de

preparo, por não saberem o que fazer, por ficarem a esmo, visto que não tem nenhum direcionamento e pelo paciente se mostrar sempre muito imprevisível e agressivo.

Chegamos aqui num momento crucial. O SAMU tem todo o seu funcionamento protocolado e, por isso, muito bem direcionado. Os atendimentos psiquiátricos não contam nem com capacitações e nem com um protocolo direcionador. Um dos médicos entrevistados disse que a presença de um médico na cena, durante um atendimento psiquiátrico, não faria a menor diferença. Disse que não se sente capacitado tanto quanto um auxiliar de enfermagem para realizar essa abordagem, por isso esses atendimentos são de responsabilidade das Unidades de Suporte Básico, viaturas USB's, que contam com a equipe composta por um auxiliar de enfermagem e um condutor veicular.

Diante dessa questão, a sensação de impotência emergiu em muitas falas indiscriminadamente e independia do posto dos entrevistados. Buscando abrandar essa sensação, os procedimentos são encaixotados metodicamente com o intuito de instaurar uma ilusão de fixidez do mundo, criando e arraigando nas subjetividades a *idéia de controle*. O que um serviço como o SAMU procura, antes de tudo, é o controle da situação. Quando o SAMU chega à cena, ele chega para resolver o problema, pegar as rédeas de uma carroça desgovernada com os próprios dentes enquanto às mãos se ocupam em colocar embaixo de um cesto a luz brilhante da transitoriedade da vida. Um serviço assim, trabalha no e com o limite, o limite inevitável e imponderável do fim da vida que muitas vezes pode ocorrer das formas mais trágicas.

Assim, capacitar pessoas para lidar com o a finitude, muitas vezes desconsiderada por toda a nossa sociedade, gera vários vetores de desterritorialização muito potentes e contra esse turbilhão de forças cria-se um campo neutro para que se possa continuar vivendo sob uma lógica neurótica. Rolnik (2000) diz que o neurótico é aquele que tem pavor à vertigem provocada pelos efeitos do fora<sup>50</sup> na sua subjetividade. Para sobreviver ao horror dessa

---

<sup>50</sup> Sendo entendido aqui como nascente das linhas do tempo. Onde cada linha se caracteriza como um certo modo de existência, formando um dentro que dura tanto quanto uma certa mistura de forças. O dentro aqui é

vertigem, o neurótico somente deixa o seu corpo vibrar nas intensidades que não põem em risco a estabilidade do seu dentro. Para alcançar esse objetivo, anestesia a velocidade e processualidade da vida que atravessam o seu corpo, revestindo-se de estratégias que o grudam cada vez mais as suas paredes do dentro, desacelerando o processo de intempestividade; mas não conseguindo aplacar o mal-estar de adotar essa posição.

Rolnik (2000) ainda diz que somos uma sociedade que funciona sob essa lógica neurótica, agarrada cada vez mais a uma pseudo-interioridade, buscando sempre uma ilusória sensação de estabilidade, segurança, de garantias para um futuro próximo ou longínquo. Assim, seria mesmo de se estranhar que um serviço que lida com a finitude da vida não se revestisse até os dentes de táticas para controlar esse turbilhão que pode a qualquer momento desestabilizá-lo?

Conversando com uma enfermeira, num dos dias que estive no serviço, somente para conversar com as pessoas e perceber o que a minha presença lhes causava, ela me contou a experiência de uma amiga e colega de trabalho que sempre fora muito segura durante os atendimentos, uma profissional excelente. Porém, durante uma ocorrência clínica, enquanto ajoelhou no chão e levantou a cabeça da vítima, auxiliando na colocação do colar cervical para a imobilização do pescoço, uma pessoa que assistia ao atendimento na rua deu-lhe um chute nas costas. A enfermeira contou que aquilo deixou a colega muito mal, ela chorou bastante quando chegou à base e passou um bom tempo sem conseguir ir a campo, o que atrapalhava bastante o fluxo dos atendimentos no SAMU e ocasionou num afastamento dela. Desde que voltou ao trabalho, não consegue mais se abaixar na cena sem ficar sempre olhando quem está atrás dela, não fica tranqüila.

*“A gente vai ajudar a população, mas sempre somos alvo de agressões e ameaças. Dizem que vão colocar o nosso nome no jornal por conta de termos demorado mais do que eles achavam que devíamos... É muito difícil... Essa amiga minha ficou muito abalada com o que ocorreu... A gente acha que tem a situação sob controle e quando vê, acontece uma coisa dessas...” – Part. 6.*

---

entendido como uma dobra subjetiva do fora, não havendo uma dicotomia dentro/fora, mas uma estratificação temporária de certas relações com o fora, sendo a subjetividade um produto das partículas do fora, o ‘dentro do fora’ (Rolnik, 2000, p. 87).

Esse caso ilustra como a capa de controle que o SAMU tenta imprimir em todos os seus trabalhadores é frágil. O SAMU é um serviço superespecializado, um misto de corpo de resgate com médicos habilitados para as mais diversas situações, e que podem chegar a qualquer lugar em pouco tempo. Podem evitar a morte, podem adiá-la o máximo possível, se constituindo como uma estratégia milimetricamente pensada para diminuir a taxa de mortalidade da população nas situações mais extremadas.

A responsabilidade e tensão que carregam são imensas e isso é domesticado com altas doses de disciplina. Não podem cometer erros e treinam repetidamente a fim de não se enganarem quando estão num momento crítico, funcionando no automático, pensando rápido e de forma padronizada. Por agirem de forma rápida e geralmente conseguirem atingir seu alvo, que é o da preservação da vida, acabam muitas vezes acreditando na sua onipotência.

*“Quando a gente salva uma vida, alguém que tá muito mal depois de um acidente, a gente realiza os procedimentos e aquela pessoa fica bem é bom demais. Parece até que a gente pode fazer qualquer coisa...”* – Part. 7.

E isso, muitas vezes, vira uma armadilha. Principalmente quando as coisas não saem bem como era previsto e a equipe inteira se depara com o imprevisível do *não saber o que fazer*. E quais são os casos que, diariamente, colocam o SAMU nessa encruzilhada? Os atendimentos psiquiátricos.

Além disso, de acordo com Sartí (2005), o trabalhador muitas vezes acaba se igualando àquilo com o que trabalha, assim atender loucos agressivos não é algo tão valorizado a ponto de mobilizar um serviço de tão nobre extirpe. Gratificante é salvar vidas de vítimas estiradas no meio da rua depois de uma catástrofe gigantesca. Daquelas que acabam levando uma ótima publicidade do SAMU para a televisão. É a onipotência e o controle do turbilhão da vida que buscam. Mas, buscar esse controle tem um preço alto. Qualquer sinal disruptivo desestabiliza uma lógica inteira, torna o sujeito vulnerável ao turbilhão do fora que tenta, tal qual um ourives, imobilizar.

A partir disso, analisemos uns pontos importantes. Em que isso contempla o cuidado que deve ser despedido ao louco em sua crise?

Vivendo sob a necessidade de segurança, buscamos o controle em tudo que fazemos, porém, a estabilidade dos espaços é ilusória e ignorar isso acaba por emperrar os fluxos da vida, causando o sofrimento. A saúde é a fluidez desse processo. Assim, a formatação de práticas tão rígidas como as propagadas pelo SAMU, quando o assunto é saúde mental, acaba sendo muito mais parte de um grande problema do que uma solução. Atualmente, está sendo desenvolvido, juntamente com a coordenação de saúde mental de Aracaju, a gestão e os psiquiatras da UCM e a gestão clínica dos SAMU's estadual e municipal o protocolo da psiquiatria, que busca delinear quais critérios serão usados na regulação para guiar os médicos reguladores sobre como proceder quando forem acionados a atender ocorrências psiquiátricas. Delinear esses procedimentos é importante para o funcionamento do SAMU no campo da psiquiatria, afinal de contas, isso enquadra o paciente psiquiátrico definitivamente no *hall* dos casos atendidos e com alta resolutividade.

Porém, que tipo de resolutividade um enquadramento assim proporciona? Com certeza um tipo muito distante daquele posto pela complexidade invertida de Lancetti (2005), mas, uma solução nos parâmetros medicalizantes da psiquiatria, que coloca a loucura como doença mental podendo ser assistida somente por um psiquiatra, frisando a especialização em detrimento da pessoa que sofre.

Configurar um serviço assim não é emperrar os fluxos? Enquadrar o louco como sempre se fez, subordinando-o a um psicodiagnóstico cristalizado no meio do rio da subjetivação, que levará por toda a vida?

A concepção neurótica de subjetivação reduz o dentro e o fora a uma mera visão espacial, o que evita a mudança, deixando os sujeitos perdidos e sem saber como operar em situações fronteiriças. Assim, tudo parece estar dado para sempre e não há possibilidade de pensar em mudanças, visto que essa posição anula as forças do fora e sua condição de

estrangeirice o que neutraliza os seus efeitos disruptivos (Rolnik, 2000). E quando, por acaso, são atingidos por vetores de instabilidade, buscam rapidamente achar uma referência conhecida para tomar como comparativo, algo que ponha chão debaixo dos seus pés, para que possa preservar as coisas exatamente como sempre lhes pareceram: idênticas.

Ao invés de enxergarmos esse “não saber o que fazer” como uma grande questão a ser extirpada o quanto antes, não residiria aí uma grande potencialidade de afirmação vital?

Somos afetados todo o tempo pelas turbulências do fora e aceitá-las é antes de tudo, constituir dobras na nossa própria subjetividade. Atender um louco em crise é encarar uma acentuada singularidade que rompe com a política da identidade que rege o mundo de hoje. É abrir-se para o turbilhão do fora que está dilacerando, numa tempestade de forças, o corpo do louco e que, ao mesmo tempo, o dificulta de reterritorializar-se. E cada crise tem um sentido, tem uma história singular e plural da convergência de muitos vetores, que não pode ser tratada com base em nenhuma padronização. Pois é complexa, sinuosa, fulgás, delicada e disruptiva. Despiremos-nos da carapuça de especialistas para assim assumirmos a posição de um outro que se deixa impregnar pela atmosfera gerada na tempestade das forças, com o intuito de fisgar no ar o aparecimento de possíveis agenciamentos que possam ser potentes criadores, se lançando ao risco de apontá-los mesmo sabendo que pode se constituir num erro. Rolnik (2000) diz que é melhor fazer isso e se enganar do que se furtar da experimentação.

Lidar com sensações de onipotência e de controle é perigoso pela fragilidade, afinal de contas, não passam de grandes ilusões bem fundamentadas na linguagem. Mas, a impotência que a ocorrência psiquiátrica detona no SAMU é um analisador importante. Um serviço que foi configurado para ser completo nas suas ações se debate quando é posto para atender um caso onde não se vê uma enfermidade, onde tudo acontece num âmbito que não acessam, não podem tocar na confusão mental, não podem costurar uma agitação psicomotora. Esse tipo de atendimento expõe as limitações do SAMU e por conta disso não é difícil de entender porque

as ocorrências de natureza psiquiátrica são tão evitadas e até odiadas por grande parte da equipe.

Um serviço assim pode se configurar enquanto um promotor da desinstitucionalização? Ou a atenção à crise fica comprometida desde os termos fundamentais que constroem o paradigma que rege o SAMU? Vejamos mais alguns pontos.

#### **4.6. “As pedras no meio do caminho...”**

Ao findar essa primeira experiência no campo, vimos que somente entrevistas com foco na legislação<sup>51</sup>, na concepção de urgência psiquiátrica e nas capacitações não iriam levar a discussão muito longe, porque poderia desvelar problemas, mas seria pouco útil na proposição de soluções práticas.

Uma questão sempre emergia nas falas e que precisava ser melhor explorada, era *a falta de um protocolo que orientasse as práticas dos profissionais nas urgências psiquiátricas*. Isso porque as intervenções realizadas pelo SAMU são baseadas em protocolos que guiam as práticas de acordo com uma *hipótese diagnóstica* construída pelo médico regulador. As ocorrências clínicas, traumáticas, pediátricas e gineco-obstétricas têm, respectivamente, seus protocolos específicos. A psiquiatria carece do seu.

Por conta disso, foi necessário dar continuidade à pesquisa de campo, numa segunda etapa que problematizaria não só as bases das urgências psiquiátricas realizadas pelo SAMU/Aracaju, mas o movimento do usuário na rede e a criação do protocolo psiquiátrico que estava acontecendo a partir do primeiro semestre de 2007 e se estendeu por quase todo o ano.

Tendo em vista essa proposta, o espaço do SAMU, como um lugar de fluxo contínuo, condensou as questões levantadas, se configurando como o ponto de partida para discutir as

---

<sup>51</sup> A Portaria 2048/GM e a Política Nacional de Saúde Mental.

conexões inter-redes e o próprio funcionamento dos atendimentos psiquiátricos. Partindo da necessidade premente de se organizar estratégias para dar conta da atenção à Saúde Mental, o SAMU decidiu construir o protocolo psiquiátrico. Assim, a nossa análise foi feita com base no acompanhamento das reuniões do grupo operativo para a construção do protocolo e, a bordo das ambulâncias, visava participar dos casos que entram nesse circuito pelo SAMU e desembocam na Urgência Clínica e Mental do São José<sup>52</sup>. Escolhemos esse destino fundamentado na conexão entre os dois serviços, o SAMU como a porta de entrada da demanda e o São José como o regulador do fluxo das urgências psiquiátricas na rede.

#### **4.7. A bordo das USB's: a Segunda Etapa da Pesquisa de Campo e as Reuniões de construção do protocolo**

Munidos dessas considerações até aqui expostas, voltamos a campo em maio de 2007. A segunda etapa começou em maio de 2007 e se estendeu até agosto do mesmo ano. Compreendeu a participação nas reuniões de construção de protocolo psiquiátrico, entrevistas abertas realizadas com alguns de seus participantes, como será detalhado no próximo tópico, e o acompanhamento do processo que circunscreve os atendimentos psiquiátricos realizados pelo SAMU desde a Base de regulação, depois a bordo das USB's, até seu encaminhamento para a UCM.

##### *4.7.1. Sobre o acompanhamento das Reuniões de Construção do Protocolo Psiquiátrico*

Foram realizadas reuniões intersetoriais, que contaram com uma psicóloga representante da Coordenação de Saúde Mental, dois psiquiatras, uma médica sanitária e a gerente do serviço de Urgência Clínica e Mental do São José, o coordenador clínico do

---

<sup>52</sup> Ilustrado em azul na Fig. 1.

SAMU/Aracaju e da UCM<sup>53</sup> e o coordenador clínico do SAMU – Estadual. As reuniões tiveram por objetivo criar um espaço de discussão que aproximassem os profissionais dos diversos percalços existentes nas articulações entre esses serviços, a fim de criar um protocolo baseado na realidade vivida e não simplesmente na literatura. Os integrantes se reuniam a cada quinze dias nas segundas e quintas-feiras, respectivamente e tentaram achar direcionamentos que pudessem compor o protocolo. Observamos nas reuniões a relação entre os serviços e quais direcionadores a gestão está usando para idealizar esse instrumento. Além disso, a nossa participação constituiu uma intervenção. Tendo em vista que acompanhamos a realidade dos casos assistidos pelas ambulâncias do SAMU confrontamos as discussões com os casos assistidos e com a literatura pesquisada.

Além da nossa participação nas reuniões, no período de maio a setembro de 2007, foram realizadas entrevistas abertas com alguns dos participantes:

- A médica sanitária, responsável pelo Núcleo de cuidado em saúde mental na Atenção Básica, que também atua como plantonista no São José. Com ela, abordamos as possíveis articulações entre o SAMU, Atenção Básica e Apoio Matricial, analisando como a inclusão do usuário está sendo ou poderá ser feita através da atenção básica;
- Um dos psiquiatras, que compôs o delineamento de cinco síndromes, base do protocolo, que guiará os profissionais do SAMU quanto à regulação e abordagem no local da ocorrência. Questionamos sobre o que direciona e baseia a composição do protocolo.
- O coordenador clínico do SAMU/Aracaju e UCM, tendo em vista que ele faz a conexão entre a urgência e a saúde mental. Tratamos sobre a demanda que deu origem ao movimento de criação do protocolo e sobre a relação com o São José e a Rede de Atenção Psicossocial.

---

<sup>53</sup> Urgência Clínica e Mental do Hospital São José.

- A representante da coordenação de Saúde Mental, responsável pela conexão entre a saúde mental e a urgência. Tratamos sobre a articulação entre o SAMU – coordenação de Saúde Mental, a relação com os CAPS, a construção do protocolo e as estratégias de inclusão dos usuários na rede.

#### *4.7.2. Sobre o Acompanhamento dos Casos Atendidos*

Além disso, acompanhamos alguns atendimentos psiquiátricos juntamente com as equipes das USB's do SAMU. O nosso intuito foi vivenciar o processo e, além de investigar as práticas adotadas pelos profissionais, problematizar as possibilidades de articulação entre a Rede de Atenção Psicossocial e a de Urgência. O acompanhamento foi feito nas ambulâncias juntamente com os auxiliares de enfermagem e condutores veiculares. Acompanhamos o processo desde o recebimento da ligação até o encaminhamento do paciente ao serviço que o médico regulador apontava. Para tanto, permanecemos na sala de regulação, a base do SAMU, e as nossas intervenções começavam por lá. O fato de colocarmos que o nosso papel naquele contexto era entender as dificuldades enfrentadas tanto pelos reguladores quanto pelas equipes das USB's a fim de construirmos juntos as soluções nos abriram várias portas. Além de estarmos em contato direto com os reguladores, rádio-operadores e TARM's, nas ambulâncias, contávamos os auxiliares de enfermagem e condutores, que de bom grado falaram sobre suas experiências, temores e dificuldades. Com a confiança e pertinência desenvolvida por termos nos colocado a disposição deles, era mais rico pontuar acontecimentos, problematizar certezas, apontar outros caminhos e visualizar o processo.

Assim, expandimos a intervenção para além dos profissionais do SAMU, envolvendo os pacientes atendidos e seus familiares. Quando chegamos aos locais das ocorrências na companhia do auxiliar de enfermagem e do condutor veicular, observamos os procedimentos adotados e procuramos acolher a pessoa em crise, saber se existia algum vínculo com o CAPS

e se não tivesse, encaminhávamos. Percebemos como vários desses técnicos já traziam, de forma muito clara, questões que desenvolvemos neste trabalho.

Com isso, traçamos um mapa das potencialidades do SAMU enquanto um exímio articulador inter-redes, que nos auxiliou na construção de uma nova discussão sobre o funcionamento desse serviço e da própria urgência psiquiátrica, com o intuito de assumir um papel de problematizador e disparador de outros questionamentos. Questionamentos que podem nos lançar em busca de respostas geradoras de movimento. E assim, esculpir inúmeras outras formas de realidade, organização do serviço e de resposta à crise.

#### **4.8. De volta ao campo: a Segunda Etapa da Pesquisa**

De início, quando começamos a fazer a análise dos dados da segunda etapa, pensamos em dividir os eventos em três tópicos, analisando separadamente os acontecidos sem, necessariamente, ligar os atendimentos das urgências psiquiátricas nas ambulâncias às entrevistas e às reuniões. Entretanto, percebemos como tudo se atravessava. A política discutida nas reuniões, as falas dos entrevistados, os nós que impedem a articulação entre a saúde mental e a rede de urgência, são forças que perpassam todo o processo e não poderíamos deixá-las de lado.

Assim, tendo em vista que tal “separação” seria artificial a ponto de seccionar o enredo, decidimos analisar os dados em conjunto. Portanto, os tópicos que lerão a seguir se referem à discussão de pontos nodais do campo, perpassados pela discussão de suas três fases: a participação nas reuniões para a construção do protocolo, as entrevistas abertas com os participantes anteriormente especificados e os acompanhamentos dos atendimentos nas ambulâncias.

#### 4.8.1. A construção do Protocolo entre as reuniões e as entrevistas

Em maio de 2007, o SAMU estava fervilhando numa crise decorrente de um processo que se arrastava desde a abertura do serviço, desde o momento em que a Portaria 1864/GM de 29 de setembro de 2003, havia sido escrita e publicada (Brasil, 2003). A portaria estrutura um serviço capaz de resolver as questões mais complicadas, de aplacar o mal-estar nos lugares mais distantes e não importa se pendurados numa corda de *rappel* para um salvamento vertical ou se embaixo de ferragens resgatando uma vítima. Os técnicos do SAMU devem se tornar agentes programados para enfrentar qualquer situação, com “nervos de aço” construídos sob um considerável alicerce identitário.

Na *I Oficina Nacional de Atenção às Urgências e Saúde Mental*<sup>54</sup> realizada em Aracaju, já citada anteriormente, a questão da identidade fortemente instaurada ficou muito clara, os próprios profissionais se dividiram em categorias: os Samuzeiros, profissionais do SAMU guiados pela objetividade protocolar cotidiana; e os Mentaleiros, trabalhadores da Saúde Mental que miram na subjetividade, mas que, na maioria dos casos, também se recusam a lidar com as imprevisibilidades de uma situação de crise. Duas vertentes que têm no tempo uma das suas mais marcantes diferenças: os Samuzeiros precisam agir em um tempo muito curto para serem eficazes, os Mentaleiros, geralmente, precisam de um tempo maior para desempenharem seu trabalho.

Foi a primeira tentativa de encontro oficial e de larga escala entre os profissionais, um momento emblemático da busca de um diálogo, cujo efeito acirrou uma rivalidade embalada pelas suas diferenças marcantes. O propósito da Oficina era estabelecer uma troca entre os trabalhadores da urgência e da saúde mental com o intuito de pactuar ações e diretrizes para que os serviços pudessem funcionar de fato enquanto circuitos de uma mesma rede,

---

<sup>54</sup> Em 2004, foi realizada em Aracaju – SE, a *I Oficina Nacional de Atenção às Urgências e Saúde Mental: Diálogos sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Reforma Psiquiátrica*. Esse encontro foi a primeira tentativa de aproximação entre a Saúde Mental e a rede de Urgência, que gerou um relatório final, citado nessa dissertação, que atesta que os CAPS's precisam fazer um trabalho de matriciamento junto ao SAMU.

atendendo aos princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica e levando em conta as particularidades dos atendimentos de urgência. Como percebemos hoje, três anos depois, apesar da publicação do relatório final da Oficina, as pactuações feitas nem chegaram a serem cumpridas. O que pode nos indicar a necessidade de se pensar em novos espaços e estratégias para contemplar a idéia de intercâmbio entre a Saúde Mental e a Urgência.

Geralmente, um serviço que lida com a crise tende a colocar a “crise do paciente” como foco de sua preocupação, não conseguindo enxergar diante das necessidades e das demandas excessivas da clientela que o próprio serviço pode estar colapsando (Dell’Acqua & Mezzina, 2005). E num serviço como o SAMU, poucas coisas poderiam lhe tirar a estabilidade, porém, a comoção gerada pelas urgências psiquiátricas levantava questões todos os dias. Os médicos reclamavam por não saber regular, os auxiliares de enfermagem tinham medo de serem assassinados durante os atendimentos, o relacionamento com a UCM era complicado e com os CAPS’s, inexistente.

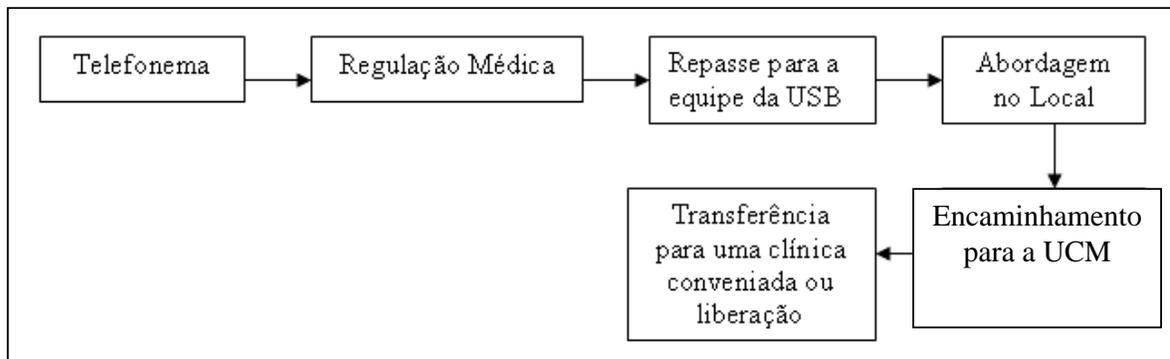
Sendo assim, com a crise circulando pela rede, os serviços responsáveis pelo atendimento às urgências psiquiátricas, enfim, decidiram sentar e discutir, num grupo operativo, o que fazer com essa situação. Recapitulando, o SAMU é um serviço que funciona regido por protocolos, mas a psiquiatria era a única área que não possuía um. Então para resolver essa questão, o SAMU decidiu lidar com a crise do serviço como lidam com a crise do paciente: criando o protocolo específico, uma normalização que serviria para produzir um padrão a ser seguido, o que não é negativo como um todo, pois é necessária a construção de parâmetros para guiar os profissionais, porém, a questão é quando estes parâmetros se sobrepõem ao encontro das pessoas, à ética de cuidado e vira um mero procedimento técnico, mortificando as relações.

Neste sentido, foi decidido que o delineamento desse protocolo, com a finalidade regular as urgências psiquiátricas, seria construído em conjunto com a participação da Saúde Mental e da UCM, o que contribuiria para conectar a rede. Entretanto, estavam sempre

lidando com uma linha tênue que poderia simplificar esse objetivo ao focar na simples criação de uma normalização para suprimir a crise, não só dos pacientes, mas dos próprios serviços inquietos com as suas incertezas.

Não era só o SAMU que estava em crise. A UCM também dava seus sinais. Quando lhe foi retirada a atribuição de urgência clínica todos os seus instrumentos para esse tipo de atendimento foram desativados. Além disso, o médico clínico geral que fazia parte da equipe deixou de ser plantonista e passou a ser diarista. Vai uma vez por dia e checa todos os internos. O caso é preocupante. Alguns pacientes com diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico com intercorrências clínicas que foram encaminhados para lá por conta de uma regulação desatenta chegaram a óbito haja vista a falta de estrutura do serviço.

Geralmente, nos casos em que o solicitante atesta que a pessoa a ser atendida tem um diagnóstico psiquiátrico prévio o fluxo da rede é unilinear, ficando o fluxograma da seguinte forma:



**Fig. 5: Fluxograma das chamadas recebidas pelo SAMU de pacientes com um diagnóstico psiquiátrico prévio.**

Ou seja, não existe conexão direta ou indireta ou sequer encaminhamentos para a Rede de Atenção Psicossocial ou de Atenção Básica, o atendimento delegado à rede de Urgência começa e termina em si mesma, podemos dizer que um circuito fechado é um circuito mortificado.

Um psiquiatra entrevistado afirmou que é bastante comum mandarem casos clínicos para a UCM. De um lado, o SAMU convoca os psiquiatras a desempenharem o papel de clínicos, por outro lado, os médicos na UCM se vêem impossibilitados de realizar tal atribuição, por não terem treinamento e recursos ou, simplesmente, por se recusarem.

*“A escola psiquiátrica nas décadas de 70 e 80 era exclusivamente psicanalítica, então, quem optava pela psiquiatria abandonava a parte ‘médica’ da profissão, assumindo o papel de psicanalista. Já a década de 90 foi considerada a ‘década do cérebro’ e todos os médicos, inclusive os psiquiatras foram chamados a atuar como clínicos. Mesmo assim careciam de uma base mais sólida para desempenhar esse papel... E isso é um complicador pra gente... Tem muitos médicos aqui das escolas mais tradicionais que não aceitam atuar em outra coisa que não em psiquiatria... A regulação precisa ser bem feita, se não sobrecarrega o serviço e vêm casos pra cá que a gente não vai poder atender...” – Part. 8.*

Além disso, a UCM estava sofrendo com a baixa de trabalhadores. Muitos estavam de licença médica por tempo indeterminado por conta de síndrome do pânico ou estresse. Dos seis auxiliares administrativos, somente um estava trabalhando e que, segundo a gestão, por conta do excesso de trabalho, não ia tardar de adoecer também. Esse adoecimento coletivo diz muito do tipo de trabalho que essas pessoas se submetem, afinal de contas, satisfação no trabalho tem uma ligação estreita com a saúde do trabalhador (Dejours, 1992).

O primeiro passo para o “tratamento” da crise de ambos os serviços foi programado para ser a construção do protocolo. No entanto, o que poderia dar de fato corpo à articulação e extrapolar essa norma é o que se constrói ao longo desse processo: a aproximação dos gestores a fim de formar uma rede de apoio social, a familiarização com o tema e a invenção de estratégias flexíveis capazes de dar suporte aos trabalhadores e aos usuários. O próximo passo depois de protocolar as urgências psiquiátricas no SAMU, seria validar o protocolo na prática e criar um outro específico para a UCM.

*“O protocolo da UCM vai ser bom nas duas vias que ele vai atuar. Um protocolo interno para padronizar as atitudes dos psiquiatras, de escolas e formações diferentes... A gente traz a literatura pra ela ser o nosso referencial, mas não que ela seja definitiva, não queremos que a vontade de um grupo se sobreponha a vontade dos outros colegas. Queremos uma construção coletiva... As diferenças entre os psiquiatras são captadas muito bem pela enfermagem, uns têm atitudes mais clássicas, outros mais modernas. Dia de dr. Fulano todas as ampolas de determinado remédio tem que ser sobrepostas, dia do dr. Cicrano já são outros medicamentos que ele usa e outro que nem usa outra coisa, gosta mais de conversar,*

*outro que gosta mais de fazer determinado procedimento, outros encaminham mais*<sup>55</sup>... *Tanto que muitos técnicos daqui acabam direcionando, quando é um familiar por exemplo: ‘venha no dia de dr. Fulano porque é melhor’... Seria bom que nós tivéssemos uma unidade, todos nós não agiríamos todos da mesma forma, mas teríamos um protocolo direcionador...*” – Part. 8.

Essa fala de um dos psiquiatras mostra como o protocolo pode dar direcionamentos e guiar os profissionais em situações estressantes e ansiogênicas, determinando quais procedimentos são adotados em cada situação. Porém, é importante ressaltarmos que, ao mesmo tempo, o mesmo instrumento pode se configurar numa desculpa para não pensarem mais sobre o assunto, tendendo para o comodismo. É importante os serviços de saúde terem padrões que ordenem o fluxo da demanda e a utilização dos recursos, porém, é tão importante quanto, que esses mesmos padrões sejam flexíveis o bastante para contemplar as singularidades de cada caso atendido.

As reuniões se constituíram num espaço para pactuar essas linhas direcionadoras. Porém, antes de qualquer pacto, o maior consenso que unia o grupo antes mesmo de começarem a discutir qualquer coisa é que o psiquiatra é, definitivamente, o profissional mais apto a lidar com a crise, fala propagada mais de uma vez por vários dos componentes sem nenhuma problematização. Assim, foi dada a um dos psiquiatras, pelo fato de também ser professor, a responsabilidade de trazer a literatura que serviria de base para a construção do protocolo.

Problemas de articulação da rede surgiram aos montes. O SAMU não entendia porque os CAPS têm carros próprios, mas nunca podem usar quando um de seus usuários surta e precisa ser levado para a UCM. A prioridade do SAMU é atender pessoas que estejam nas ruas, pacientes lotados em algum serviço ficam em segundo lugar na escala de prioridade. A gestão do SAMU justifica que pacientes nos serviços estão melhor assistidos do que aqueles que estão em via pública, assim, podem esperar para serem transportados. Quando, numa das reuniões, representantes dos CAPS compareceram, colocaram que eles não têm como atender

---

<sup>55</sup> Encaminham para internamento nas clínicas psiquiátricas conveniadas.

à crise, então precisam com urgência da ajuda do SAMU e nem sempre os seus carros estão à disposição ou mesmo funcionando.

Então, perguntamos:

*Por que os CAPS não estão aptos para atender a crise?*

E eis a resposta que recebemos de um representante de um dos CAPS III da cidade:

*“Porque não é sempre que temos um médico presente.”- Part. 9.*

A coordenação do SAMU completou:

*“É, não podemos atender uma urgência psiquiátrica sem um médico, de preferência, um psiquiatra...” – Part. 4.*

E quanto aos CAPS III, o seu funcionamento 24 horas e os acolhimentos noturnos?

Afinal de contas, temos dois na cidade. E foi a vez da coordenação de saúde mental se manifestar:

*“Funcionamos com a equipe mínima para a internação noturna que é de três auxiliares de enfermagem. Então, só podemos atender usuários que já tenham vinculação com algum CAPS. Pessoas sem vínculo são um problema, ainda mais sem um médico. Muitos precisam ser estabilizados e essa estabilização tem que ser feita no São José<sup>56</sup>. Não temos muitos psiquiatras na rede... não temos como colocar um lá agora...” – Part. 10.*

Aqui é importante abrirmos um parêntesis para discutir essa questão, que se apresenta hoje como um dos maiores nós da Reforma Psiquiátrica no Brasil: a resposta à crise nos CAPS's. Afinal de contas, por que os CAPS's continuam funcionando como meros ambulatorios distribuidores de receitas e de cuidados diários dos casos crônicos, separando-os dos ditos agudos como se não fosse de sua responsabilidade?

Para uma desinstitucionalização efetiva a demanda não pode ser selecionada e nem fragmentada por diagnósticos, isso reconstruiria a cronicidade fazendo o serviço fracassar. Ao invés disso, é necessário assumir a demanda com uma totalidade indivisível, ou seja, não separar os crônicos dos agudos e nem os psicóticos dos neuróticos. A desinstitucionalização representa um trabalho complexo, cheio de nuances e sinuosidades para os técnicos,

---

<sup>56</sup> Urgência Clínica e Mental do Hospital São José.

administradores, usuários, familiares e que precisa de uma participação essencial dos recursos da comunidade e uma intensa mobilização de energias. A desinstitucionalização requer relação com um território, que nesse caso é a comunidade (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001).

Mas como isso funciona na prática?

Como vimos nos resultados da primeira fase da pesquisa de campo, muitas vezes a crise é associada à violência e, geralmente, em casos de pacientes muito alterados é que os CAPS's demandam apoio de outros serviços, como é o caso do SAMU, para contornar (e não necessariamente resolver) a situação. O CAPS, no seu molde atual, atua como um serviço de acompanhamento-cuidado a longo prazo. Usuários passam pelas mãos de toda a equipe multidisciplinar, ganham um Projeto Terapêutico Individual (PTI), participam das oficinas, das terapias, dos passeios, dentre outros. Mas, quando alguma coisa sai do eixo e aquele usuário surta, que tipo de suporte um “ambulatório”, como o CAPS tem se tornado, pode oferecer?

A falta de resposta aos episódios de crise dos usuários dos CAPS e de outros cidadãos não vinculados aos serviços são um dos principais fatores que contribuem para o fortalecimento da lógica manicomial, exatamente por direcionar essa demanda para os hospitais psiquiátricos. Estes ainda se mantêm fortes por serem consagrados todos os dias pela própria rede substitutiva, como os serviços indicados para dar suporte à crise do usuário através das internações e intervenções medicamentosas.

Em Aracaju, por exemplo, se alguém entra em crise no CAPS, ele é tirado de lá pelo SAMU, levado para a UCM e, possivelmente, transferido para uma clínica psiquiátrica conveniada. Então, de que serve todo o trabalho árduo dentro do CAPS, se ao sinal de um momento crítico, a pessoa é deixada a cargo de verdadeiros manicômios? O funcionamento desta rede sugere um fio condutor entre as instituições e este fio é certamente manicomial.

Essa realidade do CAPS como um ambulatório que acompanha longitudinalmente um usuário constante, pode ser a base da idéia de que o médico é o profissional mais habilitado

para lidar com a crise sustentada pelo grupo das reuniões de construção do protocolo, visto que a tradição psiquiátrica das internações compulsórias se sustenta na grande maioria das vezes por conta das crises.

A falta de preparo dos profissionais para lidarem com esses momentos de sofrimento intenso é indiscutível, costumam se colocar na defensiva, com medo do que pode acontecer. Isso fortalece a idéia de que nessa situação o melhor a se fazer é conter o paciente. Lancetti (2006) relata-nos uma experiência que se passou em Santos/SP, na época em que o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de lá estava começando a funcionar. Ele nos conta que numa oportunidade um paciente que estava em intenso estado de agitação e fúria, sozinho, tentava virar um *fusca* numa rua próxima ao NAPS. A polícia foi chamada e vários policiais tentaram conter o rapaz, quando apareceu uma terapeuta ocupacional do Núcleo. Ela disse para os policiais o soltarem, o conteve apenas com o afeto e o levou a pé de volta ao NAPS. Isso com certeza nos diz alguma coisa. Dentro dos CAPS's os vínculos estão estabelecidos, será que não é de um novo posicionamento que os técnicos necessitam para que essas intervenções sejam bem sucedidas e se afastem de uma vez por todas das realizadas nos hospícios? Estratégias pertinentes podem ser desenhadas por intervenções itinerantes que ganham potência por serem forjadas por vínculos e afetos, e o SAMU por ser eminentemente itinerante pode se encarregar delas.

Além do mais, a grande centralização que o CAPS tem em si mesmo, com pouca abertura para o território acaba por viciar o serviço, se destinando a abarcar momentos pontuais da vida de seus usuários correndo o risco de descontextualizá-los e sobrecarregar os técnicos. A saúde dos trabalhadores dos CAPS's e serviços substitutivos em geral é outra questão que precisa ser melhor debatida. O índice de insatisfação no trabalho e de adoecimento é alto na UCM e nos CAPS's de Aracaju segundo a gestão. O motivo de isso ser assim que extrapola os nossos objetivos aqui, porém podemos apontar a sobrecarga de trabalho, a falta de investimentos, do empenho dos governantes e a institucionalização dos

CAPS's como alguns dos motivos para esse funcionamento que gera adoecimentos. Durante uma das reuniões<sup>57</sup>, um comentário chamou atenção para isso:

*“Daqui a pouco teremos que abrir residências terapêuticas para os pacientes institucionalizados nos CAPS's. Tem gente que está [praticamente] internada no CAPS há mais de um ano...”* – Part. 8.

A institucionalização fica clara na seleção da demanda a ser atendida, na “rotinização” dos procedimentos, na criação de padrões rígidos para atividades que deveriam ser flexíveis. A rigidez rouba a autonomia do técnico e do usuário, favorecendo a institucionalização que desmotiva, aprisiona, assessorando todo tipo de adoecimento. Porém, mesmo esse adoecimento traz um importante fator para análise. Pelbart (2000) afirma que esse estado pode trazer uma impotência e fragilidade que deve ser usada como condição e possibilidade para efetivar mudanças. A maneira de lidar com a situação é que a transforma em incapacitante ou emancipadora.

Lancetti (2006) aponta que qualquer instituição que trabalha com pessoas com algum transtorno mental tende a se cronificar, criando coletivos repetitivos. Ou seja, organizam as oficinas terapêuticas, levam os usuários a passeios, fazem do CAPS um lugar acolhedor e interessante, porém, quando alguém entra em crise busca-se logo o psiquiatra para que ele “resolva” a questão.

Essa posição médico-centrada, principalmente no tocante da atenção à crise, dificulta os trabalhos e nos faz regredir. Como assim? Um dos principais argumentos utilizado como justificativa para a inexistência da atenção à crise nos CAPS é a falta de psiquiatras na rede. Muito ainda gira em torno do psiquiatra quando nos reportamos a crise. Apesar disso, nós já temos várias experiências exitosas de resposta à crise sem psiquiatras e até mesmo sem profissionais da saúde mental<sup>58</sup> (Lancetti, 2006).

---

<sup>57</sup> Sempre que nos referirmos às reuniões, estamos falando das reuniões para a construção do protocolo psiquiátrico do SAMU/Aracaju.

<sup>58</sup> Para um maior aprofundamento sobre isso consultar Lancetti, A. (2005) *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec; Rotelli, F.; Leonardis, O. & Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

Com esse vácuo criado pelos CAPS's, apenas um lugar fica 24 horas “preparado” para lidar com a crise, com médicos e enfermeiros a postos para dar às boas vindas ao novo (ou antigo) interno: o Hospital Psiquiátrico. Os funcionários dessas instituições estão habituados a receber pessoas em crise, utilizando a força, a contenção física e química. Isso suprime a crise de imediato: a pessoa deixa de incomodar.

Um modelo substitutivo precisa ter claro que seu funcionamento é distinto do funcionamento do hospital psiquiátrico e seus técnicos precisam ter exímia clareza das razões que sustentam a crítica a instituição psiquiátrica – sob pena de confundir-se com ela (Coordenação de Saúde Mental/SMSA/SUS-BH, 2004). A obrigação é aquilo que define o hospital psiquiátrico, força os internos a usar uniforme, a permanecerem trancafiados em seus muros, a rigidez identifica os procedimentos; as marcas da “normalidade” imposta à loucura ficam à mostra. Um verdadeiro massacre da diversidade, que transforma pessoas em números, ambientes em prisões, invenção em monotonia. E o princípio da distância entre os técnicos e pacientes é escavado todos os dias, fortificando o monólogo da razão diante da loucura (Coordenação de Saúde Mental/SMSA/SUS-BH, op. cit.; Foucault, 2006).

Se enquanto técnicos nos colocarmos acima dos usuários, nos vangloriando de uma determinada sabedoria, sustentando uma certeza de que somos nós que temos a verdade sobre eles, será muito mais difícil nos comunicarmos durante uma crise. O acolhimento da pessoa em crise pode gerar uma cooperação mútua para que profissional e usuário juntos possam produzir sentido para àquele momento. É provável que se estivermos presos às regras e condutas pré-estabelecidas, tentando aplicar os mesmos moldes a todas as pessoas, teremos problemas em estabelecer a comunicação, o que impossibilitaria a formação de vínculo.

Em alguns momentos, poderemos chegar até a precisar de medicamentos, mas essa não deve ser a nossa primeira e muito menos a única opção. É interessante termos um psiquiatra na retaguarda, ao telefone, no rádio, mas não é necessário que ele esteja presente

---

todo o tempo. Os usuários do serviço também deveriam ser levados a pensar sobre a sua crise e a crise do outro, grupos terapêuticos para discutir essas questões poderiam gerar bons frutos<sup>59</sup>.

Às vezes, como recurso final, quando o usuário estiver tão desorganizado a ponto de se machucar ou correndo o risco de machucar outros, quando o seu sofrimento for tão intenso que nós não consigamos estabelecer nenhum tipo de comunicação (nem verbal, nem gestual, nem através de olhares, movimentos, dentre outros tantos que podemos inventar no momento) é chegada a hora de pensar numa contenção física temporária, mediante negociação e responsabilização do usuário sobre o seu estado. É bom e pertinente lembrar que ele tem poder de decisão e que trabalhamos para fortalecer a sua autonomia e não para destituí-lo dela quando algo crítico acontece.

Em Aracaju, desde que o SAMU começou a realizar o atendimento às urgências psiquiátricas, o CAPS III Liberdade era o ponto de referência que recebia todos os casos regulados. Porém, com a abertura da UCM em 2005, que tinha o objetivo de ser uma urgência psiquiátrica dentro de um hospital geral, grande parte dos psiquiatras da rede foram redirecionados para lá, o que acarretou na escassez de profissionais nos outros serviços. O mais interessante é que no fim disso tudo, a UCM acabou sendo isolada do hospital geral e, posteriormente, gradeada e funcionando tal qual um manicômio. Ao lado de um hospital geral e menor. Mas, ainda um manicômio.

Isso mostra como a crise é o ponto central da captura da loucura. A crise é o momento que a Rede de Atenção Psicossocial se desfaz daquele usuário e o deixa a cargo da rede de urgência que, mais do que qualquer outra rede, é absolutamente medicalizada. Tendo em vista que tanto a Rede de Atenção Psicossocial quanto a de Urgência compõem o SUS, mas, não

---

<sup>59</sup> Costa (2007) traz uma experiência interessante desenvolvida no Espaço Aberto ao Tempo (EAT) no Rio de Janeiro. Para uma maior aprofundamento sobre o assunto consultar Costa, M. S. (2007). Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. *Archivos Brasileiros de Psicologia*. 59 (1), 94-108.

conversam muito entre si, o que poderia ser o encaminhamento cabível, vira uma violência à vida da pessoa.

Costa (2007) alerta para a cronicidade da crise como um fenômeno que está se consolidando, tendo em vista que lidar com a crise desperta procedimentos peculiares dos manicômios, não apresentando resolutividade, mas consistindo em violência e tentativa de normalização. Admitindo, implícita ou explicitamente, que o tratamento da crise se dá através da sua supressão se contribui diretamente para um circuito eterno que alimenta a dependência que a rede tem dos hospitais psiquiátricos. Os CAPS's não deveriam ser aparelhos para suprimir à crise, mas para se trabalhar com ela de maneiras singulares, espaços para fazerem parte do cotidiano da pessoa e de onde ela não deveria ser retirada quando não estivesse "bem".

Costa (op.cit.) aponta também que uma boa saída para esse dilema é a valorização das estratégias da própria pessoa para lidar com a sua crise. Não é de supressão que alguém em crise precisa, mas de espaço e vínculos que possam lhe proporcionar acolhimento e uma certa dose de autoconfiança. É como olhar pra trás e ver que tem alguém segurando a sua bicicleta quando você se aventura a "pilotá-la" pela primeira vez.

Dell'Acqua e Mezzina (2005) colocam que a crise é a simplificação da própria existência daquela pessoa e os serviços espelham isso. Muitos profissionais desses serviços costumam ler *crise* como um diagnóstico que tem procedimento padrão correspondente, como medicação, contenção e internação.

A construção do protocolo será muito eficaz para o SAMU funcionar, mas em nenhum momento foi questionado se a crise será melhor assistida, e conseqüentemente, se é de um serviço padronizado e rápido ou de um médico que lhe diga o que fazer e quais remédios devem tomar que alguém em crise precisa. Isso é uma simplificação para o sentido complexo da vida de alguém. A crise vista como um diagnóstico cola as duas principais ações de supressão: a medicação e o internamento compulsório. Por vezes, a pessoa é vista de longe

pelo psiquiatra que nem mesmo conversa com ela. O familiar chega com a vaga reservada numa casa de repouso e pede o encaminhamento que é dado sem demora. Crise não é diagnóstico e não é um acontecimento simples e nem isolado, necessita de produção de sentido e de cuidado.

Não se pode confundir cautela com tutela, a pessoa deve ser responsável pela sua vida e a ela deve ser creditada a possibilidade de melhorar. Podemos ser suporte, dar suporte à família, trabalhar os outros usuários para lidarem com a crise, mas em momento algum podemos fazer isso por eles ou achar que sabemos mais daquela pessoa que sofre, por termos um diploma, por exemplo, do que ela mesma (Costa, 2007). Precisamos quebrar os tradicionalismos que ligam a crise aos hospitais, enfermarias psiquiátricas e aos próprios psiquiatras. Precisamos ampliar o sentido da crise, vê-la como um momento potencial, um momento da vida que pode se transformar e se reinventar de milhares de formas.

Segundo um dos entrevistados, o protocolo será importantíssimo para uma maior integração entre o SAMU e a UCM, visto que somente a partir do momento que se tem noção dos serviços oferecidos pela UCM que o SAMU poderá regular os casos com mais certeza, diminuindo o índice de erro. Muitos pacientes com intercorrências clínicas acabam sendo mandados para a UCM por conta de uma regulação errônea. Como foi o caso de um paciente alcoolista em abstinência que foi mandado para lá por conta de alergia a dipirona. Visto ter diagnóstico de alcoolista crônico, não investigaram a causa real do seu problema e o direcionaram sem muito critério para a Urgência Clínica e Mental do Hospital São José. Chegando lá, como ele estava se queixando de dores fortes de cabeça, aplicaram uma outra injeção de dipirona pura, o que agravou o caso. Quando os familiares foram ao seu encontro na UCM, ele já estava com dificuldades para enxergar, amarrado numa cama. Depois de um tempo, lhe deram alta e ele foi para casa. Quando chegou em casa, teve um desmaio e o SAMU foi contatado de novo. Ele foi novamente encaminhado para a UCM. O paciente encontrava-se há três meses em abstinência e a causa da ocorrência foi que, por estar com dor

de cabeça, tomou um medicamento que continha dipirona sem saber. Por ter seqüelas de meningite, acharam por bem chamar a urgência. Quando voltou para a UCM pela segunda vez, trataram-no como paciente para desintoxicação, sedaram-no e imobilizaram-no na cama por dois dias. Teve histórico de maus tratos e quando, finalmente, saiu da UCM para um Hospital Geral da cidade, morreu por complicações hepáticas.

O paciente psiquiátrico é extremamente estigmatizado, o seu diagnóstico primeiro é o de doente mental. Tendo sabido isso, a regulação médica prescinde de toda e qualquer outra investigação mais aprofundada, acarretando em casos como esse que teve como porta de entrada o SAMU. Quando perguntados sobre porque casos clínicos de pacientes psiquiátricos acabavam sendo levados para a UCM ao invés de serem atendidos em unidades clínicas, a gestão respondeu o seguinte:

*“Isso se dá pela falta de definição, o protocolo vai vir pra isso também. Apesar de ter uma ocorrência clínica, ele é um paciente psiquiátrico. Se a gente conseguir, na regulação, identificar a patologia clínica, não só na regulação, mas ‘in locu’, quando chegar lá definir a patologia clínica; esse paciente é levado primeiro ao atendimento clínico (Hospital da Zona Norte). Pra de lá, estabilizou clinicamente, não precisa mais fazer outra coisa, ele é transportado pro hospital São José (UCM). Nos casos de internamentos no São José, tem o diarista clínico que passa todos os dias pra avaliar. Se o psiquiatra acha que tem um paciente lá que tá com um caso clínico, ele chama o clínico pra avaliar. Quando é paciente novo que tá internado lá, eles avaliam todos. Agora, avaliou e não tem mais patologia clínica, ele deixa com o psiquiatra. Se o psiquiatra achar que precisa, chama novamente e ele reavalia o paciente. No São José é avaliado diariamente e paciente da urgência, passa no Zona Norte e depois vai pra lá. Se chegar no Zona Norte e não identificar patologia clínica, então o paciente vai primeiro ao psiquiátrico, chega lá ele identifica: ‘ó, é paciente psiquiátrico, mas tá com uma patologia clínica. Precisa primeiro de um atendimento clínico...’” - Part. 4.*

Muitos casos agravam bastante e chegam a óbito nas mãos dos psiquiatras plantonista da UCM, os mais atingidos são os alcoolistas com agravantes hepáticos, hemorragias gástricas dentre outras. O que está por traz disso? Um estigma pungente e declarado. Foi ‘QBU’<sup>60</sup>, vai para a UCM, a ligação é direta e irrefutável. Um maior cuidado dos médicos reguladores nesses casos é fundamental, se o SAMU é a porta de entrada do SUS ele tem a obrigação de saber regular o fluxo da demanda com eficácia.

---

<sup>60</sup> Sigla internacional para Rádio referente à Paciente Psiquiátrico.

A Rede de Atenção Psicossocial via a construção do protocolo como potencialidade para aproximar os trabalhadores.

*“O protocolo é consequência dessa sentada na roda. A idéia é que a gente consiga construir grupalidade, mesmo. A gente tem a idéia da construção do protocolo porque isso vai facilitar a construção da nossa prática. O protocolo vem pra facilitar o nosso fazer, tornar mais homogêneo, diminuir o sofrimento dos profissionais. Mas, o papel por si só não vai produzir mudança nas práticas. Construir protocolo pra que a gente se identifique. Construir coletivamente a partir das nossas necessidades. A gente podia fazer o seguinte: o pedido deles foi construam o protocolo. A gente tá mostrando como fazer diferente, tá sentando com eles pra construir a grupalidade e quando tem um grupo, troca de experiência, aí sim, a gente já dá conta de construir isso.” - Part. 4.*

O espaço era, realmente, privilegiado para as articulações capazes de aproximar os gestores, possibilitando uma futura articulação mais sólida inter-redes. Porém, como foi dito anteriormente, o privilegio de mediar a criação do protocolo foi dado ao psiquiatra da UCM que compôs um delineamento calcado nos diagnósticos da psiquiatria tradicional. Quando foi perguntado a ele se havia alguma literatura embasando seus direcionamentos, ele nos apontou um livro chamado “Emergências Psiquiátricas” (Kapczinski, Quevedo, Schmitt & Chachamovich, 2001). Apesar da fala explicitada anteriormente abordando a construção da grupalidade, que foi colhida numa entrevista sobre a importância das reuniões para a construção do protocolo, ninguém questionou a ética ou plausibilidade das hipóteses diagnósticas trazidas e tomadas como pilar fundante do protocolo. Muito pelo contrário, elas foram incorporadas de pronto às discussões.

Dessa forma, depois da explanação do psiquiatra sobre psicopatologia e sobre o que caracterizaria uma urgência psiquiátrica, foram definidas cinco síndromes que viriam direcionar os pilares da regulação médica. A partir de uma hipótese diagnóstica, o regulador definiria quais os possíveis encaminhamentos.

De acordo com o exposto nas reuniões, as cinco síndromes são:

- **Agitação psicomotora ou risco de violência:** não é específica da psiquiatria, a violência é um subsintoma da agitação e pode ser causada por causa clínica ou psíquica.

- **Risco ou tentativa de suicídio:** é consequência de situações inteiras de falhas, quando o remédio não teve efeito, quando a abordagem não funcionou, quando falharam no tratamento e no acompanhamento.
- **Intoxicação exógena intencional:** alcoolistas e drogaditos no geral.
- **Ansiedade aguda:** síndromes do pânico, estresse agudo e os indivíduos com somatizações intensas semnexo clínico.
- **Descompensação de um caso psiquiátrico prévio:** pode ser a reincidência de qualquer uma das síndromes anteriormente especificada.

A partir da hipótese diagnóstica, o regulador tomaria algumas decisões, como tipo de encaminhamento e quais atores habilitados poderiam auxiliar nos casos. A tabela a seguir foi criada para guiar as considerações e ser uma base para a construção dos parâmetros da regulação médica.

Principais Quadros	Perguntas	Conduta	Atores Envolvidos	Encaminhamentos
Agitação Psicomotora ou Risco de Violência				
Tentativa ou risco de suicídio				
Intoxicação Exógena				
Ansiedade Aguda				
Descompensação de quadro psiquiátrico prévio				

**Tab. 01: Tabela criada pelo grupo operativo para servir de base para a construção dos parâmetros da regulação médica das urgências psiquiátricas no SAMU.**

Com a incorporação desse modelo de pensamento, a Saúde Mental acabou se adequando, entrando na lógica protocolar de milimetrar intervenções. A vontade de implementar o funcionamento do protocolo dificultou uma problematização que escapasse a uma lógica de

aplicação controlada de procedimentos, e que buscasse pensar questões mais amplas. No contexto das práticas de saúde mental, deveríamos privilegiar a invenção, a criatividade e a singularidade dos usuários que desafiam a nossa condição de técnico todos os dias. Isso nos faz entender que a ciência é, de fato, somente mais uma forma de explicar o mundo e que as verdades são sempre provisórias. Essa é a nossa única certeza, a finitude ilimitada (Rolnik, 2006).

Tendo isso em vista questionamos: a quem serve esse protocolo? O que significa um protocolo nesse contexto? Seria possível enquadrarmos as diferenças singulares das pessoas em protocolos?

Depois que a parte clínica da UCM foi desativada, nenhum de seus equipamentos de socorro clínico está funcionando, e os próprios psiquiatras, como colocamos anteriormente, se prestam ao papel de agirem como clínico, ou por não estarem capacitados ou mesmo por falta de vontade. O protocolo como está sendo construído acaba reforçando o estigma, afirmando a loucura no espectro de doença mental, dificultando um trabalho que realce a visão dos médicos e a faça transbordar dos conceitos nosográficos.

*“A função do protocolo é definir quais as síndromes psiquiátricas que se encaixam nos parâmetros das urgências, porque essas seriam de responsabilidade do SAMU. Teremos que formular hipóteses diagnósticas (...) Aí vai ser confirmado ou não pelo psiquiatra do São José.” - Part. 4.*

Então, o que não se encaixar nos parâmetros das cinco síndromes idealizadas pelo grupo operativo provavelmente será descartado como um caso não atendido pelo SAMU. Anaya (2004), falando a respeito do atendimento as urgências psiquiátricas, traz que a crise nesses serviços, deve ser a crise trazida pelo sujeito, é o sujeito que diz que urgência é essa e qual crise é essa que está acontecendo. Então, para os reguladores cabe a escuta acolhedora que o fará enxergar que crise é essa que está em jogo. E a partir daí é que as providências poderão ser tomadas: será levado para a UCM? Será encaminhado para o CAPS mais

próximo? Será orientado a procurar uma Unidade Básica de Saúde? Uma ambulância do SAMU será mandada para averiguações?

Precisamos de direcionadores pautados numa ética muito clara: *o suporte à vida* (Rolnik, 2006), que ao invés de instituir uma regra, incentive a busca do saber do outro a fim de somar o conhecimento das partes e construir um espaço entre, o vínculo. Não sendo um fim em si mesmo, mas meio para chegar a algum outro lugar e esse outro lugar é a atenção à **pessoa** em crise.

O trabalho na urgência requer do técnico uma sensibilidade que o faça captar o que se passa no campo, produzir sentido para o que está acontecendo, buscar informação do usuário, adaptar as suas possibilidades às necessidades dele. Apesar de o protocolo buscar certa uniformidade, nunca é demais lembrar que numa urgência psiquiátrica, estamos lidando com uma pessoa num momento de intenso sofrimento, um sofrimento que lhe é infligido pela sua diferença que desafia e questiona um mundo que preza pela identidade e busca utilizar um protocolo ao pé da letra expressando a idéia de que a loucura precisa ser enquadrada numa norma.

Para isso, trazemos à baila outros princípios do SUS como a *Integralidade, a Equidade e a Humanização*, importantes norteadores de uma prática ampla. A Integralidade consiste na atenção global ao usuário, buscando atender a todas as suas necessidades, para isso é importante a integração das ações, pressupondo a articulação da saúde com outras políticas públicas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. A Equidade tem como objetivo diminuir as desigualdades, levando em conta as diferenças, ou seja, tratar desigualmente os desiguais, dar mais a quem precisa de mais e menos a quem precisa de menos (Cunha & Cunha, 1998). E a Humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (Brasil, 2004b). Baseado nisso e nos princípios da Reforma Psiquiátrica é que defendemos uma flexibilização do protocolo. O protocolo deve servir como um dispositivo para disparar ações consoantes com a necessidade imediata do

sujeito, transformando-o em agente ativo no processo, fazendo-o cooperar conjuntamente com a equipe, incorporando-o à própria intervenção, dando-lhe um lugar privilegiado.

E o SAMU ao invés de servir como um mero transporte com ares manicomiais deve intervir de forma incisiva, contemplando às diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Sabemos dos impasses de um serviço assim funcionar numa lógica oposta a que está acostumado e, exatamente, por isso as Urgências Psiquiátricas acabam se constituindo enquanto analisadoras do SAMU de uma maneira geral. Ao invés de se tentar incorporar o atendimento ao sujeito em crise aos moldes protocolares, porque não pensarmos em estratégias que humanizem o SAMU de forma que todas as ocorrências possam seguir de maneira mais real as diretrizes do SUS?

#### *4.8.2. Notas sobre Articulações: do lado de dentro da Base de Regulação*

Demos início ao acompanhamento dos casos psiquiátricos realizados pelo SAMU em agosto de 2007 e nos estendemos até setembro do mesmo ano. Durante o período de um mês, estivemos em sete plantões de seis horas cada, acompanhando em média três casos por dia, sendo estes atendimentos em domicílio, em via pública e transferências interserviços (entre a UCM, as duas Clínicas psiquiátricas conveniadas, os Hospitais da Zona Norte e Zona Sul, dentre outros). Além disso, dentre esses, acompanhamos dois casos de natureza clínica e um de trauma, totalizando vinte e uma ocorrências.

Os plantões de davam da seguinte forma: para acompanhar mais de perto os trâmites dos atendimentos psiquiátricos fiquei na Base de Regulação Médica, a central que recebe todas as ligações destinadas ao SAMU, o que me conferia espaço para interagir com os médicos reguladores, enfermeiros, rádio - operadores e TARM's<sup>61</sup>. A equipe de plantão muda a cada 12 horas e é composta por 3 TARM's, 1 rádio operador, 3 médicos, 2 enfermeiros, 10

---

<sup>61</sup> Técnicos Auxiliares de Regulação Médica.

auxiliares de enfermagem e 10 condutores veiculares aproximadamente, totalizando 29 pessoas. Da central de regulação, os casos psiquiátricos eram repassados para a equipe de uma USB<sup>62</sup> disponível, eu os acompanhava até o local da ocorrência e de lá, quando necessário, a pessoa era levada, geralmente, para a UCM.

Quando esclarecia o propósito da pesquisa, todos sinalizaram a necessidade de discutir o nó que as urgências psiquiátricas era no contexto deles. Os médicos falaram sobre a dificuldade de regular esses casos, sobre não ter nenhum tipo de preparo, não saber como utilizar melhor os recursos disponíveis, tendo em vista que são os responsáveis pela liberação ou não das ambulâncias, temem despender de uma viatura sem necessidade ou o contrário.

A pergunta que mais ouvi ao chegar de uma ocorrência foi: “*era caso de mandar ambulância mesmo?*” Essa dúvida é bastante comum, tendo em vista que, não só no SAMU/Aracaju, mas nos pronto-socorros do país de uma maneira geral, está havendo uma invasão de demanda ambulatorial, ou seja, um crescimento significativo de pessoas que procuram os serviços de urgência com demandas não urgentes (Deslandes, 2002). Isso causa sérios problemas como a sobrecarga de trabalho, a falta de resolutividade e a escassez de recursos.

As dúvidas sobre a natureza das ocorrências psiquiátricas e o estigma que ronda a loucura acabam por contribuir para a desassistência do louco durante a sua crise. A Regulação Médica tem dado vários motivos para não atender um paciente psiquiátrico que solicita socorro. Isso porque, em primeiro lugar, uma ocorrência psiquiátrica se afasta bastante de um atendimento traumático ou clínico<sup>63</sup>, tendo até mesmo determinadas intercorrências clínicas passadas despercebidas. Geralmente, os pacientes psiquiátricos sequer recebem uma avaliação básica, como a verificação da pressão arterial ou pulsação.

---

<sup>62</sup> Unidade de Suporte Básico: Viatura do SAMU que atende a urgências, ou seja casos que precisam de atendimento imediato sem risco de morte.

<sup>63</sup> Consideradas as ocorrências principais dentro do SAMU.

Assim, na leitura dos serviços de urgência que trabalham com a lógica de que “tempo é vida” e de que uma equipe de urgência atua num cenário onde a pessoa está, na grande maioria das vezes, desacordada, utilizar o diálogo para uma investigação minuciosa pode parecer mera perda de tempo. Isso confunde a Regulação, tendo em vista que é uma ocorrência híbrida de aspectos urgentes e sociais, dando vazão a uma pergunta: como regular um caso que foge da lógica tradicional e abarca pontos que não são discutidos e nem apontados como sendo da alçada do SAMU?

O protocolo sem dúvida ajudaria nesse caso, mas somente um protocolo daria conta de resolver? O que mais precisaríamos inserir na dinâmica de um serviço de atendimento pré-hospitalar como é o caso do SAMU? Como poderíamos aproximar os trabalhadores da urgência de maneira geral do tema da saúde mental? E, por sua vez, aproximar os trabalhadores da saúde mental do tema da urgência?

Alguns dos reguladores que tive contato<sup>64</sup> apontaram que o SAMU acaba atendendo uma demanda que foge da sua competência, visto que muitas das pessoas que procuram o serviço são carentes e, às vezes, não tem mesmo a possibilidade de chegar à unidade de pronto atendimento mais próxima.

*“Temos uma demanda não urgente alta... A pessoa liga pra cá, não tem como chegar ao lugar que precisa... Se a gente tem ambulância livre, mandamos pra averiguar o caso, mas fica na lista de prioridades... Se aparece uma urgência real, a gente desloca a ambulância pra quem precisa mais... Isso é reflexo da nossa sociedade, das desigualdades sociais...”*- Part. 11.

Deslandes (2002) afirma que essa chegada de demanda ambulatorial na urgência é um sinal de inadequação da oferta de serviços básicos às necessidades reais e simbólicas da população. Isso acaba sobrecarregando os pronto-socorros que deixam de atender casos de urgência por não terem ambulâncias, leitos, material, ou pessoal que dê conta do fluxo de pessoas que solicita cuidado. Um dos médicos entrevistados por Deslandes (op. cit.) falando

---

<sup>64</sup> Contatei dez médicos reguladores nos sete plantões que participei, dentre eles, três faziam parte da coordenação do SAMU/Aracaju e um do SAMU Estadual.

sobre esse assunto, disse que o nível de atendimentos intensos desgasta toda a equipe, que atende desde unha encravada até uma fratura complexa na coluna.

Isso mostra a necessidade premente de uma maior articulação entre os serviços de saúde. Como articular a Rede de Atenção Básica e a Rede de Urgência? A primeira vista, as duas são dissonantes, tem demandas bem distintas e que podem ser facilmente separadas. Mas, é só a primeira vista. Com o déficit da atenção básica, casos que anteriormente eram simples e precisariam somente de acompanhamento ambulatorial, acabam chegando na urgência. Numa urgência é fácil de entrar e o fluxo é constante, é para lá que as pessoas vão quando acham que precisam de atendimento imediato.

Esse magnetismo que os serviços de urgência exercem na população pode ser visto como um grande problema, porém, se olharmos mais de perto, pode ser usado como o maior de todos os trunfos: com essa facilidade de acesso, os serviços de urgência podem agir como verdadeiros articuladores do SUS, direcionando a demanda para os órgãos competentes. Não é em vão que a Portaria 2048/GM de 05 de novembro de 2002 se refere à Rede de Urgência de como “observatório do sistema e da saúde da população” (Brasil, 2002, p.12). Se alguma Unidade Básica de Saúde não está funcionando bem, se algum CAPS não está cobrindo seu território da forma que deveria fazer, se existe alguma área que está sem cobertura, é bem provável que a população desses territórios venham parar direto nas urgências, pelo SAMU ou por conta própria.

Então, para um melhor funcionamento do SUS como um todo, é importante que pensemos em estratégias que possam conectar os serviços. Não é o SAMU, necessariamente, que vai resolver sozinho essas questões, mas o apontamento dos casos que chegam a ele e que devem ter outro destino poderia ajudar as deliberações dos gestores da SMS<sup>65</sup>. O seu papel nesse contexto é, sem dúvida, realizar o acolhimento do solicitante, respondendo às suas

---

<sup>65</sup> Secretaria Municipal de Saúde.

necessidades, com um encaminhamento, um conselho médico ou mesmo enviando uma unidade de suporte básico, por exemplo.

Para fins de articulação, no caso de uma ocorrência psiquiátrica é importantíssimo fazer contato com o CAPS responsável pela área de onde a solicitação está sendo feita. Se a pessoa já é assistida pelo CAPS, a sugestão aqui é que o SAMU, antes mesmo de liberar a ambulância, entre em contato com o técnico de referência<sup>66</sup> da pessoa em questão e pondere com ele sobre qual a melhor atuação no momento: quem irá atendê-lo? O SAMU? O técnico pode deslocar-se até o local? Os dois em conjunto?

Se o técnico não puder realizar o atendimento junto com o SAMU é necessário que repasse para o médico regulador que, por sua vez, instruirá a equipe da USB sobre as particularidades da pessoa em crise e qual estratégia pode ser usada para facilitar a vinculação e a intervenção *in loco*. Assim, o técnico do CAPS deve manter contato com a central de regulação para orientá-los, se inteirar dos acontecimentos e pensar em intervenções a partir disso. No caso de uma pessoa que ainda não é assistida por um dos CAPS, um técnico capacitado pode referenciar o SAMU e orientá-lo em algumas questões de acordo com as contingências da equipe.

No entanto, isso só poderá ser feito se existir uma comunicação direta entre os CAPS's da cidade e a base de regulação do SAMU. Numa das reuniões de construção do protocolo foi posto, pela representação do SAMU e de Saúde Mental, que poderiam investigar a viabilidade de linhas telefônicas nos CAPS's com ramais que cairiam direto na mesa de regulação ou mesmo rádios<sup>67</sup> ajustados na frequência do SAMU.

Na rede, apesar de termos as estruturas dos CAPS's e do SAMU, elas não são conectadas diretamente. A intermediária entre a REUE e a RAPS é a UCM, que é um órgão híbrido da rede de urgência, responsável pela demanda da saúde mental. Então, como toda a

---

<sup>66</sup> Na ausência do técnico de referência, outro técnico próximo do usuário pode fornecer as informações e/ou acompanhar o SAMU no atendimento.

<sup>67</sup> A comunicação entre os técnicos do SAMU na base ou nas ambulâncias se dá através de aparelhos de rádio, coordenados pelo rádio-operador que fica na mesa de regulação junto com os médicos e os TARM's.

demanda circula pela UCM, esta poderia ser o observatório da Rede de Atenção Psicossocial, trabalhando com co-responsabilização. Porém, a realidade da UCM causa mais preocupação que alívio: apesar do trabalho da gerência em tentar fazer funcionar a lógica da Reforma Psiquiátrica na Urgência Mental, não é bem isso que acontece. As internações são cada vez mais certas, os encaminhamentos não envolvem os CAPS's, a equipe de técnicos está se desgastando pelo ritmo de trabalho que é marcadamente manicomial, os pacientes permanecem enjaulados nas enfermarias, as contenções são constantes, a utilização de medicamentos pesados é, geralmente, a primeira opção de “tratamento” e a recepção continua cheia de familiares nervosos querendo internar seu parente para descansar por 45 dias.

A urgência desmascara a insuficiência da Atenção Básica, dos CAPS's, a necessidade de se trabalhar mais no território, de se pensar na saúde mental dos próprios técnicos, de se articular a rede e fazê-la funcionar. Um dos médicos comentou a desarticulação da rede:

*“Se a rede pelo menos me desse cobertura... Mas não é isso que acontece, se eu pudesse pedir um exame aqui ou acolá, se pudesse encaminhar e ter certeza que a pessoa seria atendida, mas o que eu vou fazer? Vou deixar o coitado ficar perambulando não sei quantos serviços sem atendimento? Não faço isso não... Por isso a urgência acaba tendo que ser o mais resolutiva possível, se não, a gente larga o sujeito no mundo e ele fica desassistido...” - Part. 12.*

Assim, impõe-se a questão: se articularmos a rede, organizarmos uma forma eficiente de intercomunicação, mas se os próprios serviços não funcionarem, como chegaremos ao nosso objetivo? Como construir uma urgência suficientemente poderosa a ponto de se transformar numa grande Base de Regulação, distribuindo as demandas de acordo com a capacidade e habilidade dos serviços correspondentes? Será que essa é mesmo a função da urgência? Deveria ser? Ou ao invés disso, deveríamos ter no SUS várias bases reguladoras que desempenhassem esse papel, impedindo a sobrecarga de trabalho desnecessário nos seus vários setores? Seria essa uma forma de organizarmos a rede? Regulando toda a demanda?

Sem o intuito de responder a todas estas questões, voltemos à questão da UCM. Praticamente toda a demanda atendida pelo SAMU é direcionada para lá, que atende não só o

município de Aracaju, mas todo o estado de Sergipe e alguns municípios do interior da Bahia e de Alagoas. Isso certamente contribui para a superlotação do serviço e, por sua vez, para o déficit do seu funcionamento. Tendo em vista que o resto do estado precisa de cobertura e Aracaju conta com cinco CAPS's, sendo que dois são do tipo III, não poderíamos começar a pensar em redirecionar essa demanda?

E essa intervenção poderia começar primeiramente pelo SAMU. A sua potência de ir até onde as pessoas estão lhe dá uma vantagem que os outros serviços de base não têm. Utilizando isso a favor da Reforma Psiquiátrica, do melhor direcionamento do fluxo da rede, das conexões entre serviços e intersetorias, por uma política eminentemente antimanicomial, algumas estratégias poderiam diminuir de fato o inchaço na UCM e a quantidade de internações nas clínicas psiquiátricas conveniadas. A seguir trataremos do acompanhamento das ocorrências psiquiátricas dentro das ambulâncias do SAMU, os seus percalços e de suas incontáveis possibilidades.

#### *4.8.3. A bordo das USB's: relatos de casos, acasos, desencontros e possibilidades*

Esse, definitivamente, foi o ponto alto dessa pesquisa, porque nos deu a possibilidade de pensar na potencialidade do SAMU e dos seus técnicos.

O primeiro dia de plantão, na verdade, teve caráter exploratório e serviu para dar idéia dos inúmeros movimentos que poderiam ganhar forma no espaço da Base de Regulação, dentro das ambulâncias, no local da intervenção e na UCM, lugar para onde são mandados os casos. Como exposto no tópico anterior, os médicos apontaram os problemas que limitam a sua regulação e agora, havia chegado o momento de ver os auxiliares de enfermagem e condutores agindo.

O espaço de tempo durante o trajeto entre a base e o endereço do solicitante se mostrou bastante fértil para me familiarizar com os técnicos, entender o que achavam do seu

trabalho e o que os orienta nessa prática. Na delicadeza desses pequenos momentos podemos cultivar estratégias, que chamarei de *estratégias “dente-de-leão”*. O dente-de-leão é uma planta que dá lindas flores amarelas e que, muito mais que pela beleza, acaba se destacando pela sua eficiência. É uma plantinha singela que, engenhosamente, aninha as suas sementes numa haste, que desabrocham tal qual uma flor, que ao menor sinal de vento se desfazem em dezenas e são levadas para todas as direções. As minúsculas sementes têm um eficaz sistema de vôo que as levam aos mais distantes territórios. Por ter esse interessante poder de se desfazer em possibilidades voadoras, o dente-de-leão acaba por atrair pessoas curiosas que fazem o mesmo trabalho do vento: espalhar suas sementes garantindo a sua disseminação. É inacreditável o que essas sementes voadoras são capazes de fazer. Frágeis e pequenas, porém, donas de uma potência aterradora de germinarem a quilômetros da planta que lhes deu origem e de se multiplicarem cada vez mais.



**Fig. 6: Dente-de-Leão**

Essa imagem do dente-de-leão começou a me ajudar a pensar sobre as capacitações de um modo diferente. Passei bastante tempo achando que a única saída para melhorar um serviço seria montando sessões incansáveis de capacitações e muitos treinamentos com supervisão e horário marcado. Isso não seria diferente do que é feito usualmente hoje em dia, assim, ao invés de simplesmente reforçarmos o que já existe, poderemos lançar mão de

algumas sutilezas. Durante o trabalho de campo no mês de janeiro, recordo-me de conversar com um auxiliar de enfermagem que me falava sobre as capacitações:

*“As capacitações pra gente não servem pra muita coisa. A grande maioria das vezes é direcionada para os bananas<sup>68</sup>, a gente não tem muito treinamento... E mesmo que tivesse, na prática a gente se depara com coisas que nenhum treinamento pode dar conta ...”* - Part. 14.

E isso me remete a um texto de Teixeira (2005):

... temos a idéia de que “capacitar para” pode induzir a uma busca de soluções para o problema exclusivamente centrada na “formação” dos profissionais (...) Não raramente, essa “formação” é tomada de uma perspectiva “transmissionista” que, de fato, tem se mostrado uma via bastante estéril, (...) baseadas apenas no proselitismo e na doutrinação das “consciências” (...) *para mudar as regras do jogo organizacional e as bases da cultura é preciso ir além da mudança das “estruturas mentais”*<sup>69</sup> (Teixeira, 2005, p. 317).

As surpresas sutis utilizadas no momento adequado podem se tornar às sementinhas voadoras do dente-de-leão, que podem achar um solo fértil, germinar e dar vazão à potência de vida que produzem mais sementes que se espalham. Talvez não sejam somente as mega-estratégias como são as capacitações as responsáveis por desacomodar um serviço que tem bases fixas e respaldadas. Ir de encontro a isso diretamente, ao invés de ajudar, cria barreiras, por vezes, intransponíveis.

Relataremos um caso que aconteceu, enquanto esperava para ir embora depois do primeiro dia acompanhando os atendimentos psiquiátricos para ilustrar essas “pequenas sementes” cheias de potência. Estava conversando com algumas pessoas que estavam no pátio enquanto esperava, no momento que um dos condutores veiculares escuta pelo rádio do SAMU que a base tinha recebido uma chamada para atender uma ocorrência psiquiátrica em que a vítima era um alcoolista, e ele diz:

---

<sup>68</sup> É como se chamam os estagiários de medicina e enfermagem no SAMU.

<sup>69</sup> Grifo do autor.

*“Tá vendo esse povo aí? Eu não atendo esse povo, não! Nessas horas eu mando o mané levantar e ir tomar um café forte! A gente não tem que pegar esses bêbados...” - Part. 15*

Eu estava do lado dele e perguntei porque ele não atendia.

*“Isso é falta de vergonha...” - Part. 15.*

Argumentei que muitos alcoolistas podem ter complicações orgânicas graves, como uma cirrose hepática, uma hemorragia gástrica exatamente por conta da bebida. E perguntei sobre quem iria socorrer a essas emergências, senão o próprio SAMU.

*“Não tinha pensado assim ainda...” - Part. 15.*

Ele me perguntou em que eu era formada e o que estava fazendo no SAMU. Contei-lhe da pesquisa sobre Urgência Psiquiátrica. E o condutor comentou:

*“É, outro povo difícil são esses ‘QBU’... Eles perdem o controle, têm comportamento anormal... A gente que é normal acha estranho...” - Part. 15.*

E esse foi o momento perfeito para implantar um leve desassossego e eu perguntei sobre a existência da normalidade, alguma coisa do tipo: “E quem disse que a normalidade existe?”. Ele ficou calado, pensativo e disse:

*“Você falou um negócio certo agora. Quem disse que a normalidade existe? Vou procurar ler mais sobre isso... Muito interessante...” - Part. 15.*

E repetiu essa frase mais algumas vezes: *“Quem disse que a normalidade existe?”* E ficou bastante pensativo depois e começou a fazer perguntas sobre isso. As pequenas dúvidas podem ter a força de minar um campo estável, as afirmações inusitadas, situações novas que tem a potência de uma semente de “dente-de-leão” que se alastra e se multiplica em dezenas, voando, atravessando os mais diversos campos de força. E essas colocações se repetiram ao longo do dia. As pessoas queriam saber o que eu estava fazendo, eu explicava e perguntava para eles o que eles faziam, como enxergavam as suas práticas.

No primeiro dia, antes mesmo de entrar na ambulância, encontrei uma auxiliar na rampa que dá acesso à administração e à Base de Regulação do SAMU, como ainda não a conhecia apresentei-me. Com esse simples gesto, depois de ter dito que era psicóloga e que estaria ali para conhecer o trabalho nas ocorrências psiquiátricas e pensar sobre capacitações e melhorias no serviço, ela pegou minhas mãos e disse:

*“Olha como eu estou gelada? Eu não sirvo pra trabalhar aqui... Sempre que venho pra cá é assim... Já pedi transferência e eles não e dão... Não agüento mais... Já peguei muito QBU e morro de medo... Só de pensar me arrepia...”* – Part. 16.

Nesse momento, seu rádio, firmemente preso à cintura, chamou seu nome. Ela desculpou-se disse que tinha que ir e pediu pra eu desejar-lhe sorte e foi o que eu fiz. Durante esse um mês que passei no SAMU, percebi que aquele não era um caso isolado, vários outros técnicos sofriam das mais variadas angustias relacionadas às suas práticas na urgência. Disseram que só descobria-se de verdade o que era trabalhar na urgência quando se estava lá dentro. Nesse contexto, percebi que ter um posicionamento aberto a ponto de se colocar disponível e disposta a escutar num lugar como o SAMU pode abrir muitas portas com potências a serem exploradas. Os auxiliares e condutores realizam aquele trabalho todos os dias e não recebem nenhum tipo de apoio para aquilo. Ter alguém que se interessa por eles e pelas suas dificuldades faz com que eles baixem a guarda e fiquem mais acessíveis. Ter cuidado ao entrar no território, tornando-me aliada antes de tudo, me conferiu um lugar estratégico tendo em vista que além de despertar a necessidade de fala das pessoas, acabava por me abrir espaço para falar e questionar as suas ações, ganhando a confiança da equipe.

Assim, ainda conhecendo as pessoas, foi que surgiu a primeira ocorrência psiquiátrica em que eu participaria. Quando entrei na ambulância, encontrei um condutor veicular diferente do que esperava. Ele tinha um temperamento leve, bem humorado e foi me contando, durante o trajeto, sobre suas experiências com os tais “QBU’s”:

*“Um dia a gente foi buscar um cara que tava muito mal... Ele dizia que ia se matar de qualquer jeito... A família tava toda lá, desesperada... Ele tinha uma força descomunal... Era um negão de quase uns dois metros de altura falando que precisava morrer, chorando muito... Sei que ele pegou umas telhas que tinham lá e começou a quebrar no corpo dele, na cabeça, no tórax, e o sangue jorrava... Eu tentei falar com ele, mas ele não me ouvia... A gente já tinha chamado os bombeiros e nessa hora eles chegaram... Teve que imobilizar... Ele tava todo ensangüentado, dizendo que era pra gente largar ele... A gente deu uns pontos nele e ele foi pro São José... Nem sei o que aconteceu depois... Aí, nesses casos, não tem jeito, a gente tem que conter...” - Part. 17.*

Apesar de não ser um profissional de saúde, a primeira vista, e ser incumbido de realizar trabalhos ligados à força física e a mera condução da viatura, ele tinha uma clareza espetacular nas palavras, respostas muito bem elaboradas, saídas e atitudes que extrapolavam a mera técnica, o que acabava por promover uma ética e cuidado em prol da expansão da vida. Naquele momento, eu percebi que poderíamos encontrar pessoas de fato interessadas no assunto e dispostas a mudar as coisas.

Quando chegamos no local da ocorrência, se tratava de um alcoolista que, segundo o próprio estava bebendo sem comer nada a quase sessenta dias. Quando descemos da viatura, o condutor e a auxiliar de enfermagem rapidamente calçaram as luvas e foram ao encontro dele e da filha que esperavam no portão de casa. Como eu não precisaria realizar nenhum procedimento que necessitasse de luvas, desci como estava. O objetivo principal era observar a atuação dos profissionais, porém, acabei me envolvendo no processo juntamente com os técnicos, tentando produzir sentido para aquela crise procurando realizar um acolhimento. Essa produção de sentido veio a fim de ajudar a construir formas de comunicação entre o usuário e a equipe do SAMU. Longe de ser um trabalho de especialista, o acolhimento requer repertório de pessoas próximas do sujeito ou não<sup>70</sup> com o objetivo de se aproximar da pessoa em crise, estabelecer uma comunicação que se consolide como um vínculo, necessário para pensar no cuidado que será despedido integralmente ao usuário naquele momento.

---

<sup>70</sup> Como familiares, amigos ou vizinhos, técnicos de saúde mental, agentes comunitários, outro louco, dentre outros.

O senhor, que chamaremos de seu João<sup>71</sup>, magro e com olhos grandes muito pretos, disse que não queria que ninguém tocasse nele, que não precisávamos de luvas, assim, as luvas foram imediatamente parar no bolso dos que antes as calçavam. O condutor, extremamente bem humorado, fez rapidamente seu João rir de uma piada. A filha contava que ele estava bebendo há muito tempo e que a causa daquilo era a sua esposa, que estava internada há algum tempo, também por alcoolismo, numa das clínicas psiquiátricas conveniadas de Aracaju. Ele disse que queria muito ver a esposa e que queria ir para onde ela estivesse. Entramos os cinco na ambulância, a auxiliar foi fazendo o relatório para a Base de Regulação pelo rádio, que direcionou seu João para a UCM.

Chegando lá, desci junto com ele e o encaminhei até a recepção. Conversei com o psiquiatra de plantão, a filha queria a internação e seu João também queria ser internado. Com uma vaga assegurada na clínica, seu João estaria sendo encaminhando imediatamente para lá. Sem delongas e sem alternativas. A gerência e um dos médicos psiquiatras plantonistas da UCM disseram que um dos maiores problemas de organizarem um novo fluxo da rede é a insistência da família e até do próprio paciente em requisitar a internação. A gerência comentou isso:

*“Eles acham que o real tratamento é a internação... Às vezes eles já chegam aqui com a vaga guardada, só querem uma requisição do médico solicitando a internação... Aí, o SAMU leva eles pra clínica e enquanto a família não consegue isso, não descansa... Já vi gente dormindo aqui na recepção com o papel na mão esperando o médico mandar internar... Quando a gente não faz isso, eles acham ruim...” - Part. 18.*

*“A família quer internação mesmo... E aí, o que a gente faz? Teve uma senhora que deu o maior escândalo quando eu disse que ia encaminhar o filho dela pro CAPS’s... Ela chegou dizendo: ‘Doutor, ele tem que ir pra clínica, que CAPS nada... Eu também preciso de descanso...’ Isso mostra como a gente precisa de um trabalho territorial mais intenso, precisamos agregar a família, porque ficam todos desassistidos e acabam vindo pra cá e são internados mesmo...” - Part. 9.*

Antes de ir embora, seu João ainda disse que estava tentando ser internado pra ver a esposa e sabia que se bebesse muito conseguiria. O que ele não sabia era que, além dessas

---

<sup>71</sup> Nome fictício.

clínicas psiquiátricas serem separadas em alas masculinas e femininas, ainda corria o risco de ficar numa clínica diferente da que a sua mulher estava. E foi isso que aconteceu. Um pouco depois, o SAMU foi solicitado para a transferência do seu João para a clínica (aquela que a sua esposa não estava), eu fui acompanhá-lo novamente. Ele estava melhor e sorridente, quando o deixei aos cuidados do auxiliar de enfermagem do manicômio ele me agradeceu:

*“Obrigado, dona psicóloga... Agora eu vou ver a minha esposa...”*

E então? O caso de seu João era caso de internação? Ele não queria comer e bebia muito já há algum tempo o que já o tiraria do *hall* das urgências, além do mais tinha um objetivo claro para não fazer isso, sabia que uma piora no seu quadro poderia o levar para perto de alguém que ele sentia falta. Mesmo com isso claro, ele foi internado. A partir desse caso, percebi que não podia ficar parada só olhando os encaminhamentos serem feitos. Se o SAMU é a porta de entrada dessas pessoas e chega, de fato, até elas; poderíamos através disso evitar as internações e até mesmo encaminhá-las para a rede substitutiva de saúde mental? Partindo do princípio que uma intervenção na hora certa pode evitar a remoção, a solicitação da ajuda do corpo de bombeiros e a própria internação, podemos dizer que sim (Sterian, 2002).

Como já especificado anteriormente, além de realizar o primeiro atendimento no local da solicitação, também realizamos transferências interinstitucionais, geralmente, entre a UCM e uma das clínicas psiquiátricas conveniadas ou entre o HZN<sup>72</sup> para a UCM. Assim, nesses casos, o que eu acabava fazendo era tentando entender o motivo pelo qual aquela pessoa estava sendo internada. Dessas transferências, vou destacar duas. Como as transferências precisam de agilidade e, para o SAMU, elas são sempre postas numa escala de importância menor, tendo em vista que os pacientes estão esperando dentro de um serviço de saúde, por isso as viaturas levam a maior quantidade possível de pessoas em espera. Em uma das

---

<sup>72</sup> Hospital da Zona Norte.

transferências que eu acompanhei, duas pessoas foram transportadas ao mesmo tempo da UCM para uma das clínicas psiquiátricas conveniadas, um rapaz de 20 anos com a sua mãe e uma moça desacompanhada que não soube dizer sua idade. Ela havia tomado uma injeção de algum psicotrópico que a deixava com sono e nem ao menos sabia o que estava acontecendo, perguntei o que tinha acontecido para ela estar ali, o que ela não me respondeu. A auxiliar de enfermagem do SAMU me disse que ela estava muito agitada e tinha agredido alguém da família e completou:

*“Olhando assim, ninguém diz que ela é capaz de agredir alguém... Olha só, tão quietinha...” - Part. 19.*

E a moça segurava um algodão no braço esquerdo, com o olhar baixo, se esforçando em manter-se acordada. Uma quietude que não a deixava falar ou pensar, ou mesmo entender o que tinha feito para ser levada para o manicômio. Ela dormiu o resto do percurso. O rapaz estava bem acordado e sabia o motivo de estar sendo transportado, quando perguntei, ele respondeu uma única palavra que falava muito: *“Crack”*. A mãe foi me contando a história. Disse que tinha perdido o filho mais velho por conta da droga e que não ia perder esse também, disse que ele é um bom rapaz, mas se meteu com quem não devia e agora não trabalhava mais, só ficava usando drogas. Ele disse que tinha começado com ‘coisa pouca’:

*“Comecei usando coisa pouca, maconha, eu só fumava... Aí, depois fui conhecendo as outras coisas, até que cheguei no crack...”*

Perguntei se ele queria deixar de usar, se já tinha tentado. Ele disse que queria, por isso aceitou ser internado, a mãe completou dizendo que era o único jeito. Foi aí que eu perguntei se eles conheciam o CAPS A/D. Balançaram a cabeça em sinal negativo. Passei o resto do tempo que tive com eles explicando o que era o CAPS e dizendo que havia sim outros jeitos de lidar com o caso dele. Dei-lhes o telefone, o endereço e os nomes das pessoas que deviam procurar no CAPS A/D, quando ele, finalmente, tivesse saído da internação. A mãe disse que ia procurar e pontuou:

*“Estranho não dizerem isso pra gente lá no São José<sup>73</sup>... Se eu soubesse disso antes... talvez não tivesse perdido meu filho...”*

Os três foram deixados na recepção da clínica e voltamos para a Base de Regulação. Tempos depois, uma das pessoas, de quem eu tinha dado o nome pra essa mãe, me ligou dizendo que o rapaz havia sido admitido no CAPS A/D. Ou seja, o encaminhado parecia ter funcionado. A partir daí, comecei a levar os casos atendidos para debater nas reuniões que tinham uma dinâmica própria<sup>74</sup> e nem sempre podia acolher os relatos que eu trazia. Com o tempo curto dos participantes, o que me restou foi colher informações sobre os CAPS's e sobre o Apoio Matricial na cidade, a fim de fazer os encaminhamentos da melhor maneira e expor os casos para a equipe quando possível.

Em outro plantão, acompanhei o caso de uma senhora, que chamarei de dona Laura<sup>75</sup>. Dona Laura tem quatro filhos e mora no mesmo quarteirão que a sua filha mais velha, os dois filhos do meio trabalham como seguranças e passava o dia fora de casa e a filha mais nova mora no interior do estado. Com os quatro filhos criados, dona Laura decidiu adotar mais uma menina que morava junto com ela em sua casa. Numa tarde dessas, a sua filha mais velha acionou o SAMU, disse que sua mãe estava muito mal e que precisava de ajuda, falou que ela estava vendo fogo sair do chão, que tinha colocado tudo de dentro de casa para fora e alguns transeuntes tinham levado parte da mobília e dois dos quatro botijões de gás que ela tinha.

A informação que a filha de dona Laura tinha dado ao regulador era que sua mãe era muito violenta e que precisaria de contenção e talvez do corpo de bombeiros. É interessante observarmos aqui como a demanda se constitui. Segundo um médico regulador, as pessoas sabem o que dizer ao SAMU para uma ambulância ser liberada, se a família ou responsável quer se ver livre de um parente que é louco, uma das estratégias usadas para forçar uma

---

<sup>73</sup> Urgência Clínica e Mental do Hospital São José – UCM.

<sup>74</sup> Não tínhamos pauta e nem direcionamentos, as reuniões eram organizadas com base no “o que ocorrer”.

<sup>75</sup> Nome fictício.

internação é a suspensão premeditada de psicotrópicos. A família decide suspender os remédios para que a pessoa surte e possa ser levada para a UCM e de lá, internada em alguma clínica psiquiátrica conveniada. De acordo com alguns médicos reguladores do SAMU, a gerência e um dos psiquiatras plantonistas da UCM, essa é uma das causas mais comuns das crises: a omissão do cuidado da família.

Ou seja, a demanda se constrói a partir do que o serviço oferta: o SAMU disponibiliza “assistência” a pacientes violentos que necessitariam de contenção. Qualquer outro que não se encaixe nesse perfil, um catatônico ou depressivo, por exemplo, não receberão nas suas casas uma USB. É interessante que, resgatando a Portaria 2048/GM de 05 de novembro de 2002, até mesmo o documento que regulamenta a rede de urgência prevê uma aliança com o corpo de bombeiros nesses casos, levando em consideração um conceito de crise estigmatizado e problemático (Brasil, 2002). Pensando no tipo de serviço oferecido pelo SAMU um regulador comentou, no tocante às urgências psiquiátricas:

*“É muito mais cômodo para alguém quando a gente busca o seu parente em casa, do que ele mesmo se responsabilizar por isso... Ele pára de dar a medicação, o sujeito surta e a gente se encarrega de levar pro São José<sup>76</sup>... Eles dizem que a pessoa está quebrando tudo, que está muito violenta e quando a equipe chega lá, a pessoa tá sentada no sofá da casa quieta, sem nada quebrado e bem calma... Nessas horas é difícil... A gente entende que a pessoa pode ter estado violenta e quando chega o SAMU, o acesso de raiva pode ter passado, mas e se for só invenção pra se livrar da pessoa? Não tem como a gente saber...”*

Num outro momento, uma auxiliar de enfermagem contou um caso que ilustra bem esse nó problemático:

*“Uma vez, fomos chamados pra fazer uma ocorrência psiquiátrica e foi muito difícil... Quando chegamos lá, chamaram a gente pra atender uma mulher, mas ela estava muito calma, lúcida e tranqüila... A família que tava toda maluca... A tia dela ficava gritando comigo dizendo que a gente precisava levar ela embora... Foi terrível... A mulher dizia: ‘Tá vendo como eu tô bem? São eles que estão malucos... Você acha que devia levar quem pro hospício: Eu ou eles?’ ... A tia se estressou tanto, que chegou a ponto de dar um soco na cara da mulher... Estavam todos enlouquecidos... A única que parecia ser sã era a que estavam chamando de louca...” - Part. 18.*

---

<sup>76</sup> UCM.

Isso mostra como, apesar do SAMU não ter um protocolo oficial que padroniza o atendimento às urgências psiquiátricas, os médicos trabalham com um “*protocolo oculto*”, ou seja, regras subentendidas e não explícitas marcadamente estigmatizadoras que servem para definir como atender os casos que lhes chegam. E esse “protocolo” é responsável por esculpir a demanda que recebe. Se o SAMU oferta somente assistência de cunho manicomial é esse tipo de demanda que vai estimular a aparecer, recebendo da população carta branca para realizar os procedimentos mais estigmatizadores, como veremos na continuação do caso de dona Laura.

Quando fomos atender ao chamado da filha de dona Laura, a equipe que acompanhei parecia menos disposta a atender casos psiquiátricos que a outra. Ambos, a auxiliar e o condutor, quase não conversaram comigo e o que disseram foi sobre como esses casos atrapalham o trabalho deles, o mau humor era marcante e pesava dentro daquela ambulância. Quando chegamos ao local, dona Laura havia fugido de casa. A filha mais velha estava na porta com mais algumas pessoas dizendo que ela tinha “escapado”<sup>77</sup>, que tinham tentado “prendê-la”<sup>78</sup> em casa, mas não tinham conseguido, pediram para que esperássemos, pois ela estava muito mal. As instruções da auxiliar de enfermagem foram:

*“Nós não vamos atrás de maluco pela rua, não. Se vocês quiserem que a gente venha buscar tem que deixar ela dentro de casa... Senhora, nós não podemos esperar, quando ela aparecer, a senhora liga de novo...”*

Após alguns minutos, fomos embora e a base comunicou a equipe da USB que precisava fazer a remoção de uma adolescente asmática que se encontrava numa unidade de saúde da família (USF), a auxiliar disse que eu estava com eles e a base pediu para ela me perguntar se eu iria acompanhá-los, eu concordei. Quando chegamos a USF, o comportamento dos técnicos mudou, nem pareciam os mesmos, o mau humor foi embora, estavam os dois dedicados a atender a adolescente. A auxiliar perguntava a toda hora se ela

---

<sup>77</sup> Palavra usada pela filha de dona Laura.

<sup>78</sup> Palavra usada pela filha de dona Laura.

estava bem, verificava todos os sinais vitais e foi na parte de trás ao lado da menina. A adolescente foi transportada para um grande hospital da cidade e quando tínhamos acabado de deixá-la, a base passou pelo rádio que dona Laura havia voltado para casa e que deveríamos nos dirigir novamente ao local. Lá fomos nós, com o corpo de bombeiros, mencionado pela equipe como opção, caso ela estivesse muito agressiva.

Chegando lá, pediram para que esperássemos com a ambulância num lugar onde dona Laura não pudesse vê-la, disseram que se ela visse a USB fugiria novamente. Enquanto esperávamos, o condutor veicular e a auxiliar de enfermagem encheram os bolsos com ataduras que seriam usadas na provável imobilização e calçaram as luvas. Ao sair do carro o condutor, alongando os braços, disse:

*“Quero que ela venha bem braba... É bom que eu me aqueço pra trabalhar bem o resto do dia... E eu levo de qualquer jeito, doido não tem querer, não...”*

A auxiliar, sorrindo, concordou com ele. Estava ali a versão mais perigosa que o SAMU poderia assumir, o verdadeiro manicômio itinerante: ele poderia ir até onde a pessoa estivesse com todas as amarras arrastando a violência, o estigma e a mortificação dos grandes hospitais psiquiátricos consigo. Além disso, podemos visualizar aqui o medo dos técnicos travestido de violência diante do estranho, sem outra forma de pensar o diferente o melhor a fazer é aprisioná-lo e colocá-lo numa posição sempre abaixo daquilo que eles, como técnicos de saúde, disseminam. E em nome da ordem e do bom funcionamento da instituição familiar, o SAMU estava autorizado a seqüestrar dona Laura dentro de sua própria casa, entregue por seus próprios familiares. A essa altura, pelo menos umas dez pessoas, entre familiares, amigos e vizinhos, acompanhavam o drama de dona Laura.

Enquanto o condutor e a auxiliar esperavam para conter a senhora que ainda não havia saído de sua casa, eu conversava com alguns de seus familiares que estavam do lado de fora, escondidos junto com a ambulância. O filho dela falou sobre as várias crises que dona Laura já teve, o medo de ela tocar fogo na casa, disse que a menina que ela criava também tinha um

transtorno mental, que essa não era a primeira vez que o SAMU vinha buscar sua mãe e que ela já havia sido levada para a UCM mais de uma vez. Estávamos num bairro bastante afastado de onde a maioria dos CAPS's se localiza. Ainda assim, perguntei para ele se conhecia o CAPS, o rapaz disse que nunca tinha ouvido falar. Expliquei o que é e disse-lhe sobre a possibilidade de sua mãe receber cuidado num deles, falei sobre o CAPS mais próximo da casa dele, que ainda assim, era distante, dei-lhe o endereço de lá. Ele falou sobre a distância e que não seria fácil levar a mãe até lá, mas que iria tentar.

Ainda conversava com ele e com mais dois vizinhos que esperavam, quando dona Laura despontou na esquina, trazida por três pessoas, chorando torrencialmente. Ela gritava dizendo que não queria ir. Os técnicos logo se aproximaram dela, que gritava cada vez mais alto. A filha mais velha segurava as suas mãos, o filho do meio segurava a mãe pela cintura dizendo que ela tinha que ir, a sobrinha ia empurrando as costas da tia em direção às portas abertas da ambulância. Aquele quadro foi emblemático para pensar sobre a periculosidade daquela mulher, ela estava acuada, indefesa, chorando desconsolada. Se não pode confiar na própria família, poderia estabelecer vínculo com alguém que quisesse ajudá-la? Era ela mesma que representava o perigo? Ou era toda a sua família e a instituição itinerante de saúde que, usando a força física, mandato técnico e autorização social, constituíam o perigo para ela? Depois de empurrões, gritos e ordens, dona Laura berrou que entraria na ambulância. Cada pessoa atendida pelo SAMU tem o direito de levar consigo somente um familiar, o filho do meio de dona Laura foi acompanhá-la na ambulância, eu entrei logo atrás dos dois.

Com a ambulância em movimento e a auxiliar de enfermagem no banco da frente da viatura; dona Laura, seu filho e eu fomos atrás, eu tentava conversar com ela, ela repetia que não queria ser internada de jeito nenhum, que não queria “*ficar presa naquele lugar*” se referindo a uma das clínicas psiquiátricas conveniadas. Pedia para o filho chorando e esbravejando contra a filha que a tinha entregado para o SAMU novamente. Ela parecia não

querer conversar comigo, mas eu insisti perguntando o que tinha acontecido. Ela respondeu dizendo que eu não ia entender:

*“Ninguém me entende, você não vai entender também...”*

Eu respondi que se ela dissesse, eu poderia ao menos tentar entendê-la. Ela parou de chorar, me olhou longamente e começou a falar:

*“Tinha fogo saindo do chão, eu comecei a ver tudo pegando fogo dentro de casa! Eu vi! Eu vi! Eles dizem que é mentira minha, mas eu vi! Se eu tô vendo, como é que eu vou dizer que é mentira? Era uma queimadura, tava tão quente que eu tava com medo de queimar também... Isso é o cão satanás dos infernos que vem atentar a gente... Aí, eu fui tirando tudo que eu consegui de dentro de casa, e Flávia<sup>79</sup> foi me ajudando... Só deu tempo de pegar algumas roupas, eu joguei tudo dentro da mala, e fui tirando os móveis da casa, e o bujão de gás... Eles dizem que é mentira minha, mas tava tudo queimando...”*

Enquanto falava, eu lhe fazia perguntas, ela me contou que só estava tentando salvar as coisas de dentro de casa e a sua própria vida. Quando chegamos à UCM, a tentativa foi para evitar a internação e pensar, junto com dona Laura e seu filho, possibilidades para que eles lidassem com aquela situação. Conversei rapidamente com a gerente da UCM, contei-lhe o caso e pedi para que o psiquiatra desse a ela um encaminhamento para o CAPS. Quando saí, dona Laura já estava mais calma aguardando a consulta com o médico. O SAMU não recebeu nenhum pedido de transferência para ela, com isso, presumo que ela não foi internada. Pelo menos não naquele dia.

O caso de dona Laura nos mostra claramente como é complicado descolar a família e cuidado da pessoa em situação de sofrimento como se fossem dois itens separados. A família precisa assumir um lugar de destaque nas discussões sobre o bem estar do seu familiar, tendo em vista que são eles que convivem diretamente com a pessoa assistida, devem participar diretamente da co-responsabilização pelo cuidado juntamente com os técnicos de saúde mental e o próprio usuário. Dell'Acqua e Mezzina (2005) atestam que a crise é caracterizada pela ruptura dos laços sociais, o que favorece o abandono, posterior cronificação da pessoa

---

<sup>79</sup> Nome fictício de sua filha adotiva.

que sofre e a sua institucionalização seja num Hospício ou mesmo num CAPS. Assim, reforçamos o imperativo de que as estratégias em saúde mental precisam, mais do que nunca, utilizar os mais inventivos planos de envolver a família nesse cuidado, tendo em vista que, lidar com situações críticas não é um privilégio de técnicos com seus diplomas, os familiares podem assumir um papel importantíssimo na resposta à crise, exatamente pela proximidade que têm do usuário e podem ajudar a levar à radicalidade a proposta de vinculação, responsabilização, produção de sentido sob a ótica do cuidado em saúde mental.

Para ilustrar o que isso quer dizer, apontemos outro caso. Ana é usuária de um CAPS III que, segundo sua família, tem episódios de agressividade intensa. Numa certa manhã, Ana resolve arrumar o quarto de uma maneira peculiar: coloca todos os objetos e móveis ao redor da cama, a fechando de todos os lados e se esconde embaixo dela. A família pede pra Ana sair de lá e ela se recusa, e acabam entendendo isso como uma crise. Eles tentam tirá-la e ela insiste dizendo que não vai sair. A família chama o SAMU para resolver a questão. Quando chegamos, Ana já está na varanda de casa, encolhida sobre uma cadeira, muito séria, com a mão na boca e olhando para baixo.

Quando nós saímos da ambulância, o único movimento de Ana é levantar o olhar. A irmã e o pai dizem que ela é muito agressiva e que precisamos levá-la. O auxiliar de enfermagem diz que se ela não quiser vir, podemos acionar o corpo de bombeiros que realizará a contenção. Ao invés disso, eu me aproximei dela e abaixei na sua frente, olhando nos seus olhos. Perguntei o que ela tinha, ela não respondeu e evitava me olhar. A família continua falando e falando, dizendo o quanto ela é perigosa. A irmã disse que Ana não podia ver a porta de casa aberta que saia correndo para rua, disse que todos tinham medo que Ana fosse atropelada. Então, sob a recomendação do psiquiatra do CAPS, os familiares aprisionavam Ana em seu próprio quarto.

*“O psiquiatra do CAPS disse que quando ela ficasse muito agitada ou querendo correr pra rua era pra gente passar o cadeado na porta do quarto dela e só soltar quando ela estivesse mais calma... Eu não tenho nem coragem de deixar ela sair sozinha, quando sai com*

*alguém já é um problema... A gente tem que segurar forte no braço dela, se não ela escapole e pode ser atropelada...*” – Part. 19.

Além disso, a irmã e o pai de Ana ficavam repetindo que ela não entendia nada do que eles diziam. E Ana sentada, passeava os olhos por cada um, olhava para o chão e continuava calada. As preocupações eram legítimas, porém, os procedimentos para dar cabo delas é que são questionáveis. Ana é uma moça com seus vinte e poucos anos e que não pode sair de casa. Ao invés da família assessorá-la no processo de construir sua autonomia com a ajuda do CAPS, as duas instituições, a família e o CAPS, são as primeiras a tomar isso dela. Como a família acha que Ana não entende nada do que eles dizem se eximem do diálogo; acreditando que o maior problema de todos é esse ímpeto de sair de casa, esquecendo de pensar no que isso significa. Nem mesmo o médico ou os técnicos do CAPS fizeram isso junto com a família, decidiram “resolver” isso de outro jeito. Do jeito mais simples: se ela quer fugir, melhor encarcerá-la onde podem vê-la.

Não questionaram que Ana, por estar tão presa, estava afirmando que precisa de liberdade, de mais autonomia e menos tutela. E que para isso deveria ser gradualmente abastecida de confiança e encorajamento por parte dos técnicos e familiares, a fim de ter uma vida que ela mesma pudesse manejar. Mas, ao invés disso, buscam a sua dependência cada vez mais profunda e reclamam incessantemente das reações de Ana a esse tipo de tratamento.

Abaixada na frente de Ana, peguei sua mão e perguntei como ela estava, se queria vir conosco. Todas as perguntas foram ignoradas. Se tentássemos tirá-la da cadeira, com certeza ela reagiria. Ao invés disso, eu disse que não iríamos fazer nada que ela não quisesse, que não íamos levá-la a força a lugar nenhum. Foi a primeira vez que ela me olhou nos olhos e sorriu. Depois disso, ela respondia, mesmo que só com o balançar da cabeça as perguntas. Constatamos que não precisava de remoção e que aquele problema se devia a barreira de comunicação instaurada entre Ana e seus familiares. Orientamos a família que, visto Ana ser

usuária do CAPS seria interessante, de uma outra vez, que eles entrassem em contato com os técnicos de lá antes mesmo de acionar o SAMU.

Com o diálogo estabelecido, pudemos acolher Ana e, mesmo que por instantes, formar um vínculo. A decisão de Ana foi respeitada, ela pôde se responsabilizar pela sua própria vida. Na interação com ela, entendemos que o problema não era ela, mas estava impregnado na disposição das relações familiares e com a instituição de saúde, neste caso, o CAPS. As pessoas não conseguiam lidar com a necessidade que Ana apontava de ter uma vida menos tutelada.

Tal evento nos faz pensar que, como imperativo das ações, é necessário levarmos em conta a pessoa em questão e, antes de tudo, encontrarmos (ou inventarmos) meios de nos comunicar, não importando se é com o olhar, com o toque, com gestos ou com movimentos. Se dermos possibilitarmos o estabelecimento do diálogo, nos darão de volta a cooperação que precisamos para trabalhar em conjunto. Entre conter alguém e lhe oferecer continência, a segunda opção é sempre a mais eficaz (Lancetti, 2006).

A contenção é o fracasso da intervenção, portanto nunca deve ser a primeira opção e jamais a única. Um dos casos atendidos pelo SAMU e que foi para na UCM que me chamou bastante atenção foi o de seu Antônio<sup>80</sup>. No dia que seu Antônio chegou na UCM trazido pelo SAMU, eu estava realizando uma entrevista com a gerência da Urgência Clínica e Mental num dos consultórios com portas fechadas. De repente, ouvimos uma gritaria na recepção que fica quase em frente ao consultório em que nos encontrávamos, nesse momento um auxiliar entra na sala dizendo que seu Antônio, velho conhecido da UCM, tinha chegado com o SAMU. A gerente perguntou se eu não queria ver o procedimento, eu disse que sim e fomos até onde o senhor estava.

Quando saí da sala, ele estava cercado por três homens. Enquanto isso, a auxiliar que o tinha trazido dava o relatório sobre o seu estado. Seu Antônio era um alcoolista que tinha

---

<sup>80</sup> Nome fictício.

bebido demais nos dois últimos dias. Ao chegar à sua casa, por não ter mais dinheiro para beber, começou a quebrar os móveis, por isso o SAMU foi acionado e ele foi encaminhado para a UCM para fins de desintoxicação. Seu Antônio estava agitado, disse que queria ir embora, que não era doido e por isso não tinha que estar ali. O clima dentro da UCM era tenso, os recepcionistas se encolhiam no lado oposto da recepção, ficando o mais distante possível de seu Antônio e seus gritos. Eu estava quase de frente pra ele, recebendo avisos de cuidado a todo o momento. Seu Antônio disse que ia embora, que precisava sair dali. Nesse instante, os três homens que o cercavam o seguraram e o imobilizaram. Seu Antônio chorava, pedindo pelo amor de Deus que o soltassem. Não o escutaram e ele foi arrastado para a sala de medicamentos, onde foi imobilizado na cadeira e a medicação foi aplicada. Algum tempo depois, seu Antônio dormia dopado pelos remédios.

Comentando o procedimento a gerência disse:

*“Imagine se a gente vai deixar ele sair daqui assim? Se ele for pra outro lugar onde as pessoas não saibam cuidar dele é pior... Melhor ficar com a gente aqui que sabe o que ele tem... Ele pode sair correndo e ser atropelado... Aí, vai ser pior... De início, o procedimento choca mesmo, depois a gente acostuma... Mas é necessário...” – Part. 17.*

Esse é o retrato do “cuidado” prestado na urgência: não existe diálogo, não existe negociação, a máxima “doido não sabe o que diz” é reafirmada e justificada pela gestão e pelos profissionais da rede. Numa das reuniões de protocolo, a representante da coordenação de saúde mental revelou que um dos motivos para os CAPS’s em Aracaju não atenderem uma pessoa em crise, segundo os próprios técnicos de um dos CAPS III da cidade, é o fato de não saberem fazer uma contenção. Se o fato mais preocupante é aprender a realizar uma contenção, para que precisamos dos CAPS’s então? Para diminuirmos o gasto do Estado com os hospitais psiquiátricos? Estimular uma política neoliberal junto aos serviços de saúde? É só para isso? Se for, a troca é dispensável, porque nos manicômios, pelo menos, os funcionários têm anos de experiência em contenções. Se encampamos a luta por um serviço substitutivo não é só o espaço que tem que substituir aquele do hospital, mas as práticas precisam ser

absolutamente diversas, o posicionamento precisa ser outro, tanto dos profissionais, da família como do usuário. Lidamos com pessoas e não com fantoches, trabalhamos com vida e com afetividades, pensamentos, eles têm voz e é essa voz que precisa ser ouvida e levada em consideração. O tal “procedimento” adotado com seu Antônio foi invasivo, violento, desrespeitoso e desnecessário. Ou seja, contrário aos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) que, segundo Teixeira (2005), busca

(...) a democratização das relações que envolvem o atendimento, o maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissionais da saúde e paciente, o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, ou ainda, o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos de processo terapêutico (...) construir uma nova ordem relacional pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo (Teixeira, 2005, p. 316).

O diálogo é logo abandonado em prol da força física e uma resposta imediata que acabe de vez e sem rodeios com aquela situação é a escolhida. Por isso, pessoas são tratadas com violência não só física mais também simbólica, que por sua vez, provavelmente reagirão da mesma forma agressiva que são tratadas, reforçando a idéia da periculosidade do louco. Com algumas variações, na UCM essa é a primeira providência a ser tomada, a segunda é o uso das medicações, a terceira é a internação curta de 72h na sua enfermaria e a quarta providência pode ser a internação numa clínica psiquiátrica ou a liberação para casa. Não é a toa que o estabelecimento precisou ser todo gradeado, de cima a baixo. Esse caso é um retrato vívido do fracasso e do retrocesso do serviço que regula a demanda de saúde mental disseminando a lógica manicomial, utilizando o sistema de urgência como justificativa.

A racionalidade da urgência foi muito bem ilustrada por um dos casos que acompanhei. Num dos dias em que as USB's estavam todas na rua desde muito cedo e quantidade de ocorrências era tamanha a ponto de nenhuma delas retornar à base, emendando uma ocorrência na outra. Passei muito tempo na sala de regulação, até que foi feita uma

solicitação para um caso de trauma, um homem havia sido atropelado por um ônibus numa das avenidas mais movimentadas da cidade. Assim, um dos reguladores, que também desempenha o papel de coordenador de estágios do SAMU e é professor, me convidou para participar do atendimento. Lá fomos nós: eu, o médico-professor, o condutor veicular, o auxiliar de enfermagem, o enfermeiro e o estagiário de medicina, todos dentro da USA<sup>81</sup>.

Depois de alguns longos minutos ouvindo o barulho da sirene em alta velocidade pelas avenidas, chegamos ao local. Tinha uma aglomeração de pessoas em cima do homem deitado no chão. Descemos todos da ambulância, o médico insistiu para que eu ficasse perto e ajudasse segurando o cilindro de oxigênio. Assim, consegui ver todos os procedimentos e entender o que, dentro do SAMU, é chamado de “atendimento modelo”. Eram, ao todo, cinco pessoas trabalhando em perfeita sincronia, em silêncio, recebendo poucos comandos do médico regulador. O homem estava desacordado, deitado no asfalto. Com cuidado, os técnicos do SAMU imobilizaram seu pescoço com um colar cervical, depois completaram a imobilização com uma prancha para garantir a maior preservação da sua coluna. Tudo era contado “1,2,3 e vira... 1,2,3 e levanta... 1,2,3 e pra frente...”, as perguntas feitas eram curtas e as respostas imediatas. Depois de alguns pouquíssimo minutos, já sabíamos que não tinha sido um atropelamento, que aquele homem se chamava Roberto, era jardineiro e tinha brigado com o cobrador do ônibus que, depois de uma discussão, chutou Roberto pela porta aberta do ônibus em movimento, o que o fez cair desacordado no chão. Depois dos procedimentos que checam todos os sinais vitais, Roberto já estava dentro da ambulância, ainda recebendo os cuidados dos profissionais. Quando conseguiram um quadro estável, a base encaminhou Roberto para um grande hospital da cidade especializado em trauma. Depois de deixá-lo no pronto socorro, aos cuidados da equipe de base, o médico comentou o atendimento.

*“Está vendo como funciona uma urgência? É tudo muito rápido, não precisamos falar quase nada, esse é o atendimento modelo. A equipe se complementa... Somos muito precisos, é assim que tem que ser... Só temos que falar o necessário, mais que isso atrapalha... A equipe está de parabéns! É assim que temos que ser...” – Part. 21.*

---

<sup>81</sup> Unidade de Suporte Avançado.

Estávamos falando com um dos mais gabaritados profissionais de urgência do estado, que além de ser reconhecido por sua prática, ainda dissemina seus conhecimentos nas salas de aula, tanto da universidade quanto do Núcleo de Educação Permanente (NEP) do SAMU. Funcionar nessa lógica para ele e para os outros era muito fácil, muito corriqueiro, era cotidiano. Usando esse caso como exemplo, percebemos nitidamente como é complicado introduzir novas práticas nesse meio. Lidar com pessoas em crise vai de encontro a todo esse manual e protocolo pregado pela urgência. A pessoa geralmente está acordada, precisam estabelecer um diálogo, precisam acolhê-la e ajudar na produção de sentido daquela crise. Como falamos anteriormente na discussão dos dados da primeira etapa da pesquisa, como profissionais que são treinados a ver o seu trabalho dessa forma, podem se abrir a fim de abarcar uma outra lógica de trabalho? Uma que não conhecem e, às vezes, nem acreditam? Uma forma de começarmos a evidenciar esse tema é pensar num intercâmbio entre os técnicos da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Urgência. Isso poderia, além de aproximar as pessoas, colocá-los em contato com saberes diferentes, saberes que não fazem parte do seu cotidiano e assim poderiam criar um espaço para problematizar juntos. Espaços de discussão devem ser preparados para receber os trabalhadores, as estratégias de captação e sensibilização do pessoal deve ser muito bem pensada, pois é o impulso inicial do movimento. Recorrendo a pequenas estratégias como um intercâmbio real de pessoal: trocar as pessoas de lugar, uma por vez. Um técnico da RAPS vai conhecer a REUE, saber como funciona e vice-versa. Oficinas podem ser organizadas com o intuito de discutir as dificuldades das redes para pensar nas conexões inter-redes. Já que a atenção à crise é um problema tanto para a RAPS quanto para a REUE, nada mais justo do que discutirem isso juntas e se aproximarem para resolver essa questão. As reuniões de construção do protocolo psiquiátrico pode ter sido o embrião desse movimento. O importante é não perder o ritmo e nem o fôlego, alçando vãos cada vez mais altos e mais audaciosos.

O último caso que destacaremos é o de seu Francisco<sup>82</sup>. O médico regulador me passou que se tratava de um senhor, que estava tendo alucinações e havia caído de cima de um coqueiro. Deslocamo-nos numa USB até o local, o endereço dado foi de uma praça em frente a um bar. Ao chegarmos, um homem saiu do bar e fez sinal para pararmos. Ele, Everaldo<sup>83</sup>, era o irmão de Francisco e tinha feito a solicitação. Contou-nos que Francisco estava há vários dias sem dormir, que decidiu chamar o SAMU porque seu irmão subiu na árvore atrás de uns “bichos pretos” que ninguém mais via. O resultado foi que depois de tentar espantar esses bichos, acabou caindo da árvore e se machucando.

Francisco não estava no bar junto com Everaldo, tinha ido para casa depois que o SAMU fora chamado. Como sua casa era perto do local que estávamos, fomos até lá. Ao chegarmos, Francisco estava sentado na calçada e tinha um saco plástico nas mãos com algumas roupas. Eu e o condutor veicular nos apressamos a sentar ao lado dele na calçada e o que fizemos foi dar início ao acolhimento. Seu Francisco disse que estava bem, que não queria nos dar trabalho e que não precisava ser removido. Falando baixo com um tom um pouco inseguro, explicou que estava trabalhando, que era jardineiro e que ganhava a vida podando árvores. Everaldo parecia aflito, falava sobre as noites em claro de seu Francisco, mostrava-se claramente preocupado com o irmão. Observamos seu Francisco em busca de alguma escoriação causada pela queda, o joelho estava um pouco ralado, os braços um pouco machucados, mas nada grave. Perguntamos se sentia alguma coisa. Ele respondia que não, que estava bem.

Everaldo nos disse que Francisco já havia sido internado e que era resistente aos remédios, não queria tomá-los. Que ele era tranqüilo todo o tempo, mas estava há algum tempo sem deixar ninguém dormir em casa e a falta de sono dele estava num nível preocupante. As informações sobre o caso foram passadas para a base de regulação que encaminhou seu Francisco para a UCM. Tendo em vista que ele tinha tomado um tombo de

---

<sup>82</sup> Nome fictício.

<sup>83</sup> Nome fictício.

uma árvore não seria mais plausível manda-lo primeiro para uma avaliação ortopédica? Com o rótulo de paciente psiquiátrico marcado a ferro na sua pele, Francisco entrou na ambulância com o saco nas mãos. Ele abriu o saco me mostrando o que tinha dentro:

*“Eu ia tomar banho agora, porque tenho mais trabalho para fazer... Não precisava ter chamado vocês... Eu podia resolver isso sozinho... Não quero deixar meu trabalho... Não quero largar minha vida aqui fora...”*

Já temendo e prevendo uma possível internação, lágrimas escorriam pelo rosto de seu Francisco. Durante o percurso, fui conversando com seu Francisco e Everaldo. Conversamos sobre o CAPS, lugar do qual nunca tinham ouvido falar. Dei-lhes o endereço e o telefone de lá. Seu Francisco chamou muito a minha atenção por ter se colocado como uma pessoa capaz de resolver seus próprios problemas, ele disse que poderia resolver sozinho, mas como conhecia o funcionamento do SAMU, decidi não resistir. Não queria ser levado pelo corpo de bombeiros.

Dell’Acqua e Mezzina (2005) apontam a importância de estimularmos a invenção de estratégias por parte da pessoa, a fim de que ela possa aprender a lidar com sua própria crise. Seu Francisco estava dizendo que conseguia, o que deveríamos fazer naquele momento, era dar-lhe crédito. Assim, quando chegamos a UCM, desci junto com ele e Everaldo, pedi que a USB esperasse um pouco mais. Fui conversar com a gerente e o psiquiatra de plantão. Concordamos que seu Francisco não precisava de uma internação psiquiátrica, mas de uma avaliação clínica e de um encaminhamento para o CAPS. Depois disso, antes de seu Francisco entrar na sala do médico, assegurei-lhe que não seria internado. Depois de avaliado, seu Francisco pôde voltar para a sua casa e para o seu trabalho, com o encaminhamento para o CAPS nas mãos.

Portanto, o que notamos é que o SAMU pode assumir diversas faces. Pode promover o acolhimento ou arrastar consigo as grades do manicômio, tudo vai depender de como isso é feito. As abordagens iniciais são importantíssimas para a condução de todo o caso, por isso

que a realização do acolhimento é decisiva. O acolhimento dialogado produz sentido para aquela crise, capaz de promover uma vinculação tanto entre técnico/usuário quanto entre usuário/familiares. O princípio da Humanização deve servir de norteador na invenção das estratégias, isso porque, como abordamos anteriormente, a humanização abre possibilidade para a construção de “uma **nova ordem relacional**, pautada no **reconhecimento da alteridade** e no **diálogo**” (Deslandes, 2004 citado por Teixeira, 2005, p. 316.).

E o que seria a loucura a não ser uma alteridade radical? A multiplicidade se manifestando com todo caos e instabilidade surpreendentemente aterradores, com a sua potência disruptiva que nem sempre é graciosa, mas ainda assim bela; que nos cala, nos abala, tira o chão debaixo dos nossos pés por não ser seguro, não ser igual a tudo que conhecemos, ao monótono “normal” convencionado que nos cerca.

Diante desses casos e acasos que aconteceram e que acontecem todos os dias nas ruas de várias cidades desse país é que lançamos essa convocação inquietante, clamando por outras vozes que possam se juntar às nossas. Com o objetivo de produzir pensamentos e ações para impulsionar a luta antimanicomial na invenção de uma *ética-cuidado* para as pessoas em crise. Uma atenção que envolva acolhimento urgente, sem demora; uma urgência que envolva cuidado e afetividade; um trabalho que deixe de ser mecânico e que discuta e lide com a saúde dos usuários e dos técnicos; um trabalho que funcione por uma ética de vida, que seja humanizado e inventivo. Esse é só o começo. A estrada é extensa e cheia de pedras, mas são os primeiros passos que começam uma longa jornada.

## 5. Considerações Finais (Porém, não as últimas)

*“O diferenciador da diferença é exatamente a idéia de que algo não muda sem deixar de ser outra coisa e não encarnará outro acontecimento sem deixar de ser o mesmo.”*

(Schöpke, 2004, p. 147)

A Reforma Psiquiátrica ainda é muito recente e principalmente por buscar a desconstrução de uma instituição secular como é o caso da Psiquiatria tradicional, exige cada vez mais de nós estratégias de guerra e um caminhar constante. A acomodação e convencionalização de uma verdade, a padronização de uma tática toda como eficaz, nos faz voltar à estaca zero: à conhecida lógica manicomial.

Este imperativo por constantes criações e movimentação é a grande inspiração dos movimentos antimanicomiais. Buscamos considerações que dêem abertura e propiciem o escoar de fluxos da vida em todas as direções, ao invés de instituir conclusões definitivas, simplificadoras e precipitadas e, por isso, o nosso campo de atuação tende a se expandir e se reinventar todos os dias.

Assim, focar o SAMU; um serviço altamente medicalizado e que, para alguns, não é compatível em nada com os objetivos antimanicomiais e de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica; assumiu um caráter desafiador que nos abriu portas para pensarmos em potencialidades ainda não exploradas. A nossa pesquisa, nas suas inúmeras idas e voltas, percorreu caminhos inter-redes para conhecer o trabalho dos técnicos do SAMU, pensar nas suas possíveis articulações a fim de problematizar a atenção e a resposta à crise na cidade de Aracaju.

Apesar de o SAMU ter um histórico de evitação no atendimento dos casos psiquiátricos, o que inclui uma falta de adesão aos treinamentos e capacitações sobre o tema, de acordo com a atribuição da Portaria 2048/GM de 05 de novembro de 2002, a demanda psiquiátrica continuará chegando até ele. Por conta disso, decidiram aproximar-se da RAPS a

fim de construir o protocolo. Esse momento é especialmente importante, a despeito de estar ainda na fase embrionária, porque já começa a gerar frutos: numa última reunião para a construção do protocolo, realizada em meados de novembro, alguns gestores da RAPS e da REUE decidiram que, depois de quase um ano de reuniões e negociações, havia chegado a hora de, juntos, compartilharem essas questões com todos os trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Urgência.

Para tanto, pensamos em organizar, para o primeiro semestre de 2008, oficinas para os 400 técnicos de ambas as redes, destinadas a discutir a problemática das urgências psiquiátricas, incluindo a construção e validação do protocolo e as possíveis articulações inter-redes para estimularmos a co-responsabilização dos serviços e técnicos para com o usuário em crise.

Além disso, o SAMU se mostrou um serviço com possibilidades inesgotáveis de acolhimento a crise, visto que os técnicos podem chegar até onde a pessoa em sofrimento se encontra, o que viabiliza a inclusão da família no processo e a rapidez no atendimento, que feito no momento propício pode evitar internações e permitir encaminhamentos mais eficazes e potentes.

O acolhimento se mostrou a principal força para o estabelecimento de vínculo a fim de auxiliar na produção de sentido para a crise da pessoa que sofre. Assim, a crise pode ser reinventada como potência transformadora, momento para engendrar mudanças e afirmar uma emancipação terapêutica. Sendo o acolhimento um procedimento que utiliza a comunicação como fundamento e os afetos como direção, este se torna “improcolável” e aberto, totalmente flexível para tomar a forma das situações que se apresentarem.

Isso nos remete a uma discussão que já está começando a se alastrar mais enfaticamente pelos serviços e gestores da Saúde Mental: o papel dos CAPS na atenção à crise. Com a recusa dos CAPS em atenderem a crise e seu funcionamento morno de ambulatório estamos vivendo o que mais temíamos: a verdadeira institucionalização dos

serviços mais emblemáticos da Reforma Psiquiátrica. A estratégia que deveria abrir caminho para a vida e seus territórios está se fechando, ocupado demais com sua burocracia a ponto de fechar os olhos para a rede, os usuários e seus problemas factuais. Um serviço fechado cheira a manicômio.

Nesse sentido, se ao invés de nos preocuparmos com o usuário e sua liberdade, com o seu direito de usufruir a sua vida, com sua emancipação, nos fecharmos achando que terapias e passeios vão dar conta disso e esquecermos que o trabalho que procuramos realizar são atos de forte cunho político, caímos na mesma ditadura da lógica manicomial. Por isso, é imperioso o incômodo, um movimentar incessante e criativo que rodopia no caos da vida. As certezas, as verdades, as seguranças sólidas, as identidades que apesar de flexíveis cortejam uma invariabilidade de essência podem conferir um território confortável sem surpresas, que pode nos fazer descansar do movimento. Entretanto, esse conforto estático equivale à própria morte. Vivemos numa guerra constante contra a cristalização dos fluxos, contra a acomodação que gera uma reprodução incessante de burocracia e sofrimento. Antes, nos abríamos à fluidez e às possibilidades que podem ser criadas, com o intuito de nos fazer despertar para a velocidade da vida.

A necessidade de preparar os técnicos de ambas as redes é frisante, aproximá-los de seu tema comum é necessário. As oficinas virão com esse propósito, porém não podem ser a única tentativa. Desde a I Oficina Nacional de Atenção às Urgências e Saúde Mental, em 2004, não se promove esse diálogo. Além da programação de capacitações e treinamentos em conjunto, seria significativo intercambiar os profissionais para que conhecessem a fundo os problemas e possibilidades da rede. Porém, por se tratarem de redes muito distintas é bom termos prudência ao aproximá-los. A experiência na I Oficina Nacional de Atenção às Urgências e Saúde Mental serviu, dentre outras coisas, para vermos que é muito mais fácil repelirem-se do que o contrário. Como sementes de dente-de-leão, pessoas com discussão sobre atenção à crise e urgência psiquiátrica poderão ser estrategicamente plantadas nos

serviços de ambas as redes. Profissionais que servirão como aproximadores, disseminadores de idéias e semeadores de pequenas dúvidas, incitados a usar a imaginação podem auxiliar a desemperrar alguns fluxos cristalizados.

A aproximação com a Atenção Básica também deve ser pensada, já que maus direcionamentos acabam afetando diretamente a Urgência. O desempenho da Urgência como observatório pode, sem dúvida, ajudar a otimizar a atenção básica e vice-versa.

Precisamos nos aventurar em outros mundos possíveis: se a crise é a principal responsável pela internação de pessoas em sofrimento, que reforça a lógica manicomial, é esse desafio que precisamos encarar. É a questão da crise e de quais significados ela pode assumir que precisamos discutir e nos responsabilizar. Os movimentos antimanicomiais ainda são muito jovens, mas já deram vários indícios de que são eficazes no que se propõem. A sua operacionalização e reinvenção estão em nossas mãos e cabe a todos nós levá-los a diante.

Esse trabalho é uma convocação, é um chamado para uma guerra que, certamente, não terá fim. Mas, que traz consigo os grilhões do antigo e o impensado do novo, que incita à criatividade, que abre caminhos de vida, mas pode nos aprisionar na sua mortificação. Portanto, esse é um convite à experimentação e à invenção de outros mundos possíveis para a loucura e para nós mesmos enquanto pessoas e profissionais. Com pouco caminho na sola dos nossos pés e com tanto mais que precisaremos percorrer, não queremos jamais fechar as portas. E convidamos tantos quantos queiram se empenhar por mais perguntas e por inventar tantas outras respostas, sempre com a única certeza de suas provisoriades.

## Referências Bibliográficas

- Adorno, P. A. (2004). A Tarefa do Intelectual: O modelo Socrático. Em: Gros, F. *Foucault: Coragem de verdade*. São Paulo: Parábola.
- Alarcon, S. (2005) Da reforma psiquiátrica à luta pela 'vida não-fascista'. *História, Ciências e Saúde*. 12 (2), 249-263. Recuperado em 29 setembro, 2006 de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702005000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200002&lng=pt&nrm=iso).
- Alverga, A. R. (2004) *A Loucura Interrompida nas Malhas da Subjetividade Manicomial*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Alves, R. (2002) *Filosofia da Ciência: Introdução ao jogo e às suas regras*. São Paulo: Loyola.
- Amarante, P. (2003). *Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2003a). A Psiquiatria na Comunidade: A Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária. Módulo 06. Em: Amarante, P. *Saúde Mental, políticas e Instituições: Programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2003b). A Crítica à Razão Psiquiátrica: a Antipsiquiatria e a Reforma Psiquiátrica Italiana. Módulo 07. Em: Amarante, P. *Saúde Mental, políticas e Instituições: Programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ.
- Anaya, F. (2004) *Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte- MG*. Dissertação de Mestrado não publicada, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro.
- Aragão, E.M.; Barros, M. E. B. & Oliveira, S. P. (2005). Falando de Metodologia de Pesquisa. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. UERJ. Rio de Janeiro. 5 (2), 18-28.
- Arouca, S. (2003). *O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Artières, P. (2004). Dizer a Atualidade: O trabalho de diagnóstico em Michel Foucault. Em: Gros, F. *Foucault: Coragem de verdade*. São Paulo: Parábola.
- Ayres, J.R.C.M.(set.2003 - fev.2004). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface, Saúde, Educ*. 8 (14), 73-92.
- Baptista, L.A. (1999). *A Cidade dos Sábios: Reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades*. São Paulo: Summus.

- Barros, D. (2002). Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. Em: Amarante, P. (Org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 171-193) Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Basaglia, F. (2005). *Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Birman, J. (2003). *Mal-estar na atualidade: A Psicanálise e as novas formas de subjetivação*. (4ª edição). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Brasil (2001a). *Lei 10.216, 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2001b). *Portaria 814/GM, 1º de junho de 2001*. Dispõe sobre a normatização dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgências, revogando a Portaria 824 de 24 de junho de 1999. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2002). *Portaria 2048/GM, 05 de novembro de 2002*. Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2003). *Portaria 1864/GM de 29 de setembro de 2003*. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU - 192. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2004a). *Relatório da I Oficina Nacional de Atenção às Urgências e Saúde Mental: Diálogos sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Reforma Psiquiátrica*. Brasília: Coordenação Geral de Urgências e Emergência e Coordenação Geral de Saúde Mental. Ministério da Saúde. Recuperado em 08 março, 2007, de <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/10739.html>.
- Brasil (2004b) *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.
- Camargo Jr., K. R. (1992). (Ir) Racionalidades Médicas: Os Paradoxos da Clínica. *Physis*. 2 (1), 201 – 228.
- Camargo Jr., K. R. (2005). A biomedicina. *Physis*. 15, 170-201.
- Campos, F. B. (2000). *O Modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. Tese de doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Campos, R.M., (2005). *Satisfação da equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência no ambiente de trabalho (SAMU)*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós Graduação de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Caplan, G. (1980). *Princípios da Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar.

- Castiel, L. D. (2003). Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. Em: Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, p. 79-95.
- Castro, V.C.G. (2002). A “porta de entrada” do SUS: um estudo sobre o sistema de internação em um município do Estado do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado não publicada, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro.
- Costa, M. S. (2007). Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. *Archivos Brasileiros de Psicologia*. 59 (1), 94-108.
- Conselho Federal de Medicina (1995). Resolução nº 1451 de 10 de março de 1995. Define Urgência e Emergência, equipe e equipamentos para os primeiros socorros. *Diário Oficial da União*. Seção I, p. 3666. Brasília. Recuperado em 24 julho, 2006, de: [www.portaldomedico.org.br](http://www.portaldomedico.org.br).
- Coordenação de Saúde Mental/SMSA/SUS-BH (2004, Ago./Dez.). Hospitalidade Noturna: Um sonho ousado. *Sirimim*. Publicação Periódica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte: SMS/BH, p.3.
- Cunha, J.P. & Cunha, R.E. (1998). Sistema Único de Saúde: Princípios. Em: Campos, F.E.; Tonon, L.M.; Oliveira Júnior, M. (Orgs). *Planejamento e Gestão em Saúde: Cadernos de Saúde, nº2*. Belo Horizonte: COOPMED.
- Dejours. C. (1992) *A loucura no trabalho: estudo de trabalho* (5ª edição). São Paulo: Cortez.
- Deleuze, G. (1988). *Foucault*. São Paulo: Brasiliense.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1995). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. 1. Rio de Janeiro : Ed. 34.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1996) *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. 3. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1997) *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. 5. São Paulo: Ed. 34.
- Dell’Acqua, G. & Mezzina, R. (2005). Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. Em: Amarante, P. (Org.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau. p. 161-194.
- Deslandes, S.F. (2002) *Frágeis Deuses: Profissionais da Emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Fernandes, S.R.J. (2004) *Caracterização da Atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do Município de Ribeira Preto – SP*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

- Fonseca, M.A. (1995) *Michel Foucault e a Constituição do Sujeito*. São Paulo: Educ.
- Foucault, M. (1972). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1980). *Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Foucault, M. (1995). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2002) *Vigiar e Punir: O Nascimento da Prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (2006) *O Poder Psiquiátrico*. Curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes.
- Fortes, P. A. C.; Zoboli, E. L. C. P. & Spinetti, S. R. (2001). Critérios sociais na seleção de pacientes em serviços de emergência. *Rev. Saúde Pública*, 35 (5), 451-455.
- Gauthier, J. (1999, Dez.) O que é pesquisar – Entre Deleuze-Guattari e o candomblé, pensando mito, ciência, arte e culturas de resistência. *Educação & Sociedade*. 20 (69), 13 – 33.
- Guattari, F. (1992). *Caosmose: Um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Jardim, K. & Chiapin, T. F. (2004) *Relatório de Estágio Básico II: SAMU*. Do curso de Psicologia da Universidade Tiradentes: Aracaju.
- Kapczinski, F., Quevedo, J., Schmitt, R. & Chachamovich, E. (2001). *Emergências Psiquiátricas*. Porto Alegre: ArtMed.
- Kastrup, V. (2007, Jan./Abr.) O Funcionamento da Atenção no Trabalho do Cartógrafo. *Psicologia & Sociedade*; 19(1), 15-22.
- Kirst, P. G.; Giacomel, A. E.; Ribeiro, C. J. S.; Costa, L. A. & Andreoli, G. S. (2003). Conhecimento e Cartografia: Tempestade de Possíveis. Em: Fonseca, T. M. G. & Kirst, P. G. (Orgs). *Cartografias e Devires: A construção do presente*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Lancetti, A. (2005) *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Lévy, P. (1996). *O que é o virtual?* São Paulo: editora 34.
- Machado, K. (2005). Como anda a Reforma Psiquiátrica? *Radis Comunicação em Saúde*, 38, 11+. Recuperado em 05 março, 2007, de [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis).
- Mairesse, D. (2003). Cartografia: Do método à arte de fazer pesquisa. Em: Fonseca, T. M. G. & Kirst, P. G. (Orgs). *Cartografias e Devires: A construção do presente*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Mir, L. (2004). *Guerra Civil: Estado e Trauma*. São Paulo: Geração Editorial.
- Moraes, T. D. & Nascimento, M. L. (2002, Jan./Jun.). Da Norma ao Risco: Transformações na Produção de Subjetividades Contemporâneas. *Psicologia em Estudo*. Maringá, 7(1), 91-102.

- Mosé, V. (2005) *Nietzsche e a Grande Política da Linguagem*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Oda, A. M. G. R. (2001, Dez.) A teoria da degenerescência na fundação da psiquiatria brasileira: contraposição entre Raimundo Nina Rodrigues e Juliano Moreira. *Psychiatry On-line Brazil*, 6. Recuperado em 01 maio, 2007 de <http://www.polbr.med.br/arquivo/wal1201.htm>
- Passetti, E. (2003). *Anarquismos e Sociedade de Controle*. São Paulo: Cortez Editora.
- Passetti, E. (2004) Segurança, Confiança e Tolerância: comandos na sociedade de controle. *São Paulo em Perspectiva*. 18 (1), 151-160.
- Paulin, L.F. & Turato, E.R. (2004, Maio/Ago.). Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*.11(2), 241-258.
- Paulon, S. M. (2006, outono) Desinstitucionalização como Transvaloração: Apontamentos para uma terapêutica ao niilismo. *Athenea Digital*. 10, 121-136.
- Pelbart, P.P. (1990). Manicômio Mental: A outra face da clausura. Em: Lancetti, A. (Org.) *SaúdeLoucura 2*. São Paulo: Hucitec. p. 130-138.
- Pelbart, P.P. (2000). *Vertigem por um Fio: Políticas da Subjetividade Contemporânea*. São Paulo: Iluminuras.
- Pogrebinski, T. (2004). Foucault, para além do Poder Disciplinar e do Biopoder. *Lua Nova*. 63, 179-201.
- Prehospital Trauma Life Support Committee and the National Association of Emergency Medical Technicians in cooperation with the Committee on Trauma of the American College of Surgeons (1999). *PHTLS: Basic and advanced prehospital trauma life support* (4ª edição). St. Louis .
- Rolnik, S. (2000). Clínica Nômade. *Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Educ.
- Rolnik, S. (2006). *Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade.
- Romagnoli, R (2006). *Famílias na rede de Saúde Mental: Um breve estudo esquizoanalítico*. Rev. Psicol. Est. [on line], 11(2), 305-314. Recuperado em 05 maio, 2007 de <http://www.scielo.br>.
- Rosa, R. M. (1997). Subjetividade Produzida: Poder e Disciplina em uma problematização Foucaultiana. Em: Baptista, D. (Org.) *Cidadania e Subjetividade: Novos e Múltiplos Sujeitos*. São Paulo: Imaginário.
- Rotelli, F.; Leonardis, O. & Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Santos, J. S.; Scarpelini, S.; Brasileiro, S. L. L.; Ferraz, C. A.; Dallora, M. E. L. V. & Sá, M. F. S. (2003, Abr./Dez.). Avaliação do Modelo de Organização da unidade de

Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências e de Humanização. *Medicina*, 36, 498-515.

- Sarti, C. A. (2005, Jan./Jun.). O Atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. *Physis*, 15(1), 107-126.
- Schöpke, R. (2004). *Por uma Filosofia da Diferença: Gilles Deleuze, o pensador nômade*. Rio de Janeiro: Contraponto. São Paulo: EDUSP.
- Serrano, A. I., Puel, E., Martinho, L.V., Leal, J. E. & Santos, P. P. (2004). *Pesquisa sobre os Critérios para a Consecução de uma Rede Integral de Saúde Mental, para o Estado de Santa Catarina*. Florianópolis: SES, Itajaí: Mestrado em Saúde/UNIVALI.
- Silva, T.T. (2002, Ago.). Identidade e Diferença: Impertinências. *Educação & Sociedade*. XXIII (79), 65 - 66.
- Site Oficial da Prefeitura de Natal. Recuperado em 09 março, 2007, em <http://www.natal.rn.gov.br/>
- Souza, R. R. (2007). O que é, realmente, o virtual? *Infotec Unicamp*. Recuperado em 14 de junho, 2007 de <http://www.ccuec.unicamp.br/revista/infotec/artigos/renato.html>
- Sterian, A. (2002) *Emergências Psiquiátricas: Uma Abordagem Psicanalítica* (2ª edição). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Swain, T. N. (2005) Identidade Nômade: Heterotopias de mim. Em: Rago, M.; Orlandi, L. B. L. & Veiga-Neto, A. (Orgs). *Imagens de Foucault e Deleuze: Ressonâncias Nietzscheanas*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Teixeira, R. R. (2005). Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10 (3), 315-327.
- Tenório, F. (2002, Jan./Abr.). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: História e Conceito. *História, Ciência e, Saúde*, 9(1), 25-59.
- Tesser, C. D. & Luz, M. T. (2002). Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea ara a medicina. *Ciência e Saúde Coletiva*. 7 (2), 363-372.
- Torre, E. H. G. e Amarante, P. (2001) Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*. 6(1), 77-85. Recuperado em 20 setembro, 2006 de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=pt&nrm=iso)
- Vaz, P. (1999) Corpo e Risco. *Fórum Media, Viseu*. 1(1), 100-111. Recuperado em 13 abril, 2007 de <http://www.angelfire.com/mb/oencantador/paulovaz/INDEX.html>

## **ANEXOS**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES - CCHLA  
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA  
(Médicos e Gestores)**

Sexo: M ( ) F ( )

Profissão:

Função no SAMU:

Tempo de serviço no SAMU:

Idade:

1. De acordo com a Portaria 2048/GM de 05 de novembro de 2003, é de competência de o SAMU atender ocorrências psiquiátricas.
  - Para você, o que é uma Urgência Psiquiátrica?
  - Quais critérios da regulação médica são usados para definir uma urgência psiquiátrica? (médicos)
  - O que define uma urgência psiquiátrica como prioritária na ordem das ocorrências? (médicos)
  - Você acha que os atendimentos psiquiátricos são triados segundo o princípio de Equidade do SUS? Comente.
2. Já ouviu falar sobre Política Nacional de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica? Pra você, do que se trata?
3. Como o SAMU é uma das portas de entrada do SUS, precisa contemplar as políticas públicas que o configuram. Existem estratégias para pôr em prática as diretrizes que dizem respeito à Política Nacional de Saúde mental? Quais?
4. Existe alguma articulação entre o SAMU e a Rede de Atenção Psicossocial do Município? Se existe, qual? Se não, como você acha que essa articulação poderia se configurar? (Explorar as articulações com os PSF's e CAPS's)
5. O que você acha sobre a sua formação enquanto técnico para atender às demandas psiquiátricas no serviço?
6. Existem capacitações sobre saúde mental no NEP (ou promovidas por outros órgãos, SMS, por exemplo)? Se sim, quais e como te ajudam na prática? Se não, por que você acha que não acontecem? (Explorar a questão do desinteresse pelo tema)
7. Você acha o SAMU preparado para atender a demanda psiquiátrica? Por quê?
8. O que é necessário para aprimorar os atendimentos psiquiátricos?
9. Já participou de algum atendimento psiquiátrico? Se sim, como foi a experiência? Se não, por quê?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES - CCHLA  
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ROTEIRO II DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA  
(Auxiliares de Enfermagem)**

Sexo: M ( ) F ( )

Profissão:

Função no SAMU:

Tempo de serviço no SAMU:

Idade:

1. Você conhece a Portaria 2048/GM de 05 de novembro de 2003? Lá diz que é de competência de o SAMU atender ocorrências psiquiátricas. Para você, o que é uma Urgência Psiquiátrica?
2. Já ouviu falar sobre Política Nacional de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica? Pra você, do que se trata?
3. O que você acha sobre a sua formação enquanto técnico para atender às demandas psiquiátricas no serviço?
4. Você já fez capacitações sobre saúde mental?
  - a. Se sim, quais e como te ajudam na prática?
  - b. Se não, por que você acha que não acontecem? (Explorar a questão do desinteresse pelo tema)
5. Já participou de algum atendimento psiquiátrico?
  - Se sim, como foi a experiência?
  - Se não, por quê?
6. Você acha o SAMU preparado para atender a demanda psiquiátrica? Por quê?
7. O que é necessário para aprimorar os atendimentos psiquiátricos?

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)