

Maria Tavares Cavalcanti
Marcio Amaral
Ana Cristina Figueiredo
Cloyra Paiva de Almeida
Organizadores

Instituto de Psiquiatria da UFRJ:

Gestão 2010-2014

**Profa. Maria Tavares Cavalcanti
e
Prof. Marcio Amaral**

ISBN 978-85-88411-09-8

Rio de Janeiro
IPUB/UFRJ
2015

Instituto de Psiquiatria da UFRJ

Gestão 2010-2014

Profa. Maria Tavares Cavalcanti e Prof. Marcio Amaral

Organizadores: Maria Tavares Cavalcanti, Marcio Amaral, Ana Cristina Figueiredo, Cloyra Paiva de Almeida

Corpo editorial: Maria Tavares Cavalcanti, Ana Cristina Figueiredo, Catia Mathias, Célia Anselmé

Direção do Instituto de Psiquiatria 2010-2014

Diretora: Profa. Maria Tavares Cavalcanti

Vice-diretor: Prof. Marcio Amaral

Diretora de ensino: Profa. Ana Cristina Figueiredo

Diretor de Pesquisa: Prof. Antonio Egidio Nardi

Diretora Técnica: Dra. Cloyra Paiva de Almeida

Diretor Clínico: Dr. Allan Gonçalves Dias

Diretor Administrativo: Paulo Marcius Ferraz de Sant'Ana

Rio de Janeiro

Julho de 2015

SUMÁRIO

PRÓLOGO	10
GESTÃO	20
Modelo de gestão' ou um conjunto de princípios?.....	20
Uma gestão humana é possível em nossos hospitais?.....	27
ENSINO	36
Pós-graduação <i>lato sensu</i> : a transmissão de um saber fazer	36
Residência multiprofissional em saúde mental do IPUB/UFRJ no contexto das transformações da formação em saúde.....	41
Os avanços do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ entre os anos de 2010 e 2014	55
Biblioteca Prof. João Ferreira da Silva Filho, lugar de memória do Instituto de Psiquiatria da UFRJ	60
ASSISTÊNCIA.....	68
O IPUB/UFRJ e suas atividades hospitalares	68
Serviço de enfermagem do IPUB: construções e desafios.....	81
O CAPSi CARIM : um dispositivo territorial em ação no IPUB.....	91
O Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - SPIA IPUB (2010-2014)	102
PROJAD: Subjetividades, Drogas e Múltiplas Abordagens	110
Atenção psicossocial: experiência e desafios atuais do Hospital-Dia Luiz Cerqueira e Centro de Atenção Diária (CAD).....	120
O Centro para Doença de Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice: Descrição, estado atual e perspectivas futuras.	131
Qual o lugar do ambulatório universitário na Rede de Atenção Psicossocial?	136
Proposta para a “Porta de Saída” do ambulatório do IPUB	140
Projeto Enfermarias: Será digno o nome “Projeto” para um trabalho que ainda se passa em enfermarias?	146
Ateliê da Vida	156
A loucura liberta ou a liberdade é uma loucura? - Apresentando “A Voz dos Usuários”.....	166

AUTORES

Aline Schubach - Psiquiatra do CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. alineschubach@ig.com.br

Allan Gonçalves Dias - médico psiquiatra do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Diretor Clínico do IPUB.

Ana Cristina Figueiredo - Professora Associada IPUB/UFRJ. Diretora de Ensino. Coordenadora do Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica e docente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IPUB.

Andrea Damiana Silva Elias - enfermeira do Núcleo de Atenção Psicossocial do IPUB
Andrea Deslandes - pesquisadora do CDA IPUB UFRJ

Andrea Villanova Psicóloga e Vice-Coordenadora do Ambulatório Geral do IPUB.
Doutora em Psicologia Clínica pela PUC/RJ.

Antônio Carlos dos Santos - usuário do CAD

Antonio Egídio Nardi - Professor titular do departamento de psiquiatria e medicina legal da faculdade de medicina da UFRJ. Coordenador do PROPSAM entre 2010-2014.
Diretor de pesquisa do IPUB UFRJ.

Aristóteles Casas de Oliveira - usuário do CAD

Bárbara Bello. Pedagoga (UERJ). Especialista em Psicomotricidade Clínica pelo Instituto Helena Antipoff e em Transpsicomotricidade Educacional pela UERJ. Técnica em Assuntos Educacionais no CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. babilbellol@yahoo.com.br

Catia Mathias - Bibliotecária - Chefe da Biblioteca Prof. João Ferreira da Silva Filho; Coordenadora do Núcleo de Memória Institucional do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

Carlos Eduardo Honorato - Psiquiatra, Doutor em Saúde Pública. IMS/UERJ, Membro da Gerência de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Tutor da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IPUB/UFRJ.

Caroline da Rocha Noël - estudante de psicologia

Célia Anselmé -Doutora em Psicologia - Técnica em Assuntos Educacionais da UFRJ; Vice Coordenadora do Núcleo de Memória Institucional do Instituto de Psiquiatria da UFRJ; Professora titular do Curso de Psicologia da Universidade Veiga de Almeida.

Clarice Bieler. Graduada em Psicologia pela UERJ. Especialista em Psicologia Clínica pela UERJ. Mestre em Psicologia Social pela UERJ. Psicóloga do CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. Clarice.bieler@iesc.ufrj.br

Claudete Veiga de lima. Graduada em Serviço Social(UERJ). Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana(ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Administração Pública(EBAP/FGV). Assistente Social do CAPSI CARIM/IPUB-UFRJ e docente da Universidade Estácio de Sá/Cursos de Serviço Social e de Administração.

claudeteveiga@estacio.br

Claudia Barabastefano Monteiro Enfermeira. Mestre pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora de ações da enfermagem de internação feminina do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

Cloyra Almeida de Paiva - médica psiquiatra do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Diretora técnica do IPUB. Coordenadora da residência médica em psiquiatria do IPUB.

Cristina Luce. Médica psiquiatra (UFRJ e ABP) do CAPSi CARIM e Ex-Coordenadora do CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. Cristina.luce@infolink.com.br

Diana Dadoorian - Psicóloga do IPUB/UFRJ. Coordenadora adjunta do Curso de Especialização em Psiquiatria e Psicanálise com crianças e adolescentes do IPUB/UFRJ.

Edson Saggese - Psiquiatra Professor da UFRJ.

Eliane Santos - Artista Plástica, Fundadora do Ateliê da Vida, eliane.santos@ipub.ufrj.br

Elizabeth Sabino dos Santos - usuária do CAD

Emilia Jales Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora de ações de enfermagem da enfermagem masculina do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. emiliajales@yahoo.com.br

Emiliane Cunha Ferreira Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Chefe de Enfermagem do IPUB/UFRJ – emilianeipub@hotmail.com

Etevilna Maria de Oliveira - Terapeuta Ocupacional do CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. etelrj@terra.com.br

Felicidade Afonso Enfermeira. Especialista em Pediatria pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Coordenadora da Enfermagem Feminina do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). felicidade.ipub@gmail.com

Flavia Fasciotti Macedo Azevedo- Psicóloga, Membro da Coordenação da Residência Multiprofissional do IPUB/UFRJ, Mestre em Psiquiatria e Saúde mental

IPUB/UFRJ, Professora Substituta da Faculdade de Medicina da UFRJ, Supervisora do Programa de Acompanhamento Domiciliar em Saúde Mental – Niterói/RJ.

Gabriela Menezes - médica psiquiatra do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

Geisely Cristina dos Santos - Assistente Social no CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ.
geiselycristina@yahoo.com.br

Heloisa Brasil - Psiquiatra do IPUB/UFRJ. Coordenadora do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência SPIA/IPUB/UFRJ

Isabel Sampaio dos Santos Ferreira - estudante de psicologia

Isabela Silveira de Farias - Pedagoga. Especialista em Psicopedagogia (CEPERJ) e em Atenção Psicossocial (IPUB). Técnica em Assuntos Educacionais no CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. belafarias6@gmail.com

Isabella Nascimento Psiquiatra e Coordenadora do Ambulatório Geral do IPUB/UFRJ.
Doutora em Psiquiatria pelo IPUB/UFRJ

Iraneide Castro de Oliveira Psiquiatra e pesquisadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Psicopatologia e Subjetividade do IPUB/UFRJ

Ivan Figueira - Professor associado do departamento de psiquiatria e medicina legal da faculdade de medicina da UFRJ.

Jaqueline da Silva Enfermeira. PhD em Enfermagem Gerontológica. Pós-Doutora em Drogas. Membro da Diretoria Colegiada do Núcleo de Pesquisas em Enfermagem Hospitalar (NUPENH) do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (DEMC) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Jackiedasilva@hotmail.com

Jerson Laks - psiquiatra, coordenador do Centro de Doenças de Alzheimer - CDA IPUB UFRJ

Joana Iabrudi Carinhanha - Enfermeira do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro(IPUB/UFRJ) até 2015. Professora da UFF.
iabrudi@yahoo.com

João Batista dos Santos - usuário do CAD

José Carlos Lima de Campos - Enfermeiro do IPUB/UFRJ, Membro da Coordenação da Residência Multiprofissional do IPUB/UFRJ, Professor dos Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina do UNIFESO, Vice-presidente da ABEn/RJ

Julia Cristina Tosto Leite - Psicóloga, Psicanalista, Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Rio de Janeiro (UERJ), Coordenadora do Hospital-dia Luiz Cerqueira e Centro de Atenção Diária do IPUB da UFRJ.
julialeite@ipub.ufrj.br

Juliana Kalaf - Psiquiatra do IPUB/UFRJ

Julio Sergio Verztman - Psicanalista, psiquiatra do IPUB-UFRJ, coordenador do Núcleo de Estudos em Psicanálise e Clínica da Contemporaneidade (NEPECC-UFRJ)

Karen Bello Berg - psicóloga

Karla Amado Enfermeira. Mestre em Neurologia pela Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO), Professora Adjunto Mestre na UNIGRANRIO, Enfermeira Assistencial no CAPSi CARIM/IPUB/UFRJ. karlaamado@hotmail.com

Keli Valente - Psicóloga (UFRJ). Mestre em Teoria Psicanalítica pelo Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica (UFRJ). Psicóloga no CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. keli.valente@gmail.com

Leila Ribeiro - Professora da UFRJ. Psicóloga

Leila Vianna dos Reis Psicóloga- Especialista Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp. Pesquisadora da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IPUB-UFRJ.

Leni Porto Siqueira - Pedagoga. Pos-Graduação em Educação Especial (UNIRIO), Psicopedagogia (UNIPLI), Atenção Psicossocial na Infância e Adolescência (UFRJ). Mestre em Ciências da Educação pela Universidade de Lusófona. Professora no município de Niterói, Técnica em Assuntos Educacionais no CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. leni.tutora@gmail.com

Liz Barddal Feligueira Assistente Social do IPUB/UFRJ. Mestranda em Educação Profissional em Saúde pela EPSJV/FIOCRUZ

Luiz Eduardo Mendonça de Souza - usuário do CAD

Marcelo Santos Cruz - psiquiatra, coordenador do PROJAD IPUB

Marcia Dourado - psicóloga do CDA IPUB UFRJ

Marcio Amaral - psiquiatra, professor adjunto do departamento de psiquiatria e medicina legal da Faculdade de Medicina da UFRJ, vice-diretor do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

Maria Alice Tourinho Baptista - psicóloga do centro-dia do CDA IPUB UFRJ

Maria Aparecida Lopes do Nascimento - usuária do CAD

Maria Cristina Ventura Couto - Psicanalista, Psicóloga (UFRJ), Mestre em Psicologia Clínica (PUC/RJ) Doutora em Saúde Mental (UFRJ), Ex- supervisora do CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. Cris.ventura13@yahoo.com.br

Maria Madalena Silva Santos- usuária do CAD

Maria Paula Cerqueira Gomes - Psicóloga, Professora Associada do IPUB/UFRJ; Coordenadora da Residência Multiprofissional de Saúde Mental; Pesquisadora da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, UFRJ. Email para contato: paulacerqueiraufrj@gmail.com.

Maria Tavares Cavalcanti - psiquiatra, professora associada do departamento de psiquiatria e medicina legal da Faculdade de Medicina da UFRJ, diretora do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

Mariana da Luz - psiquiatra do CDA IPUB UFRJ

Mariangela Aleixo musicoterapeuta do CDA IPUB UFRJ

Mônica Monteiro Peixoto - psicóloga

Nathália Armony - Psicanalista, Psicóloga (PUC/RJ), Mestre em psicologia Clínica (PUC/RJ), Doutora em Saúde da criança e da mulher (IFF/FIOCRUZ). Coordenadora do CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. nsarmony@gmail.com

Nympha Amaral. Psicanalista, Doutora em Psicanálise (UERJ) e Coordenadora Técnica do CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. nympha@terra.com.br

Octavio Domont de Serpa Junior - Professor Adjunto do IPUB/UFRJ

Orlando dos Santos Baptista - usuário do CAD

Orlando Vinícius Dias Mara de Barros - usuário do CAD

Priscila Muniz - Enfermeira do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro(IPUB/UFRJ).

Regina Xavier - Técnica de enfermagem no CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ.
recristal@hotmail.com

Renato Moraes Ponte - usuário do CAD

Rita de Cássia Ramos Louzada - Professora da UFES (lotada provisoriamente no IPUB/UFRJ). Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IPUB/UFRJ.

Roberta Bezerra Costa - Enfermeira. Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio). Enfermeira do Capsi Carim/IPUB/UFRJ. Roberta Bezerra Costa. robertabcosta78@gmail.com

Roberto dos Santos Bartholo Junior - Professor associado do programa de engenharia de produção da COPPE UFRJ.

Rosa Gomes Enfermeira. Mestre pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Essencialista em Terapia Intensiva, Nefrologia, Cardiointensivismo, Saúde Mental. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa IPUB-UFRJ, Ouvidora do IPUB_UFRJ. rosaipub@gmail.com

Valeska Marinho - psiquiatra do CDA IPUB UFRJ

Vanessa Andrade Martins Pinto Enfermeira do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Doutoranda em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ

Viviane Tinoco Martins - Psicóloga do PROJAD IPUB

Virgínia Marffioletti - psicóloga, coordenadora do centro dia do CDA IPUB UFRJ

William Berger - Professor adjunto do departamento de psiquiatria e medicina legal da faculdade de medicina da UFRJ. Coordenador do PROPSAM.

PRÓLOGO

Maria Tavares Cavalcanti¹

Há quatro anos, mais exatamente no dia 23 de julho de 2010, proferi este discurso de posse, ao assumir a direção do Instituto de Psiquiatria da UFRJ:

“Magnífico reitor da UFRJ, Prof. Aloísio Teixeira, Exmo. Decano do Centro de Ciências da Saúde professor Almir Fraga Valadares, Exmo. Prof. Emérito da Faculdade de medicina da UFRJ Eustáquio Portela Nunes, meu caro amigo e diretor em exercício do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, que hoje toma posse como vice-diretor do IPUB, prof. Marcio Amaral,

meus filhos Helena e Miguel, minha mãe Isabel, meu pai Manoel, minha madrinha Maria das Neves, meus irmãos, cunhados e sobrinhos, minhas tias, meus amigos e colegas da UFRJ, professores, queridos funcionários, meus demais amigos que aqui vieram e os que não puderam vir, caros alunos, caros clientes e familiares, todos os presentes,

É com grande alegria que hoje me dirijo a vocês para uma breve saudação neste dia de festa. Festa? Vocês poderiam me perguntar, porque não foram nem uma nem duas pessoas, das mais variadas condições e lugares, que ao tomarem conhecimento da minha eleição para a direção do IPUB fizeram comentários mais ou menos como estes:

“Não sei se te dou parabéns ou pêsames...”

“Para o IPUB acho que vai ser bom, mas para você não sei...”

E assim por diante.

Ou ainda antes, quando a candidatura ainda era uma possibilidade, amigos queridos me olhavam com uma cara assustada e me diziam, mas Maria, nós não queremos perder você, olha a sua saúde, etc.

Mas reafirmo que hoje é um dia de festa e de muita alegria, e vou dizer a vocês por que:

Porque vocês me escolheram e se me escolheram, essa escolha tem a ver com um percurso, com um percurso de vida que começa muito antes da minha chegada ao IPUB, jovem ainda, em 1986. No entanto, só pude vislumbrar esse percurso, como não poderia deixar de ser, olhando a partir de hoje para trás. E ao olhar para trás vejo minha família, a comunidade em que nasci, porque uma família de oito filhos, um quarto que se divide com mais seis irmãos, só pode se chamar assim, comunidade. E talvez venha daí, esse meu amor por tudo que é coletivo. Por tudo que diz respeito ao bem de muitos. E o meu anseio por justiça e felicidade para todos. Quem sabe tenha sido isso que vocês perceberam, sem que eu me desse conta, pois o que vejo hoje é que mais do que me escolher, vocês me indicaram, porque se estou assumindo a direção do IPUB, isso se deveu a um trabalho intenso de muitos de vocês, que já há alguns anos vem me preparando para assumir essa função, me convencendo de que não só sou capaz de juntamente com vocês conduzir o IPUB pelos próximos anos, como também sou digna de representá-los juntos as instâncias externas ao IPUB e da qual o IPUB faz parte ou se

¹ Diretora atual do IPUB.

relaciona estreitamente, como o CCS, a UFRJ, as secretarias municipal e estadual de saúde, os ministérios da educação, da saúde, de ciência e tecnologia, etc.

Mas fica a pergunta:

Por que ao assumirmos um cargo de tamanha responsabilidade cívica e pública, as pessoas se assustam? Me lembro que no início, quando “Dona Creuza” chegava perto de mim e me dizia ao pé do ouvido, “professora, a senhora vai ser a nossa próxima diretora”, eu sorria e desconversava e corria para o divã do analista e para as minhas orações a me perguntar: mas é isso mesmo? Será que não tem ninguém mais para assumir essa função? Depois foi a vez dos colegas mais próximos – Maria, você vai ser a próxima diretora do IPUB... E mais uma vez, lá ia eu para o divã ou para a meditação solitária, pensando muito e refletindo nessa possibilidade. Será que é isso o que eu quero para a minha vida? Será que vale a pena o desgaste? Será que eu tenho características de personalidade para assumir essa posição, posição que exige firmeza, exige desagradar alguns, pois não teremos nunca como agradar a todos quando decisões importantes têm que ser tomadas levando-se em conta o bem comum e o coletivo e a nossa missão maior que são nossos pacientes e nossos alunos?

Pensava no professor João Ferreira muitas vezes ao longo dessas meditações. Personalidades tão distintas a minha e a dele, mas de alguma forma ele parecia me dizer, vai Maria, vai, você tem condições de seguir levando o IPUB à frente. Ele que me chamava de Joana D’Arc, quando todos pensavam que eu estava mais para Madre Teresa de Calcutá...

Alguns acontecimentos foram muito importantes nesse percurso que hoje me traz até aqui. Talvez um dos mais significativos do ponto de vista institucional foi o convite do professor Marcio Versiani para assumir a direção clínica do IPUB em 2003. Foi o primeiro susto. Nunca tinha pensado em assumir um cargo administrativo dentro da UFRJ. Estava muito feliz com minhas funções de médica, professora e pesquisadora. Mas ali foi a minha escola. Ali começou o caminho que me trouxe até aqui. Ali entendi que o IPUB fazia parte da UFRJ, porque aqui na Praia Vermelha e com problemas tão distintos por fazermos parte do complexo de hospitais, muitas vezes nos esquecemos disso. Ali conheci os demais diretores, enfrentamos juntos o processo de certificação dos hospitais universitários de ensino, ali também conheci o reitor, a vice-reitora, o pró-reitor de pessoal, o diretor da faculdade de medicina, passei a representar o IPUB em várias instâncias. Ali passei também a conhecer um IPUB que não conhecia. Passei a conhecer os funcionários e suas questões, seus problemas, suas alegrias, suas necessidades. Passei a saber chamá-los pelo nome, pois muitos eu conhecia só de vista, apesar dos meus então 18 anos de IPUB.

Foram sete anos de direção clínica, da qual me afastei para assumir a chefia do departamento de psiquiatria e medicina legal, que foi outro aprendizado. Nesse caso, o aprendizado da esfera acadêmica dentro da UFRJ, da importância da faculdade de medicina, da fisioterapia, da fonoaudiologia e mais recente da terapia ocupacional, da luta pela obtenção de vagas de professor dentro da UFRJ, do cotidiano dos professores e alunos, da discussão a respeito de que formação queremos para os nossos alunos, que médico, que profissional de saúde o Brasil quer e precisa formar etc.

Mas voltando aos caminhos que me trouxeram até aqui de forma mais direta:

No início de 2009, o Professor Marcio Amaral me chamou no seu gabinete de vice-diretor do IPUB e me disse generosamente: -“Maria acho que o melhor nome para próximo diretor do IPUB é o seu.” – “Mas eu?” perguntei. – “Não seria você? Afinal de contas você é o vice-diretor e eu o apoiaria e o ajudaria”. Mas o professor Marcio Amaral foi direto: - “Não, o seu nome tem mais passagem, você será melhor para a instituição”. Naquele dia saí daquela conversa me sentindo meio mal, percebia que o cerco ia se fechando. A imagem que vinha na minha cabeça era de um grupo andando junto, de repente eu olho para um lado, olho para o outro, e percebo que não há mais ninguém ao lado, sobrei eu, de alguma forma, meus caminhos e minha vida tinham me levado àquela posição, àquele lugar e se isso tinha acontecido, e se os outros me reconheciam nesse lugar, é porque seguramente meu desejo estava implicado ali, pois como aprendi com Lacan e também com Jean Oury, dois psicanalistas e psiquiatras que muito me ensinaram e continuam me ensinando, não há prática ética sem desejo e não há como viver sem estar continuamente colocando em questão o nosso desejo. Para Oury a pergunta cotidiana a se fazer é – o que estou fazendo aqui? E no dia em que percebermos que não estamos mais implicados de forma desejante naquele lugar e naquela prática, o melhor a fazer é ir embora.

Isso, portanto, fui descobrindo ao longo da minha vida. Que de alguma forma o IPUB ocupava e ocupa um lugar central na minha existência e sabe-se lá por que faz parte da minha missão nesse mundo estar aqui trabalhando para que ele possa crescer, frutificar e cumprir cada vez melhor o seu papel na nossa sociedade, que não se restringe à assistência psiquiátrica e à formação dos profissionais que atuarão no campo da psiquiatria e da saúde mental. Só isso já seria uma missão e tanto, mas fui aprendendo, sobretudo depois de assumir a direção clínica do IPUB, que o IPUB faz parte da UFRJ, que a UFRJ faz parte do MEC, que o IPUB sendo uma instituição de saúde e 100% SUS, faz parte do Ministério da Saúde também, e que também fazemos parte do ministério de ciência e tecnologia, do ministério do desenvolvimento social, da secretaria nacional anti-drogas, da cultura e tantos mais que cuidam dos interesses da população desse nosso Brasil e que portanto faz parte do Brasil e tem um papel imenso nessa esfera também. O papel de demonstrar que um hospital público é viável, que o SUS pode funcionar muito bem, que um hospital público universitário de ensino pode e deve ser exemplo de probidade e excelência administrativa. Lembro-me quando assumi a direção clínica e o nosso funcionário Joaquim ainda cuidava dos laudos. Ele veio me procurar preocupado, pois temia não ter competência para realizar a tarefa que lhe fora designada. Então eu disse a ele uma frase que continua valendo: - "Joaquim é muito simples, as pessoas que procuram o IPUB muitas vezes chegam aqui com uma idéia bastante difundida de que o serviço público não funciona. Pois bem, ao chegarem aqui elas têm que mudar de opinião. Se tivermos conseguido isso, teremos cumprido bem o nosso trabalho".

Então é isso, para além de cuidarmos muito bem de nossos clientes e seus familiares, e de formarmos nossos alunos também com excelência, temos uma missão que nos ultrapassa e que fala dos desafios desse nosso Brasil. Sabemos que 450 milhões de pessoas no mundo sofrem de doenças mentais e de problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas. Muitas sofrem sem assistência, pois o estigma que envolve a doença mental é ainda enorme, e há dificuldade e vergonha de procurar o psiquiatra, isso quando há psiquiatra, pois a falta de profissionais na área da saúde mental é também outro problema alarmante. Em 2008, a Organização Mundial de Saúde lançou um movimento para a Saúde Mental Global, a fim de conscientizar todos os principais responsáveis pela saúde no mundo da tarefa gigantesca e imediata de romper com as

barreiras que ainda fazem com que nos países mais desfavorecidos 90% da população que necessita de cuidados em saúde mental permaneça desassistida. No Brasil, apesar dos avanços inegáveis em termos de aumento do número de serviços de saúde mental nos últimos anos, de termos uma política nacional de saúde mental, isso não significou um aumento de cobertura assistencial na mesma proporção, mesmo porque a formação dos profissionais para atuarem nesses serviços ainda permanece um enorme desafio.

O IPUB não pode, portanto, se furtar a estar no centro desses desafios, discutindo-os, analisando-os e contribuindo para as suas soluções, não só por ser uma referência no campo da psiquiatria e da saúde mental no país, mas também por fazer parte da maior universidade pública do Brasil. Somos um serviço de saúde universitário e isso não é pouco. Somos o único Instituto de Psiquiatria certificado pelo MEC como hospital de ensino. Temos portanto essa tripla missão: cuidar, formar e produzir conhecimento. Cabe a nós dizer ao MEC o que é um Instituto de Psiquiatria, o que deve ser considerado como padrão de qualidade e excelência em termos de uma instituição psiquiátrica, demonstrarmos as nossas especificidades.

Para isso algumas perguntas precisam ser feitas:

O que desejam nossos pacientes e familiares e o que de fato devemos oferecer a eles?

O que desejam nossos alunos? O que seria interessante que eles desejassem pensando também no país em que vivemos? Para onde e de que forma temos que conduzir a formação de nossos alunos de graduação e de pós-graduação?

O que desejam nossos funcionários técnico-administrativos e professores? Para onde queremos e devemos caminhar?

O que a UFRJ espera de nós e o que nós esperamos da UFRJ? Como contribuir para que a UFRJ também avance nos caminhos que julgamos os mais justos e os mais pertinentes em termos da saúde e da educação no Brasil?

O que as secretarias municipais e estaduais de saúde esperam de nós e o que nós esperamos da saúde do nosso município e nosso estado? Que contribuição queremos, podemos e devemos dar?

O que o MEC e o Ministério da Saúde nos demandam? Essas demandas são justas? São as mais adequadas em termos da formação e da assistência em psiquiatria e saúde mental para o Brasil? Como contribuir também para a elaboração dessas demandas, dessas agendas?

Outro dia o Miguel, meu filho, me olhou e me disse: - “Mamãe não sei se foi bom você ser eleita para essa direção?” – “Por que meu filho”, perguntei. – “Você terá ainda menos tempo, ficará preocupada e ocupada com um monte de coisas, sei lá, mãe, não sei se isso foi uma boa não”. Pode ser que em muitos momentos desse percurso eu também me faça essa pergunta, que é uma pergunta que toda mulher que é mãe se faz: como conciliar tantas tarefas, como ser mãe de tantas coisas e tantas pessoas e não perder de vista, essa que é nossa primeira missão, nossa primeira tarefa, nossa principal responsabilidade, criar nossos filhos para que um dia eles também estejam podendo contribuir para que o mundo fique melhor?

Helena, minha filha, hoje dá aulas no ensino de jovens e adultos. Outro dia andando com ela por Laranjeiras, o porteiro de um prédio a cumprimentou, eu, preconceituosa

me assustei, como a Helena conhece esse porteiro? – “Ele é meu aluno mãe”. Também foi para Francisco Badaró no sertão de Jequitinhonha fazer um projeto de teatro com os jovens da cidade e hoje com seus colegas do curso de produção cultural da UFF, montou uma trupe que faz trabalho cultural com as comunidades carentes de Niterói nos finais de semana.

Acho que essa é a resposta à pergunta do Miguel e a pergunta que me fiz e me faço tantas vezes. Vale a pena? Isso vai dar certo? Uma mãe que sai de madrugada e pelo menos uma vez tive que colocá-los no carro comigo, porque uma paciente está ameaçando se matar e o filho pequeno com ela em casa não sabe o que fazer e pede ajuda? Filhos que atendem os telefonemas mais loucos em casa e que desde muito pequenos sabem que as pessoas enlouquecem, que o suicídio existe, que a morte não é uma possibilidade, mas uma realidade cotidiana. Que a pobreza está aí e é terrível. Que há pessoas que passam fome e que nós temos relação com isso. Que existe uma cidade chamada Breves, que fica longe muito longe, lá no Marajó e que lá não há médicos em número suficiente, nem trabalho, e que em muitos lugares deste Brasil crianças se prostituem, muitas vezes incentivadas pelos próprios pais para terem o que comer, e que isso também tem a ver conosco. Que conhecem o Níger e sabem onde fica Niamei. E que sobretudo sabem que o que move o mundo é o amor, o amor pelos menores, pelos mais insignificantes, por aqueles que aparentemente pouco têm, pelos loucos, porque na verdade são eles que nos ensinam, são eles que possuem a maior riqueza, que é essa força de vida sob quaisquer circunstâncias.

Por tudo isso, acho que esse desafio vale a pena e que é um privilégio dirigir uma instituição como o IPUB dentro dessa Universidade tão querida e tão importante para os rumos do nosso país, que é a UFRJ. Que privilégio conviver com nossos alunos, alunos que batalham tanto, insistem tanto, se esforçam tanto, para serem nossos alunos, que compromisso, que responsabilidade nós temos com eles que tanto fizeram para chegar até aqui. Que privilégio conviver com nossos pacientes e seus familiares, pessoas também que confiam em nós, que colocam em nossas mãos muitas vezes algumas decisões importantes de seus destinos. Que privilégio conviver com nossos funcionários que amam o IPUB como se o IPUB fosse a casa e a família deles e que privilégio conviver com nossos colegas professores, que também se esforçaram muito e desejaram muito estar aqui ensinado, pesquisando e assistindo.

Temos mesmo muito a comemorar, até mesmo porque os desafios são imensos e a vida sem desafios e sem riscos, sem a possibilidade de construção e criação, sem esperança e sem amor, perde o seu sentido.

Por isso agradeço sim, agradeço a todos vocês a confiança, o carinho, a certeza de que juntos podemos fazer do IPUB o melhor lugar do mundo.

Contrariando a frase dita certa vez há muitos anos por um paciente que se tratava aqui conosco – “as psicólogas do IPUB são tristes, o IPUB não deixa ninguém de bem consigo mesmo” – ousou dizer que o nosso desafio hoje é fazermos o contrário disso – é podermos dizer, sim, aqui no IPUB não somos tristes, embora muitas vezes o convívio tão próximo com a loucura nos traga imensos oceanos de tristeza que fazem parte da vida, aqui no IPUB estamos de bem conosco, porque fazemos com alegria e competência aquilo que a vida têm de melhor, que é cuidarmos uns dos outros, pacientes, familiares, alunos e funcionários. Todos aqui nos cuidamos e cuidamos uns dos outros para preservar a gentileza, a serenidade, a alegria, o estar junto, o caminhar

na direção de uma vida melhor, de um mundo melhor, para todos. Porque sozinho ninguém vem ao mundo, sozinho ninguém transforma o mundo, sozinho não se vive.

Obrigada.

Quatro anos depois, no dia 8 de agosto de 2014, aniversário de 76 anos do IPUB e minha recondução e do prof. Marcio Amaral no cargo de diretora e vice-diretor do IPUB, não escrevi um discurso, pois preferi ouvir o que o prof. Roberto Bartholo da COPPE teria a nos dizer sobre a Universidade Pública e sobre a UFRJ, fala que vocês encontrarão também neste livro. No entanto, em momentos como esses algumas palavras sempre tem que ser ditas e reproduzo em parte de memória algo do que disse naquele dia. Se não são exatamente as mesmas palavras, o espírito do que julguei importante ser dito, está aqui.

Durante algumas semanas fiquei pensando no que diria, no que era de fato importante dizer, no que valia a pena ser dito. Comecei chamando a atenção para o tempo transcorrido entre uma cerimônia e outra:

“E se passaram quatro anos...”

O que é importante dizer depois de quatro anos? A primeira coisa a dizer é que a chegada aqui não foi linear, não foi uma estrada reta, algo que se deu sem uma reflexão, sem um novo Sim. Não foi simplesmente uma continuidade. Foi preciso dizer Sim novamente e este Sim não foi simples. Depois desse meu Sim, foi preciso que vocês me dissessem sim e nos escolhessem de novo. O que agradeço. Agradeço a confiança novamente depositada em mim e no prof. Marcio Amaral.

Mas o que dizer nessa hora?

Fazer uma prestação de contas pública? Falar das obras, do orçamento dobrado, das vagas duramente conseguidas, do dia a dia de um intenso trabalho? Creio que isso, de certa forma, vocês já sabem, é visível para quem esteve todos os dias aqui no IPUB ao longo desses quatro anos.

Penso que o mais importante nessas horas é falar do afeto, dos afetos agregados. Vejo aqui na plateia tantas pessoas novas, pessoas que foram chegando, se somando aos mais antigos. E muitos antigos também que se motivaram e hoje estão cheios de projetos, com muita vontade de levar o IPUB adiante.

Já faz um tempo que me dei conta, e isso ficou muito presente para mim nos 75 anos do IPUB, que nós passamos e as instituições ficam. Mas elas só ficam se as gerações que se sucedem e as recebem, se apropriam dessa herança, a transformam e a transmitem para as novas gerações, que por sua vez farão o mesmo com as próximas gerações. Para isso é preciso semear e colher nas novas gerações, pessoas que sejam seduzidas por esta vontade de dar continuidade e de manter a instituição viva e produtiva. Isso se faz através da convivência necessária entre uma geração e outra, quando se dá a transmissão, a passagem, e torna-se possível uma construção conjunta.

Estamos nesse momento. Os próximos quatro anos são anos para trabalharmos essa transmissão, essa passagem. Preparar as novas gerações para que tenham orgulho da herança que receberão e possam dar continuidade a esse projeto que se iniciou não apenas há 76 anos, mas muito mais. Somos herdeiros do Hospício Pedro II o primeiro hospício brasileiro, plano ousado e extremamente moderno para época, um dos feitos

comemorativos da coroação de Dom Pedro II. Hoje já não se trata mais de hospício, mas de encontrar um lugar melhor para os loucos, para aqueles que sofrem mental e psiquicamente, para aqueles que nos procuram em busca de ajuda para melhorar suas existências. Essa é a nossa missão, ou uma delas, contribuir para que a ciência e a arte psiquiátricas se desenvolvam em nosso país e que formemos profissionais capazes de levar esse desenvolvimento adiante.

Um segundo mandato é sempre um novo desafio. Desafio agora com o encanto inicial, a paixão dos primeiros anos pelo que é novo, pelo desconhecido, já um pouco arrefecidos, pois muitos caminhos já foram desbravados, já foram abertos, outros se fecharam e a estrada já é de certa forma conhecida. Isto tem vantagens e desvantagens. Vantagens porque quando conhecemos a estrada aparentemente caminhamos com mais facilidade por ela. Desvantagens porque a idéia de que já conhecemos o caminho, pode nos trazer uma certa ilusão, uma certa arrogância, uma falta de cuidado até, que nos leve a cometer mais erros, nos cegue para novas possibilidades, novos caminhos e nos desencoraje a entrar em certas lutas aparentemente já travadas sem sucesso. É importante ter em mente ao longo de todo o percurso que o rio nunca é o mesmo, que nós nunca somos os mesmos e que as circunstâncias mudam a cada momento. Portanto nunca há luta perdida ou batalha finalizada. E que sucesso e insucesso são conceitos muito relativos, um sucesso hoje pode se apresentar como um insucesso amanhã e vice-versa. O importante é seguir, não desistir nunca, mantendo sempre os princípios fundamentais que nos guiam e que fazem de nós pessoas que tem uma missão em comum, e que por isso fazem comunidade - a missão de manter o IPUB vivo, produtivo, vicejante, cada um fazendo a sua parte, desde o trabalho aparentemente mais humilde, mais simples, até o mais complexo, pois um não existe sem o outro, fazemos parte de uma cadeia, na qual cada elo é fundamental.

Se mantivermos isso em mente ao longo destes próximos quatro anos, com certeza transmitiremos o IPUB para as novas gerações com muita saúde e força para seguir pelos tempos a fora, por muitas e muitas mais gerações, criando mais vida e tornando nosso mundo mais feliz ... Fala do Professor Bartholo na recondução da Profa. Maria Tavares à direção do Instituto de Psiquiatria da UFRJ - mandato 2014-2018 - em 8 de agosto de 2014 no Instituto de Psiquiatria

Roberto Bartholo²

Primeiramente eu tenho que agradecer estar aqui falando para vocês. Um convite da Maria para mim é impossível dizer que não. E para muita gente que não me conhece, que está me vendo aqui pela primeira vez, eu farei uma breve apresentação. Eu estou aqui há muito tempo. Eu estou na Universidade há muito tempo. Já faz algumas décadas que estou trabalhando como professor. E de uns tempos para cá eu tenho andado meio amargo, olhando em volta e dizendo, puxa vida, tem a ver um pouco com a coisa que eu falei com a Maria, investir tanta energia da vida da gente em um lugar que termina de algum modo se transformando nessa coisa que eu estou vendo dentro de mim, em alguma coisa mais estéril que acha que ser bom é produzir em série, produzir *papers* por exemplo e quanto mais *papers* por unidade de tempo produzir a gente acaba ficando excelente. Essa é uma situação que eu considero lamentável e se envelhecer tem poucas vantagens, uma delas é que a gente chega em um determinado lugar e diz - eu

² Professor associado da Engenharia de Produção da COPPE UFRJ

acho que isso ai é uma droga -, então está dito, até porque quando você já envelheceu, você já é um caso perdido, ninguém está mais querendo te configurar para uma direção e não para outra. Já desistiram de tentar isso com você. E agora, apesar disso, desse certo travo amargo, eu ainda encontro pessoas e lugares que fazem a gente se animar. Encontrar a Maria é um caso desse tipo, uma pessoa e um lugar que faz a gente se animar. Porque a pessoa de alguma maneira é o lugar. Recentemente uma outra pessoa aqui da UFRJ que era muito minha amiga, uma professora com quem eu tinha uma relação, que faleceu - a Berta Becker que era uma pessoa e um lugar em que era muito bom estar. Então essas pessoas poderem ser referencia para quem vem depois, isso eu acho muito bacana. Mas eu não vim aqui só para isso não. Eu fiquei pensando o que eu vou fazer, que diabos eu vou falar e então eu farei uma fala que vai começar talvez para alguns de uma forma meio enigmática. Vou pegar uma frase de um autor que está virando meu autor de cabeceira provavelmente por causa do mundo em que a gente está vivendo. Eu estou sendo conduzido cada vez mais a ler esse cara, a gostar e a começar a achar que é um cara otimista, esse cara é o Kafka. A citação, o pré-fragmento do Kafka é esse "a elas (depois vocês vão ver quem são elas) foi dada a escolha de se tornarem reis ou mensageiros de reis, como acontece com as crianças, elas são crianças, todas queriam ser mensageiras e é por isso que há apenas mensageiras correndo pelo mundo e como não há reis, trocam mensagens que se tornaram sem significado" Essa citaçãozinha tem a ver com aquilo que falei antes, esse travo amargo na situação universitária - será que a gente está aqui para virar mensageiro de mensagens sem significado, só que a gente tenta transmitir com cada vez mais velocidade, correndo o risco de transmitir sempre a mesma que continua sem significado, e na melhor das hipóteses a gente troca por uma outra que continua sem significado. Eu vou tentar um comentário que é deliberadamente polemico, eu acho que até agora eu não fui polemico, agora eu vou ser, academia não é ciência. Eu acho que muita gente pode escutar isso e ter vontade de fazer uma forte oposição. Porque que esse cara tá vindo com esse tipo de papo. Eu queria para essas pessoas logo acrescentar, não ser não é não ter. Ou seja, a academia tem sim ciência, em muitos casos pode ter ciência aos potes, pode ter muita ciência, em outros casos pode ter uma pitada de ciência, mas se ela fosse somente e tão somente ciência, ela teria um preço muito alto a pagar e eu acho que esse preço é deixar de ser academia, ela vira outra coisa. Então lá de onde eu atuo que é a COPPE, das engenharias, eu acho que tem a ver com medicina, com as chamadas ciências da saúde, eu acho que tem a ver com "n" regiões de atuações acadêmicas e tem a ver com um elenco de implicações que se deve ao seguinte: essas regiões, elas estão em interface com o mundo e no mundo tem instituições diversas, inclusive instituições associadas à economia, ao mercado, à política, aos partidos e etc. As implicações podem estar associadas em muito poucas palavras com o uso da academia com interesses espúrios. Eu acho que é isso que acontece muitas vezes quando as exigências da cientificidade, exigências essas que não são poucas, começam a ser apenas um uso retórico, uma apropriação retórica, e o que acontece quando isso ocorre é que há uma confusão entre formalismo e rigor, as coisas formais passam a ser identificadas como se rigorosas fossem e tem muita coisa na vida que é rigorosa e que não tem nada a ver como formalismo e parte dessas coisas tem a ver com virtudes da cientificidade e nessa

colocação a gente tem o eco de discussão lá do século XIX, por exemplo, com uma dicotomia que hoje ficou um tanto quanto anacrônica como a dicotomia socialismo utópico, socialismo científico e transformando o utópico quase que numa etiqueta depreciativa enquanto que o científico é que era a coisa séria. Hoje eu acho que a gente começa a ter desdobramento disso não tão rápidos, desdobramentos mais amenos mas que continuam sendo no meu modo de entender problemáticos, como algo assim - sem ciência não é sério, sem ciência não é rigoroso, sem ciência não é objetivo e o mais grave, sem ciência não é verdadeiro. E eu acho que a gente encontra volta e meia na vida vivida da gente um monte de coisas que são sérias, rigorosas, objetivas e verdadeiras e que não são por isso ciência. Nem que precisam de ser transformadas em ciência para se tornarem rigorosas, objetivas ou verdadeiras. Digamos assim, podem ser coisas que tem e eu repito uma pitada de ciência ou podem ser coisas que têm grandes doses de ciência - grande dose de ciência: engenharia, medicina; pitada de ciência: dança, por exemplo. Quando eu comecei a falar aqui em uso retórico eu acho que a gente está sendo convidado a colocar a linguagem no centro da medição. Eu estou entendendo aqui toda ciência como algo que tem a ver com a linguagem, com um modo de linguagem e toda a ciência é comunicacional e comunicativa. É um discurso que também é interferência relacional e comunicativa. Discurso não apenas estritamente verbal - as linguagens não são apenas e estritamente verbais, os gestos também são intencionais, daí a minha referência antecedente a dança, não foi por acaso. O aprendizado se dá no emaranhado de interferência verbais e não verbais e o aprendizado é algo muito, muito importante se nós quisermos falar de academia. Eu diria que a academia é muito mais um lugar de aprendizado que um lugar de ensino ainda que o ensino possa ter um lugar aqui também. E diante dessa questão eu gostaria de propor uma maneira de entendimento que seria o seguinte: qual é a questão mais importante do aprendizado - a abertura para o mundo, a abertura para relações com o mundo, ir além daquilo que eu chamaria de encapsulamento, esse encapsulamento por vezes pode degenerar e vira uma espécie de narcisismo autista, estéril, quanto maior for a pretensão de que a linguagem que eu falo é perene. Remete para a nossa questão anterior do formalismo e os rigores das relações saem pelo ralo. No caso específico da academia, o que acaba por acontecer talvez seja uma consequência trágica que nós já fomos inclusive advertidos por um livro de publicação mais ou menos recente de uma figura que era editor da Abott University Press, o nome do autor é Lindsay Waters e ele escreveu um livro chamado o eclipse da erudição. No nosso caso eu diria que a gente precisaria ter percursos de formação dentro da academia que ampliassem e diversificassem essa abertura para o mundo, percursos de formação através dos quais fosse possível pela linguagem apontar para algo além da linguagem, algo que ultrapasse a linguagem e reconhecer que nem tudo pode estar dentro da linguagem. Eu creio firmemente que essa é a condição de possibilidade que qualquer relação fecunda possa se estabelecer. Eu diria então para concluir a minha colocação que será relativamente breve, revisitando a minha proposição inicial algo que eu espero encontre acolhida no ouvido de vocês - academia não é ciência, mas tem ciência, mas academia é serviço. Aqui a gente deveria colocar uma qualificação de que tipo de serviço. Há vários tipos de serviço por exemplo: McDonald é um serviço, a rede de hotéis Ibis é uma rede de serviços, mas será que o serviço que estamos falando no

caso da academia deveria ser entendido de maneira análoga ao serviço que essas entidades prestam? A minha resposta é claramente não. Ou seja, os serviços que a academia oferece, presta, que fazem parte da nossa atividade, dessas pessoas, das pessoas que não tem coisa melhor para fazer na vida do que ficar aqui, são serviços de um determinado tipo, com uma determinada qualificação e eu qualificaria estes serviços com um adjetivo - relacionais. Serviços que ocorrem dentro da academia são serviços relacionais, eles estão articulados com a vigência de um determinado modo de relação e aqui eu vou fechar com uma referencia a um autor que grudou em mim e eu grudei nele que é o Martin Buber, que nos fala que a condição humana conhece dois tipos fundamentais de relação, as relações do tipo eu-tu e as relações do tipo eu-isso. As relações do tipo Eu-Tu são sempre relações inter pessoais, dialogais, face a face, diretas, com uma outra pessoa, outra pessoa que não cabe nos rótulos nas pré definições de que eu me munia antes de entrar em relação com ela, com isso, com uma relação que não atende a nenhum requisito que eu pretenda ter de iniquidade, por que ela é uma interferência, porque ela fere ao outro. Por isso é muito mais importante entender a academia como um lugar de aprendizado e não como um lugar de apenas ensino, se fosse apenas ensino era possível considerar que isso pudesse ser transmitido por dispositivos relacionais do tipo eu-isso em linguagem buberiana. Uma outra questão que eu acho uma questão fundamental é que um serviço relacional nunca é anônimo em nenhum caso. Me parece que é somente se nós conseguirmos fazer da academia domicilio de exercícios relacionais de aprendizagem que nós que aqui estamos ativos deixaremos de nos comportar apenas como mensageiros de mensagens que se tornaram sem significado. Era essa a colocação que eu tinha para fazer.

GESTÃO

Modelo de gestão' ou um conjunto de princípios?
(O que o IPUB tem para mostrar em termos de Gestão Pública)

Márcio Amaral³

Se há uma palavra que me incomoda, especialmente quando se refere à gestão pública, é 'modelo'. Há nela entranhada, inevitavelmente, a ideia de repetições acríticas, fôrmas (!) rígidas, moldes e outros tipos de reducionismo que a dimensão humana detesta. Deixemos os 'modelos' e os 'moldes' para a indústria; imagens de seres humanos um tanto desumanizados e para objetos feitos em série. Quem lida com os dramas humanos - especialmente com as instituições responsáveis por sua abordagem e terapêutica - sabe que nenhum "modelo" pode dar conta das surpresas eternamente renovadas que desafiam nossa imaginação permanentemente. Apesar dos organogramas de funcionamento terem a sua importância- no sentido de melhor estruturar um serviço e tornar mais clara sua hierarquia - dimensão humana não cabe naquela miríade de 'caixotinhos' coloridos. Um outro 'efeito colateral' dos tais 'modelos', com os quais temos sido bombardeados---todos de inspiração privada e privatista---é a indução da conclusão da inferioridade da gestão pública. É isso o que vou tentar desmistificar.

Descartados os 'modelos', resta-nos desenvolver alguns *princípios gerais* que, se aplicados com firmeza e flexibilidade, haverão de resultar em um desempenho superior. O fato de ter participado diretamente de todas as gestões do IPUB desde 1994, quando João Ferreira iniciou sua primeira gestão, retirando o IPUB de um quase 'fundo de poço'- culminando nos avanços conseguidos durante a gestão da Prof. Maria Tavares Cavalcanti - se não garante a validade do que vou dizer, pelo menos me autoriza (e quase obriga) a teorizar sobre o assunto. Um forte estímulo para que me dedicasse a essa tarefa, foi o recente agravamento do velho ataque a que as gestões públicas são habitualmente submetidas. No conflito e competição permanentes que a assim chamada "iniciativa privada" mantém para com as instituições públicas, ela não se contenta em tentar superá-las. Precisa denegri-la de todas as maneiras possíveis, para isso contando com dois instrumentos: a Grande Mídia e a omissão de muitos dentre nós.

Três princípios e alguns desdobramentos

1. Deixar claro o esforço de não eliminar ninguém de um serviço

Até por destinação social, a maior vocação de uma unidade hospitalar pública (especialmente quando psiquiátrica) é acolher e assistir às pessoas mais desprotegidas da população. Essa não pode ser apenas uma figura de retórica a ser usada como "adereço descartável". Quem desenvolveu e entranhou esse valor, sabe que ele precisa

³ Vice diretor do IPUB

valer também nas relações com os funcionários e entre os membros da direção. Sem perder o referencial de que as instituições públicas visam atender ao público (e não principalmente a seus funcionários), não podemos esquecer de que as pessoas não são feitas em série e que têm seus melhores e piores períodos na vida, inclusive laborativa. Nenhum ambiente de perseguição há de fazer alcançar aquilo que não foi conseguido de modo mais humano.

Quer isso dizer que devemos ser lenientes para com o descaso e a incompetência de alguns poucos? Absolutamente, não! Para que as coisas avancem, e que o desempenho geral melhore, basta que sejam ‘atacados’ os casos extremos. Essa abordagem exige, entretanto (das direções e chefias), uma presença permanente junto aos serviços e um bom conhecimento de cada situação específica. Identificada a fragilidade, e somente depois de um esforço continuado para fazer com que melhorem a dedicação e o desempenho de alguém, aí sim, pode-se considerar um afastamento. Considerando a nossa destinação social e o interesse em ajudar pessoas a avançar, entretanto, esse afastamento deveria ser sentido SEMPRE como um fracasso: inevitável, mas um fracasso.

Estabelecido esse ambiente - no qual há o interesse em aproveitar aquilo que cada um tem de melhor - verifica-se a tendência de quase todos a se associar ao esforço de realizar um trabalho que transcenda a vida e os interesses mesquinhos de cada um. Logo, todos repararão um efeito benéfico sobre suas próprias vidas. Uma coisa é absolutamente certa: sempre que é criado um ambiente de punições pouco criteriosas, todos (ou quase) os funcionários como que se fecham entre eles mesmos, passando a boicotar as direções, de maneira mais ou menos sutil. Certamente se perguntam: "Onde há de parar a arbitrariedade? Logo posso ser eu o perseguido!". Nesse momento, podemos garantir: aquela direção fracassou de forma plena e sem retorno. E o que mais temos visto? Diretores que ‘caem como que de paraquedas’; com um ‘modelo’ qualquer na mão e agindo como se tudo tivesse que ser feito ‘à sua própria imagem e semelhança’. Com frequência esquecem-se de que ninguém é dono de um órgão público. Muitos desconhecem que tudo tem uma história que precisa ser conhecida e respeitada. Há que, como disse D. Ivone Lara: chegar "piquininho" e "pisar naquele chão devagarinho"! Digo mais: até nas empresas privadas não se pode meramente impor regras desconhecendo as pessoas e a história da instituição. Gosto de fazer blague com a muito tola sentença: "*Manda quem não sabe ouvir, discutir, convencer e ser convencido! Obedece (cegamente) quem é tolo e ainda não descobriu a força da luta coletiva!*".

Nos muitos meses em que estive à frente da nossa direção, não dei uma ordem sequer na base do ‘**faça isso**’! Quantas tolices e devaneios pouco responsáveis de diretores foram evitados somente por que algum funcionário mais previdente resolveu deixar de cumprir uma ordem da qual, dias depois, o próprio diretor sequer se lembrava mais? De minha parte, aliás, quando não recebo alguma contestação por parte dos funcionários, em um processo de implantação de algum projeto, já sei que nada vai acontecer. Quando alguém critica alguma coisa, começou a dela tomar posse. Somente submetido a uma

discussão e crítica um projeto passa a pertencer a todos. Diga-se de passagem, sua implantação também não vai se dar necessariamente no tempo em que queremos. Tudo tem uma certa inércia, inclusive as mentes humanas. Há que respeitá-la. O convencimento das pessoas pode demorar um pouco mais, e isso pode ser muito salutar. Por essa razão, debocho de outra sentença muito tola: "*Só faça hoje, aquilo de que tiver clareza e for necessário! O resto...você vai fazer muito melhor amanhã!*".

2. Ajudar a tornar potência o que era apenas potencial em cada funcionário

Todas (ou quase) as pessoas gostariam de participar de alguma atividade na qual pudessem identificar uma grande importância social. Somente assim teriam a certeza da sua própria importância social. Afinal, somos ou não seres sociais antes de tudo? Quem não o faz, é apenas por uma limitação, nunca por escolha. Uma das fontes dos maiores problemas humanos é exatamente a nossa tendência a achar que escolhemos certos caminhos (o descaso no trabalho, no caso) quando, em verdade, ali caímos apenas por um fracasso (ainda que momentâneo). Mentimos muito para nós mesmos. Quem não consegue exercer bem suas funções não está feliz! É um princípio de que parto. Por isso, ter raiva ou inveja de quem não trabalha (ou trabalha muito mal) - sentimentos comuns entre seus colegas e até nas direções - é cometer um engano enorme.

Por outro lado, julgar o desempenho de alguém a partir de comparações com funcionários ditos 'padrão' é outro grave engano, servindo apenas para humilhar, provocar brigas e inveja, além de rebaixar os espíritos. A simples ideia, aliás, da existência de um 'funcionário padrão' implica um grave erro de origem. *As boas equipes são as compostas por pessoas com habilidades e traços complementares.* Logo, se todos se imitarem uns aos outros resultará um empobrecimento generalizado. Uma certa "fecundação" mútua e "contágio" de bons valores? Sim. Alguma competição não destrutiva e nem invejosa (emulação)?! Tão humano! Tão bom para todos! Há, sim, em todos os serviços, aqueles que rendem mais e até muito mais. Serão reconhecidos e que consigam levar adiante um compromisso não escrito com os demais, ajudando-os a avançar e sem romper suas próprias ligações com suas bases. E que as direções não provoquem divisões e competições desnecessárias entre eles, para além das naturais e inevitáveis. *Ajudar a cada um, de maneira a conquistar seus próprios talentos e valorizá-los, é uma das maiores funções de uma direção.* Engana-se quem pensa serem bônus financeiros os maiores estímulos! Nada supera o prazer do investimento intelectual e o reconhecimento por parte das chefias e dos demais.

Tendo sido criado um bom ambiente de trabalho e dedicação em um serviço qualquer, os casos de desleixo e descaso---'para fazer bicos fora' (no horário de trabalho) por exemplo---também ficam logo desmoralizados e acabam por se resolver sem maiores traumas. Mas, para isso, é necessário um cuidado e atenção diuturnos das direções e também que as chefias exerçam suas funções; bem próximas dos serviços, é claro. Tudo sem humilhações e somente aplicado no momento apropriado, sem raivas ou vinganças e apenas quando a situação como que "maturou". Nesse momento, todos (ou quase) terão participado, ainda que em silêncio, do processo. Culpar os funcionários, e os seres

humanos em geral, por eventuais fracassos, é uma maneira das chefias tirarem de suas costas uma responsabilidade intransferível. Tentar substituir a necessidade absoluta da sua presença ativa---e do conhecimento sobre as condições de cada serviço---por ‘pontos eletrônicos’ (cuja finalidade parece ser mais humilhar do que controlar) é o último capítulo de uma sucessão de erros. Tudo o que se deve buscar é a criação de um ambiente de confiança mútua entre direções e dirigidos. ***O ‘ponto eletrônico’ é a configuração plena de uma desconfiança generalizada.***

Há em todos os ambientes públicos uma espécie de ‘coro’ julgando os atos das direções, ainda que falando baixo ou até em silêncio. Para muitos dos que foram afastados, esse afastamento (ou transferência) pode se tornar um bem, pois sua conduta comunica um mal estar: com o local, função ou ambiente. Não é absolutamente necessária uma atmosfera de perseguição para que essas situações se resolvam. O preço que pagamos com intervenções atabalhoadas (por capricho ou vaidade) é muito maior do que um possível ganho delas advindo. Alguns daqueles afastados, aliás, haverão de trabalhar muito melhor em outros lugares. Já o testemunhei. Por isso, tenho para mim uma máxima: ***nunca julgo uma pessoa, apenas o seu trabalho e o do momento ou período.*** Essa é, aliás, uma máxima que deveríamos aplicar sempre, inclusive para estudantes, filhos, amigos, etc. Assim, evitaríamos os "rótulos ou tatuagens" que terminam por destruir algumas pessoas. Para aqueles que consideram o ser humano um egoísta insanável, voltado somente ao seu interesse imediato e movido apenas por prêmios (em dinheiro) e punições---como costuma acontecer nos julgamentos que empresários fazem de seus funcionários---as ideias aqui expostas são absolutamente incompreensíveis. Eles vão sempre concluir pela necessidade de um sistema de trabalho sem preocupações sociais e um tanto desumanizado: baseado em prêmios em dinheiro e punições. Preocupam-se mais com os números do que com as pessoas. Não os invejemos! São uns pobres de espírito.

3. Aceitar que as coisas não se dão nos prazos que gostaríamos! Avançar um pouco a cada dia!

Mas nada disso é conseguido de uma hora para outra ou através de “choques de ordem” que são, por definição, algo ‘de fora para dentro’ e sem futuro em um órgão público. Nessas situações, as rebeldias são até saudáveis e bem vindas. Já tive a experiência (em um Hospital Penitenciário do DESIPE) de atuar sob um diretor sem qualquer sensibilidade e capacidade de ouvir. Na sua posse disse: "Sinto-me tomando o comando de um destróier em pleno mar revolto". Demorou cerca de um ano para ‘afundar’, de maneira até um tanto ridícula, mas o hospital continua lá! O que tinha começado como drama, acabou numa triste comédia. Somente a atividade continuada e longa de uma direção, em torno de alguns princípios, vai também fazendo entranhar em todos (em verdade, **despertar**, uma vez que eles existem em todos, ou quase) alguns valores e, principalmente, ajudando a dar uma dimensão maior ao trabalho de cada um e à sua enorme função social.

Outro fator que corrompe, embora de maneira sutil, os valores nos órgãos públicos é o seu uso pelas direções para oferecer privilégios a familiares, amigos, conhecidos,

amigos de conhecidos, etc. Essa é uma prática absolutamente generalizada (atingindo também os funcionários em geral), mas não deixa de ser uma forma de corrupção das rotinas pois, como todos sabemos, um bom hospital é aquele que segue boas rotinas. O que dizer, ainda, das 'cartas' com pedido para que alguém seja atendido em um órgão público? Deveriam envergonhar quem pede, quem escreve e quem as atende, uma vez que partem do princípio de que nada funcionaria sem esse tipo de intervenção. Quem sabe elas não estão no centro da decadência de alguns dos nossos serviços? Como costume fazer nessas situações? Uso os verdadeiros amigos como *fiscais do funcionamento dos serviços*. Oriento-os em relação às rotinas, dizendo: "Siga o trâmite normal. Caso não funcione, procure-me no gabinete da direção. Vou verificar por que não funcionou e dar uma solução rápida". Os verdadeiros amigos entendem de imediato, envolvem-se e até gostam de participar do processo. Aqueles que adoram privilégios--- pois precisam se sentir "superiores" às demais pessoas---ficarão melindrados e dirão: "Deixa prá lá!". Nunca mais nos pedirão coisa parecida e isso é uma bênção. Somente os diretores que gostam de trocar favores (contra o interesse público, diga-se de passagem) se incomodarão.

É muito frequente, também e entre nós, que se enalteça um antigo diretor, a partir de uma queda grave percebida no funcionamento de uma unidade, quando da sua saída. Alguns chegam até a reforçar os fracassos na situação atual como forma de enaltecer o papel daquele "grande e insubstituível diretor". Há nisso uma total falta de senso histórico, inclusive e além de um narcisismo altamente destrutivo. Caso isso ocorra nas unidades de cuja administração participei, considerarei aquele como um fracasso meu também. Meu (nosso) trabalho não teria sido firme, convincente e bom a ponto de 'contagiar' e criar raízes. Nessas situações penso sempre que aquele "antigo e bem sucedido" diretor foi personalista, marcado pela vaidade e que desconheceu o papel de toda uma comunidade no seu dia a dia. Sendo assim, logo após a sua saída, e por mais competente que possa ter sido, tudo desabou. Aquilo que se 'construiu' sobre o vazio da vaidade (*vanidad*) haverá de ruir inexoravelmente. É principalmente nas mentes humanas que se constroem os ambientes e não somente no mundo físico: "...*Vão demolir esta casa/Mas meu quarto vai ficar/Não como forma imperfeita/Neste mundo de aparências:/Vai ficar na eternidade,/Com seus livros, seus quadros,/Intacto, suspenso no ar!...*"(Manuel Bandeira, Última Canção do Beco).

Há que tentar conquistar as consciências; influenciar e ser influenciado, sempre a partir de valores e de maneira a que todos sintam aquela obra como sua. Resistências e até erros?! Sem o espaço para que eles ocorram, os demais funcionários não se sentirão pessoas plenas, apenas peças de uma engrenagem. Nesses casos, e ainda que sem a intenção, boicotarão o processo ou não se envolverão plenamente com ele. Realizações? Se não passarem por um crescimento individual e coletivo, não devem interessar a ninguém. Por isso, debocho de outro ditado muito tolo, fazendo dele uma paródia: "*Se errar é humano...repetir o erro é mais humano ainda!*". Os animais condicionam reflexos muito rapidamente. Eles sim, não repetem certos erros. É bom não esquecer também, que nossos aparentes erros, com muita frequência, nada mais são do que uma afirmação de uma individualidade e até uma abertura de novos caminhos. Afinal, como

evolui a ciência? Por "Ensaio e Erro"! Qualquer (muito improvável) "ensaio e acerto" permanente implicaria andar em círculos. Exercitei, na minha vida (e não somente na profissional) uma enorme tolerância à resistência às mudanças que percebia à minha volta. Aprendi com ela! Essa resistência seleciona e dá consistência às boas e amadurecidas mudanças.

Quem sabe não seria essa a 'lição de moral' contida na fábula da *lebre e da tartaruga*? Se nossos avanços individuais podem ser muito rápidos e até "dar grandes saltos" ---a partir da liberdade de espírito e da imaginação---seu efeito sobre as comunidades é sempre lento e resultante de inúmeros choques com infinitos pequenos poderes e novas ideias. Quem forçar essa resistência (natural e boa, repito) para além de um certo limite há de ter um perfil de torturador travestido em falsas virtudes. Haverá de estragar um ambiente, muitas saúdes e, por fim, a sua própria. Será lembrado sem nenhuma saudade ou carinho por quem com ele (a) conviveu. Costumamos repetir, sem crítica, ditos como "Tempo é dinheiro!". E eu pergunto: para quem? Para o dono da indústria, o patrão ou o taxista! Só quem não conhece os verdadeiros prazeres da vida pode levar a sério aquele dito. Tudo isso sem contar que a origem do "stress" é sempre a sensação subjetiva de que "não vai dar tempo". Sempre teremos tempo, para viver e para morrer. De minha parte, preciso apenas da sensação de avançar um pouquinho todo dia. Afinal, há uma eternidade pela frente! Uma coisa, porém, não consigo aceitar bem: a perda de valores já adquiridos e de benefícios comprovados; ver as coisas "andando prá trás", ainda que aparentemente. Nesses casos, tento me consolar, lembrando-me do dito: "Para poder saltar um córrego, há que recuar um pouco". Por vezes, entretanto, o que está ocorrendo é apenas uma derrota mesmo. Já me aconteceu! Nesses casos, e depois de muitas tentativas frustradas, digo como o poeta: "*...Vou pegar minha viola,/Vou deixar você de lado/E vou cantar noutra lugar...*". (Geraldo Vandré, música "Disparada").

Antes de terminar, vai uma crônica aplicada somente às Universidades. Ouvi, certa vez, discurso de alguns professores que, mesmo tendo se iniciado por uma verdade, desembocou no maior cinismo: "*A universidade existe para colocar os professores em contato com os alunos. Essa é sua atividade fim. Os funcionários estão lá 'apenas' para que isso aconteça da maneira mais prática, efetiva e confortável. Na universidade ideal, não existiriam funcionários*". A UFRJ passava por uma grave crise de valores! De minha parte, digo: dou graças por precisarmos desse 'arejamento' e dessa ligação com a vida e com a 'terra' que essas pessoas trazem ao ambiente universitário! Elas são o elemento crítico, vindo da gente mais simples do povo; elemento esse que precisa estar entranhado em nossa atividade. Sem essas pessoas, estaríamos, à maneira de Platão, inventando Repúblicas fora do mundo; falando de "Academias" e perdidos para a vida social. A outra possibilidade seria que ficássemos como nos mosteiros medievais, completamente desligados da vida. Logo estaríamos dizendo que, *na sociedade ideal, não existiria povo*. Vi, por diversas vezes, professores que sequer olhavam para os funcionários que entravam para montar um projetor, por exemplo. Eram tratados como se fossem apenas aparelhos como os que eles mesmos vinham montar. Pensam que uma atitude dessas fica circunscrita? Não! Ela termina por contaminar todos os recantos das almas apodrecidas, estragando todas as suas relações, até mesmo as familiares. Há, sim,

algo de muito deformado no ambiente e atividade de muitas das nossas unidades universitárias. Não foi para isso que a sociedade brasileira, em um dos melhores momentos do seu Parlamento, reconheceu a necessidade da garantia Constitucional da Autonomia Universitária (Art. 207). Há que sempre demonstrar que estamos à sua altura!

Uma gestão humana é possível em nossos hospitais?

*Maria Tavares Cavalcanti*⁴

A escolha dos dirigentes universitários federais (reitor e diretores de unidades) é feita, em geral, através de eleição direta da qual participa todo o corpo social da unidade (docentes, discentes e técnico-administrativos). A princípio, o cargo deve ser ocupado por um professor com o grau de doutor. Isto não é diferente para os hospitais universitários federais. Os caminhos trilhados dentro da Universidade me conduziram à direção de um desses hospitais no âmbito da UFRJ, como tentei relatar brevemente no prólogo deste livro. Mas seguramente uma faculdade de medicina e 15 anos como docente não fornecem instrumentos suficientes para essa nova tarefa.⁵

Para além das questões de legislação da administração pública, da administração financeira, entre outras, a questão da administração de pessoal foi desde início um enorme desafio. Penso que é nesse quesito que a tensão entre o que é do indivíduo e o que é do coletivo, aparece em toda a sua grandeza. E há que se equilibrar diferentes interesses sem perder de vista a missão maior da instituição que é o serviço da população que nos procura - nossos alunos e nossos pacientes e seus familiares. Assim, neste artigo, quero introduzir a questão se há possibilidade ou não de gerir uma instituição pública federal levando em conta a dimensão do humano. Humano aqui entendido como singular, como aquilo que diz respeito ao sujeito em sua dimensão única, particular, seus desejos e anseios. É possível conciliar os interesses subjetivos, singulares, de cada um, com os interesses do coletivo, da coletividade? E se possível, como fazê-lo?⁶

Ao assumir a direção clínica do IPUB, as questões com as quais passei a lidar diziam respeito as situações clínicas do dia a dia de uma instituição psiquiátrica, mas não mais apenas como médica ou professora, uma vez que o âmbito de atuação se ampliou para além dos pacientes, seus familiares e os alunos que cuidam deles, e passou a incluir todos os funcionários que cuidam desses pacientes e familiares. Ao assumir a direção geral, por sua vez, este escopo ampliou-se ainda mais, pois passei a ter responsabilidade também com os funcionários que cuidam do maior “paciente” em questão, que é a própria instituição. Além disso, esta instituição insere-se em um contexto maior, mantendo estreitas ligações com várias outras unidades públicas, as quais está referida, de uma forma ou de outra. A começar pela própria Universidade na qual se insere, o Ministério da Educação (MEC), o Ministério da Saúde (MS), o Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), o Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT), a Secretaria de Saúde do Estado (SES), a Secretaria Municipal de

⁴ Diretora do IPUB de 2010 a 2014 sendo reeleita para gestão de 2015 a 2019

⁵ Isto não é uma situação de exceção. Cf artigo de SOUZA, C.P.S. e cols **Como os dirigentes desenvolvem competências gerenciais no contexto de uma organização hospitalar**. SEGet – Simpósio de excelência em Gestão e Tecnologia. Disponível em: http://www.aedb.br/seget/artigos08/344_art_aprendizagem.pdf. Acesso em: 29 nov 2011.

⁶ CAVALCANTI, M.T. **O tear das cinzas: sobre as relações entre a psicose e a instituição psiquiátrica**. Dissertação (mestrado em psiquiatria), Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1992 e CAVALCANTI, MT **A trama no tear: sobre o tratar em psiquiatria**. Tese (Doutorado em Psiquiatria), Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1997.

Saúde e Defesa Civil (SMSDC), a coordenação de saúde mental do MS, da SES e da SMSDC, e sobretudo a sociedade civil, todos aqueles que potencialmente venham a se servir da instituição, tanto do ponto de vista clínico, pacientes e seus familiares, como do ponto de vista educacional - estagiários, alunos de graduação, alunos de pós-graduação do lato e *stricto sensu*. Enfim, todo um universo a ser administrado. Este artigo quer trazer algumas contribuições para o aprofundamento das questões relativas à gestão sobretudo dos “recursos humanos” dentro das instituições hospitalares públicas federais no contexto atual. Para tal, dialogará com autores do campo da filosofia que trouxeram o “humano” para o centro de suas preocupações, tais como Martin Buber e Emmanuel Lévinas.

Antes, no entanto, de abordarmos estes autores, vamos tentar situar a questão dentro de um contexto mais amplo, a partir de um outro autor, o sociólogo Vincent de Gaulejac.

Em 2005, Gaulejac publicou na França, pelas edições do Seuil, um livro intitulado em francês *La société malade de la gestion* e que foi traduzido e publicado em português com o título **Gestão como doença social** (2007).

O argumento central do sociólogo é de que a economia passou a imperar e a ditar as regras para a sociedade, inclusive para a política, ao invés de estar submetida a um projeto maior de sociedade. No lugar de uma sociedade cujos principais interesses deveriam voltar-se para o bem estar do ser humano de uma forma geral, temos uma sociedade, na qual o capital pelo capital, desterritorializado e dissociado de qualquer produto e/ou bem, passou a dominar e decidir os rumos da civilização. “Esperamos da economia as respostas a problemas que tocam a própria significação do que a sociedade faz” (GAULEJAC, 2007, p.27).

A grande crítica de Gaulejac (2007) diz respeito à “ideologia gerencialista”, que segundo ele, nasceu na esfera das empresas privadas, mas tendeu a se espalhar por todos os setores da vida, incluindo os setores públicos e do mundo não comercial (Ibid., p.28). O grande mal desta ideologia é que colocando a rentabilidade como seu principal referencial, não dá à espécie humana outra alternativa -“a rentabilidade ou a morte [parece] ser a única alternativa que os gestores propõem à espécie humana. Temos aí algo mortífero nessa busca de desempenho”. (Ibid., p.28)

O problema não se refere diretamente à gestão: “a gestão não é um mal em si. É totalmente legítimo organizar o mundo, racionalizar a produção, preocupar-se com a rentabilidade. Com a condição que tais preocupações melhorem as relações humanas e a vida social!” (GAULEJAC, op. cit., p.29). O problema é quando a ênfase é colocada na prioridade da rentabilidade em detrimento da vida humana; na prioridade do lucro, em detrimento do tecido social. Entre demitir milhares de pessoas ao fechar uma determinada fábrica, mesmo que essa fábrica esteja dando lucro, já que para as ações da empresa isso é considerado favorável, fecha-se a fábrica e demite-se o pessoal. Milhares de vidas humanas que de um dia para o outro perdem seus sentidos existenciais, seus provimentos materiais, suas perspectivas de futuro etc.⁷

⁷ Em seu livro Gaulejac (2007) cita o exemplo do fechamento de duas fábricas da empresa Danone em Calais e Ris-Orangis no ano de 2001 com a eliminação de 2.500 empregos na Europa. Ao mesmo tempo

Mas porque isso ocorre?

Porque houve uma dissociação, como dissemos acima, entre a qualidade dos produtos ofertados e o capital. A própria empresa tornou-se seu principal produto.

Outrora era preciso ser bom, lançar produtos de qualidade para ser competitivo em um mercado concebido conforme os termos de oferta e procura. Hoje, a própria empresa se tornou um produto financeiro cujo valor é diariamente avaliado conforme a medida dos mercados. (Ibid., p.42)

Os empregos passam então a ser secundários a esta lógica, voltando-se à argumentação central da obra de Gaujelac (2007), qual seja, de que o humano passou a estar submetido ao econômico sem qualquer freio.

Como se fosse necessário que à volatilidade dos mercados financeiros correspondesse uma volatilidade do mercado de trabalho: multiplicação de empregos precários, empregos temporários, contratos com duração determinada, demissões brutais. (GAUJELAC, op. cit., p.43)

Ou seja, o gerenciamento estaria a serviço do capital contrariando inclusive princípios da autoridade gerencial preconizados por Taylor em 1912 (Apud GAUJELAC, 2007, p.48), que legitimava tal autoridade sobre três princípios:

- a aplicação da pesquisa científica à organização do trabalho;
- o respeito pelos interesses dos trabalhadores;
- a cooperação entre o capital e o trabalho.

Na verdade a globalização gerou uma “uma ruptura entre o poder político e o poder econômico, [no qual o primeiro] permanece localizado, territorializado, nacionalizado, [enquanto o segundo] é abstrato, inatingível.” (Ibid., p.55) Assim sendo, o capital “tende a se desligar de suas inscrições sociais, culturais, nacionais, a romper com o mundo social do qual ele proveio no início” (Ibid., p.55)

“ Há uma oposição crescente de duas visões do mundo. Uma é obcecada pela necessidade de liberar os mercados financeiros, reduzir os déficits públicos, conter a inflação, suprimir barreiras alfandegárias, abolir o protecionismo, reduzir os serviços públicos. A outra está preocupada com a pobreza, a saúde, a educação, a família, a segurança, o consumo cotidiano, a

em que os empregados são felicitados pela qualidade de seu trabalho e recebem uma participação recorde nos benefícios, são avisados do fechamento das fabricas e da demissão. (p. 167)

possibilidade de produzir suficientemente para ter acesso a condições decentes de vida. Se os primeiros estão persuadidos de que sua visão permitirá, em termos, responder às expectativas dos segundos, a resposta é sempre deferida no tempo, como se uma “cura de austeridade” fosse forçosamente necessária para ter acesso à abundância” (Ibid., p.59)

E esta “cura de austeridade” se prolonga indefinidamente, sem que os seus principais interessados percebam em seu cotidiano os seus resultados. Tudo é avalizado em termos quantitativos – os jornais falam em taxa de crescimento, produto interno bruto, crescimento fantástico da economia do nosso país, contrariamente a outros números também bastante significativos, mas que nos colocam no pólo oposto, todas as vezes em que a quantificação se refere a índices educacionais, culturais, de saneamento básico e condições de habitação, distancia entre os mais ricos e os mais pobres, etc. Reflexo possivelmente desta dissociação cada vez mais gritante entre o econômico e o social.

Um outro aspecto importante a ser mencionado, dentre os muitos levantados por Gaulejac (2007) em seu livro, dentro da discussão sobre recursos humanos nas instituições, é a questão do utilitarismo. No império da gestão da qualidade, do resultado, da eficiência, só vale aquilo que é “útil”. “[Além dos números], o único critério reconhecido como dando sentido é o critério da utilidade”. (GAULEJAC, op. cit., p.74)

Útil para quem e para que? caberia a pergunta. A vida humana tem uma utilidade palpável? Se tem, qual seria? Útil para a produção de mais capital? Útil para aumentar as ações da empresa? Quando estamos tratando de uma empresa pública que presta serviços assistenciais e educacionais na área da saúde, como é o nosso caso, talvez a resposta a essa pergunta seja mais simples. Útil para aqueles que dela se servem, sejam os pacientes e seus familiares, sejam os seus alunos. Mas mesmo assim, útil em que sentido? Útil no sentido de dar as pessoas que interagem com a instituição a possibilidade de terem suas vidas mais plenas, mais felizes ou menos infelizes a partir do contato com a instituição? Sim, talvez. Mas como medir isso? Como colocar isso em números?

Esta mesma pergunta cabe para os trabalhadores da instituição? É importante que o seu trabalho na instituição faça sentido? Este sentido será encontrado através do critério de utilidade?

A ciência da gestão criou um departamento para lidar com os Recursos Humanos, ou seja, com os trabalhadores da instituição/empresa, partindo de dois pressupostos básicos:

- o humano é um fator da empresa
- o humano é um recurso da empresa

Reencontramos aqui o argumento central de Gaulejac (2007):

Afirmar que o humano é um fator da empresa leva a operar uma inversão das relações entre o econômico e o social. De fato, é a empresa, como construção social, que é uma produção humana,

e não o inverso. [...] Considerar o humano como um fator entre outros é interinar um processo de reificação do homem. O desenvolvimento das empresas só tem sentido se contribuir para a melhoria da sociedade e, portanto, do bem estar individual e coletivo e, definitivamente, se estiver a serviço da vida humana. Gerenciar o humano como um recurso, ao mesmo título que as matérias primas, o capital, os instrumentos de produção ou ainda as tecnologias, é colocar o desenvolvimento da empresa como uma finalidade em si, independentemente do desenvolvimento da sociedade, e considerar que a instrumentalização dos homens é um dado natural do sistema de produção. (Ibid., p.76)

Sendo o funcionário um “recurso da empresa” não há lugar para “a fraqueza, o erro, o contratempo, a imperfeição, a dúvida, tudo aquilo que caracteriza o humano ‘normal’”. (Ibid., p.121) Um recurso, se não funciona mais, é descartado, deixado de lado, em busca de outro mais rentável ou mais produtivo. É essa sociedade que queremos? Uma sociedade na qual os que claudicam não tem mais lugar? E existe ser humano não claudicante?

O grande problema é quando deixamos de tratar a pessoa humana como um fim em si mesmo. Para Kant, “a moral está fundada sobre a noção de respeito, definido a partir de um princípio simples: tratar a pessoa humana sempre como um fim em si mesmo.” (GAULEJAC, op. cit., p.134)

Ora os princípios da gestão contrariam a moral kantiana quando:

- considera os indivíduos como objetos dos quais se procura medir os comportamentos;
- o utilitarismo leva a tratar os homens como um meio e não como um fim;
- a racionalidade instrumental leva a considerá-los como um fator, ao mesmo título que os fatores financeiros, comerciais, logísticos, de produção;
- o economicismo faz com que o pessoal seja levado em conta como uma variável de ajustamento diante das exigências do mercado. (Ibid., p134)

Para Gaulejac (2007), portanto, “convém de início, pensar a gestão de modo diferente, reinscrevendo-a em uma preocupação antropológica, uma gestão humana dos recursos, mais que uma gestão dos recursos humanos”. (Ibid., p.145)

“Em vez de gerar a sociedade para pô-la a serviço do desenvolvimento econômico, convém pensar uma economia a serviço do bem comum, lembrando conforme Marcel Mauss, que a ligação é melhor que o bem” (Ibid., p.146)

Mas isso é possível na engrenagem em que nos encontramos?

O serviço público, por ser público, tem como se defender dessa imposição dos métodos de gestão que visam exclusivamente ou prioritariamente a rentabilidade, já que no serviço público em princípio não estamos visando o lucro?

A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) ligada ao MEC para gerenciar os hospitais universitários federais não é uma consequência dessa lógica?

É possível levar em conta o Humano em todas as suas dimensões ao administrar uma instituição pública, e mais especificamente, um hospital público, hoje?

A questão não é simples. Cotidianamente encontram-se situações que tem que ser avaliadas levando-se em conta diferentes aspectos e interesses. Apenas para dar um exemplo recente. A chefia de enfermagem procura a direção trazendo um laudo de uma médica do serviço de atenção aos trabalhadores da própria instituição sugerindo que determinado funcionário, por uma serie de fatores, tivesse sua carga horária de trabalho reduzida. A chefia de enfermagem argumenta que isso não é possível, pois abriria uma exceção difícil de ser administrada junto aos demais funcionários do mesmo setor. A solução encontrada foi perguntar ao funcionário, se frente aquela situação ele preferia ser colocado em disponibilidade para trabalhar em outro hospital da mesma universidade ou ser encaminhado à divisão de saúde do trabalhador para ser verificada a possibilidade de uma licença médica. Ou seja, a exceção dentro do próprio setor, mesmo aconselhada por uma médica da instituição, não pode ser aberta.

Administrar o geral e o particular, o coletivo e o singular, não é tarefa fácil. Os instrumentos atuais de gestão estão aptos a auxiliar nesta questão? Que instituição pública universitária de saúde a sociedade demanda hoje? Há como caminhar contra a corrente quando se julgar que é isso que deva ser feito?

Um outro problema extremamente sério que os serviços públicos estão vivendo nos dias de hoje, a chamada terceirização de todas as funções que não são consideradas fins para a Universidade - terceiriza-se a limpeza, a manutenção, a recepção, a vigilância, os serviços de alimentação etc. Essas pessoas trabalham e são vitais no hospital, no entanto, o seu patrão é a empresa que as contrata e não a Universidade (muito embora elas sejam pagas com o dinheiro que a Universidade repassa para as empresas que as contratam, tornando todas essas relações ainda mais complexas...).

Enfim, se há um problema central hoje na gestão dos hospitais públicos universitários federais, este problema se chama "pessoal". Faltam muitos profissionais, há uma certa lassidão entre muitos dos que são concursados e trabalham nos hospitais, há a precarização do pessoal imposta pelas terceirizações etc. Como conciliar isso tudo e fazer uma gestão onde o fator humano tenha vez e seja preponderante?

Para isso é preciso dar um salto e mudar de lógica. Deixar de lado a lógica do resultado, do sucesso, da potência e buscar uma lógica que, ao contrário, leva em conta o fraco, o que vacila. Leva em conta o fundante da relação com o Outro e a responsabilidade em que nos coloca essa relação. Nesta travessia pediremos auxílio a Martin Buber e a Emmanuel Levinas.

Martin Buber viveu entre 1878 e 1965, tendo nascido em Viena e falecido em Israel. Sua principal descoberta reside no fato de que *o ser humano é um ser dialógico – ser homem é ser o ente que está face a face*. (Buber, 2001)

Todos os entes da natureza são postos a ser-com-os-outros, e em cada vivente isso entra em operação como percepção de outros e ação voltada a outros. Mas o peculiar ao homem é que pode sempre se tornar novamente consciente do outro como esse ente existente em confrontação face a face, com quem ele próprio existe. (Bartholo Jr., 2001, p. 78)

A obra fundamental de Martin Buber (2001) é **Eu e Tu**, escrita no primeiro quarto do século XX, na qual Buber

diferencia duas atitudes fundamentais do homem diante do mundo, traduzíveis pelas duas Grundworte (palavras fundantes): Eu-Tu e Eu-Isso, cada uma expressando um modo de existir. O par Eu-Tu manifesta o encontro de parceiros na reciprocidade e na mútua confirmação, e o par Eu-Isso, a objetivação, a requisição utilitária. Cada dualidade é uma totalidade em que os “eus” não são idênticos, mas expressam diferentes possibilidades existenciais: e relação ontológica Eu-Tu e a experiência objetivante Eu-Isso. (Bartholo Jr., op. cit., p. 79)

As duas atitudes fundamentais são necessárias na existência humana, tanto o Eu-Tu, quanto o Eu-Isso, não há uma relação de prioridade ou de primazia entre elas. Tudo depende da motivação do encontro e da relação. É fundamental para o ser humano que se relacione com as coisas em uma relação Eu-Isso. O grande problema é quando uma relação que deveria ser colocada em uma atitude Eu-Tu, é transformada em uma relação Eu-Isso, coisificando-se, reificando-se e reduzindo-se um outro ser humano ou até mesmo um outro ente da natureza, pois a relação Eu-Tu não se restringe ao encontro entre seres humanos. Nos exemplos apontados por Gaulejac (2007), citados acima, encontram-se várias situações em que se percebe na forma de gerenciar as empresas e as pessoas uma primazia da atitude Eu-Isso, quando, possivelmente, o mais desejável seria um equilíbrio com uma atitude Eu-Tu.

Emmanuel Lévinas é também um filósofo do século XX. Em sua vasta produção filosófica, destaca-se para o âmbito da nossa discussão, a questão da relação com o Outro e a chamada “ética da responsabilidade”. (HUTCHENS, 2007)

Hutchens (2007), em sua leitura sobre Lévinas, aponta alguns aspectos desta “ética da responsabilidade”:

[...] somos dependentes dos outros de maneiras das quais muitas vezes não estamos sequer conscientes, precisamente porque

tantas vezes pensamos sobre nós mesmos em termos dos critérios avaliativos da racionalidade moderna. [...] é possível que Lévinas nunca tenha ficado satisfeito com seus esforços para mostrar que há algo de perturbador e irreduzível em nossa interação social e, na verdade, também algo inexplicável. (Ibid., p. 33)

Entendo responsabilidade como responsabilidade pelo Outro”, Lévinas anuncia em uma entrevista, “por aquilo que não é um feito meu, ou por aquilo que nem sequer me importa; ou o que precisamente e realmente me importa é enfrentado por mim como face (Ibid., p.33/34)

A ética da responsabilidade significa que nós nascemos em um mundo de relacionamentos sociais que não escolhemos e que não podemos ignorar. [...] As outras pessoas esperam algo de nós desde os primeiros momentos em que ficamos conscientes e em todos os momentos pelos caminhos da vida que pensamos ter escolhido. (Ibid., p. 35)

Descobrir nossa liberdade na experiência da outra pessoa é semelhante a uma ascensão, uma promoção, no qual o eu se coloca incessantemente e revela um novo e necessário compromisso com o bem-estar dos demais. Nunca estamos sós e sim “cara a cara” com outras pessoas que nos pedem que reconheçamos nossas responsabilidades para com elas (Ibid., p. 36)

Portanto, fazer a "gestão de pessoas" de um hospital público é por um lado se dar conta da fragilidade dessas "pessoas", a começar por nós mesmos, e por outro ter a responsabilidade de que povoado por seres fracos, ambíguos, contraditórios, vacilantes, humanos enfim, este hospital tem que cumprir a sua missão de cuidar de tantos outros seres igualmente ambíguos, fracos, vacilantes, contraditórios, humanos.

Isso na verdade é uma arte. A arte de conciliar o Eu-Tu com o Eu-Isso. A arte de acolher as dificuldades de cada um ao mesmo tempo em que se faz brotar as potencialidades de cada um. A aposta é de que todos têm algo para dar, basta sabermos como semear e onde e quando colher. Ao mesmo tempo a responsabilidade pelo Outro, como coloca Levinas, é a responsabilidade pelo feito que não é meu, mas que mesmo assim, e até mesmo por isso, me importa, me diz respeito. "Temos um compromisso com o bem-estar dos demais. Nunca estamos sós e sim “cara a cara” com outras pessoas que nos pedem que reconheçamos nossas responsabilidades para com elas" (Ibid.p.36).

É uma tarefa delicada e enorme, mas que deve começar por nós mesmos, acolhendo em nós nossas fragilidades e potencialidades. Afinal de contas, somos nosso primeiro Outro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO C.S. **Sob o domínio da urgência: o trabalhos dos diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado em Psicologia), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2005.

BARTHOLO JR., R. **Você e Eu, Martin Buber, presença palavra** Rio de Janeiro: Ed.Garamond, 2001

BUBER, M. **Eu e Tu**. São Paulo: Centauro Editora, 2001

CALDAS, B.N. **O papel do dirigente hospitalar: a percepção de diretores de Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior**. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas), Escola de Administração de Empresas de São Paulo da FGV, 2008.

CAVALCANTI M.T. **O tear das cinzas: sobre as relações entre a psicose e a instituição psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria), Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1992.

CAVALCANTI, M.T. **A trama no tear: sobre o tratar em psiquiatria**. Tese (Doutorado em Psiquiatria), Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1997.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social**. Aparecida, São Paulo: Editora Idéias e Letras, 2007.

HUTCHENS, B.C. **Compreender Lévinas**. Petropolis, RJ: editora Vozes, 2007

POIRIÉ, F. **Emmanuel Lévinas: ensaio e entrevistas**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2007

PROJETO DE LEI 1749/2011 –Cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Disponível em:
<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=511029>.
Acesso em:05 Jan 2012.

SOUZA, C.P.S. et al. Como os dirigentes desenvolvem competências gerenciais no contexto de uma organização hospitalar. In: SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia **Anais eletrônicos...**
Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/artigos08/344_art_aprendizagem.pdf>.
Acesso em: 29 nov. 2011.

ENSINO

Pós-graduação *lato sensu*: a transmissão de um saber fazer

Ana Cristina Figueiredo⁸

A pós-graduação *lato sensu* do IPUB se caracteriza por um conjunto de cursos definidos como cursos de ‘treinamento em serviço’, em que se incluem os dois programas de residência: médica em Psiquiatria e multiprofissional em Saúde Mental e sete cursos de especialização regulares com extensa carga horária teórico-prática⁹.

As atividades práticas se realizam nos diferentes setores e serviços do IPUB, e no caso da residência multiprofissional em Saúde Mental, também em cenários de prática externos¹⁰. O que está em jogo nessa empreitada é a valorização das práticas supervisionadas visando à formação de profissionais aptos a trabalhar na área da saúde e afins. Cada curso se desenvolve a partir dessas práticas que se fundamentam em diferentes abordagens teóricas, mas têm uma direção comum: a transmissão de um saber-fazer que pode se dar nas mais diversificadas situações clínicas. Desde os casos agudos, nas crises, com pacientes internados nas enfermarias, passando pelos centros-dia como o CAD¹¹, pela convivência no PROJAD¹² e no CAPSi¹³, nas oficinas e ateliês, até os ambulatórios que sustentam o ir e vir dos pacientes, o desafio é o mesmo: acolher, atender, escutar e propiciar um espaço para a invenção e a abertura a novas soluções para os impasses subjetivos com que nos deparamos no cotidiano da instituição.

Quanto aos alunos, nossa proposta é a de avançar para além da sala de aula já tão saturada nos cursos de graduação, e oferecer através do desafio da clínica situações novas onde o aprendizado se dá no próprio fazer sempre acompanhado nas supervisões, tutorias e preceptorias. Além disso, nos cursos de pós-graduação *lato sensu*, a situação dos alunos é diferente da graduação, pois aí se encontram profissionais autorizados pela própria universidade como psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais etc. que escolhem determinado curso para avançar em sua formação e definir melhor seu campo de trabalho.

⁸ Professora Associada IPUB/UFRJ. Diretora de Ensino. Coordenadora do Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica e docente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IPUB.

⁹ Os Cursos de especialização regulares ativos e gratuitos no IPUB são: Assistência a usuários de álcool e drogas; Atenção psicossocial na infância e adolescência; Clínica psicanalítica; Neuropsiquiatria geriátrica; Psiquiatria e psicanálise com crianças e adolescentes; Psicogeriatrics e Terapia de família.

¹⁰ Ver texto “Residência multiprofissional em saúde mental do IPUB/UFRJ no contexto das transformações da formação em saúde” nesta publicação.

¹¹ Centro de Atenção Diária do IPUB. Ver texto “Atenção psicossocial: experiência e desafios atuais do hospital-dia Luiz Cerqueira e Centro de Atenção Diária” nesta publicação

¹² Refiro-me ao Centro de Convivência do PROJAD

¹³ Ver texto “O CAPSi CARIM: um dispositivo territorial em ação no IPUB” nesta publicação.

Sabemos que o ensino por si não garante a transmissão de um saber-fazer, mas apresenta a possibilidade dos alunos se encontrarem frente a frente com o real da clínica, com casos graves e complexos tanto no que se refere aos quadros psicopatológicos quanto às penosas situações de vida e às condições socioeconômicas e familiares precárias. E disso se extrai um aprendizado sem precedentes, pois esse é o único meio de avançar em propostas pedagógicas na saúde mental. Devemos ir além dos protocolos, dos manuais e receitas, ainda que possamos nos valer deles em determinada situação. Os meios são mais diversificados para atingir fins que não visam a uma concepção reducionista de ‘cura’. E se podemos defini-la ou estabelecer padrões de desempenho ou prognóstico confiáveis, na clínica do caso a caso encontramos todo tipo de dificuldade e mesmo obstáculos severos às nossas expectativas. Eliminar sintomas pode ser uma armadilha, além de uma falsa concepção de cura. No cotidiano das práticas somos confrontados com o ponto de incurável, com a insistência dos sintomas em suas mais variadas manifestações. Como pretender decidir o que deve ser o bem de cada um e qual o caminho a seguir para atingi-lo? Esta pode ser a nossa bússola: seguir o sujeito sem se aferrar a padrões *a priori*, mas não sem princípios ou direção. E a direção a seguir é de início se colocar como o ‘aprendiz’, aquele que aprende com a sua clínica, e não apenas reproduz teorias e técnicas que pedem confirmação.

Atentemos ao que nos ensinam os psicóticos, por um lado tomados por produções delirantes e/ou alucinatórias, e por outro, tentando escapar a seu destino de doentes e buscando um sentido para suas experiências muitas vezes devastadoras, seja através de seus próprios delírios ou de algo que os reinscreva em algum lugar simbólico. E ainda, os transtornados crônicos da psiquiatria, os neuróticos aferrados a seus sintomas, medicados em suas depressões e ansiedades, insistindo na repetição e nos desafiando a buscar uma saída através de seus impasses. As crianças autistas e psicóticas em seu singular meio de estarem no mundo, presentes-ausentes, nos provocam estranhamentos que não devem nos fazer recuar. Os jovens e adultos paralisados em seu gozo monótono nas anorexias e drogadicções de todo tipo nos apresentam desafios radicais no limite da vida.

Nesse cenário, o saber-fazer é mais do que um método específico e extrai suas coordenadas de diferentes referenciais teórico-clínicos. Nesse sentido, trazemos uma proposta a partir da psicanálise para traçar algumas coordenadas que podem nos servir como ferramentas para o enfrentamento do árduo cotidiano da clínica na via desse saber-fazer.

UMA PROPOSTA A PARTIR DA PSICANÁLISE

Sabemos do poder das palavras tanto através da fala em um processo associativo em que o sujeito diz mais ou menos do que quer dizer e se espanta ao se escutar em sua fala, quanto na intervenção de quem atende, produzindo efeitos diversos e muitas vezes inesperados. Então, uma primeira indicação da psicanálise é justamente trabalhar mais no *a posteriori*, no ‘só depois’ das intervenções, colher seus efeitos que nos mostram o caminho a seguir, mais do que predizer condutas ou interpretar tudo o que se diz numa espécie de hermenêutica sem fim. E aqui temos uma segunda indicação que nos aponta outro modo de relação com o saber. O saber referencial da teoria (saber exposto) deve ser colocado em suspensão para dar lugar a um saber que advém das produções de fala do sujeito (saber suposto) e que não é sabido *a priori* por nenhum dos participantes do tratamento, nem o profissional nem o paciente. Este ponto é de grande importância, uma vez que estamos acostumados a ocupar um lugar de ‘saber’, e com isso, nos colocamos na posição de quem sabe mais e melhor sobre o paciente e o que ele deve fazer para ‘melhorar’.

A inversão proposta pela psicanálise hoje nos leva a arriscar ‘não saber’ e a apostar no saber como advindo do trabalho pela palavra. Assim, como ‘aprendizes da clínica’ seguimos o estilo do sujeito em seu modo de estar no mundo. Desse modo, arriscamos obter pistas para intervir onde se apresenta um excesso, um transbordamento de gozo que marca os impasses do tratamento, e permitir que o sujeito construa novas possibilidades de estar no mundo, de interpretar, atribuir sentido e retificar sua posição para seguir adiante. Propomos um destino em aberto onde se lia um destino selado, sem saída. O saber referencial tem seu lugar para nos dar uma direção, mas não para se sobrepor ao saber suposto ao sujeito.

Outra indicação importante da psicanálise refere-se ao trabalho coletivo em equipe nas instituições. Um paciente e seus familiares podem ser atendidos por diferentes profissionais com propósitos específicos e mesmo distintos. Mas o trabalho partilhado visando uma mesma direção com ações diferenciadas é fundamental para não cairmos na armadilha de ‘cada um por si’ aplicar seu saber ao caso e o resultado ser uma confusão de línguas, uma verdadeira ‘torre de babel’. A posição de aprendiz se alia ao que chamaremos de ‘transferência de trabalho’, que à primeira vista pode ser entendida pelo leigo como transferir o trabalho para o colega. Nada mais distante disso. A ideia é justamente partilhar o trabalho para seguir numa mesma direção a partir do que se apresenta do sujeito. O sentido da palavra ‘transferência’ aqui é diferente da transferência que acontece no tratamento, na relação com o paciente. Esta é mais vertical e é um movimento do paciente em direção a um ideal de cura endereçado ao profissional, seja o médico, psicólogo, assistente social ou qualquer outro. A transferência de trabalho é mais horizontal e se refere ao trabalho entre pares, um a um. Pois sabemos que numa instituição não se trabalha sozinho, as ações se desdobram entre diferentes profissionais, que devem pelo menos conversar entre si, se escutar

mutuamente, pensar a partir das indicações dadas pelo sujeito, que são descontínuas, imprecisas e não ordenadas. O sujeito não é uma evidência, mas se evidencia pela palavra, aos poucos, num tempo diferente do cronológico. Pescamos em águas turvas.

Por fim, para que possamos sedimentar um saber produzido a partir da nossa estratégia de aprendizagens, na parceria de trabalho numa transferência horizontal, recorreremos à ‘construção do caso’. Aqui o saber referencial tem seu lugar, mas não para ser confirmado e sim provocado pelo que se recolhe do saber produzido. A construção do caso se dá em uma operação de redução da história, e das produções do paciente/usuário. A operação de redução deve destacar das diferentes narrativas dos profissionais em sua interação com o paciente os fragmentos que são dados por elementos constantes, que se repetem, que reincidem, constituindo o que é singular no caso. Lembramos que as narrativas dos profissionais são heterogêneas, pois variam de acordo com a intensidade ou frequência com que lidam com o paciente e/ou seus familiares, mas devem seguir a trilha ou pista que é dada por ele.

É fundamental na construção do caso deixar de fora as impressões, julgamentos, palpites, inferências usuais sobre a pessoa do paciente, que também devem passar por uma redução para enxugar os excessos de significado que normalmente se atribuem às interações e relações no cotidiano da convivência. É preciso sair do lugar-comum a cada vez, em cada construção, considerando que o saber científico também deve ser posto entre parênteses para destacar os elementos fornecidos pelo ‘sujeito’. O saber do caso é uma construção, portanto não é prévio, mas vai se valer de referenciais conceituais prévios em dado momento. O caso provoca a teoria e não ao contrário.

Como já dissemos, o sujeito não é uma evidência, portanto, fazer aparecer o sujeito é ousar ir além das aparências, dos sintomas psicopatológicos corriqueiros ou estereotipados, das demandas imediatas de cura, amor ou qualquer outra manifestação repetitiva ou automática, comum nas psicoses, mas também presente nas neuroses.

PARA CONCLUIR

A função social de um trabalho orientado pela psicanálise em instituição deve se expressar em pontos como: 1. Ajudar a respeitar a articulação entre as normas e as particularidades de cada um, abrindo espaço para a invenção; 2. Transmitir à equipe a particularidade que está em jogo e torná-la um instrumento útil para o tratamento e para propiciar abertura a novos laços sociais; 3. Demonstrar a psicanálise na experiência, dando provas de sua clínica no espaço público preservando a privacidade do paciente.

Sobre o trabalho em equipe, nos resta saber formular a boa pergunta que nos oriente numa direção comum. Isto é, a pergunta da equipe deve se deslocar de: *o que podemos ou devemos fazer por ele?* Para: *o que ele pode fazer através de nossa oferta para sair de sua condição como algo imutável e seguir adiante em um novo movimento na via de uma invenção singular?*

Em suma, o que esperamos transmitir através do ensino da clínica na intensidade de sua prática, poderia se resumir em um saber-fazer para cada um, em uma direção construída e afinada pela posição de aprendiz, em parcerias horizontais, produzindo um novo saber a cada caso e retomando o saber referencial a partir da provocação da clínica. Sendo assim, nossa missão estaria cumprida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.VII, n. 1, p.75-86, mar. 2004

_____. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental - Revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC**, ano III, n. 5, p 43-55, nov. 2005, UNIPAC,.

FIGUEIREDO, A.C. et al. Sujeito, estrutura e rede. In: ELIA, L.; MANSO, R. (Org.). **Estrutura e Psicanálise**. Rio de Janeiro : Cia de Freud, 2012. p. 277-93

FREUD, S. On the teaching of psychoanalysis in universities. In: _____. **Standard Edition of the Complete Psychological Works**. Londres : Hogarth Press, 1978. v. XVII.

LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: _____. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: JZE, 2003. p. 248-64

LAURENT, E. O Analista Cidadão. **Revista Curinga**, Belo Horizonte, n.13, p., set. 1999. p. 12-9

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. **Revista Curinga**, Belo Horizonte, n. 13, p.50-59, set. 1999.

ZENONI, A. Psicanálise e Instituição – a segunda clínica de Lacan. **Abrecampos – Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares**, Minas Gerais, ano I, n. 0, 2000.

Residência multiprofissional em saúde mental do IPUB/UFRJ no contexto das transformações da formação em saúde

*Maria Paula Cerqueira Gomes*¹⁴
*Flavia Fasciotti Macedo Azevedo*¹⁵
*José Carlos Lima de Campos*¹⁶
*Leila Vianna dos Reis*¹⁷
*Rita de Cássia Ramos Louzada*¹⁸
*Carlos Eduardo Honorato*¹⁹

“A expressão reta não sonha.
Não use o traço acostumado.
A força de um artista vem das suas derrotas.
Só a alma atormentada pode trazer para a voz um formato de pássaro.
Arte não tem pensa:
O olho vê, a lembrança revê, e a imaginação transvê.
É preciso transver o mundo.”

Manoel de Barros

Introdução

A formação de profissionais das demais categorias da saúde, em programas de residência, tem inspiração no modelo das residências médicas, cujo objetivo é a capacitação em serviço após a formação acadêmica, visando à qualificação do profissional por meio da inserção nos cenários do Sistema Único de Saúde.

A Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ teve início no ano de 2010, como resultante de incentivos advindos da parceria entre Ministérios da Saúde e Educação, formalizados na Lei 11.129 de 30 de junho de 2005. (AZEVEDO, 2013)

¹⁴ Psicóloga, Professora Associada do IPUB/UFRJ; Coordenadora da Residência Multiprofissional de Saúde Mental; Pesquisadora da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, UFRJ. Email para contato: paulacerqueiraufrj@gmail.com

¹⁵ Psicóloga, Membro da Coordenação da Residência Multiprofissional do IPUB/UFRJ, Mestre em Psiquiatria e Saúde mental IPUB/UFRJ, Professora Substituta da Faculdade de Medicina da UFRJ, Supervisora do Programa de Acompanhamento Domiciliar em Saúde Mental – Niterói/RJ.

¹⁶ Enfermeiro do IPUB/UFRJ, Membro da Coordenação da Residência Multiprofissional do IPUB/UFRJ, Professor dos Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina do UNIFESO, Vice-presidente da ABEn/RJ.

¹⁷ Psicóloga, Especialista Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp. Pesquisadora da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IPUB-UFRJ.

¹⁸ Professora da UFES (lotada provisoriamente no IPUB/UFRJ). Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IPUB/UFRJ.

¹⁹ Psiquiatra, Doutor em Saúde Pública. IMS/UERJ, Membro da Gerência de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Tutor da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IPUB/UFRJ.

Essa ação interministerial marca uma nova direção para formação de profissionais de saúde. Resulta de um processo histórico, construído desde a criação do SUS como forma de afinar a formação dos profissionais com as atuais necessidades do sistema de saúde brasileiro. Tem sua inspiração nas diretrizes do movimento sanitário e no movimento de reforma psiquiátrica, bem como na atual legislação de saúde mental. Temas como a multiprofissionalidade, integralidade, desinstitucionalização, atenção psicossocial, dentre outros, se apresentam como importantes operadores da assistência que se pretende oferecer e se colocam como desafios para os novos profissionais de saúde mental.

Assim, a íntima existência de uma relação entre a formação na área da saúde e o desenvolvimento e consolidação do Sistema Único de Saúde e do processo de reforma psiquiátrica brasileira é a principal prerrogativa para a criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IPUB/UFRJ. Este é o compromisso inicial e fundamental que sustenta esta proposta pedagógica, ou seja, a formação para e no SUS.

O IPUB/UFRJ se constituiu historicamente como um centro de referência em formação no campo da psiquiatria e saúde mental, sendo simultaneamente um hospital voltado para a assistência aos pacientes e para as atividades acadêmicas formadoras. Participou dos grandes momentos e avanços vividos pela psiquiatria brasileira, e tem se configurado como uma unidade modelo em pesquisa, ensino de pós-graduação e especialização, extensão universitária e como centro gerador de estudos multidisciplinares no campo da Psiquiatria e Saúde Mental.

Partindo deste cenário institucional, este artigo tem como objetivo apresentar o Programa de Residência Multiprofissional do IPUB/UFRJ, suas bases filosóficas e seu projeto político pedagógico. Apresentamos ainda o histórico dos primeiros 4 anos de existência do programa, seus principais avanços e alguns dos atuais desafios no processo de formação de profissionais em saúde mental.

Orientações teóricas e filosóficas

No decorrer dos últimos 15 anos tivemos grandes avanços nos debates sobre a relação entre educação e saúde. Este movimento culmina com a orientação nacional de que a educação em saúde deve ocorrer em interface com o SUS e com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos da saúde. Cecim e Carvalho (2006) apontam, como um desafio, a formação e o desenvolvimento dos profissionais e do próprio trabalho no setor saúde.

O momento atual ainda é de reformulação do processo de ensino em saúde e novas estratégias de formação são pensadas em consonância com a realidade atual do país, subvertendo o modelo de educação tradicional, ainda bastante presente nas universidades brasileiras (FEUERWERKER, 2002).

A constituição do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, como uma proposta formativa inovadora, é embasada em pressupostos teóricos e filosóficos que imprimem uma marca na construção de seu projeto político pedagógico. Alguns autores como Deleuze e Guatari (1992), Deleuze (1999), Foucault (2000), Larrosa (2002a, 2003), Kastrup et al.(2008) e Kastrup (1999), Passos et al

(2010), se mostraram fundamentais para o entendimento dos processos de ensino-aprendizagem, enquanto causas e, ao mesmo tempo, consequências das ações e intervenções no mundo. Eles oferecem as bases para o desenho do Programa que ora apresentamos e fortalecem, sem dúvida, a articulação entre formação e prática, interligadas de modo decisivo nas ações concretas e cotidianas, em unidades de saúde e no cuidado de sujeitos reais.

O Programa se alinha, portanto, às reflexões desses autores sobre a necessidade de transformações na formação, visa a inclusão de nova relação entre profissional-usuário, orientada pelo cuidado integral e humanizado, no qual o profissional esteja apto a trabalhar em equipe e atento ao contexto que envolve o adoecimento dos sujeitos. Assim, trabalha-se na perspectiva de que os egressos do Programa sejam capazes de responder a novas necessidades sociais e de fazer valer a orientação das atuais políticas de formação para a área da saúde²⁰.

Vale destacar que há uma aposta em uma condução investigativa congruente com uma concepção de aprendizagem vivida como experiência, acometida por sujeitos atuantes no mundo da vida e dos serviços de saúde, e imersos nas relações de trabalho (Larrosa, 2002). Pressupõe-se que, mais do que lugar de aplicação prática de conhecimentos teóricos, a vida do trabalho ensina, forma e constrói conhecimentos gerais e específicos no campo da Saúde e da Saúde Mental, promovendo a aquisição de competências cognitivas, afetivas e relacionais fundamentais para a prática profissional (IPUB, 2010).

O Programa entende e concebe, enfim, a formação com base no mundo do trabalho, ali onde se comparece em ato e onde ocorrem as ações de saúde, nos chamados “cenários de prática”. As ações de formação acontecem no contexto da rede pública de serviços, estando intimamente relacionadas com as problemáticas vivenciadas no exercício do trabalho cotidiano, nesta árdua tentativa de formar sujeitos de forma ampla e integral. O exercício do trabalho constitui, em si, um processo de intervenção na realidade institucional e educativa em que os atores estão inseridos. Neste exercício, neste fazer, altera-se o mundo, reflexões sobre esse fazer são produzidas promovendo a criação de novos mundos e de formas inovadoras de cuidar em saúde.

O Programa

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria (IPUB) está vinculado ao Centro de Ciências da Saúde da UFRJ e foi criado em 2010, tendo sido regulamentado por meio do Ofício 10.209/2009 do CGHU-DHR/SESu/MEC de 06 de outubro de 2009 (IPUB, 2013).

Constitui-se em uma modalidade de ensino de pós-graduação com duração de dois anos e se destina a psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais sob a forma de curso de especialização. Este curso se caracteriza por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, com carga horária de 60

²⁰ Cf. Feuerwerker (2002); Brasil (2003 e 2006); Ceccim e Merhy (2009); Merhy (2010).

horas semanais, perfazendo um total de 5760 horas, sob orientação profissional. O Projeto Político Pedagógico da Residência Multiprofissional em saúde Mental do IPUB nos explica os objetivos desse programa:

Desenvolver um curso de pós-graduação, nos moldes de residência, multiprofissional e interdisciplinar em saúde mental, com base nas definições e determinações da Política Nacional de Saúde Mental, com formação especializada em serviço, sob orientação docente-assistencial, tendo como eixo o cuidado em saúde e a qualidade de vida (IPUB, 2010 apud AZEVEDO, 2013, p.81).

Ele compõe um, dentre os sete Programas de Residência Multiprofissional da UFRJ, cada um referenciado a determinado instituto/hospital e com uma especialidade a ser desenvolvida. São eles: EEAN²¹, residência em Enfermagem Obstétrica; HUCFF²², residência em Hospital Geral; IESC²³, residência em Saúde Coletiva, IPPMG²⁴, residência em Saúde da Criança e do Adolescente; ME²⁵, residência em Saúde Perinatal e Materno Infantil; HESFA²⁶, residência em Saúde da Mulher e em Saúde da Família e Comunidade.

O Programa de Residência em Saúde Mental do IPUB teve início em 2010, com a abertura de seis vagas para três categorias profissionais: psicologia, enfermagem e serviço social. Em 2011 houve aumento no número de vagas, passando de seis para doze, bem como a inclusão de mais uma categoria profissional, a terapia ocupacional. Em 2012, o número de vagas aumenta mais uma vez, completando vinte, distribuídas de forma equânime entre as quatro categorias profissionais. Esta distribuição e número de vagas se mantêm até o momento. Outro dado importante é que desde seu início o programa vem recebendo residentes de vários estado do país, não se fixando só no estado do Rio de Janeiro.

²¹ Escola de Enfermagem Anna Nery- EEAN.

²² Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – HUCFF.

²³ Instituto de Saúde Coletiva - IESC.

²⁴ Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira – IPPMG.

²⁵ Maternidade Escola – ME.

²⁶ Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA.

Quadro 1 - Distribuição de frequência de vagas e formados no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria/UFRJ

Turma	Nº vagas	Nº de formados
1ª turma (2010-2012)	6	6
2ª turma (2011-2013)	12	10
3ª turma (2012-2014)	20	19
4ª turma (2013-2015)	20	Em andamento
5ª turma (2014-2016)	20	Em andamento

Desde a sua criação, o programa se ampliou, tornando-se cada vez mais complexo e exigindo a parceria de novos profissionais para a composição de novos cenários de prática. O curso hoje conta com quarenta alunos, dos quais vinte são residentes no primeiro ano e vinte, residentes no segundo ano. Este número se apresenta bastante expressivo se comparado com as demais propostas de formação disponíveis nessa modalidade, na área de Saúde Mental, no estado do Rio de Janeiro.

Neste programa a temática da multiprofissionalidade se coloca de forma decisiva, aprofundando discussões importantes sobre o que é fundamental de cada categoria profissional, o que é nuclear; e o que é comum às diferentes categorias no cuidado em saúde.

É importante que os profissionais em formação desenvolvam estratégias que contem com a intercessão entre o seu saber e o saber do colega de outra categoria. A multiprofissionalidade se constrói pelo encontro desses saberes nucleares. Desse processo de troca podemos esperar um profissional bem mais preparado para desenvolver o trabalho em equipe. (ROMANO, 2014)

A formação dos residentes, implicados e imersos no contexto institucional, caracteriza um processo de intervenção, em que, no seu fazer-saber, os alunos promovem um processo de transformação em ato. É correto afirmar que a instituição serve à residência, assim como a residência serve à instituição, e o produto disso é, inevitavelmente construído, no fazer que emerge dessa relação (IPUB, 2010).

No entanto, a realização desse processo mútuo de formação, de intervenção e de transformação não é algo que ocorre de modo automático nem direto. Requer um planejamento, que, nesse caso, é sustentado pela direção dada ao curso na formulação do seu Projeto Político Pedagógico (PPP), norteador de práticas, definidor de métodos e que apontam caminhos a serem trilhados.

O Projeto Político Pedagógico previsto para o curso segue a mesma orientação do que é preconizado pelo SUS, no qual:

É desenvolvido um conjunto de ações que visam à formação de uma nova geração de profissionais, por meio de um processo educacional inovador e transformador, com o objetivo de assegurar a excelência técnico-científica contextualizada pela abordagem ética, singular e integral de cada pessoa e comprometida com a defesa da vida e o direito à saúde. (IPUB, 2010, p. 3)

Como pressupostos orientadores da prática assistencial, temos a construção de *linhas de cuidado*²⁷ para os pacientes e, no exercício do fazer, operam-se os conceitos de *desinstitucionalização*²⁸ e a construção de *rede e território*,²⁹ como principais operadores do cuidado.

O marco conceitual desse projeto está fundamentado nos quatro pilares do conhecimento e da formação permanente, conforme trabalhados por Moacir Gadotti (2000), a saber: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver com os outros, aprender a ser. Esses pilares concentram a complexidade que está colocada na missão de formar sujeitos integrais, visando ao exercício da prática em Saúde, a qual tem lugar no mundo das necessidades reais das pessoas.

A relação teórico-prática, o aprender a pensar, o saber-fazer, o saber-conhecer e o saber-conviver são concebidos como mecanismos fundantes da competência humana e das habilidades profissionais. No campo pedagógico-educacional, o projeto trabalha com o desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e motoras, conforme designação do MEC por meio do relatório da UNESCO (DELORS et al., 1998).

Esses eixos de sustentação fornecem um importante entendimento de como a interligação entre os quatro campos de competência contribuem para formação profissional.

²⁷ Segundo Franco e Franco (s/d), a “linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário” [...] “Para montar as linhas de cuidado é necessário o envolvimento de todos que de alguma forma devem estar implicados com o cuidado em saúde” (p.1 e 3).

²⁸ Segundo Azevedo (2013), “A desinstitucionalização como operador do cuidado visa sustentar uma direção no sentido de acompanhar sujeitos em seus sofrimentos, apostando na possibilidade de construção de novas saídas, de formas inovadoras de estar no mundo, em um processo de desinstitucionalização dos espaços, das formas de tratar, de entendimento sobre a loucura, a desinstitucionalização de si mesmo”(p.105).

²⁹ Consideramos esses conceitos conforme apresentados por Azevedo (2013): “A construção de rede e territórios é um trabalho de criar novos e antigos lugares de pertencimento, de reconhecimento de si, do outro e do mundo, promovendo espaços de cooperação mútua e de saúde em seu sentido mais amplo”. (p.105)

O processo ensino-aprendizagem na educação profissional como uma competência³⁰ a ser adquirida numa determinada área de atuação, expressa na qual o profissional deve saber e ser capaz de fazer para exercer sua prática com sucesso. (IPUB, 2010, p.7)

O PPP propõe uma organização curricular que aborda a íntima articulação entre teoria e prática, sem subordinações. Essa proposta traz para o debate alguns pontos específicos, pois o mundo da prática, que é o mundo do trabalho, configura-se como uma escola, uma vez que as questões e as vivências produzem conhecimentos, possibilitando a formação profissional.

Esse projeto propõe uma inovadora organização curricular que aborda uma íntima articulação entre teoria/prática, sem subordinações. Utiliza uma abordagem pedagógica construtivista e fundamentada na aprendizagem significativa e de adulto. Focaliza metodologias ativas de aprendizagem tanto na formação de residentes como na educação permanente de docentes. (IPUB, 2010, p.7).

O PPP se ocupa em descrever de maneira clara a proposta metodológica aí desenvolvida, que está centrada na utilização de metodologias ativas de aprendizagem. Essa proposta aposta na construção de espaços semanais de *Educação Permanente*, lança mão do acompanhamento dos alunos em sessões de *tutoria* e trabalha a construção do *portfólio reflexivo* como método pedagógico e avaliativo. Esses itens constituem os *dispositivos pedagógicos* formulados pelo curso.

A proposta do Programa é trazer os elementos do trabalho para a cena da formação, os quais, por consequência, serão foco de avaliação. São eles: os impasses, os abalos dos processos de trabalho, as situações críticas, que possibilitam, sob o foco da análise, a construção de saídas, rearranjos e novas configurações, delineando objetos, sujeitos e narrativas em novas possibilidades criativas. Isso explica o processo de aprendizagem, em uma dinâmica do movimento, que incorpora as dificuldades, colocando-se propositivo quanto mais adverso é o ambiente e fértil quanto mais árido é o terreno. (AZEVEDO, 2013, p.108)

O espaço de Educação Permanente (EP) se apresenta como lugar depositário dos impasses do trabalho, construção coletiva de saídas para as tensões vivenciadas no cotidiano, bem como de alinhavo pedagógico das temáticas apresentadas pelos alunos. Este é o espaço privilegiado de se colocar em trabalho a favor de *transformar as queixas em questões*. Essa posição reflexiva pretende convidar todos a construir coletivamente as possíveis respostas e encaminhamentos para impasses do mundo do trabalho, tornando-os partícipes e co-responsáveis do processo de construção de soluções.

³⁰ A noção de competência aqui empregada refere-se à mobilização de capacidades para a tomada de decisão e realização de ações específicas que caracterizam determinada prática profissional, nesse caso, a prática dos profissionais de Saúde frente a situações de saúde-doença, segundo contexto e critérios de excelência (HAGER & GONZCI, 1996).

O portfólio reflexivo é ao mesmo tempo um dispositivo pedagógico e um instrumento de avaliação do percurso de formação do residente. Construído ao longo do curso, visa abarcar as principais reflexões do aluno no encontro com a prática.

O portfólio é uma compilação apenas dos trabalhos que o estudante entenda relevantes após um processo de análise crítica e devida fundamentação. O que é importante não é o portfólio em si, mas, o que o estudante aprendeu ao criá-lo ou, dito de outro modo, é um meio para atingir um fim e não um fim em si mesmo. (ALVES [s/d], p.3)

Nos espaços tutoriais há um aprofundamento da aposta metodológica feita pelo curso em seu formato de acompanhamento pedagógico singular. O tutor é peça importante para o desenho dessa singularidade pedagógica, articulando a necessidade de aprendizagem de cada residente com os objetivos de aprendizagem coletivos que a turma deve alcançar. Assim, simultaneamente os processos de aprendizagem individuais e coletivos são acionados.

[...]o recurso da tutoria é um articulador entre teoria e prática, alunos e preceptores, serviços e rede, vida pessoal e profissional, alegrias e angústias, sucessos e fracassos, dificuldades e facilidades, real e ideal. (AZEVEDO, 2013, p.116)

Os tutores são, atualmente, cinco profissionais, que acompanham os alunos ao longo dos dois anos de curso, ocupando-se do desenvolvimento pedagógico do aluno e atuando como facilitador na articulação teórico-prática.

Caberá ao tutor produzir junto aos residentes os projetos pedagógicos individuais, detalhando as atividades teórico-práticas nos seus respectivos cenários, bem como acompanhar o seu desenvolvimento durante o curso. (IPUB, 2010, p. 8)

No processo de acompanhamento dos alunos destacam-se, além dos tutores, os *preceptores de campo de estágio* e os *preceptores de núcleo profissional*.³¹ Os preceptores de campo de estágio são os responsáveis pelo acolhimento dos alunos no dia-a-dia dos serviços em que ficam lotados. Eles têm por atribuição:

(...) promover a integração dos residentes das diversas áreas profissionais no respectivo campo; - promover a integração dos residentes com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos) e demais serviços. (IPUB, 2010, p. 9)

Segundo alguns autores, a presença do preceptor no campo de estágio se mostra como importante instrumento de avaliação do aluno na medida em que ele está próximo ao mesmo no exercício do fazer, auxiliando, intervindo e colhendo os efeitos das intervenções no campo, em relação aos pacientes e com as equipes.

³¹ As palavras em destaque referem-se aos profissionais que efetuam o acompanhamento dos alunos conforme indicado pelo PPP (IPUB, 2010).

A observação da evolução das habilidades no dia-a-dia das relações interpessoais, a evolução dos pacientes, o interesse que demonstram pelo outro, as situações que surgem, mostram sua própria evolução e segurança como aluno. Observando, estando junto na hora das interações com os pacientes. (BRAGA e SILVA, 2006, p.56)

Os preceptores de núcleo profissional são aqueles profissionais que se ocupam de pensar as questões referentes a cada categoria profissional e a maneira como ela conversa com as demais categorias e com o campo da Saúde Mental: “*Os preceptores de núcleo, por sua vez, serão divididos por núcleos profissionais e acompanharão os residentes nos cenários de práticas internos e externos, discutindo questões específicas de sua categoria.*” (IPUB, 2010, p. 8)

Um dos pilares fundamentais do curso, contido no PPP, baseia-se na construção do *projeto pedagógico singular*. Este dispositivo permite que os alunos sejam acompanhados individualmente ao longo de sua trajetória pelo mesmo tutor, responsável pelo desenvolvimento pedagógico. O objetivo é acompanhar o aluno no processo de articulação da teoria com a prática, com atenção às competências a serem desenvolvidas, auxiliando a sustentação do trabalho clínico e possibilitando a construção de uma reflexão sobre o trabalho. (ESTEVES, 2008)

Os campos de estágio vão se definindo a cada vez e para cada um, de forma que as diversidades e os interesses individuais venham a ser considerados, ao mesmo tempo em que se faz necessário manter uma estrutura curricular comum (IPUB, 2010).

Existe uma variedade de cenários de prática oferecidos aos residentes, dentro e fora do hospital, o que promove a inserção dos profissionais no mundo do trabalho desde o primeiro ano de sua formação. Os serviços internos ao IPUB fazem parte da grade do primeiro ano, e os serviços externos em parceria com as Coordenações de Saúde Mental dos Municípios do Rio de Janeiro, Niterói e Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, fazem parte da grade do segundo ano de curso.³²

- *Cenários Internos ao IPUB* – duas enfermarias, uma masculina e outra feminina, totalizando, cento e um leitos; centro-dia para pacientes com graves transtornos psíquicos (CAD); centro-dia para a infância e a adolescência (CAPSi CARIM); centro de convivência para usuários abusivos de álcool e outras drogas (PROJAD); três serviços residenciais terapêuticos (SRT) em instalações externas à sede do Instituto (casas em bairro residencial); um centro de lazer (Clube da Esquina) situado no espaço da universidade; oficinas terapêuticas concentradas nas atividades do Projeto Enfermarias.
- *Cenários Externos* – diversos serviços de atenção psicossocial extra-hospitalares de base comunitária (CAPS, nas suas diferentes modalidades, infantil, álcool e drogas e CAPSIII); serviços de emergência psiquiátrica e geral; serviços residenciais terapêuticos (SRT), programas de gestão; ambulatorios e dispositivos da atenção básica, NASF e Consultório na Rua.

³² Em janeiro de 2013, a rede de cenários externos passou por importante ampliação em função do aumento do número de residentes R2, que chegou a vinte alunos.

O objetivo principal é a ampliação das possibilidades de vivência dos residentes, nas redes de atenção psicossocial, visando garantir elevados padrões de qualidade, conforme descrito claramente no Projeto Político Pedagógico. (IPUB, 2010)

Diferentes *dispositivos clínicos e assistenciais* são acionados entre as atividades práticas, tais como: visitas domiciliares (VD), acompanhamento terapêutico (AT) no espaço da cidade, acompanhamento de internação domiciliar do usuário e seus familiares, com a meta de construir nova abordagem ao atendimento à crise fora das instalações dos Institutos, além das atividades de lazer e de trabalho assistido. (IPUB, 2010)

O percurso prático é acompanhado das *atividades teóricas*, que são compostas pela Sessão Clínica, Centro de Estudos, Seminário Clínico e demais Módulos Disciplinares.

O modelo avaliativo previsto no PPP mescla a avaliação formativa e a avaliação somativa³³, que se dá ao longo dos dois anos do curso. O uso desses dois processos avaliativos busca estimar os saberes e a prática profissional relacionada ao desenvolvimento de competências e aos objetivos gerais do programa na efetivação do seu projeto pedagógico singular.

Ao término dos dois anos, cada residente deve apresentar o TCC (Trabalho de Conclusão de Curso). Este trabalho consiste em uma pesquisa individual, onde o residente seja capaz de refletir sobre sua experiência formativa ao longo do curso. É uma atividade acadêmica obrigatória, condição imprescindível à obtenção do certificado de conclusão do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Processo de transformação e desafios atuais

Ao longo desses últimos anos o IPUB vem aproximando cada vez mais seus processos formativos das políticas de formação para o SUS por meio de uma interlocução importante entre os Ministérios da Saúde e da Educação. A inclusão de uma Residência Multiprofissional instaura uma nova possibilidade de compreender a formação e o cuidado em saúde. Coloca no cotidiano do trabalho, o importante desafio de pensar a formação e a prática profissional e interdisciplinar em saúde mental, com base nas definições e determinações da Política Nacional de Saúde Mental.

A presença de novos profissionais compartilhando o cuidado aos usuários tem aberto novas ações e diferentes atividades terapêuticas, ampliando as concepções de saúde e de doença, promovendo o aparecimento de questões variadas que transcendem os procedimentos e condutas médicas, trazendo importantes efeitos para o processo de trabalho e para o tratamento dos pacientes.

São visíveis as transformações clínicas, institucionais e formativas em todos os atores envolvidos nesse processo: coordenação, residentes, tutores, preceptores e profissionais de saúde dos diferentes cenários de práticas. Os efeitos alcançados são

³³ A avaliação formativa se dá ao longo do curso, é contínua e exige um constante processo de contratualização com o residente. A avaliação somativa apoia-se em atividades pontuais, como provas e trabalhos.

recolhidos cotidianamente na condução dos casos, no número de pacientes em processo de desinstitucionalização, no impacto que as ações de formação têm causado para o processo de transformação da dinâmica da instituição hospitalar e na construção de uma rede capaz de diminuir o hiato entre a atenção hospitalar e a comunitária.

Um importante exemplo desse processo de transformação é o modo como o programa de residência tem possibilitado a ativação de espaços coletivos, como a "reunião dos preceptores internos ao IPUB", potencializando a discussão de questões referente ao processo de trabalho de determinados núcleos profissionais ou setores da instituição.

Outro dado relevante é o que diz respeito perfil e destino dos egressos do programa: dos 35 formados nos três primeiros anos, 30 seguem inseridos nas diversas redes públicas de saúde e de assistência social.

Contudo, muitos ainda são os desafios. Entre eles destaca-se a importância de seguir sustentando um projeto político pedagógico vivo, em ato, no qual a multidisciplinariedade e a transdisciplinariedade se desenhem como o centro das práticas de ensino, assistência e gestão. Produzir um conjunto de ações de ensino e assistência que sejam capazes de trazer o que há de comum e transversal em todas as profissões, tais como as dimensões do cuidado e da política, sem correr o risco de diluir e/ou banalizar as especificidades de cada profissão. Trabalhar e reconhecer, por meio dos principais dispositivos pedagógicos do curso, as especificidades presentes em cada campo profissional sem que esse reconhecimento e trabalho sejam potencializadores de intervenções uniprofissionais.

Outro importante desafio é aprimorar os processos formativos, de forma que em todos os espaços e cenários de aprendizagem as linhas de cuidado sejam construídas com base nas pessoas, suas experiências singulares, seus processos de adoecimento e sofrimento e não apenas na doença e no diagnóstico. Há um enorme desafio em produzir esse deslocamento de uma formação centrada na doença e no procedimento, para uma formação centrada nos sujeitos, suas histórias, seus processos de adoecimento e de suas formas de viver a vida.

Há também o desafio de articular de forma mais intensiva as residências médica e multiprofissional e, desta forma, construir espaços intercessores de aprendizagem e formação que façam sentido para ambos os cursos. Os preceptores de campo são exemplos marcantes deste processo na medida em que nos espaços de preceptoría, ao discutirem os processos avaliativos dos residentes, acabam por trazer discussões sobre seus núcleos profissionais e processos de trabalho.

Enfim, múltiplos são os desafios e trabalhos que estão por vir, mas, sem dúvida o mais importante deles, é seguir sustentando uma formação que leve cada residente a construir um conjunto ético e rigoroso de ferramentas que estejam a serviço da produção do cuidado. Ferramentas que operem com as dimensões clínicas, políticas, de gestão e de cuidado que sejam capazes de enfrentar a complexidade da vida e intervir no mundo do trabalho. E, assim, parafraseando Manoel de Barros, tirar sabedoria das coisas que não existem e desaprender oito horas por dia, pois ensina os princípios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, L.P. **Portfólios como instrumentos de avaliação dos processos de ensinagem.**[s/data]. Disponível em: www.anped.org.br/reunioes/26/trabalhos/leonirpessatealves.rtf. Acesso em: 26/10/2014
- AZEVEDO, F.F.M. **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental: uma reflexão sobre ensino, transmissão e formação em serviço.** 2013. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.
- BARROS, M. **Livro sobre o Nada.** Rio de Janeiro : Editora Record, 1996.
- _____. **Livro das Ignorâncias.** Rio de Janeiro : Record, 2009.
- BRAGA, E.M. e SILVA, M.J.P. da. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de Enfermagem. **Revista Esc. Enfermagem**, São Paulo, v. 40, n.3, p.329-35, 2006.
- BRASIL. Ministério da Educação. Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN dos Cursos de Graduação. Parecer CNE/CES nº 67, de 11 de março de 2003. Disponível em www.mec.gov.br. Acesso em: 26/10/2014
- _____. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em área profissional de saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, D.F., 2005. Disponível em www.mec.gov.br. Acesso em: 26/10/2014
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 3, 2006, Brasília. Conferência... Brasília, D.F. : MS/CNS, 2006.
- CECIM, R. B.; PINTO, L. F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. Rio de Janeiro, **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 1, p. 266-277, 2007.
- _____. & CARVALHO, Y. M. de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ ; CEPESC ; ABRASCO, 2006.
- _____. & MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl.1, p.531-42, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a06v13s1.pdf>. Acesso em 26/10/2014

DELEUZE, G. Que és un dispositivo? In: BALIBAR, E.; DREYFUS, H. et al. **Michel Foucault, Filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1999. p. 155-63.

_____ & GUATTARI, F. **O que é filosofia?** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELORS, J. et al. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez, 1998.

ESTEVES, L.R.L. **Competências individuais e coletivas necessárias ao trabalho em equipe**. 2008. 58 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

FEUERWERKER, L.C.M. **Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Produção Imaginária da Demanda. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.) **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro : IMS/UERJ ; CEPESC ; ABRASCO, 2008.

FRANCO, C.; FRANCO, T. B. **Linhas o cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf Acesso em 26/10/2014

GADOTTI, M. Perspectivas atuais da Educação. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 14, n. 2, p. 3-11, 2000.

HAGER, P.; GONCZI, A. What is competence? **Med. Teach.**, v.18, n.1, p.15-8, 1996.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Projeto de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2010.

_____. **Caderno do residente-R1**. Material informativo. Rio de Janeiro: UFRJ, 2013.

_____. **Caderno do residente-R2**. Material informativo. Rio de Janeiro: UFRJ, 2013.

KASTRUP, V. **A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição**. Campinas: Papirus, 1999.

_____ ; TEDESCO, S. & PASSOS, E. **Políticas da cognição**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

LARROSA BONDÍA, J. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n.19, jan-abr, p.20-28, 2002.

_____. **Pedagogia profana**: danças, piruetas e mascaradas. 4.ed. Belo Horizonte : Autêntica, 2003.

PASSOS, E. et al. (Org.). **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre : Sulina, 2010.

ROMANO, F. C. **Residências em saúde no Brasil**: as políticas de saúde na atual conjuntura e as residências no atual projeto de estado. 2014. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Mental) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Os avanços do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ entre os anos de 2010 e 2014

*William Berger*³⁴
*Ivan Figueira*³⁵
*Antonio Egidio Nardi*³⁶

O Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (PROPSAM) do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB) abriu sua primeira turma de mestrado no ano de 1972 e de doutorado em 1975. Isso o torna um dos programas de pós-graduação mais tradicionais do Brasil. O PROPSAM, desde sua fundação tem como objetivo principal formar pesquisadores qualificados e internacionalmente reconhecidos. Profissionais que sejam professores e pesquisadores competentes, éticos, altamente produtivos, criativos, críticos, independentes e com forte inserção internacional. Profissionais comprometidos com questões científicas relevantes sobre psiquiatria clínica, neurobiologia, psicologia, saúde mental, psicopatologia e saúde pública brasileira. O PROPSAM visa também a internacionalização de suas pesquisas através da participação de docentes e discentes em protocolos de pesquisa com universidades e centros acadêmicos de todo o mundo, além da participação ativa nos principais congressos internacionais.

Desde sua criação, o PROPSAM seleciona com máximo rigor seus docentes permanentes. Tais docentes são o núcleo e a "alma" de um programa de pós-graduação. O nosso corpo de docentes permanentes (DPs) incorpora docentes de padrão internacional, selecionados através de editais de fomento às pesquisas nacionais e internacionais. No início de 2010 o corpo docente do PROPSAM era composto por 23 professores, sendo 17 destes DPs e 6 docentes colaboradores (DCs). Em 2014 este número aumentou para um total de 31 professores, sendo 21 destes DPs e 10 DCs. Além da expansão quantitativa dos docentes do PROPSAM, também houve uma importante melhoria qualitativa no período entre 2010 e 2014. A crescente qualificação de nossos DPs pode ser medida, entre outras coisas, por sua expressiva publicação de artigos científicos. Isto pode ser demonstrado pela análise dos principais indicadores bibliométricos, como se segue.

No período entre 2010 e 2014 os discentes e docentes do PROPSAM publicaram 169 artigos em periódicos nacionais e internacionais indexados na base eletrônica SCOPUS, e 105 na *ISI Web of Science*, as duas principais bases eletrônicas de

³⁴ Professor adjunto do departamento de psiquiatria e medicina legal da faculdade de medicina da UFRJ. Coordenador do PROPSAM.

³⁵ Professor associado do departamento de psiquiatria e medicina legal da faculdade de medicina da UFRJ.

³⁶ Professor titular do departamento de psiquiatria e medicina legal da faculdade de medicina da UFRJ. Coordenador do PROPSAM entre 2010-2014. Diretor de pesquisa do IPUB UFRJ.

periódicos científicos internacionais de alta qualidade. Cerca de 70% destes artigos foram publicados em revistas classificadas como A1, A2 ou B1 pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), do Ministério da Educação. Ou seja, estes artigos foram publicados nos periódicos de maior fator de impacto, considerados como as revistas de maior influência e melhor qualidade científica. A figura abaixo mostra a como a produção científica do PROPSAM do IPUB/UFRJ tem mantido o alto número de publicações de excelência ao longo deste período. Vale destacar, que estes dados foram obtidos em agosto de 2014, antes do término deste último ano.

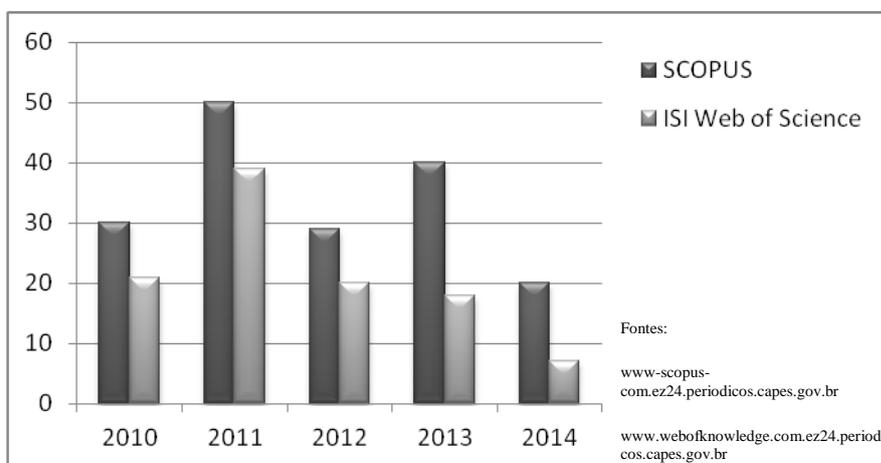


Fig. 1: Número de artigos publicados por docentes e discentes do IPUB/UFRJ nas principais bases eletrônicas entre os anos de 2010 e 2014.

Porém, para o crescimento e o reconhecimento internacional de qualquer programa de pós-graduação, não basta manter um grande número de publicações em periódicos de alto impacto na comunidade científica. É necessário que seus estudos contribuam para o conhecimento científico da humanidade e influenciem a comunidade científica internacional. Uma das maneiras de se avaliar como os estudos influenciam esta comunidade é através da contagem do número de vezes que um artigo é citado por outros cientistas. Isto reflete a contribuição de cada estudo para a construção do conhecimento. O gráfico abaixo mostra o número de citações que os artigos científicos produzidos pelo corpo do PROPSAM vêm recebendo entre os anos de 2010 e 2014.

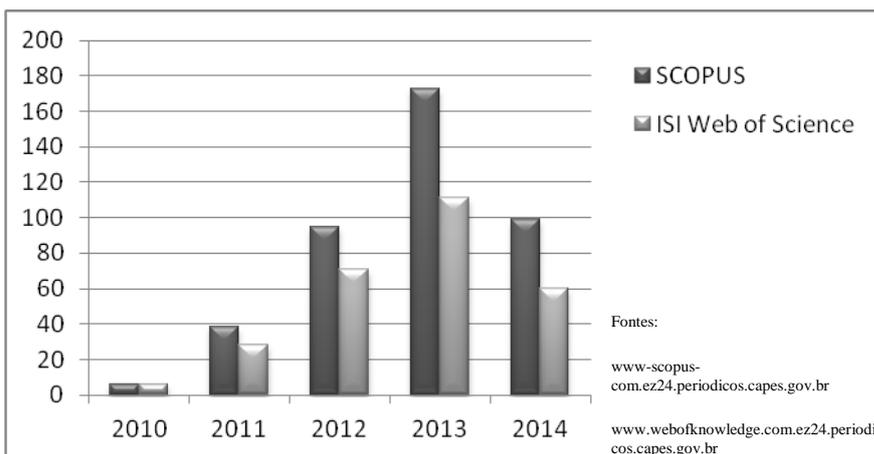


Fig. 2: Número de citações recebidas pelos artigos publicados por docentes e discentes do IPUB/UFRJ nas principais bases eletrônicas entre os anos de 2010 e 2014.

Este gráfico mostra o aumento anual do número de vezes que os artigos científicos produzidos pelos discentes e docentes do PROPSAM foram citados pela comunidade científica internacional desde 2010. O número de citações dos artigos da PROPSAM passou de 6 tanto na SCOPUS quanto na *ISI Web of Science* em 2010, para 173 citações na SCOPUS e 111 na *ISI Web of Science* em 2013. O número de citações obtidas em 2014 não mantém o padrão de crescimento dos anos anteriores porque estes dados foram coletados em agosto de 2014. É provável que até o final do ano de 2014 o número de citações ultrapasse o alcançado em 2013. Isto reflete como a produção científica do corpo do PROPSAM tem se tornado cada vez mais relevante para os pesquisadores de todo o mundo.

Além disso, neste período, todos os docentes permanentes do PROPSAM publicaram artigos internacionais na base *ISI Web of Science*. Isto evidencia a elevada homogeneidade da produção e qualidade dos docentes permanentes do programa. Assim, os indicadores bibliométricos apontam para um crescimento sustentado, homogêneo e progressivo da produção científica de nosso programa no período entre 2010 e 2014, com o aumento da inserção internacional em periódicos de alto fator de impacto.

Entre os anos de 2010 e 2013, o programa tituló 42 alunos, sendo 26 mestres e 16 doutores, apresentando uma relação dissertações/teses igual a 1,63. Os docentes permanentes estiveram regularmente distribuídos com relação à orientação de teses e dissertações. Aproximadamente 81% das dissertações e teses foram orientadas por DPs. Cerca de 72% dos DPs tiveram aluno concluindo sua pós-graduação neste período. Estas são algumas das realizações do PROPSAM que fizeram com que a CAPES desse o conceito “muito bom” em sua avaliação do último triênio a todos os itens referentes ao corpo discente, teses e dissertações do programa.

A integração com a graduação também foi uma meta obtida com sucesso. Foram inseridas aulas em disciplinas de graduação onde a pesquisa foi apresentada para discussão, e foi incentivado o estágio de iniciação científica de diferentes níveis.

Docentes permanentes e colaboradores atuaram de maneira importante na formação dos estagiários da graduação, que participaram de pesquisas e publicações de artigos completos, além de terem apresentado trabalhos em congressos. A UFRJ tem um Programa de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq) e a Faculdade de Medicina tem uma disciplina eletiva para a graduação denominada de Programa de Iniciação Científica (PINC). Diversos projetos de pesquisa do PROPSAM ofereceram vagas para alunos dos cursos de graduação da UFRJ através do PINC entre 2010 e 2014. A participação dos alunos de graduação nos projetos de pesquisa do PROPSAM, bem como os incentivos institucionais na forma do PIBIC e PINC, têm despertado vocações para a pesquisa e o interesse em Psiquiatria e Saúde Mental.

Neste período ainda, diversos laboratórios e linhas de pesquisa do PROPSAM foram contemplados por editais do CNPq, FAPERJ, CAPES e outras instituições de fomento a pesquisa. Por exemplo, em 2011 o Laboratório de Avaliação de Serviços e Qualidade de Vida em Saúde Mental (LAPSO) foi selecionado para participar do HUB para a América Latina, uma das redes financiadas pelo *National Institute of Mental Health* (NIMH) para o desenvolvimento de pesquisa na área de saúde mental. Em 2012 foi criado no IPUB o Núcleo de Neurobiologia Translacional, que recebeu financiamento da FAPERJ para sua instalação e posterior ampliação. No mesmo ano, o Projeto Hipofibrinólise e Psicose, do laboratório de análises clínicas recebeu o valor de R\$ 300.000,00 através do edital Pensa-Rio, promovido pela FAPERJ. Esta verba foi utilizada na compra de equipamentos que estão sendo utilizados nas análises do projeto e na assistência aos pacientes do IPUB. Neste período, o Laboratório de Pânico e Respiração concorreu no Edital Universal do CNPq, e recebeu financiamento na faixa de valores mais alta oferecida por esta agência de fomento.

Em 2014, o PROPSAM possui 12 laboratórios e programas diferentes de ensino, pesquisa e assistência, coordenados por seus DPs mais experientes. São eles: o Laboratório de Transtorno Bipolar, coordenado pelo Prof. Dr. Elie Cheniaux; o Laboratório de Neuropsiquiatria Geriátrica, coordenado pelo Prof. Dr. Jerson Laks; o Laboratório de Pânico e Respiração, coordenado pelo Prof. Dr. Antônio Egídio Nardi; o Laboratório de Avaliação de Serviços e Qualidade de vida em Saúde Mental (LAPSO), coordenado pela Profa. Dra. Maria Tavares Cavalcanti; o Laboratório Integrado de Pesquisas do Estresse (LINPES), coordenado pelo Prof. Dr. Ivan Figueira; o Laboratório de Neurobiologia II do Instituto de Biofísica, coordenado pela Profa. Eliane Volchan; o Laboratório de Mapeamento Cerebral e Integração Sensorio-Motora (LABMCISM), coordenado pelo Prof. Dr. Alair Pedro Ribeiro de Souza e Silva; o Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas (PROJAD), coordenado pelo Dr. Marcelo Santos Cruz; o Programa de Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo e de Ansiedade, coordenado pelo Prof. Dr. Leonardo Fontenelle; Programa de Epilepsia, coordenado pela Profa. Dra. Marleide Gomes; Programa de Pesquisa em Psiquiatria Forense, coordenado pelo Prof. Dr. Alexandre Valença e o Programa de Violências, Comunicação e Saúde Mental, coordenado pela Dra. Lígia Costa Leite. Assim, os laboratórios e programas de pesquisa do IPUB/UFRJ estudam os mais

variados tópicos em Psiquiatria e Saúde Mental, através da participação de profissionais altamente qualificados, oriundos de diversas áreas da saúde e afins, como a Psiquiatria, Neurologia, Psicologia, Enfermagem, Educação Física, Biofísica, Bioquímica, Fisiologia, Pedagogia, etc. Muitos destes laboratórios e projetos mantêm pesquisas em conjunto com diversos grupos nacionais e internacionais, apresentando colaboração ativa com grupos de pesquisa norte-americanos e europeus.

Estes e outros fatores fizeram com que a CAPES mantivesse o conceito 5 (conceito máximo igual a 7) para o PROPSAM em sua última avaliação trienal dos programas de pós-graduação no período de 2010 a 2013. Abaixo está a avaliação original da CAPES para o triênio compreendido entre 2010 e 2013:

Conceito/Nota CA		
Quesitos	Peso	Avaliação Comissão
1 - PROPOSTA DO PROGRAMA	0.00	Muito Bom
2 - CORPO DOCENTE	20.00	Bom
3 - CORPO DISCENTE. TESES E DISSERTAÇÕES	35.00	Muito Bom
4 - PRODUÇÃO INTELECTUAL	35.00	Muito Bom
5 - INSERÇÃO SOCIAL	10.00	Muito Bom
Data Chancela: 20/11/2013	Conceito Comissão:	Muito Bom
	Nota Comissão:	5

Apreciação

O programa consolidou e ampliou sua produção científica, manteve uma boa participação na graduação e excelente participação discente na sua produção qualificada. Ampliou também a captação de recursos para pesquisa, seguindo a modernização de seus laboratórios. Solidificou e ampliou seu intercâmbio com outros programas de pesquisa nacionais e internacionais.

Desta forma, conclui-se que, durante o período de 2010 a 2014, o PROPSAM aumentou significativamente o seu quadro de docentes, manteve sua alta produção científica e aumento a qualidade e a influência dos seus artigos científicos. O programa tituló um expressivo número de alunos de pós-graduação e estreitou seu contato com os alunos da graduação, incentivando nestes últimos o gosto pela ciência, pela Psiquiatria e pela Saúde Mental. Os diversos laboratórios das mais variadas especialidades e objetos de estudo foram capazes de captar uma grande soma de recursos financeiros, concedidos através de editais, podendo, desta forma, expandir e aprimorar suas infraestruturas. Os pesquisadores do PROPSAM conseguiram ainda formar ou reforçar parcerias internacionais com centros de excelência de pesquisa nos EUA e Europa. Tudo isto fez com que a CAPES mantivesse o conceito 5 para o programa, em sua avaliação trienal.

Apesar de tantas realizações o PROPSAM pretende, nos próximos anos, ampliar ainda mais o seu quadro de docentes, aumentar a proporção de docentes permanentes através da qualificação ainda maior de seus docentes colaboradores, ampliar a captação de verbas em agências de fomento nacionais e internacionais, manter e aprimorar sua moderna infraestrutura e estimular a presença de alunos estrangeiros no programa e de professores visitantes internacionais. Com isso, espera-se que o PROPSAM mantenha sua posição de liderança no Estado do Rio de Janeiro, e alcance o conceito 6 na próxima avaliação da CAPES.

Biblioteca Prof. João Ferreira da Silva Filho, lugar de memória do Instituto de Psiquiatria da UFRJ

*Cátia Mathias*³⁷
*Célia Anselme*³⁸

Um pouco de história...

O Instituto de Psiquiatria - IPUB/UFRJ teve suas origens no Pavilhão de Observações Clínicas³⁹ do Hospício Nacional de Alienados. Embora não existam documentos administrativos que comprovem a criação oficial de uma biblioteca no antigo Pavilhão de Observações, uma análise bibliológica⁴⁰ da Coleção de Obras Raras e Especiais da Biblioteca Prof. João Ferreira da Silva Filho, aponta para a presença de um acervo bibliográfico destinado aos docentes e discentes que atuavam neste local desde o início do século XX.

Inicialmente, este espaço acadêmico importava da Europa o referencial teórico especializado para atualizar os professores e alunos nos mais recentes estudos e experimentos que estavam sendo desenvolvidos e construídos na medicina mental. Nesta época, existia uma carência de profissionais com formação em psiquiatria no Brasil e estas obras, em consonância com a prática psiquiátrica gerada através da observação dos suspeitos de alienação, contribuíram para a formação de inúmeros especialistas nesta área. Tal acervo também propiciou o desenvolvimento de reflexões sobre a etiologia das doenças mentais, a terapêutica aplicada etc.

Um dos indícios da existência de uma biblioteca no Pavilhão de Observações, consta no relatório⁴¹ que Mattoso Maia, então administrador do Hospital Nacional de Alienados,

³⁷ Bibliotecária - Chefe da Biblioteca Prof. João Ferreira da Silva Filho; Coordenadora do Núcleo de Memória Institucional do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

³⁸ Doutora em Psicologia - Técnica em Assuntos Educacionais da UFRJ; Vice Coordenadora do Núcleo de Memória Institucional do Instituto de Psiquiatria da UFRJ; Professora titular do Curso de Psicologia da Universidade Veiga de Almeida.

³⁹ O Pavilhão de Observações Clínicas foi criado pelo Decreto n.1559, de 07/10/1893, com a finalidade de avaliar gratuitamente os suspeitos de alienação enviados pelas autoridades policiais. Sua direção ficou a cargo do professor catedrático da clínica psiquiátrica e de moléstias nervosas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e de seu assistente. As despesas, referentes ao funcionamento da unidade, eram custeadas pelo HNA que, por sua vez, fazia parte da Assistência Médico-Legal de Alienados.

⁴⁰ Segundo a Prof. Ana Virgínia Pinheiro, a análise bibliológica consiste no registro de todas as informações intelectuais e materiais do livro raro, caracterizando sua individualidade – condição essencial para identificar o exemplar possuído e garantir sua propriedade.

⁴¹ Documento integrante da Série Saúde do Arquivo Nacional.

dirigiu ao Diretor deste estabelecimento em 1915, informando que foi gasta a quantia de 78\$600 com a biblioteca do Instituto de Neuropatologia⁴².

Aos poucos, uma coleção de obras, que hoje são consideradas raras ou preciosas devido a sua importância histórica, cultural e patrimonial, foi sendo formada. Os grandes clássicos da área como Pinel, Esquirol, Charcot, Janet, Binet, Adler, Ribot, Meynert, Lobroso, Kraepelin, Kretschmer, Alzheimer dentre outros, fazem parte deste acervo. A nível de literatura nacional, encontramos livros de Teixeira Brandão, Nina-Rodrigues, Henrique Roxo, Antonio Austregésilo, Miguel Couto, Afrânio Peixoto, Torres Homem etc. Um verdadeiro manancial de informações científicas, que contribuiu para a construção do conhecimento médico sobre as doenças mentais no Brasil. No decorrer das décadas, novas obras foram sendo adquiridas através de compra ou doações, mantendo a biblioteca atualizada e enriquecendo o seu acervo.

O conhecimento circulante através de livros e periódicos favoreceu a troca de experiências científicas. Os frutos da comunhão entre a teoria e a prática asilar passou a ser registrado em artigos científicos, livros, trabalhos apresentados em congressos e teses de doutoramento, iniciando a construção de uma psiquiatria nacional, que também passou a fazer parte desta coleção.

Com o desenvolvimento do acervo, foi necessário organizá-lo de acordo com os preceitos da moderna Biblioteconomia, garantindo assim sua sistematização, controle e facilidade no acesso as informações constantes nos livros, periódicos e demais documentos. De acordo com o primeiro livro de tombo da Biblioteca, este importante trabalho foi iniciado em maio de 1949.

Não se sabe o local exato onde o “embrião da biblioteca” se desenvolveu, provavelmente foi no prédio da Administração do antigo Pavilhão de Observações. Também existe a possibilidade do acervo adquirido ter sido distribuído entre as seções desta Instituição, tendo em vista que um dos livros da Coleção possui carimbo do “laboratório do Instituto de Neuropatologia”. Posteriormente, em uma cópia da planta do Auditório Leme Lopes (sem data), aparece a biblioteca ocupando todo o espaço ao lado deste recinto. Possivelmente, esta alternativa foi pensada, mas não executada. Até hoje não foram encontrados registros de que um dia a Biblioteca tenha ocupado aquele espaço. É fato comprovado que a biblioteca ocupou algumas salas do Pavilhão Rodrigues Caldas (atual prédio da Administração do IPUB).

⁴² Ao longo de sua existência ocorreram algumas mudanças na denominação do Pavilhão. Em 1911 foi renomeado Instituto de Neuropatologia, em 1927 passou a se chamar Instituto de Psicopatologia e finalmente, em 1938 foi transferido para a Universidade do Brasil, formando o Instituto de Psiquiatria desta.



Biblioteca - período em que estava localizada no Pavilhão Rodrigues Caldas
Foto sem data - acervo da biblioteca

Em relatório referente ao ano de 1963, o prof. Leme Lopes, então Diretor do IPUB, evidencia o desenvolvimento da Biblioteca, através de dados referentes a multiplicação do acervo, ao número de usuários inscritos e o trabalho interno elaborado pela bibliotecária Marina Pereira. Com a eclosão do acervo bibliográfico, o espaço destinado ao armazenamento do acervo bibliográfico tornou-se pequeno e inadequado. Algumas adaptações tiveram que ser executadas, embora não de forma satisfatória. Em 1993, os periódicos tiveram de ser alocados em sala separada, localizada no mesmo andar do prédio. Esta medida fez com que a consulta a este tipo de material tivesse que ser agendada, trazendo alguns transtornos.

Devido a esta problemática, em 1997 o então diretor do Instituto de Psiquiatria Prof. João Ferreira da Silva Filho e a bibliotecária Maria Thereza Hora, idealizaram a construção de um prédio próprio para abrigar convenientemente o acervo bibliográfico da Instituição, que seria localizado no pátio, mais precisamente no local onde havia uma pequena construção onde funcionava o CIPE (Centro de Pesquisas Clínicas), que foi realocado em outro espaço, dentro do Instituto.

No dia 03 de setembro de 1999, o novo prédio foi inaugurado, como marco comemorativo do 61º ano de criação do Instituto de Psiquiatria. Um espaço amplo, de dois pavimentos, com salas para estudo e vastos salões para acomodar o acervo. Em 2008, a biblioteca foi batizada com o nome de seu idealizador, Prof. João da Silva Filho, que havia falecido precocemente naquele ano.

Biblioteca: local de estudo, pesquisa e da memória institucional do IPUB

No ano de sua inauguração, o prédio da biblioteca, além do acervo bibliográfico, passou a abrigar um conjunto de documentos clínicos, oriundos do Pavilhão de Observações Clínicas do Hospício Nacional de Alienados. Esta coleção era composta por: livros de matrícula e livros de observações clínicas do antigo Pavilhão, prontuários do Centro de

Orientação da Infância - COI/IPUB, testes psicológicos do Sanatório Botafogo, livros de registros dos plantões médico e de enfermagem, recortes de jornal, fotografias, dentre outros. Estes itens, de diferentes épocas, estavam anteriormente localizados num ambiente completamente inapropriado: úmido e sem iluminação adequada. Encontravam-se desorganizados, com excesso de sujeira e com inúmeros vestígios decorrentes da degradação por agentes físicos e biológicos. Tais documentos somente foram incorporados ao acervo da Biblioteca em 2006.

A salvaguarda destes documentos históricos, símbolos que atribuem identidade e visibilidade a esta Instituição, conferem sentido, valor e potencializam um conjunto de práticas e saberes que foram desenvolvidos e difundidos, ao longo de décadas, por este espaço acadêmico. A biblioteca, por suas características de armazenamento, tratamento e disseminação da informação, tornou-se o local mais adequado, dentro do Instituto de Psiquiatria, para o acondicionamento e preservação deste patrimônio documental.

Além da atribuição de oferecer recursos bibliográficos adequados aos estudos e pesquisas desenvolvidos pelo corpo docente e discente da Unidade e servir de receptáculo para a produção acadêmica destes, a Biblioteca Prof. João Ferreira da Silva Filho assumiu a função de guardião da memória da Instituição a qual pertence. A inclusão destes documentos históricos, apontou a necessidade da equipe do setor se capacitar, tendo em vista a falta de conhecimentos específicos para tratar este tipo de acervo. Assim sendo, iniciaram-se as atividades de organização, preservação, e pesquisa de sua história, com o objetivo de realizar o processamento técnico deste material e disponibilizá-lo ao público. De acordo com o ponto de vista de Castro (2006, p.13), a

...biblioteca é um lugar de memória e espaço de armazenamento das materialidades textuais produzidas em tempos e localidades diversos e que desempenha, mesmo com todo o avanço tecnológico, o papel de guardião do conhecimento. Não no sentido de guardar para si o patrimônio material e imaterial produzido por homens e mulheres do passado, mas de, através dele, possibilitar o acesso a um passado disforme que pode ganhar sentido nas mãos de pesquisadores, bibliotecários e leitores.

Pesquisadores passaram a contatar a biblioteca em busca por informações específicas sobre a história do IPUB, a criação de seus setores, serviços oferecidos e por dados específicos sobre antigos personagens que fizeram parte desta narrativa. Infelizmente, nem sempre foi possível atender à demanda informacional dos pesquisadores que buscavam estas referências, pois verificou-se a existência de um reduzido número de documentos administrativos que pudessem elucidar todos os aspectos da trajetória desta Unidade nos contextos acadêmico, administrativo e social. Tal fato demonstra que no Instituto não existia a cultura de preservar seus registros, independente da esfera em que estes ocorreram. Não havia a preocupação de coletar, organizar e arquivar relatórios, atas, ofícios, fotografias, livros, artigos, matérias publicadas em jornais etc, para que no futuro fosse possível analisar o contexto social no qual certas decisões foram tomadas em detrimento de outras.

O ato de organizar este acervo, incentivou a doação de novos documentos relacionados a memória da Unidade, por parte de funcionários e parentes de antigos servidores, enriquecendo o patrimônio documental da Instituição e contribuindo para clarear alguns pontos obscuros ou esquecidos da história institucional. do IPUB.

Com o objetivo de dar continuidade ao resgate da memória do Instituto de Psiquiatria, preservar os documentos que registram sua história, independente do suporte em que esta se encontra e, principalmente, promover entre o corpo social do IPUB o hábito de enviar para a biblioteca documentos com informações pertinentes a cada setor ou aos indivíduos que atuam neste espaço acadêmico.

Visando garantir a preservação de sua história, a direção do IPUB criou em 2014 - ano em que foi comemorado os 120 anos do início das atividades do Pavilhão de Observações - um Núcleo de Memória Institucional, vinculado à Biblioteca, com o objetivo de coletar, organizar, preservar e divulgar os registros produzidos pela e sobre a instituição, independente do suporte no qual a informação se encontra. Tal medida contribuirá para a análise e pesquisas que poderão vir a ser desenvolvidas sobre a psiquiatria e áreas correlatas e também a cerca dos aspectos sociais, históricos, políticos e culturais no qual o IPUB se insere.

A Biblioteca Hoje

Com o advento das novas tecnologias e a diversidade dos suportes da informação, o papel das bibliotecas tem se transformado gradativamente com o objetivo de se adaptar as inovações. Hoje o conhecimento não se restringe apenas as fontes localizadas dentro da biblioteca, visto que, através da internet, é possível acessar uma infinidade de documentos virtuais. A relação bibliotecário-usuário também se atualizou e hoje o serviço de referência pode ser realizado presencialmente ou a distância. O acesso às obras digitalizadas, aos catálogos on-line, e as bases de dados também podem ser realizados de casa. A divulgação da biblioteca e dos serviços também fazem uso dos novos recursos, dinamizando as atividades executadas nas bibliotecas, através de blogs, redes sociais, permitindo que a transferência de dados se dê de forma rápida e dinâmica.

A Biblioteca Prof. João Ferreira da Silva Filho adota o sistema de automação de bibliotecas - Base Minerva - implantado para toda a Universidade, por meio do Sistema de Bibliotecas e Informação -SiBI/UFRJ, e paulatinamente tem se adaptado a nova realidade, embora muitas etapas, principalmente em relação ao espaço físico, tenham que ser concretizadas.

Em relação ao acervo, principalmente no que se refere aos documentos clínicos do antigo Pavilhão, muito foi feito durante a primeira gestão da atual direção, que se conscientizou da importância deste patrimônio, não apenas para os estudos e pesquisas que têm sido desenvolvidos no âmbito da UFRJ, como também para a história da psiquiatria no Brasil. As iniciativas de preservação e posterior organização do acervo

foram apoiadas e os recursos foram aplicados visando alcançar este objetivo. Foram realizadas os seguintes procedimentos:

- encadernação dos livros de observações clínicas, livros do acervo geral e periódicos;
- aquisição de estantes deslizantes para acondicionamento dos livros de observações clínicas e demais documentos clínicos, obras raras e especiais, documentos iconográficos etc;
- higienização dos documentos clínicos e das obras raras e especiais;
- aquisição de materiais de qualidade arquivística para a realização de pequenos reparos e acondicionamento de acordo com a tipologia dos documentos;
- capacitação profissional dos funcionários através de cursos de higienização e pequenos reparos;
- Organização e disponibilização da *Coleção Memória da Psiquiatria Brasileira*.



Acervo acondicionado em arquivo deslizante
Imagem digital 2014 - acervo biblioteca

Tais medidas foram extremamente importantes para se manter a integridade e minimizar o processo de deterioração destas fontes documentais, que registram a evolução e consolidação da psiquiatria como ciência no Brasil, além de revelar a origem e trajetória do Instituto de Psiquiatria. Caso algum destes documentos venha a se perder, não poderá ser substituído, tendo em vista que são únicos, o que criará uma lacuna na história da psiquiatria. Estes documentos clínicos, denominados de *Coleção Memória*

da Psiquiatria Brasileira, no ano de 2013 foram nominados no Programa Memória do Mundo Brasil da UNESCO.

A criação do Núcleo de Memória Institucional, em 2014, demonstrou a preocupação da direção do IPUB com o resgate de informações que poderão vir a complementar a sua linha do tempo, contribuindo para o fortalecimento de sua identidade e análise de fatos histórico-sociais e relação entre eles . O Núcleo abriu um novo leque de atividades técnicas realizadas pela biblioteca, objetivando criar subsídios para promover o resgate, a preservação e divulgação de informações relevantes para a história da psiquiatria no Brasil.

Em 2012, através do projeto da FAPERJ para atualização de acervo bibliográfico, foram adquiridos 355 títulos de livros (nacionais e importados), com o objetivo de atualizar e disponibilizar referencial teórico para as diversas disciplinas ministradas neste espaço. De acordo com os dados estatísticos da Base de Dados Gerenciais do SiBI (BAGER), no ano de 2013 o acervo da Biblioteca do IPUB era constituído por: 10951 títulos de livros (14.131 exemplares); 404 títulos de obras raras e especiais (498 exemplares); 775 títulos de teses e dissertações (1.382 exemplares); 765 títulos de monografias de especialização (849 exemplares) e 352 títulos de periódicos (24.388 fascículos).

A Biblioteca disponibiliza computadores para os usuários acessarem Bases de Dados, catálogos on line de Universidades, Portal CAPES e outros conteúdos digitais disponíveis na internet, além de outros serviços de comutação bibliográfica. Por intermédio de e-mail e das redes sociais é possível ter um contato mais direto com usuários da UFRJ e de outras localidades do Brasil e do mundo, atendendo a diversas demandas informacionais.

Perspectivas para o futuro

As inovações constantes da tecnologia e da comunicação influenciam cada vez mais o funcionamento das bibliotecas, que devem se adaptar para não ficarem fadadas a se transformarem em meros depósitos de livros. Ao contrário do passado, em que a formação e desenvolvimento de um bom acervo era suficiente para otimizar o uso de uma biblioteca, a tendência de um futuro próximo é ter um bom intercâmbio com o usuário, pois através do feedback apresentado por este, será possível fazer as devidas adaptações e garantir o bom uso da biblioteca.

A Biblioteca Prof. João Ferreira da Silva Filho deve traçar o seu desenvolvimento futuro em consonância com esta realidade e esperamos, com o apoio da direção, buscar recursos a fim de fazer mudanças estruturais que transformem este espaço num local agradável ao usuário e com recursos tecnológicos para acesso a internet. Almejamos, através de projetos, organizar e digitalizar a Coleção Memória da Psiquiatria Brasileira, promovendo uma total comunhão entre o acervo físico e o digitalizado, e, voltando a citar Castro (2006, p.9-10) ,

... mesmo na sociedade atual, denominada da informação, o bibliotecário, o historiador e o pesquisador precisam transitar nas fronteiras entre a tradição e as novas tecnologias da informação, entre a biblioteca de papel e a biblioteca virtual, entre a tradição e a pós-modernidade. E certamente esse é o grande desafio imposto às bibliotecas e aos bibliotecários desde Alexandria: navegar pelo novo sem renegar ou relegar ao esquecimento as marcas do passado.

Independentemente do suporte em que a informação se encontra, é dever da biblioteca mantê-la organizada, promover a sua disseminação e disponibilizar meios eficazes para a sua recuperação, contribuindo, assim, para a geração de novos saberes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTRO, César Augusto. Biblioteca como lugar de memória e eco de conhecimento: um olhar sobre “O Nome da Rosa”. *Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, Campinas, v. 4, n. esp., p. 01-20, 2006 . Disponível em: <<http://www.sbu.unicamp.br/seer/ojs/index.php/rbci/article/view/362/240>>. Acesso em: 11 de agosto de 2014.

COSTA, Icléia Thiesen M. Memória institucional: um conceito em definição. *Informare: cadernos do programa de pós-graduação em ciência da informação*, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.45-51, 1995.

HORA, Maria Thereza. Um caderno charmoso e a nova biblioteca do IPUB/UFRJ. *Cadernos IPUB*. Instituto de Psiquiatria 60 anos: 1938-1998. Rio de Janeiro, p.189-191, 1998.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE DO BRASIL. Relatório. Rio de Janeiro, 1963.

MORIGI, Valdir José. Entre o passado e o presente: as visões de biblioteca no mundo contemporâneo. *Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina*, Florianópolis, v.10, n.2, p.189-206, 2005 Disponível em: <<http://revista.acbsc.org.br/racb/article/view/432/551>>. Acesso em: 04 de agosto de 2014.

PINHEIRO, Ana Virgínia. *Obras raras na Biblioteca Nacional brasileira*. Rio de Janeiro, fevereiro de 2010. Disponível em: <http://www.eventos.bvsalud.org/agendas/WorkshopObrasRaras/public/documents/biblioteca_nacional-201339.pdf>. Acesso em: 27 de agosto de 2014.

SILVEIRA, Fabricio J.N. da. Sendas entre o visível e o invisível: a biblioteca como “lugar de memória” e de preservação do patrimônio. *DataGramaZero: Revista de Informação*, v.13, n.5 out12. Disponível em: <http://www.dgz.org.br/out12/Art_03.htm>. Acesso em: 20 de agosto de 2014.

SPINELLI JUNIOR, Jayme. *A conservação de acervos bibliográficos e documentais*. Rio de Janeiro : Fundação Biblioteca Nacional, 1997.

ASSISTÊNCIA

O IPUB/UFRJ e suas atividades hospitalares

*Cloyra Paiva de Almeida*⁴³
*Allan Gonçalves Dias*⁴⁴
*Gabriela Bezerra de Menezes*⁴⁵

“A missão do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro é desenvolver ações de ensino e pesquisa em consonância com a função social da Universidade, articuladas à assistência à saúde mental integradas ao sistema único de saúde, promovendo ao seu público atendimento de qualidade”

Professora Maria Tavares

O Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) é uma unidade hospitalar da UFRJ. Ele tem como característica comum a outros hospitais universitários, o triplo legado: ensino, pesquisa e assistência. Cada um desses objetivos representa um universo complexo de desafios. Some-se a isto o fato de que a psiquiatria encontra-se na fronteira de diversos campos do saber são diversas as formas de entender o adoecer psíquico. Nas salas, enfermarias, laboratórios e serviços do Instituto de Psiquiatria há uma tamanha diversidade de saberes e disciplinas, que tal particularidade faz do IPUB um campo onde a diferença e a mistura dificulta uma padronização da avaliação e propiciam o encontro de saberes.

Dentro deste contexto complexo somos responsáveis pela formação na área de psiquiatria de alunos em diferentes níveis de formação, curso de graduação, especialização e pós-graduação de diversas categorias profissionais. Além disso, aqui são desenvolvidas várias linhas de pesquisa em saúde mental e desempenhamos importante papel de suporte para a rede de saúde pública do Rio de Janeiro.

O IPUB/UFRJ oferta atividades ambulatoriais e hospitalares em sua estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico. Possui 198 leitos hospitalares, dois leitos para intercorrências clínicas, todos voltados para atendimento de adultos, divididos em 106 leitos para internação e 90 cadastrados na modalidade Hospital Dia. Os leitos destinados à internação dividem-se em duas enfermarias, masculina e feminina. Os pacientes são acomodados em quartos, em média compostos por 4-5 leitos.

⁴³ médica psiquiatra do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Diretora técnica do IPUB. Coordenadora da residência médica em psiquiatria do IPUB.

⁴⁴ médico psiquiatra do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Diretor Clínico do IPUB.

⁴⁵ médica psiquiatra do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

Tabela 1: Capacidade Instalada Hospitalar

Leitos		
ESPECIALIDADES CLÍNICAS	Leitos Existentes	Leitos SUS
Enfermaria Masculina	50	50
Enfermaria Feminina	56	56
Sub-Total 1	106	106
Hospital Dia	90	90
Sub-Total 2	90	90
Subtotal de Especialidades Clínicas	196	196
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	Leitos Existentes	Leitos SUS
Leitos para Intercorrências Clínicas – Enfermaria Feminina	1	1
Leitos para Intercorrências Clínicas – Enfermaria Masculina	1	1
Sub-Total em Urgência/Emergência	2	2
TOTAL	198	198

As atividades hospitalares são desenvolvidas, sob supervisão, pelos alunos do curso de residência médica e residência multidisciplinar. Atualmente temos 45 residentes médicos e 40 residentes multidisciplinares e para tanto ampliamos todas as atividades assistenciais, além de criar várias oficinas terapêuticas. Diversas exigências da Comissão Nacional de Residência Médica foram efetivadas como a presença de médicos staffs plantonistas todos os dias e noites, inclusive finais de semanas e feriados. Para isto, fomos obrigados a disponibilizar todo nosso quadro médico.

Cabe lembrar, que o IPUB tem papel central na formação de profissionais nos campos da psiquiatria e da saúde mental não apenas para o Rio de Janeiro, mas para o Brasil como um todo. Além disso, a rede de assistência à saúde mental do Rio de Janeiro conta com o IPUB como um parceiro fundamental, hoje somos responsáveis por grande parte das internações de pacientes psiquiátricos graves que ocorrem no setor público de nossa cidade, somos o único hospital público que realiza o tratamento de eletroconvulsoterapia dentro dos parâmetros preconizados pelo CFM, sendo referência para este tipo de tratamento em todo o Estado do Rio de Janeiro. Temos, também, sido produtores de conhecimento, implantadores e avaliadores de novas tecnologias no campo da psiquiatria, da saúde mental e da reabilitação psicossocial, contribuindo para a elaboração e aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde mental do Brasil.

No momento temos convênio baseado no plano operativo elaborado conjuntamente com o Gestor do SUS do Município do Rio do Janeiro que tem por objetivo definir as áreas nas quais o Instituto prestará serviços ao SUS, considerando o modelo assistencial estabelecido. Assim como definir as metas quantitativas, qualitativas e os indicadores de desempenho que serão monitorados, visando o acompanhamento e a avaliação da efetividade do convênio celebrado entre as partes, que compreende o desenvolvimento das seguintes atividades:

- a) Atenção à Saúde: prestação de assistência integral e humanizada à saúde dos usuários do SUS, particularmente nas áreas de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, de acordo com a pactuação estabelecida;
- b) Aprimoramento da Gestão: implementação de atividades de planejamento, coordenação, integração e monitoramento dos processos assistenciais e administrativos desenvolvidos, visando o efetivo cumprimento da missão do Instituto e a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada;
- c) Aperfeiçoamento dos Profissionais: promoção da educação continuada, visando aprimorar a capacitação e qualificação do corpo profissional;
- d) Ensino e Pesquisa: realização de atividades de educação permanente e de formação de profissionais de saúde, bem como de pesquisas na área da saúde e no desenvolvimento e avaliação de tecnologias em saúde.

Este Plano Operativo contempla as necessidades identificadas, pelo Gestor Municipal, de oferta de serviços à Rede SUS, considerando a missão, o perfil e a capacidade instalada do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. O IPUB disponibiliza as atividades pactuadas para a Rede de Serviços do SUS, submetendo-as aos dispositivos de controle e regulação implementados pelos Gestores do SUS.

O Instituto garante a oferta dos serviços assistenciais previstos, de acordo com a programação estabelecida, viabilizando a oferta de alternativas mais adequadas às necessidades de atenção à saúde do usuário. A porta de entrada da unidade será regulada e acompanhada pelos sistemas de controle e regulação estabelecidos pelos gestores, devendo garantir o acesso aos serviços pactuados de forma regular e contínua, segundo a programação específica estabelecida. A partir dos acordos estabelecidos com as instâncias gestoras e da implementação dos dispositivos de regulação, espera-se o incremento do acesso dos usuários do SUS e o fortalecimento do perfil de atendimento do IPUB em consultas, atendimentos/acompanhamentos, internações e procedimentos de média e alta complexidade.

Estamos localizados na área de Planejamento Municipal (Área Programática) 2.1, na Zona Sul do Rio de Janeiro. No momento de acordo com o referido planejamento SUS recebemos pacientes oriundos da nossa porta de entrada de referência o Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP). Entretanto em situações excepcionais podemos também receber pacientes oriundos de outras áreas programáticas. Quais sejam: CPRJ, CER LEBLON, HM JURANDIR MANFREDINE, HM LOURENÇO JORGE, HM RONALDO GAZOLA, IM NIZE DA SILVEIRA, PAM RODOLFO ROCCO e demais unidades.

O Instituto de Psiquiatria realiza procedimentos hospitalares (internação) pactuados e garante a integralidade do cuidado assistencial de acordo com as necessidades do paciente. A unidade desenvolve ações centradas nos usuários e seus familiares, presta assistência de forma humanizada, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS.

As internações eletivas são efetivadas pelo Instituto, após autorização do Sistema de Regulação do SUS. Os atendimentos hospitalares de média complexidade, de natureza eletiva, serão disponibilizados aos usuários do SUS que tiverem essa necessidade identificada nos serviços ambulatoriais.

Tabela 2: Produção Hospitalar no Período de Janeiro a Novembro de 2013

Procedimentos Hospitalares Realizados	Nº de AIH`s*	Nº de Diárias**
Tratamento em Psiquiatria (Por Dia)	1.510	29.435
Tratamento em Psiquiatria em Hospital Dia	954	9.595

* O nº de AIH`s corresponde aproximadamente ao nº de pacientes que internaram no período, levando-se em conta um percentual de reinternações (cerca de 20%).

** O nº de diárias é o total de dias faturados desse total de pacientes no período.

No período de janeiro de 2010 a julho de 2014 recebemos 2452 internações, na sua maioria proveniente do IMPP (65%) (ver tabela 3 e gráfico 1). Nossa taxa de ocupação nestes últimos anos tem estado em torno de 69% a 88%(gráfico 2). Nossa média de permanência tem se mantido em torno de 58 dias. No momento, encontram-se em nossas enfermarias 14 pacientes de alta permanência, ou seja pacientes internados por período superior há um ano. Desde 2010 três pacientes que se encontravam nesta mesma situação foram encaminhados para tratamento extra hospitalar.

Apesar de atendermos primordialmente situações de crise, nestes últimos anos temos notado uma mudança no perfil de pacientes encaminhados para internação (Tabela 4). . A principal hipótese diagnóstica identificada no momento da internação foi do grupo da esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirante (58%), seguida pelos transtornos do humor, responsáveis por 34% das internações em nossa instituição (gráfico 4). Em relação às diferentes modalidades de alta hospitalar, a grande maioria de nossos pacientes deixou o hospital por alta médica,

Tabela 3: Internações por Unidade de origem no período de janeiro de 2010 a julho de 2014

Unidades	2010	2011	2012	2013	2014
IMPP	196	297	358	437	144
CPRJ	73	123	104	119	67
IPUB	171	7	16	54	45
CER Leblon	0	0	1	2	1
H. M. Jurandyr Manfredini	0	0	0	20	0
H. M. Lourenço Jorge	0	0	5	7	5
H. M. Ronaldo Gazola	0	0	0	1	0
I. M. Nise da Silveira	5	12	11	7	2
PAM Rodolpho Rocco	0	3	3	1	5
Outras Unidades	20	64	52	6	8
Total	465	506	550	654	277

Gráfico 1: Percentual de internações por unidade no período de janeiro de 2010 a julho de 2014

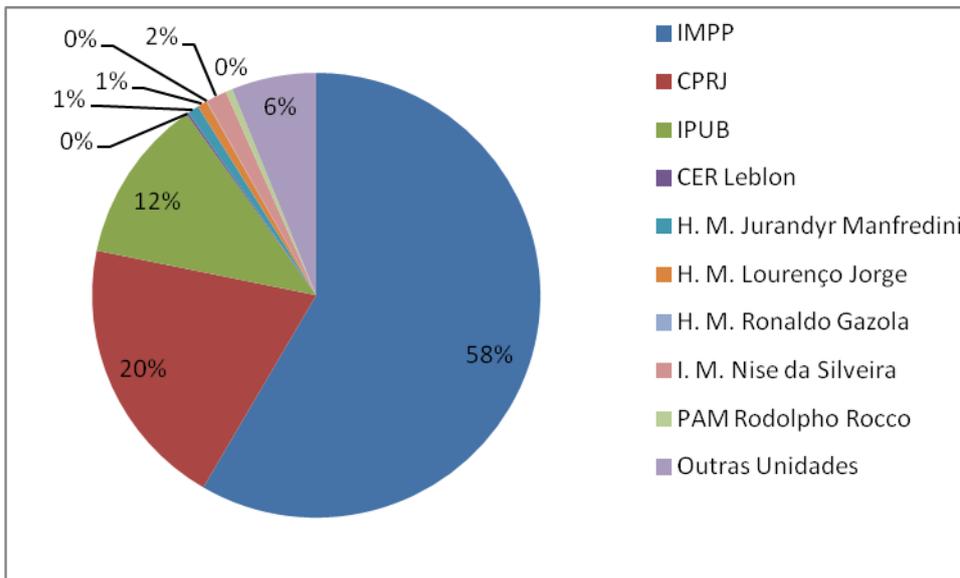


Gráfico 2: taxa de ocupação no período de janeiro de 2010 a julho de 2014

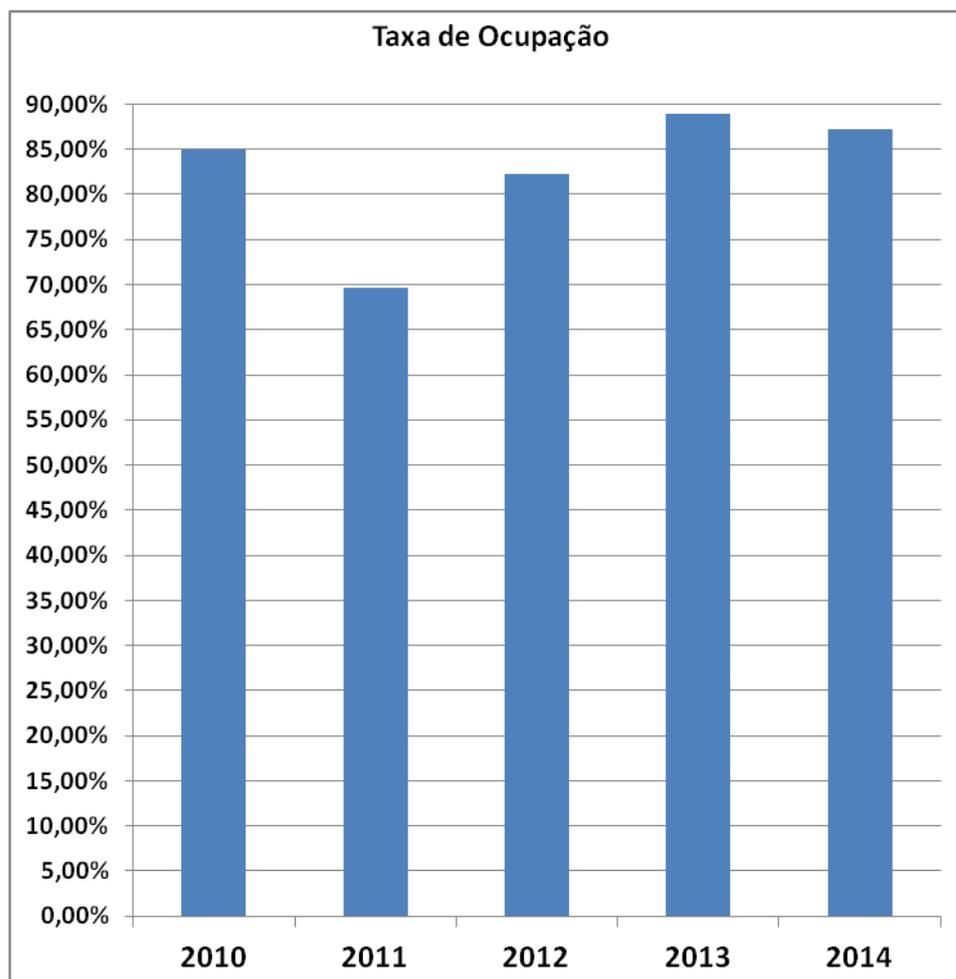


Gráfico 3: Média do tempo de permanência hospitalar (em dias) no período de janeiro de 2010 a julho de 2014

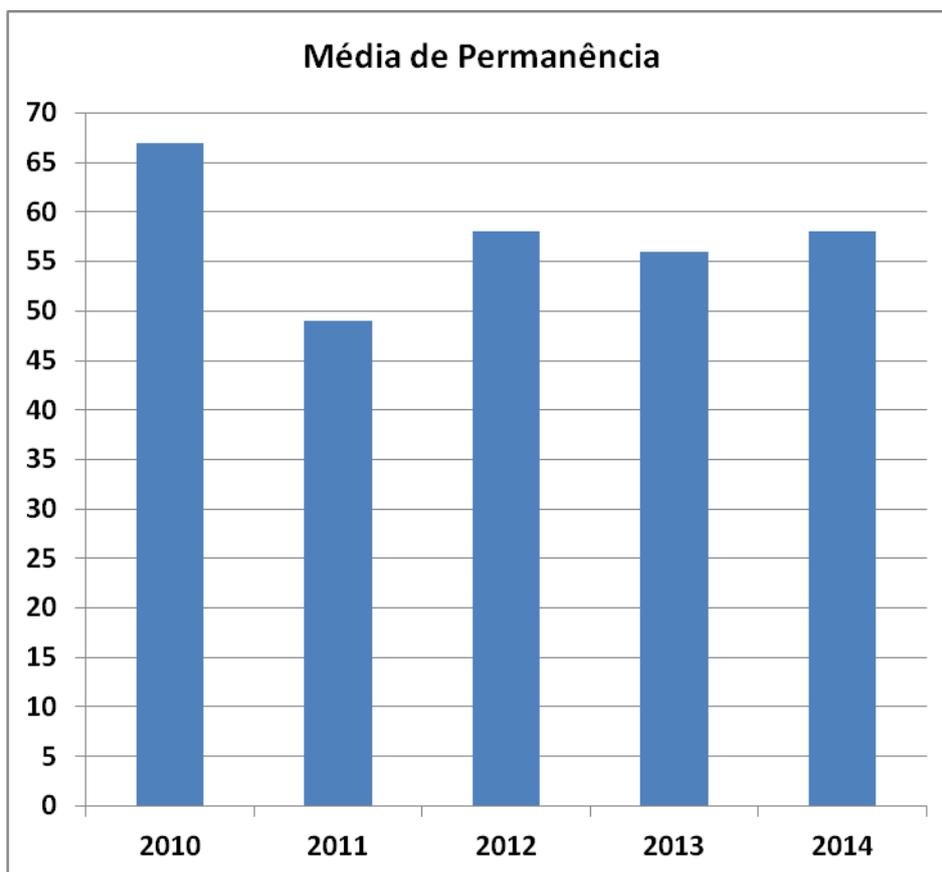


Tabela 4: Internações por hipótese diagnóstica Inicial no período de janeiro de 2010 a julho de 2014

Grupos Diagnósticos	2010	2011	2012	2013	2014
Transtornos mentais orgânicos - F00 - F09	5	2	7	10	5
Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias - F10 - F19	11	16	42	12	6
Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirante - F20 – F29	273	303	317	376	151
Transtornos de humor – F30 – F39	164	169	165	227	102
Transtornos neuróticos - F40 - F48	1	3	2	5	2
Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas - F50 - F59	0	0	0	0	0
Transtornos de personalidade e de comportamento - F60 - F69	3	3	6	13	8
Retardo mental - F70 - F79	8	10	10	9	3
Transtornos do desenvolvimento psicológico - F80 - F89	0	0	0	1	0
Transtornos emocionais e de comportamento com início na infância- F90 - F98	0	0	1	1	0
Total	465	506	550	654	277

Gráfico 4: Percentual dos grupos diagnósticos na internação no período de janeiro de 2010 a julho de 2014

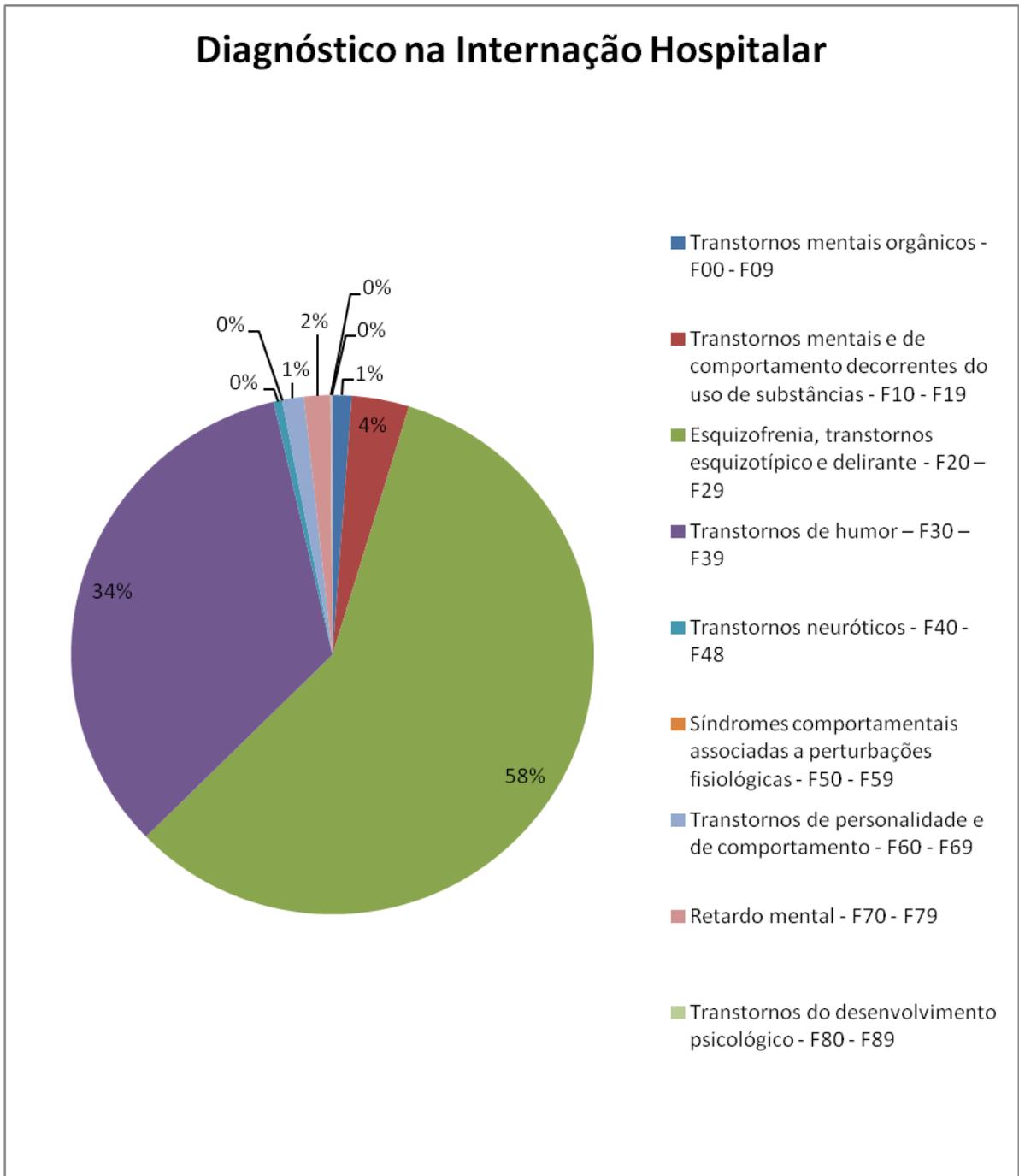
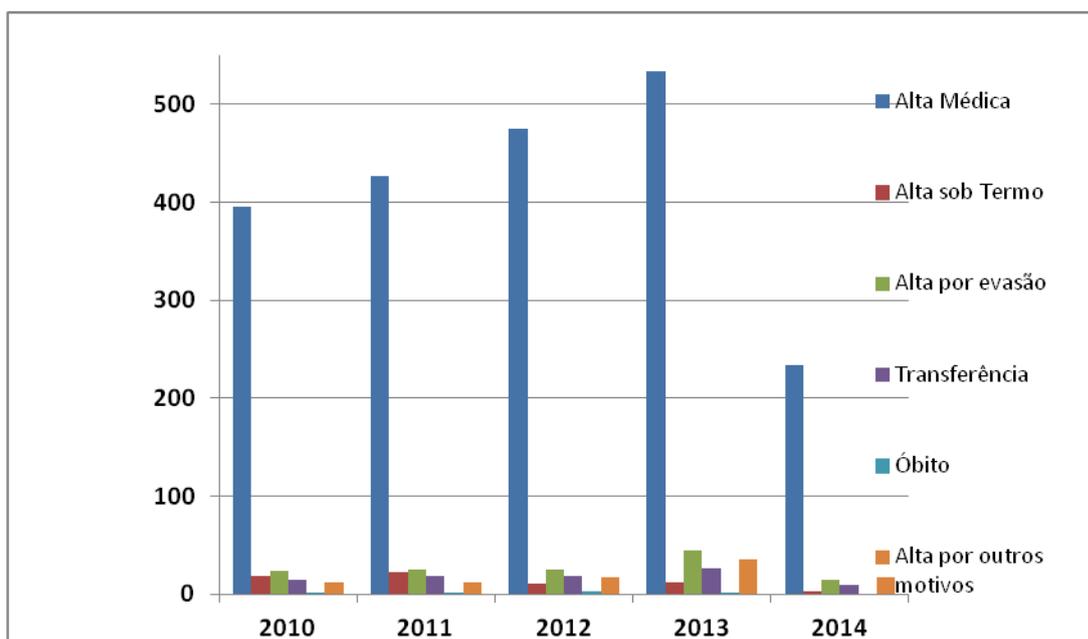


Gráfico 5: Modalidades de alta hospitalar no período de janeiro de 2010 a julho de 2014



Durante 70 anos o Instituto de Psiquiatria tem formado profissionais de saúde mental que viriam a se tornar peças fundamentais da moderna política de assistência aos transtornos mentais no Brasil. Entretanto, apenas durante essa gestão, o IPUB passou a desenvolver formas de avaliar, com precisão, seu impacto sobre a assistência, analisando rotineiramente dados precisos sobre o perfil dos pacientes assistidos no hospital, como foi exposto nesse capítulo. Os dados permitem uma visão mais transparente do que ocorre no serviço, mas é através das discussões a cerca deles que poderemos entender e aprimorar o funcionamento do Instituto e, conseqüentemente da rede assistencial do Sistema Único de Saúde no tocante a Saúde Mental.

O Instituto de Psiquiatria é o único a ter seu foco voltado para psiquiatria, entre os Hospitais Universitários Federais. Mesmo assim, vimos como os esforços da direção, no sentido de unir o ensino a assistência e retornar a população os cuidados que ela necessita, tem frutificado. O IPUB é totalmente integrado a rede SUS, com todos os seus serviços disponíveis pra sistema de regulação do Município do Rio de Janeiro. Desta forma, os diversos setores (o Centro de Atenção Diária, o CDA, o PROJAD, as enfermarias, etc) recebem pacientes para suprir ou, ocasionalmente para complementar os serviços prestados na atenção básica. O fato de o IPUB ter, ao longo de sua existência, diversificado suas atuações dentro dos cenários da Saúde Mental visa, simultaneamente, preparar os estudantes para essas práticas plurais, como também adequar-se as necessidades dos usuários.

Um exemplo disso pode ser visto na procedência geográfica dos nossos pacientes: Embora o Instituto de Psiquiatria busque continuamente seguir a política de tratamento em território, com os pacientes recebendo tratamento próximo de suas casas,

muitos dos pacientes internados são oriundos de outros municípios ou mesmo de fora do Rio de Janeiro. Isso se deve, em parte a incipiência de serviços básicos de psiquiatria e saúde mental nesses locais ou a especificidade do IPUB, que pode ter investido em tratamentos e recursos que se mostraram necessários para os usuários, mas não existiam na rede pública. Esse é o caso dos pacientes com indicação de Eletroconvulsoterapia (ECT), procedimento terapêutico não disponível nos formatos modernos nos outros hospitais psiquiátricos públicos do estado e com um preço elevado na prática privada.

Apesar dessa grande gama de serviços, podemos dizer que o perfil do paciente frequentador do IPUB vem se mantendo razoavelmente estável ao longo dos anos e é compatível com a literatura internacional, sendo preferencialmente composta por transtornos mentais graves (Transtornos do Humor e Esquizofrenia). Será importante acompanhar possíveis mudanças no perfil da clientela, quando temos em mente o importante crescimento do consumo de drogas, principalmente o crack, na população do Rio de Janeiro, seja como transtorno psiquiátrico primariamente causado pelo abuso ou em comorbidade com outros transtornos psiquiátricos.

O tempo médio de internação em enfermarias de psiquiatria é sempre um desafio. Considerando-se o impacto que um episódio agudo de um transtorno psiquiátrico grave trás para a vida cotidiana do paciente, a lógica é manter o paciente internado pelo mínimo tempo necessário para compensação do quadro. Mesmo assim, como era de se esperar tendo em vista o tempo de ação dos medicamentos e a complexidade desses eventos, o período de permanência de um paciente psiquiátrico internado excede o tempo de internação de um paciente clínico ou cirúrgico. Nos últimos anos, a tempo de permanência tem se mantido estável, um acima dos 30 dias médios de internação nas enfermarias do IPUB, talvez refletindo a gravidade dos casos, o tempo relativamente lento de ação das abordagens farmacoterápicas (que requisitar 15-21 dias para o início de ação e, frequentemente, o baixo suporte sócio-familiar disponível para muitos dos pacientes. Vale a pena ressaltar o quanto é difícil lidar com quadros sociais de abandono ou falta de suporte familiar, o que leva aos casos de longa permanência. Acoplado a esse dado, vemos o quanto a taxa de ocupação dos leitos (próxima dos 95%) evidencia a inserção total do hospital na rede, com uma grande rotatividade, mas totalmente disponível a Rede SUS. É o objetivo da direção clínica que o tempo de permanência em nossas enfermarias seja cada vez menor, visando a reinserção do indivíduo em seu contexto social pré existente.

Por fim, podemos imaginar que a coleta sistemática desses dados e sua posterior análise deve progredir para um incremento nos serviços e no ensino do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. A aproximação com a rede básica de assistência poderá aprimorar o cuidado enquanto capacita profissionais das gerações futuras para manter o papel do IPUB como centro de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002. Faltam dados

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004.

GONCALVES, R.W.; VIEIRA, F.S.; DELGADO, P.G. Mental health policy in Brazil: federal expenditure evolution between 2001 and 2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n. 1, p. 51-58, 2012.

MIELKE, F. B. ET AL. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 14, n.1, p. 159-164, 2009.

REDE de Saúde de Saúde mental AP 2.1. Disponível em: <<http://cap21.blogspot.com.br/p/saude-mental.html>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

Serviço de enfermagem do IPUB: construções e desafios

*Jose Carlos Lima de Campos*⁴⁶; *Emiliane Cunha Ferreira*⁴⁷; *Claudia Barabastefano Monteiro*⁴⁸; *Emilia Jales*⁴⁹; *Rosa Gomes*⁵⁰; *Felicidade Afonso*⁵¹; *Jaqueline da Silva*⁵²; *Priscila Muniz*⁵³; *Vanessa Andrade Martins Pinto*⁵⁴; *Joana Iabrudi Carinhonha*⁵⁵, *Karla Amado*⁵⁶

“Num verdadeiro combate do além com o aquém, as enfermeiras do IPUB levaram adiante o cuidado com os doentes, em uma Instituição de psiquiatria que era paradigmática pela indiferença com seus pacientes doentes. As enfermeiras em seus afazeres melhoram o IPUB, seus doentes, seus técnicos e até seu diretor, dando rega e compasso, direção e sentido para tudo que foi e esta sendo feito na saúde mental.”

(Professor João Ferreira da Silva Filho)

⁴⁶ - Enfermeiro. Mestre pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor Assistente da FESO/Teresópolis. Vice-coordenador da Residência Multiprofissional do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

⁴⁷ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Chefe de Enfermagem do IPUB/UFRJ – emilianeipub@hotmail.com

⁴⁸ Enfermeira. Mestre pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora de ações da enfermagem de internação feminina do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

⁴⁹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora de ações de enfermagem da enfermagem masculina do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. emiliajales@yahoo.com.br

⁵⁰ – Enfermeira. Mestre pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Essencialista em Terapia Intensiva, Nefrologia, Cardiointensivismo, Saúde Mental. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa IPUB-UFRJ, Ouvidora do IPUB_UFRJ. rosaipub@gmail.com

⁵¹ Enfermeira. Especialista em Pediatria pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Coordenadora da Enfermagem Feminina do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). felicidade.ipub@gmail.com

⁵² Enfermeira. PhD em Enfermagem Gerontológica. Pós-Doutora em Drogas. Membro da Diretoria Colegiada do Núcleo de Pesquisas em Enfermagem Hospitalar (NUPENH) do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (DEMC) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Jackiedasilva@hotmail.com

⁵³ Enfermeira do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

⁵⁴ Enfermeira do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Doutoranda em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ.

⁵⁵ Enfermeira do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

⁵⁶ Enfermeira. Mestre em Neurologia pela Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO), Professora Adjunta Mestre na UNIGRANRIO, Enfermeira Assistencial no CAPSI CARIM/IPUB/UFRJ. karlaamado@hotmail.com

Apresentaremos neste capítulo o Serviço de Enfermagem do IPUB, gestão 2010 a 2014. O Serviço de Enfermagem do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil - IPUB/UFRJ nos últimos 20 anos vem em constante transformação em sua forma de gestão e assistência na área de Enfermagem Psiquiátrica. No ano de 1994 acontece a reaproximação da Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN/UFRJ à gestão da Enfermagem do IPUB, marcado pela chegada da Prof^a Cristina Loyola à Chefia de Enfermagem, fato este que retomava a tradição herdada da Prof^a Tereza de Jesus Sena, que chefiou a enfermagem do IPUB por 18 anos. (CAMPOS et al, 2000).

O IPUB, como um Hospital Universitário especializado na área de psiquiatria e saúde mental, tem sua missão pautada nas atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão. Portanto, pensar no serviço de enfermagem do IPUB, é pensar em um corpo técnico em constante formação e inserido em atividades que atendam a demanda de uma instituição de referência nacional.

Na gestão da Prof^a Maria Tavares, a Chefia de Enfermagem, passa às mãos do corpo Técnico do IPUB, em parceria acadêmica com a EEAN/UFRJ, fato que marca todo um período de formação dos enfermeiros.

Tomados pelo desafio da gestão do Serviço de Enfermagem, montamos um coletivo da Chefia de Enfermagem, que denominamos de Grupo Gestor composto por:

- Chefe do Serviço de Enfermagem
- Substituto Eventual da Chefia de Enfermagem
- Coordenador das Ações de Enfermagem da Enfermaria Feminina
- Coordenador das Ações de Enfermagem da Enfermaria Masculina

Deste grupo saiu a construção do Organograma do Serviço de Enfermagem do IPUB, aprovado em reunião do Conselho Diretor da Instituição.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
ORGANOGRAMA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

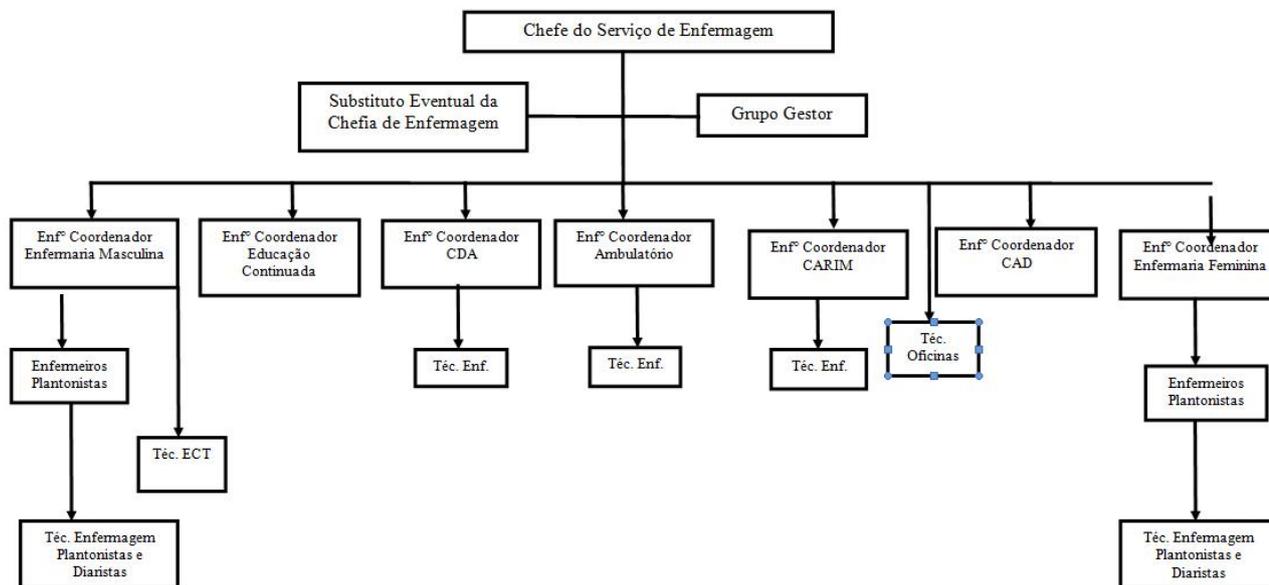


Fig. 01 - Organograma do Serviço de Enfermagem

O grande desafio da gestão do serviço de enfermagem é a totalidade das ações de enfermagem no contexto dos serviços da instituição. Tínhamos em mãos o Hospital Escola e suas peculiaridades, um corpo técnico de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em diversas ações, e, como citamos anteriormente, a responsabilidade de dar continuidade a uma grande construção do lugar político da enfermagem dentro do hospital. A enfermagem havia conquistado assento no Conselho Diretor e Gestor da instituição, dentre outras conquistas e ocupações que descreveremos a seguir.

A equipe de enfermagem atualmente é composta por:

- 31 enfermeiros
- 32 técnicos de enfermagem
- 33 auxiliares

Com duas formas de vínculo empregatício, os com Regime Jurídico Único (RJU), ingressos por concurso da UFRJ e os Extraquadros, corpo técnico em contrato temporário da UFRJ. Nos últimos quatro anos houve um aumento do quadro de profissionais RJU. Em 2010 contávamos com 79 pessoas distribuídas entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Atualmente temos 92 profissionais RJU na equipe de enfermagem.

Como apresentado em nosso organograma, a enfermagem do IPUB, hoje, está

em setores assistenciais e em projetos de extensão universitária.

Em um serviço escola onde a formação é o objetivo central, procuramos valorizar e incentivar a formação de nossos técnicos. A chefia de enfermagem procura manter o profissional de enfermagem em uma escala que facilite sua formação, seja na liberação para cursar sua formação, ou com a participação em eventos científicos, como estratégia para contribuir com o desenvolvimento profissional de seus técnicos. Hoje temos um reflexo desta direção ao nos depararmos com um número de técnicos que saíram para a educação continuada, apresentado no

PROFISSIONAL	QUANT.	FORMAÇÃO	ANO/CONCLUSÃO
Enfermeiro	01	Mestrado	2011
Enfermeiro	04	Mestrado	2013
Enfermeiro	01	Mestrado	2014
Enfermeiro	02	Doutorado	Cursando
Téc.de Enfermagem	01	Mestrado	2014
Téc.de Enfermagem	06	Graduação	2010 - 2014

Quadro I - Capacitação profissional

Com o início da residência multiprofissional, em 2009, houve a necessidade de qualificação de enfermeiros para atuarem na preceptoria de campo e de núcleo. A partir de 2011, em parceria com o Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES), foi realizado um curso de Formação Pedagógica para Preceptores do Ensino em Saúde, onde seis enfermeiros foram capacitados para atuar junto aos residentes multiprofissionais.

Tarefa difícil esta, escrever sobre o serviço de enfermagem, pois estamos em todos os lugares de assistência:

SERVIÇO	QUANT. ENFERMEIROS	QUANT. TÉC./AUX. ENFERMAGEM
Internação	16	48
Centro de Doenças de Alzheimer (CDA)	01	03
Centro de Atenção Diária (CAD)	01	-----
Ambulatório Adulto	03	03
Ambulatório Carim	02	03
Programa de Gerenciamento de Resíduos Hospitalares	01	-----
Residência multiprofissional(Coordenação)	01	-----
Residência Multiprofissional(Preceptoria)	05	----
Ouvidoria	01	01
Educação Continuada	01	
Outros Serviços	02	01

Quadro II - Quantitativo da equipe de trabalho

Para além dos serviços, os enfermeiros do IPUB participam e coordenam comissões como: Bioética, CCIH, Segurança do Paciente e Padronização de Material Hospitalar. Importante destacar que a atual coordenação do Comitê de Ética e Pesquisa conta com um trabalho competente e cuidadoso de uma enfermeira.

A ENFERMAGEM E A INTERNAÇÃO

Nos setores de internação, o papel primordial da equipe de enfermagem é utilizar estratégias de cuidados singulares, com o objetivo de reduzir o impacto da internação e contribuir para reestabelecimento bio-psico-social. A equipe de enfermagem participa de discussão de casos clínicos em supervisões multiprofissionais, são preceptores de alunos de graduação e nível técnico, e fazem parte do planejamento, organização e execução de atividades em datas comemorativas e saídas externas.

Em meio ao espaço da internação, à época da chefia da Prof^a Cristina Loyola foram desenvolvidas oficinas, que são realizadas por auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. A finalidade das oficinas era de servir como um dispositivo de cuidado, que permitisse aos usuários a participação de atividades sociais, de autoestima e desenvolvimento de cidadania (CAMPOS et al., 2000). Estas oficinas permanecem nos dias de hoje, sendo utilizadas com instrumentos de cuidados pela equipe de enfermagem, que são:

- ✓ OFICINA DE COSTURA LINHA E LINHO

A oficina de costura é aberta diariamente na enfermaria feminina. Nesta modalidade do cuidado, são incentivadas as habilidades psicomotoras das usuárias, além de ser um espaço para conversa e escuta qualificada. Além disto, são realizadas oficinas para confecção de artifícios para ornamentação do ambiente institucional em datas comemorativas. Da mesma forma que as outras oficinas implementadas na instituição, esta tem tido um bom retorno por parte das usuárias.

✓ OFICINA DE BELEZA E AUTOCUIDADO

Ambiente reservado para o desenvolvimento de atividades de auto cuidado dos usuários hospitalizados. Existem técnicos de enfermagem responsáveis por esta atividade, fazendo a higiene e escova nos cabelos, aplicação de terapia medicamentosa tópica contra pediculose (quando necessário), higiene e pintura de unhas, e no caso em particular dos homens, a barba também pode ser feita. Essa iniciativa contribui para a ruptura com a imagem tradicionalmente vinculada aos usuários internados em hospitais psiquiátricos, sendo agora tratados com dignidade e com o direito de sentir-se bem consigo mesmo. É importante ressaltar que neste momento de descontração e relaxamento, os usuários criam maior vínculo com os profissionais e sentem-se a vontade para exporem informações relevantes para a intervenção de enfermagem neste cenário.

✓ OFICINA DE DISCUSSÃO MULTIDISCIPLINAR COM USUÁRIOS:

Esta oficina é realizada quinzenalmente com data e horário agendado previamente com os usuários. A finalidade desta oficina é proporcionar ao usuário um espaço para o resgate do exercício da cidadania, onde o mesmo é estimulado a expor suas ideias de melhoria da instituição e dos serviços oferecidos.

O TRABALHO DA ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO: UM NOVO LUGAR?

A equipe de enfermagem do ambulatório atualmente é composta por 3 (três) enfermeiras e 3 (três) técnicos de enfermagem). Temos uma sala fixa onde funciona o “posto de enfermagem” e nosso trabalho tem sido “sair desse lugar fixo” para trabalhar em equipe multiprofissional e conversar com nosso território. Território aqui entendido, não só como espaço geográfico, mas onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam, enfim onde há produção de vida.

Nossa prática cotidiana é pautada na escuta, onde procuramos atender cada usuário de acordo com a sua necessidade. Fazemos acompanhamento dos usuários que fazem medicação *depot*, onde registramos em fichas nominiais a frequência e dosagem. Também verificamos a pressão arterial, glicemia e peso. Fornecemos orientações sobre

o cuidado em saúde de forma a instrumentalizar nossos usuários em busca de uma melhor qualidade de vida e autonomia.

Nosso objetivo maior é a integralidade do cuidado, sem dissociar mente e corpo. Valorizamos cada queixa física que nos é apresentada. Procurando referenciar nossos usuários para as unidades de saúde em sua área de moradia para que as questões clínicas também possam ser avaliadas e acompanhadas. Informamos sobre o seu direito de receber esse atendimento e fortalecemos o cuidado em rede, á medida em que referenciamos a outros serviços para fora do IPUB.

Esse é o desafio que se coloca para todos nós profissionais da saúde mental lotados nos ambulatórios, não só para a equipe de enfermagem – fazer rede e conversar com território, lembrando sempre que a rede é feita por pessoas e dentro do nosso espaço, no fazer cotidiano temos liberdade para tomar decisões que podem fazer toda a diferença na vida daqueles que atendemos em nossos serviços.

O TRABALHO DA ENFERMAGEM NO CARIM

A enfermagem no CARIM atua junto à equipe multiprofissional, na Porta de Entrada do usuário no sistema da área programática 2.1. São realizadas

A atuação da enfermagem do Carim reúne atividades multiprofissionais, e específicas, tais atividades incluem: ser referência para usuários, participação de atendimentos coletivos e oficinas terapêuticas, atendimento de casos de primeira vez, realização de curativo, administração e orientação sobre medicamentos.

O cuidado de enfermagem ao usuário do Carim ultrapassa os muros da instituição, para oferecer uma atenção integral e territorializada são realizadas visitas institucionais a Escola, para discussão dos casos, articulação com a rede de atenção psicossocial, assim como atendimento de familiares.

OUIDORIA

A ouvidoria teve sua implantação no IPUB por uma enfermeira e uma técnica de enfermagem em agosto de 2012, tendo como objetivo criar um canal condutor das opiniões, sugestões, reclamações e problemas da sociedade e da comunidade acadêmica da UFRJ, visando garantir os direitos dos cidadãos e concretizando dessa forma o princípio da eficiência, da ética e da transparência nas relações com a sociedade. Dentre as atribuições estão: a atuação no pós-atendimento; a mediação de conflitos entre o cidadão e a instituição, avaliando a procedência das solicitações, encaminhando-as aos setores competentes para a devida apreciação e resposta; e o mapeamento e localização de eventuais falhas nos procedimentos da instituição, entre outros.

A ENFERMAGEM NO CENTRO DE ATENÇÃO DIÁRIA

A enfermagem no Centro de Atenção Diária atua junto a equipe multiprofissional, com propostas que visam consolidação do modelo da Reforma Psiquiátrica, onde a assistência está voltada para a reinserção social, o desenvolvimento da autonomia do sujeito, a convivência e a comunicação com o outro, a participação em grupo e o desenvolvimento do pragmatismo. A enfermagem está presente nos grupos terapêuticos que compõem um trabalho amplo e diferenciado como terapia ocupacional, reuniões de familiares, atividades recreativas e grupos operacionais, como bons hábitos de vida e saúde (MONTEIRO, 2006)

CENTRO DE DOENÇAS DE ALZHEIMER E OUTRAS DESORDENS MENTAIS NA VELHICE

O serviço de enfermagem do CDA conta com uma equipe formada por uma enfermeira pós -graduada na área de psicogeriatría, responsável por duas técnicas e uma auxiliar de enfermagem. Este faz parte da estrutura de uma equipe multidisciplinar e atua sinergicamente com outros profissionais da unidade, além de colaborar com pesquisas desenvolvidas no setor, assim como no atendimento dos usuários do serviço.

Principais atividades desenvolvidas pela enfermagem no setor:

- Acolhimento: realizado pela enfermeira, juntamente com a assistente social. O atendimento é destinado aos idosos que procuram o serviço pela primeira vez. Consiste numa entrevista para anamnese, com resumo sobre atividades de vida diária.
- Entrevista de enfermagem: Realizado pelas técnicas de enfermagem sob supervisão da enfermeira responsável. Além do questionário, é realizada a aferição de sinais vitais, peso e estatura. São passadas ao idoso e seus familiares as orientações acerca do cuidado e, em alguns casos, agendado novo retorno para acompanhamento com a enfermeira. Todas as informações (salvo aquelas que exigem sigilo) são anexadas ao prontuário de cada paciente.
- Acompanhamento dos sinais vitais, peso e estatura: Prática realizada regularmente aos pacientes que frequentam o centro-dia, fisioterapia, musicoterapia e nutrição. Este espaço, além ser um “serviço sentinela” para a detecção de problemas clínicos agudos, torna-se também um espaço para observação dos cuidados do idoso, acompanhamento da regularidade ao serviço.
- Participação nas pesquisas científicas: com registro de dados vitais dos pacientes.

Grupo de apoio a cuidadores de pacientes com demência: A enfermeira conduz o grupo, onde o principal objetivo é a prática do relaxamento e meditação para o autocuidado. Neste grupo há espaço para palestras de educação em saúde, com outros profissionais convidados, uma vez ao mês. Tais encontros são descritos em livro próprio, para acompanhamento do desenvolvimento do grupo.

- Visita domiciliária: Realizada em alguns casos de maus tratos ou abandono do idoso, sempre em conjunto com o serviço social. Nestas visitas, a enfermeira avalia o estado de saúde e cuidados do idoso, elaborando relatórios (em caso de necessidade maior). O registro em prontuário é realizado obrigatoriamente.

PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

A implantação do Programa de Gerenciamento de Resíduos do IPUB foi realizada por uma enfermeira em maio de 2009, com o objetivo de estabelecer as diretrizes que conduzem ao gerenciamento seguro dos resíduos de serviços de saúde, atendendo às recomendações das Resoluções RDC ANVISA Nº 306/04 e CONAMA Nº 358/05 que dispõem, respectivamente, sobre o gerenciamento interno e externo dos RSS e demais legislações vigentes.

ENFERMAGEM NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A enfermagem constitui parte do grupo colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, desde 2010.

Atualmente, além de constituirmos o grupo colegiado, este comitê é também coordenado por uma enfermeira, submetida ao CONEP (conselho nacional de ética em pesquisa).

O instituto recebe intenso fluxo mensal de pesquisas a serem avaliadas à luz da Resolução 466/2012 e cabe ao coordenador deste comitê, receber (via Plataforma Brasil), analisar o documental submetido à avaliação e encaminhar ao grupo parecerista, para avaliação dos preceitos éticos e metodológicos referentes às pesquisas que serão desenvolvidas, tendo o IPUB-UFRJ como instituição proponente ou co-participante.

O fluxo de recepção e avaliação de pesquisas, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB-UFRJ, perfaz um somatório de até 30 pesquisas/mês, abarcando conclusões de trabalhos de conclusão de cursos de graduação, pós-graduação *lato e stricto sensu*, além de pesquisas de áreas temáticas inovadoras, de cunho nacional / internacional, no intuito maior, do progresso e desenvolvimento da saúde mental e atendimento aos usuários desta especialidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto da assistência, ao longo dos anos, a enfermagem do instituto de psiquiatria sofreu mudanças significativas em sua forma de cuidar. Em parceria com a EEAN e o apoio da Direção, a Chefia de Enfermagem tem buscado a qualificação de seu corpo técnico, com o intuito de oferecer ao usuário um atendimento de excelência e um cuidado singular e contínuo. No âmbito da pesquisa, consideramos primordial a retomada do grupo de pesquisa na área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, assim como, a melhoria e implementação de novas tecnologias de comunicação, que possam contribuir para a formação. No cotidiano da prática, a enfermagem do IPUB vai trilhando seu caminho na construção de saberes, e em parceria com a Educação

Continuada visa instrumentalizar seus técnicos para que o cuidado possa ser a cada dia reinventado, pois temos a árdua tarefa de “lidar com a carga de sofrimento decorrente dos sintomas da doença, uma dor do indivisível...”(LOYOLA, 2000).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LOYOLA, C. M; ROCHA, R. M. Apresentação. In: Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. *Cadernos IPUB* v. IV n. 19, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2000.

MONTEIRO, C.B.O enfermeiro nos novos dispositivos assistenciais em saúde mental. *Rev.EEAN/UFRJ* 2006; 10(4): 735 - 739

O CAPSi CARIM : um dispositivo territorial em ação no IPUB

Autor⁵⁷: *Nathália Armony*

Coautores⁵⁸: *Nympha Amaral, Joana Iabrudi Caririnha, Maria Cristina Ventura Couto, Aline Schubach, Bárbara Bello, Clarice Bieler, Claudete Veiga de Lima, Cristina Luce, Etevilna Maria de Oliveira, Geisely Cristina dos Santos, Isabela Farias, Karla Amado, Keli Valente, Leni Porto Siqueira, Regina Xavier, Roberta Bezerra Costa*

E-mail: carim@ipub.ufrj.br

DA CLÍNICA DE ORIENTAÇÃO DA INFÂNCIA À CLÍNICA INFANTO-JUVENIL

⁵⁷ Nathália Armony. Psicanalista, Psicóloga (PUC/RJ), Mestre em psicologia Clínica (PUC/RJ), Doutora em Saúde da criança e da mulher (IFF/FIOCRUZ). Coordenadora do CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. nsarmony@gmail.com

⁵⁸ Nympha Amaral. Psicanalista, Doutora em Psicanálise (UERJ) e Coordenadora Técnica do CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. nympha@terra.com.br

Joana Iabrudi Caririnha. Enfermeira do CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. iabrudi@yahoo.com

Maria Cristina Ventura Couto. Psicanalista, Psicóloga (UFRJ), Mestre em Psicologia Clínica (PUC/RJ)Doutora em Saúde Mental (UFRJ), Ex- supervisora do CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. Cris.ventura13@yahoo.com.br

Aline Schubach. Psiquiatra do CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. alineschubach@ig.com.br

Bárbara Bello. Pedagoga (UERJ). Especialista em Psicomotricidade Clínica pelo Instituto Helena Antipoff e em Transpsicomotricidade Educacional pela UERJ. Técnica em Assuntos Educacionais no CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. babibellol@yahoo.com.br

Clarice Bieler. Graduada em Psicologia pela UERJ. Especialista em Psicologia Clínica pela UERJ. Mestre em Psicologia Social pela UERJ. Psicóloga do CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. Clarice.bieler@iesc.ufrj.br

Claudete Veiga de Lima. Graduada em Serviço Social(UERJ). Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana(ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Administração Pública(EBAP/FGV). Assistente Social do CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ e docente da Universidade Estácio de Sá/Cursos de Serviço Social e de Administração. claudeteveiga@estacio.br

Cristina Luce. Médica psiquiatra (UFRJ e ABP) do CAPSi CARIM e Ex-Coordenadora do CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. Cristina.luce@infolink.com.br

Etevilna Maria de Oliveira. Terapeuta Ocupacional do CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. etelrj@terra.com.br

Geisely Cristina dos Santos. Assistente Social no CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. geiselycristina@yahoo.com.br

Isabela Silveira de Farias. Pedagoga. Especialista em Psicopedagogia (CEPERJ) e em Atenção Psicossocial (IPUB). Técnica em Assuntos Educacionais no CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. belafarias6@gmail.com

Karla Amado. Enfermeira. Mestre em neurologia pela Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO). Professora Adjunto Mestre na UNIGRANRIO, Enfermeira Assistencial no CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. karlaamado@hotmail.com

Keli Valente. Psicóloga (UFRJ). Mestre em Teoria Psicanalítica pelo Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica (UFRJ). Psicóloga no CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. keli.valente@gmail.com

Leni Porto Siqueira. Pedagoga. Pós-Graduação em Educação Especial (UNIRIO), Psicopedagogia (UNIPLI), Atenção Psicossocial na Infância e Adolescência (UFRJ). Mestre em Ciências da Educação pela Universidade de Lusófona. Professora no município de Niterói, Técnica em Assuntos Educacionais no CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. leni.tutora@gmail.com

Regina Xavier. Técnica de enfermagem no CAPSi CARIM/IPUB-UFRJ. recristal@hotmail.com

Roberta Bezerra Costa Enfermeira. Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio). Enfermeira do Capsi Carim/IPUB/UFRJ. Roberta Bezerra Costa. robertabcosta78@gmail.com

Nossa história começa na década de 1950, mais especificamente em 1953, com a criação da COI, Clínica de Orientação da Infância, a terceira criada no Rio de Janeiro nessa mesma época. Inspirada nas *Child Guidance*, da Inglaterra e dos Estados Unidos, a COI logo tem na psicanálise uma grande influência. Esse serviço é multidisciplinar já desde o seu início, com as funções das especialidades de serviço social, psicologia e psiquiatria bem definidas, bem como as etapas estabelecidas para o atendimento e a função de cada profissional. Surgiu da necessidade de se criar um serviço de atendimento ambulatorial a crianças, que até então ocorria em meio ao atendimento de adultos. Na COI eram recebidas para avaliação e tratamento crianças de dois a doze anos, com as mais diferentes questões. O atendimento a adolescentes, de estruturação mais flexível do que a vigente na COI, seguiu ocorrendo no ambulatório de adultos, com salas e equipes específicas, ocupando depois outros espaços que lhe foram designados no IPUB, até finalmente se juntar à COI na década de 1980, compondo então o Serviço Infanto-Juvenil do IPUB. A COI, uma vez integrada ao setor de adolescentes, passa a ser parte da Clínica Infanto-juvenil.

A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: O CARIM E SEU CAPSIJ

A partir da Reforma Psiquiátrica, a Clínica Infanto-Juvenil foi transformada, em 1998, em um dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil do Brasil, sob o nome de *Centro de Atenção e Reabilitação da Infância e da Mocidade* (CARIM), mantido com verbas do SUS e da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O CARIM comportava atendimentos ambulatoriais, como havia antes na Clínica Infanto-Juvenil, e outras modalidades de atendimento, voltados para a reabilitação psicossocial. O CARIM era um CAPS, credenciado em 2002, mas, em realidade, apenas uma parte sua era assim designada pela equipe e respondia por um trabalho de reabilitação/atenção psicossocial que ultrapassava em complexidade e em modo de cuidado o funcionamento ambulatorial. Essa parte do CARIM, denominada CAPSIJ, ocupava o mesmo espaço que ocupa hoje em dia: a área extensiva ao espaço ambulatorial, nos seus fundos, com um pátio, uma copa e cozinha, e galpões que faziam às vezes de salas multiuso.⁵⁹

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSIJ) do CARIM/IPUB foi criado como um desdobramento necessário ao trabalho realizado no ambulatório do CARIM, mais especificamente no Programa de Atendimento a Adolescentes em Risco de Internação. Até 2003, de modo similar ao que ocorria na parte ambulatorial do CARIM, o CAPSIJ era dividido em programas, destinados a clientela distintas. Dentre estes, o Programa Ponto de Encontro foi o embrião do CAPSIJ e se originou da exigência clínica no atendimento a adolescentes psicóticos ou com grave sofrimento psíquico, visando romper com a busca pelo modelo asilar para essa clientela. Trazer a experiência e modo de trabalho dos CAPS para a clientela adolescente, como alternativa

⁵⁹ É em uma dessas salas, a do canto, da esquina, que ainda hoje acontece aos sábados um trabalho caro à Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro, o Clube da Esquina, este destinado aos usuários adultos do IPUB e do Hospital Philippe Pinel.

à internação psiquiátrica, era a proposta do CAPSIJ do CARIM. A este Programa se uniram outros dois, dirigidos a clientela distintas: o GEPETO, que trabalhava dificuldades escolares, abrangendo também as famílias, e o PASMEC, que trabalhava com meninos em situação de rua ou em acolhimento institucional. Não havia, em seu início, uma definição de área de abrangência, sendo recebidos adolescentes de toda a região metropolitana do Rio de Janeiro, inclusive da Baixada Fluminense e de São Gonçalo, até que fossem criados CAPS infanto-juvenis nesses locais.

O CAPSi CARIM

O CARIM, como já mencionamos, iniciou seu funcionamento em 1998 e foi credenciado como CAPSi em 19 de novembro de 2002 (Portaria Ministerial n.º 2103/2002). A partir de 2004, o trabalho passou por grandes transformações, reorientado pelas diretrizes expressas pela Portaria 336. Renomeado de CARIM (Centro de Atenção e Reabilitação da Infância e da Mocidade) - nome que antes abarcava todo o serviço Infanto-Juvenil e passou a nomear apenas o CAPSi - o CAPSi deixou de ter programas, e passou a atender os casos de crianças e adolescentes de maior gravidade ou complexidade, que requeressem um trabalho mais intensivo, e buscou trabalhar com o conceito de território, definindo também sua área de abrangência que, contudo, ainda permaneceu bastante ampla. Uma separação maior entre o que era então o ambulatório infanto-juvenil, com seus programas, e o CAPSi se deu, em termos de equipe, modo de trabalho e clientela, o que culminou em uma separação total dos dois serviços. As circunstâncias associadas a estes remanejamentos, que não configuravam com clareza a estrutura de um CAPSi com funcionamento territorial, associadas à exiguidade de pessoal fizeram com que o CARIM enfrentasse um período de crise, no qual chegou a estar por um breve tempo com a porta de entrada fechada, sendo durante quatro anos mantido afastado da rede municipal de serviços.

O MOMENTO MAIS RECENTE

A partir dos primeiros meses de 2009, com a gradual ampliação da equipe, as mudanças internas de gestão e, principalmente, os esforços de articulação em rede implementados pela gestão da professora Maria Tavares, fizeram do CARIM um dispositivo produtivo e plenamente integrado à rede municipal, apesar de sua condição de serviço federal, de cunho universitário. Isso não impediu que estivéssemos presentes aos fóruns de áreas programáticas (por vezes representando o IPUB), fóruns estaduais de infância, encontros de gestores de serviços do município e do estado entre outros. A equipe do CAPSi CARIM esteve presente em grande número ao primeiro CONCAPSi, em abril de 2013 na UERJ, tendo sido um dentre os serviços convocantes deste importante evento para a atenção psicossocial infanto-juvenil.

O CAPSi CARIM E SUA TERRITORIALIZAÇÃO

O CARIM na sua reorientação pela portaria 336 foi aproximando o seu funcionamento ao preconizado pelo Ministério da Saúde para a atenção psicossocial infanto-juvenil. Responsabilizou-se pela área de abrangência que lhe foi designada pelo

gestor municipal, inicialmente muito ampla, incluindo até os bairros da A.P. 3.1, muito distantes do local de funcionamento do serviço. Desde seu credenciamento em 2002 foram realizados sucessivos pactos com o gestor municipal relativos à área de abrangência, chegando-se à definição atual. Hoje o CARIM é responsável por 5 bairros da zona Sul: Urca, Botafogo, Humaitá, Copacabana e Leme. Atende também, sob demanda, os bairros da AP2.2, da Grande Tijuca.⁶⁰

A construção permanente da rede se deu a partir dos casos, na constituição do território psicossocial de cada usuário, e na articulação necessária ao encaminhamento implicado de cada pessoa acolhida na porta de entrada. Com uma área de abrangência demasiado ampla, essa construção, efetiva para os casos, ainda não se traduziu no que pudéssemos considerar um efeito satisfatório de presentificação do CARIM no cotidiano territorial dos bairros pelos quais tem responsabilidade. Aos poucos, o CARIM foi se fazendo presente nos espaços de articulação intersetorial, como fóruns e reuniões específicas, algumas propostas pelo serviço. A paulatina redução da área de abrangência vem possibilitando uma maior apropriação do território, uma vez que os casos sendo de uma mesma região produzem um adensamento das relações do CAPSi com seu território. Contudo, verificamos que a construção do território vai além do trabalho intra e intersetorial realizado a partir dos casos clínicos em atendimento ou em porta de entrada. Para tal, estamos nos unindo ao NUPPSAM em seu projeto, articulado a uma pesquisa, que visa construir, efetivamente, a partir do conhecimento e aproximação dos atores da região, o território psicossocial do CARIM, nos 5 bairros da zona sul que estão sob a sua responsabilidade.

A EXPERIÊNCIA DO CAPSi CARIM

Atualmente o CARIM é um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) que integra o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Sendo um setor do IPUB está situado dentro de sua área, mas tem a sua porta principal voltada para o Campus da UFRJ, ou seja, tem uma entrada independente. Essa orientação da entrada do CARIM para fora do IPUB está diretamente ligada ao CARIM ser um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

⁶⁰ Inicialmente éramos responsáveis pelas AP 2.1, 2.2 e 1.0, além de fornecer cobertura para outros locais em que ainda não houvesse CAPSis ou outros serviços infanto-juvenis que pudessem assumir tal cuidado. Há cerca de 4 anos houve uma redefinição, em que coube ao CAPSi CARIM a responsabilidade sobre as áreas 2.1 e 2.2 e ao então NIJ – Serviço infanto-juvenil do IMPP, agora CAPSi Maurício de Sousa – sobre as áreas 1.0 e 2.1. Também nessa época foi-nos solicitado que déssemos suporte emergencial para os casos graves da AP 3.1, uma vez que não havia nem CAPSi nem outro serviço de saúde mental que fizesse face à necessidade de cuidado dos casos dessa região. Desde janeiro de 2012, a partir da criação do CAPSi Maurício de Souza, *a responsabilidade sobre os casos da 2.1 foi demarcada em territórios distintos para cada CAPSi, cabendo ao CAPSi CARIM desde então os territórios Rebouças e Arpoador da AP 2.1 e seguindo-se a responsabilidade pela demanda da AP2.2.* A partir de julho de 2012, com a inauguração do CAPSi Visconde de Sabugosa, em Ramos, deixamos de receber novos casos da AP 3.1.

Um CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com agravos de natureza psicossocial ou transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é o cuidado em saúde mental da população de sua área de abrangência, direta, por meio do atendimento clínico, ou indiretamente, através de sua articulação com a rede de cuidados. No tratamento de seus usuários, lhe compete realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, inserção escolar, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

O CAPSi, CARIM é um serviço regulamentado pela portaria 336 como um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria além dos portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição de vulnerabilidade estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais, ou seja, situações clínicas de maior complexidade, que exijam maior intensividade e maior articulação de recursos na assistência. Estão aí compreendidos, entre outros, casos de uso abusivo de drogas e álcool. A experiência acumulada em serviços que já funcionavam segundo a lógica da atenção diária indica que ampliam-se as possibilidades do tratamento para crianças e adolescentes quando o atendimento tem início o mais cedo possível, devendo, portanto, os CAPSi estabelecerem as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil. Hoje temos em tratamento efetivo no CARIM cerca de 207 crianças e jovens cadastrados, frequentando regularmente alguma das modalidades de acolhimento que serão a seguir mencionadas.

Os profissionais técnicos de nível superior que atuam no CARIM são, por categoria, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, pedagogos e terapeuta ocupacional. Temos também auxiliar de enfermagem e contamos com a equipe de apoio.

ATIVIDADES DE FORMAÇÃO

Além do componente propriamente assistencial, o CAPSi CARIM tem a missão de formar profissionais para o trabalho na rede pública de saúde mental, em consonância com os princípios que regem atualmente a política brasileira de saúde mental, particularmente no que diz respeito à atenção às crianças e aos jovens. O CARIM representa o compromisso da Universidade com o Sistema Único de Saúde tanto na assistência quanto no ensino e pesquisa em saúde mental infantil e juvenil.

Portanto, o CAPSi CARIM promove ações regulares visando formar profissionais para a Rede de Saúde Mental Infanto-Juvenil. É campo de formação para profissionais em residência multiprofissional em saúde mental, residência médica em

psiquiatria, estagiários de nível de graduação universitária, assim como para especializando do Curso Atenção Psicossocial na Infância e na Adolescência. Este curso, pautado na Clínica da Saúde Mental em articulação com os princípios das Políticas Públicas da Saúde Mental Infante-Juvenil, iniciou em 2010, e trata-se de uma parceria CAPSi CARIM com o NUPPSAM (Núcleo de Políticas Públicas de Saúde Mental) do IPUB/UFRJ.

As práticas realizadas pelos alunos, residentes e estagiários são, a princípio, observação dos dispositivos clínicos coletivos, grupos de pais e atendimentos de porta de entrada, passando gradualmente a realizar acompanhados e depois, sozinhos, sempre sob supervisão, estas atividades, bem como os atendimentos individuais aos usuários e aos familiares, além da participação nas ações intersetoriais necessárias aos casos atendidos.

Além da supervisão clínico-institucional, para toda equipe em conjunto, existe o espaço semanal de supervisão em minigrupos para os membros da equipe que estão em formação (estagiários, residentes e especializando).

O FUNCIONAMENTO DO CAPSi CARIM

A Porta de Entrada:

O CARIM funciona com porta de entrada aberta todos os dias da semana, manhãs e tardes. Todos os que procuram o CARIM são acolhidos no mesmo dia, sem necessidade de marcação prévia, e sem restrição numérica para atendimentos diários de primeira vez. A cada turno há um profissional de referência, responsável pelo acolhimento da porta de entrada. Também os alunos, sejam eles residentes, especializando ou estagiários, participam desse processo, sob acompanhamento e/ou supervisão de um profissional da equipe. O trabalho de porta de entrada é clínico e visa realizar o acolhimento ao paciente, produzindo por meio deste trabalho, o efetivo acesso ao SUS e à rede de cuidados. Para tal processo é necessária uma avaliação do caso, tanto do ponto de vista do diagnóstico clínico, como do *diagnóstico de situação*, isto é, o contexto de vida do paciente e da demanda dirigida ao serviço

O acolhimento tem na escuta um fator fundamental. Não podemos a priori, antes de qualquer escuta, decidir que o caso é ou não é indicado para o nosso serviço e assim enviar o usuário para outro, pois é preciso que todo aquele que procure o serviço seja acolhido, qualquer situação que se apresente em um primeiro momento podendo revelar-se outra após o efeito da escuta preliminar. A escuta deve ser operada de tal modo que se possa garantir que nenhuma condição prévia, nenhum pré-conceito deve prevalecer sobre aquilo que o sujeito traz consigo – seja em sua fala, quando há, em seus atos, em sua posição na relação com aquele que o recebe e escuta, em relação ao seu sofrimento.

O acolhimento, a avaliação e o encaminhamento dos casos de porta de entrada constituem um trabalho clínico de fundamental importância no CARIM, preliminar ao tratamento propriamente dito e necessário para que a adesão seja bem sucedida. No caso

de ser indicado, a partir de nossa avaliação, outro serviço de saúde mental ou outro tipo de atendimento, o CARIM se implica na busca e no diálogo com o outro dispositivo, responsabilizando-se pela consecução do encaminhamento até que este se complete.

A construção da rede de cuidados em conjunto com os demais serviços e equipamentos do território é contínua e faz parte da própria assistência; a noção de território sustenta tanto a inclusão no próprio CAPSi quanto o encaminhamento para outro serviço, e é compreendida como algo além de espaço geográfico, englobando as referências pessoais, subjetivas e institucionais que marcam a experiência do sujeito; a ação intersetorial no cuidado considera que a clínica se amplia não só com os outros dispositivos de saúde, mas por todas as instituições voltadas à atenção integral da criança/adolescente, particularmente com as redes de saúde geral, educação, justiça e assistência social. Todos estes princípios orientam o trabalho da porta de entrada e balizam os desdobramentos do trabalho.

A Clínica da Atenção Psicossocial:

O Projeto terapêutico do CAPSi CARIM caracteriza-se fundamentalmente por conceber o espaço e o tempo em que se desenvolvem suas atividades, ou seja, os vários turnos diurnos em que os pacientes permanecem na unidade, organizados por faixas etárias, como um *dispositivo clínico COLETIVO em extensão*, ou seja, todo o tempo em que os pacientes permanecem no CAPSi, e todos os espaços físicos em que estejam, são concebidos como *clínicos*, não havendo nada que fique de fora do *caráter clínico* de nosso trabalho, nem mesmo as intervenções que concernem a aspectos sociais da vida dos pacientes. Não há, assim, a dicotomia, às vezes presente na prática institucional de atenção à saúde mental, entre o momento da clínica (consulta, sessão ou similar) e os demais momentos (“convivência”, “interação social”, “oficinas de atividades”, concebidos geralmente como “não-clínicos”).

O trabalho em atenção diária e intensiva:

Os pacientes que são considerados de responsabilidade assistencial do CAPSi CARIM são atendidos segundo suas necessidades específicas. Ou seja, seu projeto terapêutico é individualizado e leva em conta suas peculiaridades. Este projeto terapêutico é construído com o paciente e sua família, e discutido em equipe. A equipe do CAPSi participa de todo este processo, através de diferentes modalidades de reuniões, onde também um técnico de referência é escolhido para o acompanhamento sistemático do caso. Ao longo do tempo esse projeto é reavaliado e, se indicado, refeito conforme as necessidades clínicas do caso. No caso de crianças e adolescentes em acolhimento institucional, esse projeto é discutido e transmitido, sempre que possível e da melhor forma possível, para a equipe técnica do abrigo responsável pelo caso.

Dispositivos Clínicos:

De acordo com a necessidade de cada caso, o CARIM oferta diferentes modalidades de recursos clínicos e psicossociais, pautados tanto nos aspectos mais formais do tratamento como na extensão psicossocial própria à política nacional de

saúde mental. Cabe ressaltar que dispositivos clínicos podem ser criados se assim exigir a clínica do caso, como já o foram em algumas situações.

O Dispositivo Clínico Ampliado é voltado principalmente para clientela de graves transtornos mentais, como por exemplo autismos ou psicoses infantis, também chamado de *dispositivo coletivo*, de crianças ou de adolescentes, conforme a faixa etária em questão. Sua dinâmica envolve a presença de muitas crianças (ou adolescentes) e muitos técnicos, a um só tempo, num mesmo espaço de circulação no serviço. Este dispositivo se operacionaliza por turnos de atenção, divididos por faixa etária, cada um dos quais é seguido de uma reunião da miniequipe. O dispositivo adotado deve sempre ser concebido em função do modo de funcionamento dos sujeitos que constituem a clientela do serviço: nosso referencial clínico é a psicanálise, que não é, como se costuma pensar, uma prática individual. Isso permite conceber um dispositivo coletivo como fundamentado na psicanálise, desde que este coletivo não se confunda com o grupo. Um grupo se baseia em um traço único, identificatório e distintivo daquele grupo. Um coletivo apresenta-se em desordem aparente, no qual cada um se encontra em seu próprio movimento, sem unidade, cuja ordem só vai aparecendo ou definindo-se no tempo, a partir de certas incidências que aí, porventura, venham a operar. O coletivo é mais afeito à psicose do que o grupo e, nele, as condições de surgimento dos fenômenos representativos do sujeito são muito mais favorecidas, sendo então trabalhados em sua singularidade.

Outros dispositivos são: *Oficinas terapêuticas*, no momento, em sua maioria, voltada para a clientela adolescente, que, mesmo com transtornos mentais graves, em muitos casos se mostram mais voltados para o laço social do que as crianças atendidas no CAPSi ou em alguns casos até mesmo do que eles próprios quando crianças. Requerem, assim, em muitos casos, atividades de mediação para a construção de seu percurso singular (Oficina do Salão de Beleza, de percussão, de Informática, da Cidade, de Expressão, Vídeo, artes e artesanato, jardinagem), sendo propostas e/ou reorientadas em acordo com os indicadores da clínica psicossocial de cada um. Há também o *Almoço Terapêutico para os adolescentes*, e o *Lanche Terapêutico*, vinculados ao atendimento coletivo de crianças ou de adolescentes, cuja finalidade não é a ingestão alimentar em si, mas a oferta de um espaço clínico, onde usuários e técnicos podem interagir, visando ampliação de laços e referenciais sociais. A alimentação dos pacientes do CAPSi é fornecida diariamente pelo IPUB, e ocorre no refeitório do próprio CARIM, quer sejam os lanches ou os almoços. Temos ainda atendimentos individuais médicos, psicológicos e demais; Atendimento de Enfermagem.

O acolhimento diário é também uma modalidade clínica, que visa, por meio da permanência no serviço, sempre acompanhado de um ou mais técnicos, a criação de vínculo no CAPSi, em que este se constitui como uma possibilidade de ancoragem, de referência estável e segura, possibilitando o afastamento de situações de risco ou de conflito que possam levar a uma ruptura do laço social. No caso de adolescentes psicóticos ou autistas, esse afastamento do espaço familiar é em certos momentos necessário para que mudanças nessa relação possam acontecer, inclusive no âmbito

extra-lar. Mais especificamente no caso de meninos e meninas em situação de rua ou dela oriundos, ainda que já vivendo em serviços de acolhimento institucional, vemos que, a partir desse lugar de referência forjado no CAPSi, pode-se operar clinicamente outras possibilidades de estar no mundo, além do CAPSi, e de fazer da circulação pelo espaço da rua uma positividade, um recurso, que não engendre riscos e atos autodestrutivos, criando a possibilidade interrupção da *repetição da ruptura* como único recurso frente às dificuldades, que caracteriza na maioria das vezes a dinâmica dessas crianças e adolescentes.

Há também os *Grupos de Familiares*, atividade regular que ocorre diariamente, geralmente simultânea aos atendimentos coletivos ou oficinas; *Almoço de Familiares*, de frequência semanal; Atendimentos individuais aos familiares pelo técnico de referência do caso ou por outro profissional em que tal se verifique necessário, seja por uma demanda específica do âmbito da especialidade do profissional, seja por alguma circunstância específica. Vale ressaltar que todos os atendimentos e intervenções junto à criança, ao adolescente ou à família têm por referência a direção clínica estabelecida no projeto terapêutico e são discutidas em equipe, mesmo que posteriormente, e remetidas ao técnico de referência.

O CAPSi CARIM realiza *Visitas Domiciliares* regulares para alguns casos, de modo a viabilizar o acesso ao tratamento, e visitas domiciliares necessárias em momentos específicos para determinados casos. No presente momento há um caso em que a adolescente é buscada em casa regularmente ao longo da semana com transporte, que é disponibilizado pelo IPUB. São realizadas também demais ações pertinentes a um dispositivo de atenção diária intensiva e voltado para a ampliação dos laços sociais possíveis a cada um de seus usuários.

Terapia Medicamentosa:

Caso seja indicado tratamento medicamentoso, o IPUB dispensa os psicofármacos presentes na grade de sua Farmácia.

No *acompanhamento das Internações*, o CAPSi CARIM acompanha regularmente os pacientes dos territórios de sua responsabilidade que venham a precisar deste recurso, e partilha do processo junto com a equipe hospitalar responsável diretamente. Até o momento, as internações são feitas em hospital psiquiátrico, no Instituto Municipal Philippe Pinel, conforme orientação da coordenação de saúde mental da cidade. Assim, todas as internações de crianças e adolescentes que residam na AP 2.2 e nos territórios Rebouças e Arpoador, da AP 2.1, que ocorrem no IMPP devem ser acompanhados pelo CAPSi CARIM. A equipe do CAPSi CARIM acompanha os pacientes e familiares quando da internação ou ida à emergência indicada pelo CAPSi e busca se fazer presente tão logo tenha conhecimento de situação de emergência ou internação de crianças e adolescentes que já estejam em tratamento no CAPSi ou que residam em nossos territórios de responsabilidade. Cabe à equipe do IMPP, seja da emergência, seja de seguimento responsável por aquele território, ou seja o psiquiatra

infantil, acionar o CAPSi nesses casos tão logo eles deem entrada no IMPP. As reuniões entre as equipes dos dois serviços se dão a partir da situação de internação, e ao longo da mesma também o CAPSi participa do estabelecimento da direção clínica dos casos até o momento da alta, conduzida pela equipe do IMPP.

Dispositivos Intersetoriais:

Integra o conjunto das ações psicossociais e clínicas do CARIM a realização de atividades com os equipamentos do território dos pacientes que tenham, por qualquer razão, inserção em suas vidas. Desta forma, há alguns anos, vem ocorrendo reuniões com serviços do tipo abrigos, outras tipologias de CAPS, equipes de saúde da família, CRAS, CREAS, Conselhos Tutelares, Promotorias, Vara da Infância, Ambulatórios de Saúde Mental, rede de saúde geral, rede de serviços especializados de saúde, como a neurologia; e com outros equipamentos que por ventura insiram-se como significativos para uma criança ou adolescente. De modo mais sistemático, a dinâmica de funcionamento do CARIM exigiu o estabelecimento de reuniões mensais com a educação do município do Rio de Janeiro, particularmente com a Equipe da Educação Especial (Instituto Helena Antipoff) e o com o PROINAPE (Programa Interdisciplinar de Apoio às Escolas Municipais do Rio de Janeiro), que dão suporte à 2ª CRE/SME-RJ (abrange Zona Sul e Tijuca- Vila Isabel e adjacências). Os dispositivos intersetoriais inerentes, e necessários, à sustentabilidade da dinâmica quotidiana do CARIM deverão ser expandidos, adquirindo a maior abrangência possível de seu mandato territorial. Está em curso o processo, em parceria com o PROINAPE de realizações de reuniões separadas por territórios da AP 2.1, a saber, Arpoador e Rebouças, com as unidades da rede escolar, e com unidades da rede de saúde com profissionais da saúde mental e da atenção básica, aproximando-se atenção psicossocial e educação no cuidado das crianças e adolescentes dessa região.

Gestão de demanda e das necessidades em saúde mental infantil no território:

Em consonância com a base normativa que instituiu os CAPSi como serviços estratégicos para a implantação de uma rede pública ampliada de atenção nas cidades de grande e médio porte do país (PT 336/02), e em acordo com as diretrizes de gestão da cidade e do estado do Rio, o CAPSi CARIM participa regularmente das instâncias colegiadas de gestão em saúde mental. Desta forma, membros da equipe do CAPSi estão presentes nos Fóruns de Saúde Mental das APs 2.1, e 2.2 – todas integrantes das áreas de cobertura do serviço, conforme solicitação da coordenação de SM local. Desde agosto de 2014, está em implantação um colegiado formado pelos CAPSi CARIM, CAPSi Maurício de Souza, CAPS- Ad Centra-Rio, CAPS III Maria do Socorro, CAPS UERJ, CAPS Ad Mané Garrincha, CAIS do IMPP, ou seja, os CAPS da AP 2.1 e 2.2 da RAPS Centro-Sul. Ainda há presença no Fórum Estadual de Saúde Mental Infanto-Juvenil (GSM/SESDEC), no Fórum Estadual de Álcool e outras Drogas GSM/SESDEC).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ELIA, L. et al. Impactos da política e saúde mental infanto-juvenil na clínica do autismo praticada em rede territorial de cuidado do Rio de Janeiro: diretrizes das políticas públicas e estrutura do dispositivo clínico. In: RIBEIRO, E.L.; TANAKA, O. Y. **Atenção em Saúde Mental para Crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo : Hucitec, 2010.

JACÓ- VILELA, A. M. et al. Clínica de Orientação Infantil do IPUB: um olhar sobre a participação feminina na constituição dos saberes e práticas psi no Brasil. In: Anais do Congresso da ABRAPSO, 2011. Disponível em <www.abrapso.org.br/siteprincipal/imagens/Anais_XVENABRAPSO/> . Acesso em Julho/2014.

SAGGESE, E.; LEITE, L. (Org.) **Da clínica à reabilitação psicossocial: Manual de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes**. Rio de Janeiro, UFRJ/IPUB, 2011. Disponível em <www.ipub.ufrj.br/portal/cadernos-ipub>. Acesso em julho/2014.

O Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - SPIA IPUB (2010-2014)

Edson Saggese⁶¹; Diana Dadoorian⁶²; Leila Ribeiro⁶³; Juliana Kalaf⁶⁴; Heloisa Brasil⁶⁵

O Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (SPIA/IPUB/UFRJ) comemorou em 2013 os sessenta anos da fundação da Clínica de Orientação Infantil (COI) de onde se originou. Também compõe a sua história a fusão com o Setor de Adolescentes, inaugurado em 1977. Em 1997, ou seja, vinte anos depois, é criado o Centro de Atenção e Reabilitação da Infância e Mocidade – CARIM que englobou todos os cuidados em saúde mental com crianças e adolescentes no IPUB, incluindo um programa voltado para filhos de pacientes psiquiátricos- *Projeto Brincar*- e um centro de atenção psicossocial segundo os paradigmas da Reforma Psiquiátrica. Em 2004, a parte ambulatorial da assistência infanto-juvenil do IPUB passa a compor o Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SPIA) e o CARIM permanece como um centro de atenção psicossocial.

A assistência ambulatorial do SPIA é realizada pelo staff (médicos e psicólogos) e, sob supervisão, pelos alunos do Curso de Especialização em Psiquiatria e Psicanálise com Crianças e Adolescentes, por residentes (R2, R3 e R4) do IPUB e por residentes e estagiários de graduação de órgãos conveniados com o IPUB. O SPIA visa fomentar os três vértices da atividade universitária, ou seja, prestar assistência de qualidade, ensinar com qualificação e promover pesquisa integrada à assistência e ensino.

O Curso de Especialização do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

As intervenções que visam cuidar da saúde mental de crianças e adolescentes enfrentam o desafio de lidar com um objeto complexo. Desta forma, no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (SPIA), estudo e a pesquisa sobre a especificidade do trabalho com crianças e adolescentes se articulam com as práticas clínicas desenvolvidas no serviço. Fruto dessa relação entre a assistência e a pesquisa, assim como do desejo de divulgar e aprofundar os conhecimentos adquiridos nesta área, foi criado o nosso curso de especialização.

⁶¹ Professor da UFRJ. Psiquiatra

⁶² Psicóloga do IPUB/UFRJ. Coordenadora adjunta do Curso de Especialização em Psiquiatria e Psicanálise com crianças e adolescentes do IPUB/UFRJ.

⁶³ Professora da UFRJ. Psicóloga

⁶⁴ Psiquiatra do IPUB/UFRJ

⁶⁵ Psiquiatra do IPUB/UFRJ. Coordenadora do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SPIA/IPUB/UFR)

O curso de pós graduação *lato sensu* do SPIA/IPUB possui a consistência de 37 anos de existência e se mantém até hoje como um curso de excelência na área da infância e da adolescência, com grande procura de alunos oriundos de diversos estados brasileiros. Atualmente, o curso se intitula *Curso de Especialização em Psiquiatria e Psicanálise com Crianças e Adolescentes*, sob a coordenação da psicóloga e psicanalista Diana Dadoorian e do Prof^o. Edson Saggese.

A proposta do curso reúne a tradição de ensino na área do desenvolvimento e tratamento psicológico e psiquiátrico de crianças e adolescentes, numa abordagem transdisciplinar, com base no referencial teórico da psicanálise e com novos enfoques oriundos dos avanços na neurociência e da psiquiatria nessa faixa etária.

O objetivo desta especialização é fornecer uma boa formação teórica e intenso treinamento clínico para médicos e psicólogos, visando a formação de recursos capazes de trabalhar em equipe e aptos a compreender a necessidade de integrar aportes de diversos campos do conhecimento nos cuidados de crianças e adolescentes, permitindo que possam intervir de forma preventiva, terapêutica e reabilitativa no campo da saúde mental infanto-juvenil.

O curso tem duração de dois anos, com periodicidade anual e oferece aulas teóricas e prática clínica supervisionada. Cada turma tem em média dez alunos. Além das atividades teóricas, o aluno participa de duas equipes, uma voltada para a clínica com crianças e outra, para a clínica com adolescentes. Como trabalho de conclusão do curso o aluno elabora uma monografia, acompanhado de orientador. Os especializandos também participam da Sessão Clínica Geral e do Centro de Estudos do IPUB.

Os especializandos são distribuídos em equipes clínicas relacionadas aos programas e linhas de pesquisa do curso, como descritos a seguir: *Psicanálise da Criança e do Adolescente*, sob a coordenação da psicanalista Diana Dadoorian, PhD; *Clínica Psiquiátrica na Infância e Programa de Porta de Entrada (PROPEN)*, coordenado pela psiquiatra Heloisa Helena Alves Brasil, PhD; *Intervenções Clínicas na Adolescência, Psicanálise e Psiquiatria*, coordenado pelo Prof^o. Edson Saggese, PhD e o de *Violência Doméstica e Psicanálise*, coordenado pela prof^a. Leila Ribeiro, PhD.

Muitos dos nossos alunos, após a conclusão do curso, trabalham em serviços públicos na área da saúde, da educação e da justiça, especializados no atendimento a crianças e adolescentes. Outros seguem a carreira docente. A monografia realizada pelos especializandos do curso também serve de base para futuros projetos de pesquisa em cursos de mestrado e doutorado de renome nacional. O curso também incentiva a produção científica dos seus alunos e alguns especializandos publicam artigos científicos em conjunto com seus professores em periódicos indexados, assim como, participam de simpósios e congressos divulgando os trabalhos desenvolvidos neste curso de especialização.

Programa de Clínica Psiquiátrica na Infância

Esse programa tem como referência as supervisões clínicas semanais dos pacientes atendidos, em ambulatório, pelos alunos médicos do Curso de Especialização em Psiquiatria e Psicanálise com Crianças e Adolescentes do IPB/UFRJ e por residentes de psiquiatria (R3 e R4). Os alunos desse programa participam de um grupo de estudo semanal onde são apresentados e discutidos artigos científicos que são associados aos casos clínicos além de aulas teóricas.

O objetivo desse programa é preparar o aluno para conduzir uma avaliação psiquiátrica de crianças levando em conta os aspectos biológicos, cognitivos, emocionais e psicossociais para formular um diagnóstico multidimensional, realizar o diagnóstico diferencial e conduzir o tratamento psicofarmacológico quando indicado. Também são trabalhados os aspectos da dinâmica familiar bem como de fatores escolares que possam estar interferindo na evolução do quadro clínico do paciente. Esse programa trabalha, comumente, em parceria com os demais programas associados ao Curso de Especialização em Psiquiatria e Psicanálise com Crianças e Adolescentes

Programa de Porta de Entrada (PROPEN)

O ambulatório do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (SPIA/IPUB/UFRJ) possui um Programa de Porta de Entrada (PROPEN) para realizar a recepção e triagem de crianças e adolescentes até dezoito anos incompletos, trazidos por seus responsáveis, seja por demanda espontânea ou encaminhamentos oriundos de outras unidades da área de saúde, da rede escolar, conselho tutelar ou da Justiça. O PROPEN funciona de segunda a sexta-feira, no período da manhã, e são realizados até três atendimentos ao dia. O número de triagens realizadas anualmente gira em torno de 350-400 atendimentos de crianças e adolescentes.

A triagem é uma etapa fundamental para a clientela e para os profissionais que a realiza. Por ser um ambulatório universitário, a triagem é realizada por alunos do Curso de Especialização vinculado ao Serviço e por residentes de psiquiatria (R2, R3 e R4) sob supervisão clínica da coordenadora e do staff clínico do Serviço. Ela consiste numa primeira entrevista com pais/responsáveis, sendo necessária a presença da criança/adolescente para obter informações sobre a origem do encaminhamento, queixa principal, história sumária do problema e dados sócio familiares. Todas as entrevistas são apresentadas e discutidas com o coordenador para se definir a melhor condução do caso. A formação do aluno inclui a participação em reuniões clínicas para estudo dos casos, discussão de artigos científicos e grupos de estudos que visam o reforço do aporte teórico.

Sempre que possível, procura-se atender a demanda por atendimento psiquiátrico independente da área programática de moradia do paciente, face a carência de

psiquiatras da infância e adolescência na cidade do Rio de Janeiro. A oferta de atendimento psicoterápico está condicionada à área de moradia do paciente, segundo a área programática (AP2 Sul), e vagas nos programas existentes.

Os casos elegíveis são encaminhados aos programas e modalidades de atendimentos oferecidos pelo SPIA (psicoterapia individual e ou psicofarmacoterapia). Se não elegível ou não houver vaga no programa específico, são feitas as orientações e encaminhamento externo, por escrito, a uma instituição de referência.

Como atividade acadêmica, o PROPEN propicia aos alunos médicos e psicólogos a rara oportunidade de tomar contato com um amplo espectro da psicopatologia infanto-juvenil, que de outro modo não veriam. E o treinamento para detectá-las a partir da investigação e identificação de aspectos disfuncionais biológicos, emocionais, familiares e sociais da criança/adolescente. Como atividade assistencial, ela oferece à população um trabalho de qualidade. E, no campo da pesquisa, possibilita a identificação do perfil da clientela, de situações de risco, de problemas de saúde mental e de transtornos mentais propriamente ditos, assim como a indicação terapêutica mais adequada.

O perfil da clientela é elaborado a partir da coleta de dados que é feita nas entrevistas de triagem (idade, sexo, escolaridade materna, queixas, origem do encaminhamento, entre outros) e constitui um importante banco de dados. Este é utilizado para fins de treinamento, estudos e pesquisas que mobilizem intervenções mais precisas e eficazes junto à ampla rede de atenção aos cuidados e assistência à crianças e adolescentes. Recentemente, foi criado o Grupo de Estudos em Neuropsicologia, em parceria com o IBMR. Esse grupo visa atender a demanda de avaliação neuropsicológica como etapa complementar da triagem ou da avaliação clínica. As atividades desse grupo está cadastrada no *Núcleo de Assistência Integrada a Pesquisa e ao Ensino – (NAIPE/CNPq)*.

Programa Psicanálise da Criança e do Adolescente (PPCA)

O *Programa Psicanálise da Criança e do Adolescente (PPCA)* foi criado em 2007 e as atividades do programa se orientam para o estudo da clínica psicanalítica com bebês, crianças e adolescentes, a partir de um referencial transdisciplinar. As questões da clínica são articuladas com os seguintes temas: a transmissão psíquica transgeracional; o desenvolvimento psíquico; a psicopatologia neonatal, infantil e da adolescência; as técnicas psicanalíticas com crianças e adolescentes; os modos psicoterápicos de intervenção precoce e, a gravidez na adolescência. As áreas de atuação do programa se referem ao ensino, assistência e pesquisa.

O PPCA é formado por alunos do curso de especialização em Psiquiatria e Psicanálise com Crianças e Adolescentes do IPUB/UFRJ, por estagiários de psicologia provenientes de instituições conveniadas com o IPUB e por pesquisadores nacionais e estrangeiros.

As atividades relacionadas ao ensino se referem à participação no curso de especialização em Psiquiatria e Psicanálise com Crianças e Adolescentes do IPUB/UFRJ, supervisões clínicas de alunos de graduação e de pós-graduação, orientação de monografia de pós-graduação. As monografias orientadas se articulam com as linhas de pesquisa do PPCA e com o trabalho clínico desenvolvido pelos alunos no SPIA/IPUB.

A assistência consiste em psicoterapia individual a crianças e adolescentes, com frequência semanal e atendimento aos pais e familiares dos pacientes. Os casos atendidos são encaminhados pelo PROPEN. As queixas apresentadas são variadas e se referem, em geral, a questões relacionadas a alterações no desenvolvimento psicomotor, na linguagem e na aprendizagem, a alterações no sono e na alimentação, agressividade, assim como, a dificuldades de relacionamento familiar e de interação social. O objetivo do programa é formar especialistas na área da infância e da adolescência com um olhar complexo sobre o paciente, estabelecendo um diálogo entre a psicanálise e outras áreas do saber.

Com relação a pesquisa, o PPCA possui duas linhas cadastradas no grupo de pesquisa: *A Clínica Contemporânea com Crianças e Adolescentes (CLICCAD/CNPq)*. A primeira se chama *Psicanálise da criança e do adolescente* e a segunda *Psicanálise, transdisciplinaridade e gravidez na adolescência*. Os alunos e pesquisadores do programa publicam artigos em periódicos indexados nacionais e internacionais e participam de simpósios e congressos nacionais e internacionais. Além da participação em bancas de pós-graduação. Nos últimos quatro anos, o PPCA publicou artigos em periódicos científicos no Brasil, na Argentina e na França, escreveu capítulos de livros publicados no Brasil e participou de eventos nacionais e internacionais no Brasil.

Dentre as pesquisas desenvolvidas pelo PPCA, cabe destacar o *Programa de atenção transgeracional a gravidez na adolescência*, pesquisa selecionada no Edital MCT/CNPq n°. 33/2008–Saúde Mental, do CNPq. Esta pesquisa foi realizada em parceria com a Maternidade Escola da UFRJ e com a Universidade Paris V, na França. O objetivo deste trabalho foi estudar, a partir de uma perspectiva transgeracional, as questões que envolvem a construção da maternidade na adolescência e sua repercussão na vida psíquica e social dessas mães adolescentes e de seus filhos, assim como, a influência da rede de apoio familiar e social na qualidade desta interação. Esta pesquisa visa também auxiliar na implantação de políticas públicas voltadas a esta população, ao indicar novos caminhos de análise sobre este tema, como outras possibilidades de trabalho com estas mães adolescentes e suas famílias.

As atividades de pesquisa do PPCA também incluem a parceria com o Grupo de Pesquisa em Clínica Psicanalítica da Infância e da Adolescência (GPCPIA), do IFF/FIOCRUZ, através da participação no projeto de pesquisa “Incidências dos fracassos do processo de separação na clínica psicanalítica da criança e do adolescente”, onde as especificidades da clínica psicanalítica com crianças e adolescentes nos dias de hoje é tema de estudo.

Programa Violência Doméstica e Psicanálise (VIDPSI)

O VIDPSI foi criado em 2001 com objetivo de desenvolver uma análise contemporânea do conjunto de elementos presentes na violência doméstica que envolve crianças, adolescentes e adultos. Suas atividades compreendem ensino, pesquisa, extensão e assistência, por meio de uma equipe formada por médicos e psicólogos; alunos de graduação e pós-graduação stricto e lato sensu; pesquisadores da UFRJ e de outras instituições públicas e privadas

As atividades de ensino consistem em supervisões clínicas, orientações na graduação e pós-graduação, grupos de estudos semanais: Introdução à Nova Psicanálise e Introdução à Clínica Freudiana: Leituras em Psicanálise; participação no curso de especialização em Psiquiatria e Psicanálise com Crianças e Adolescentes do IPUB/UFRJ e em seminários teóricos no grupo Violências, Comunicação e Saúde Mental do PROPSAM/IPUB/UFRJ.

As atividades de pesquisa do VIDPSI são realizadas por meio de sua linha cadastrada no Núcleo de Assistência Integrada a Pesquisa e ao Ensino – (NAIPE/CNPq) e da parceria com o grupo Violências, Comunicação e Saúde Mental do Programa de Pós-graduação Psiquiatria e Saúde Mental do IPUB/UFRJ que desenvolve o Projeto Adolescentes Saúde e Cultura (PASMEC) nas últimas décadas. O VIDPSI e o PASMEC acumularam uma importante experiência para lidar com violências que envolvem crianças, adolescentes e seus familiares e trabalham juntos para consolidá-la e disseminá-la. Além da participação em bancas de graduação e pós-graduação a equipe do VIDPSI participa de eventos nacionais e internacionais com apresentação de trabalhos no Brasil, Argentina, Uruguai e Portugal nestes últimos quatro anos.

As atividades de extensão incluem treinamentos, cursos de curta duração, capacitações e palestras voltadas a profissionais das áreas de saúde e educação, além da produção de material. Cabe destacar a participação na equipe de coordenação técnica que produziu a terceira edição do Guia Escolar: Métodos para Identificação de Sinais de Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes documento pioneiro na abordagem da questão da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, bem como do abuso sexual. O Guia Escolar apresenta uma metodologia inovadora para o trabalho com professores e destes com as crianças e adolescentes, no sentido de identificar, notificar e prevenir o abuso e a exploração sexual. O projeto foi financiado pelo MEC/SECADI, executado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em parceria com o IPUB/UFRJ, ONU Mulheres, Comitê Nacional de Enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes e a Secretaria dos Direitos Humanos. A partir desta produção foi desenvolvido o projeto “Abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes: o uso de uma tecnologia social na formação profissional e na promoção de uma cultura de direitos humanos”, financiado pela FAPERJ – Edital Prioridade Rio e executado em parceria com o Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa para a Infância e Adolescência Contemporâneas (NIPIAC/IP/UFRJ); Programa de Pós-Graduação em Educação, Contextos Contemporâneos e Demandas Populares - PPGEduc/UFRJ; Departamento Educação e Sociedade – IM/UFRJ; Departamento de Filosofia –

ICHS/UFRRJ; Departamento DTPE - Instituto de Educação/UFRRJ; Grupo de Pesquisa Observatório de Educação Especial e Inclusão escolar: práticas curriculares e processos de ensino e aprendizagem – IM/UFRRJ para a realização de sete edições do workshop no estado do Rio de Janeiro, para implementar o Guia Escolar: IPUB/UFRJ; IM/UFRRJ; Miguel Pereira/ RJ; Rio das Ostras/ RJ; UFF/ Niterói/RJ; Vassouras/RJ; São Gonçalo/RJ e a manutenção de um Ambiente Virtual de Aprendizagem/NCE/UFRJ que envolveu todos os participantes dos eventos presenciais ao longo de dois anos.

A assistência consiste em psicoterapia a crianças, adolescentes e seus familiares, encaminhados pelos conselhos tutelares, judiciário, hospitais, escolas ou por demanda de suas famílias. As principais queixas são de violência física, sexual, abandono, abuso psicológico, negligência e conflitos familiares. Associadas a elas aparecem queixa de dificuldades de aprendizagem, agressividade, agitação e problemas de relacionamento familiar e social. Os atendimentos são realizados em sessões semanais, individuais e a equipe tem capacidade para atender até 60 pessoas por vez. As questões surgidas na clínica com crianças, adolescentes e adultos em situação de violência doméstica servem de subsídios para articulações nas pesquisas, atividades de extensão e de ensino realizadas pelo VIDPSI.

Programa Proadolescer

O Programa Ambulatorial para Adolescentes de Risco (Proadolescer) é um projeto de atenção aos adolescentes em grave sofrimento psíquico. Emprega um conjunto de cuidados que inclui a psicanálise, a psicofarmacoterapia, a terapia de família e a atenção aos aspectos reabilitativos e sociais. Diferente das intervenções usuais, esses recursos são empregados de forma integrada, visando impedir a entrada desses jovens num processo de cronificação que os conduza a uma carreira de doentes mentais, excluindo-os dos processos comuns de sociabilidade.

O Proadolescer foi criado há 20 anos no Serviço Infanto-Juvenil do Instituto de Psiquiatria da UFRJ pelo Prof^o Edson Saggese, que aproveitou a experiência no atendimento ambulatorial de situações graves, envolvendo adolescentes e suas famílias, para propor uma ação específica para intervenções nessa faixa etária. O Programa está voltado, preferencialmente, à população carente de recursos assistenciais eficazes e apresenta altos níveis de adesão dos pacientes ao tratamento.

Apesar da implantação no SUS, nos últimos anos, de Centros de Atenção para Infância e Adolescência, a rede pública continua carente de estratégias eficazes para cuidar de adolescentes em grave sofrimento psíquico. Neste sentido, a experiência do Proadolescer constitui uma opção para políticas públicas de saúde mental infanto-juvenil.

O Proadolescer recebeu, em 2010, uma encomenda da FINEP (Financiadora de Estudos e Projetos, vinculada ao Ministério da Ciência e Tecnologia) para partilhar,

junto a unidades da rede pública de saúde mental, sua experiência de vinte anos nos cuidados de adolescentes em sofrimento psíquico. A escolha do município onde seria desenvolvida a pesquisa recaiu sobre Niterói, cuja rede de saúde mental já apresentava um trabalho bem estruturado e tinha interesse em colaborar com projetos que permitissem o desenvolvimento de novas estratégias de cuidados para adolescentes.

Ao longo de três anos, pesquisadores do Proadolescer se inseriram em diferentes dispositivos da rede de Niterói envolvidos com a assistência de adolescentes: o Serviço de Internação de Adolescentes e Crianças (SIAC) e o Serviço de Recepção e Intercorrência (SRI), ambos no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), o CAPSi Monteiro Lobato, os ambulatórios de saúde mental do HPJ e das policlínicas Carlos Antônio da Silva e Sérgio Arouca, sem falar em reuniões, fóruns e outros espaços onde os desafios da clínica com adolescentes se colocavam em discussão.

Ao final da pesquisa avaliamos positivamente a capacidade da pesquisa de sensibilizar profissionais de diversas áreas ligadas ao trabalho com jovens, no município de Niterói, quanto às questões de saúde mental dos adolescentes e suas famílias, apontando para o potencial de difusão de nossas estratégias de cuidados. A difusão em três ambulatórios da rede de saúde mental de Niterói da estratégia do Proadolescer para a recepção, o tratamento e a reabilitação de adolescentes com transtornos mentais abre a possibilidade de fazer funcionar as premissas do projeto dentro de ambulatórios de saúde mental voltados a adultos, crianças e adolescentes, contribuindo para apresentar soluções viáveis para a carência de assistência a adolescentes que encontramos na realidade brasileira. O uso do regime ambulatorial ampliado, dentro das características desenvolvidas pelo Proadolescer, poderia constituir uma opção, inclusive para o atendimento de casos graves na adolescência. A capacitação de recursos humanos para lidar com adolescentes em grave sofrimento psíquico mostrou-se viável, com o uso de estratégias combinando supervisões diretas, atendimentos clínicos em parceria, seminários e divulgação tanto por meios tradicionais, como livros, quanto por mecanismos de mídia eletrônica e redes sociais (um site ao qual se ligavam um blog e uma conta no Facebook).

Acreditamos no potencial de transferência desses resultados a qualquer rede municipal de saúde mental que esteja disposta a enfrentar as dificuldades inerentes à clínica com adolescentes – dificuldades estas que, conforme demonstramos, representam desafios nos mais diversos níveis, do trabalho cotidiano das equipes na assistência às decisões estratégicas de responsabilidade dos gestores da saúde mental.

PROJAD: Subjetividades, Drogas e Múltiplas Abordagens

Marcelo Santos Cruz⁶⁶ e Viviane Tinoco Martins⁶⁷

Extravio

“Riscar o papel,
não o corpo. Este já vai assim
por um triz, na vida”. (Rosa, 2013:49)

Desde o seu início de atuação, o PROJAD se depara com impasses que exigem a construção coletiva de estratégias inovadoras para a qualificação da clínica dirigida a usuários de álcool e outras drogas. Para falar de impasses e estratégias nesta clínica, é preciso que antes se defina o referencial que a norteia. Entre os nortes da atuação do PROJAD está a compreensão da relevância da rede de atenção (CRUZ E FERREIRA, 2007) e da abordagem multidisciplinar (anexo 1) e de redução de danos (CRUZ, 2006). Também é um fundamento da nossa clínica o entendimento de que as pessoas que atendemos não se reduzem à sua relação com as drogas. Através das narrativas dirigidas aos técnicos e alunos, é possível apreender a função que o uso de drogas desempenha para cada sujeito.

Consideramos que nossa prática clínica, de ensino e pesquisa é fundamentada também por uma compreensão multifacetada do consumo de drogas. Tal compreensão é consonante com a orientação de Olievenstein (1982) que destaca a delicadeza do encontro entre um sujeito, uma determinada droga e um contexto sociocultural específico, para destacar a singularidade das toxicomanias. Assim não é possível reduzir ao papel da drogas e seus efeitos farmacológicos na constituição das múltiplas relações de dependências que se estabelecem com objetos variados, tais como as compulsões por drogas, sexo, compras e jogos.

Uma vez que não localizamos nosso foco de intervenção na droga e na universalidade dos fenômenos clínicos relativos a dependência, intoxicação e abstinência, mas nos dirigimos, através dos caminhos da fala, ao particular do caso clínico, é necessário que possamos dispor de flexibilidade na direção do tratamento. Esta disposição flexível para o encontro clínico com pessoas com problemas relativos ao uso de drogas, somente é possível, na medida em que levamos em consideração as diversas formas de constituição da subjetividade na pós-modernidade.

⁶⁶ Psiquiatra, coordenador do PROJAD IPUB

⁶⁷ Psicóloga do PROJAD IPUB

Escapar da armadilha de cristalizar as identificações restritas ao âmbito do consumo de drogas implica em um posicionamento ético na condução de cada caso clínico e nos espaços de coletividade do serviço. Assim é preciso construir elos, elementos de ligação entre o PROJAD e a comunidade, o território humano de pertencimento de cada paciente. Trata-se de estabelecer trocas com os espaços de sociabilidade, bem como com os circuitos culturais da cidade. A constituição de zonas de permeabilidade entre o dentro e o fora da instituição permite construir novas vias identificatórias e evitar a segregação que recrudesce a condição de exclusão social da população usuária de drogas.

Cruz e Ferreira em um artigo, no qual discutem os determinantes sócio-culturais relativos ao uso de álcool e outras drogas, tecem considerações acerca da prevalência do consumo, traço fundamental da contemporaneidade e destacam que “a frustrante busca pelo consumo ilimitado prometido pelo mercado (legal ou ilegal) produz insatisfação e a sensação de ser falho ou incapaz” (CRUZ, 2001, p. 99). Nessa passagem fica claro que o objeto droga na contemporaneidade entra na série dos bens de consumo que são oferecidos em excesso pelo mercado (MARTINS, 2009:53).

Outro aspecto fundamental que tem que ser considerado no desenvolvimento de ações dirigidas para as pessoas que usam drogas é considerar a sua diversidade. Embora muitas vezes se possa perceber que pessoas que têm graves problemas com drogas podem ter certas características e comportamentos semelhantes entre si, cada uma delas é diferente. Essa diversidade é ainda mais evidente quando consideramos todas as pessoas que usam ou já usaram qualquer tipo de droga de formas distintas. As diversas formas de uso de álcool são um bom exemplo disso. Há pessoas que têm problemas gravíssimos com o álcool, não conseguem controlar este uso, podem perder bens materiais e até a própria vida. Outras, a maioria, usam o álcool sem problemas, muitas durante uma vida longa em que este uso é apenas um elemento de celebração e sociabilidade. Mas não apenas a forma de usar drogas é singular: cada pessoa tem características biológicas e psicossociais distintas, uma história de vida que é só dela e vive em grupos de familiares, amigos, vizinhos, ou seja, em múltiplos contextos sociais e culturais. Mesmo as pessoas que são dependentes de uma substância, muitas vezes, têm formas de usar e trajetórias muito particulares.

Desconhecer esta diversidade pode provocar visões equivocadas em que se generaliza uma experiência particular para o coletivo de todas as pessoas que usam drogas. Talvez seja este um dos motivos para a existência de formas tão discordantes de compreender e propor ações para os problemas com as drogas. As experiências de quem (profissionais, familiares) convive com pessoas com quadros graves de dependência de drogas são muito diversas daquelas experiências relatadas pelos que convivem socialmente ou que trabalham com sujeitos que fazem uso não problemático de drogas (CRUZ, 2014).

É em função desta diversidade que é necessário que haja uma multiplicidade de recursos sociais e de saúde articulados em rede que podem contribuir muito em atividades de promoção, prevenção, tratamento e reinserção social para pessoas que usam drogas.

Considerando estes nortes, o Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas – PROJAD – do Instituto de Psiquiatria da UFRJ desenvolve suas atividades de ensino, pesquisa e assistência a pessoas com problemas com álcool e outras drogas desde o início de suas atividades em 1996. O presente artigo tem um caráter descritivo da atuação do PROJAD no período compreendido entre 2010 e 2014.

Assistência

O PROJAD atende pessoas com problemas com álcool e outras drogas e seus familiares. Também atendemos pessoas com outros comportamentos compulsivos, como o jogo patológico, compras e sexo compulsivo. A ênfase do atendimento é dada na atenção extra-hospitalar e a construção do cuidado se desenvolve a partir de abordagem multidisciplinar, tomando como princípios os fundamentos da reforma psiquiátrica brasileira e as estratégias de Redução de Danos. Os usuários são assistidos em atendimento médico e psicoterápico individual ou em grupo, com uma multiplicidade de orientações psicodinâmicas, incluindo a psicanálise e mais recentemente a abordagem cognitivo-comportamental. Tal multiplicidade aponta para o lugar que o PROJAD dá à diversidade e a uma abordagem multidisciplinar. As atividades de grupos incluem os grupos terapêuticos, de avaliação da demanda e de acolhimento, motivacional, grupo de mulheres e de inserção no trabalho. Os familiares são atendidos em parceria com o Setor de Terapia de Família do IPUB. Quando indicado, os usuários também podem participar de oficinas terapêuticas que são realizadas no Centro de Convivência do PROJAD. Atualmente, estão em funcionamento as oficinas de Fotografia, Mosaico, Culinária, Desata-nós (tricô, crochê e outras técnicas com linhas), Música, Comunicação e Yoga.

Atividades de Assistência Social

Efetivamente inserido no PROJAD a partir do ano de 2010, o Serviço Social busca atender as demandas, contribuindo e participando nas atividades da Assistência, Ensino e Pesquisa. O Serviço Social atua diretamente nas atividades assistenciais do PROJAD que vão desde o acolhimento das demandas ao serviço ao acompanhamento intra-institucional e intersetorial. Estas atividades incluem a assistência e orientação de usuários no que se refere aos seus direitos sociais e, principalmente, a integração com a rede.

No campo da pesquisa o Serviço Social do PROJAD desenvolve estudos sobre a abordagem de Gerenciamento de Casos para pacientes com problemas com drogas.

Projeto de Tratamento do Tabagismo

O Grupo para Tabagistas existe no IPUB desde 1999. O tratamento é baseado nas diretrizes do Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS. O IPUB, por tratar-se de uma instituição psiquiátrica, conta com dois grupos distintos, sendo um de pacientes portadores de transtorno mental maior e outro com pacientes sem transtorno mental maior.

Atividades do Núcleo de Atividades Culturais

O Núcleo de Atividades Culturais (NAC) foi implantado em fevereiro de 2011 como parte do Projeto de Potencialização do Centro de Convivência do PROJAD/IPUB/UFRJ financiado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) para a difusão das técnicas de oficinas terapêuticas destinadas à população usuária de álcool e outras drogas. O NAC realizou atividades de acompanhamento terapêutico que viabilizaram a realização de passeios de grupos de pacientes atendidos pelo PROJAD a pontos turísticos e culturais da cidade do Rio de Janeiro e de Niterói. As atividades do NAC visaram a reinserção social e a abertura de possibilidades de novas experiências de circulação pela cidade para os pacientes em tratamento, muitos deles usuários de drogas com graves comorbidades psiquiátricas. Além da finalidade assistencial, o projeto teve uma vertente de investigação e pesquisa que tem como objetivo a criação de conhecimento sobre formas inovadoras de atenção. Assim, o projeto se propôs a contribuir para a expansão de atividades assistenciais que podem ser oferecidas pela rede pública de saúde numa ampliação da perspectiva de saúde que inclui novas trajetórias e novos territórios de pertencimento para a população atendida. Ou seja, o NAC teve como objetivo propiciar aos pacientes do PROJAD a cartografia

de novos percursos de circulação pela cidade, rompendo com o circuito “casa-IPUB-casa”.

Semanalmente, o Núcleo se reunia no pátio do IPUB (uma forma que encontramos de delinear um primeiro “fora”) para definir para onde seria o passeio da semana seguinte; e para relatar e refletir sobre o último passeio realizado. Os passeios aconteciam todas as semanas com um grupo de pacientes e uma dupla de acompanhantes terapêuticos. Durante o período de sua atuação do NAC, foi possível a realização de visitas a museus, cinemas, monumentos e exposições.

Parceria PROJAD-JECRIM

Desde 2009, o 9º Juizado Especial Criminal (JECRIM) da Barra e o PROJAD estabeleceram uma parceria para o encaminhamento de pessoas detidas com drogas. A parceria se iniciou com a discussão entre os profissionais do JECRIM (juiz e assistente social) e os técnicos do PROJAD para esclarecer as mudanças da lei e as penalidades previstas. A convite da equipe do JECRIM, profissionais do PROJAD (médica, psicóloga, terapeuta de família e assistente social) passaram a freqüentar periodicamente as audiências preliminares dos detidos com drogas. A cada audiência, o juiz define a pena para cada um dos réus julgados e essas penas podem ser de advertência (a própria audiência), ter que realizar uma visita ao PROJAD (medida educativa de comparecimento a programa) ou cumprir medida de prestação de serviços no PROJAD, tendo que freqüentar o serviço durante um período determinado pelo juiz.

Nos casos de prestação de serviços no PROJAD, ao chegar neste serviço cada caso é discutido e é definida a sua participação. As pessoas encaminhadas desta forma pelo JECRIM são inseridas em atividades terapêuticas, onde ficam como “ouvintes”, convivendo com pacientes em tratamento, podendo colocar suas questões sempre que assim o desejarem, sem que isso seja uma obrigação para eles. O objetivo é que essas pessoas possam ter contato com outras em tratamento para que, escutando suas histórias, possam se questionar a respeito de sua relação com a droga.

Portanto, não se trata de encaminhamento para tratamento, muito menos para tratamento compulsório. O interessante é que a equipe observa que, a partir desta nova forma de encaminhamento, muitos dos que terminam seu compromisso com a Justiça pedem para serem atendidos em tratamento. Outros ainda relatam terem modificado seu padrão de uso da droga, ou mesmo sua relação com a substância, além de terem desconstruído ideias preconcebidas relativas ao tratamento.

Este é um projeto ainda em construção, mas que significa desde já um avanço na interlocução entre a saúde e a justiça.

Ensino

O PROJAD desenvolve atividades de ensino para profissionais graduados e para alunos da graduação. As atividades de ensino de pós-graduação *stricto sensu* ocorrem pela participação de alunos de mestrado no Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Atualmente o PROJAD tem três alunas de mestrado, seis em estágio probatório para o mestrado e duas alunas em estágio probatório para o doutorado. As atividades de ensino de pós-graduação *lato sensu* ocorrem por meio dos cursos de especialização e extensão, do treinamento em serviço de médicos residentes de psiquiatria do segundo, terceiro e quarto ano e residentes multiprofissionais, além de campo de estágio para alunos de outras instituições de ensino do Brasil e do exterior.

A contribuição do PROJAD ao ensino de graduação se faz pela participação de técnicos em aulas nos cursos de medicina e psicologia e como campo de estágio supervisionado para graduandos de psicologia e de serviço social.

O Curso de Especialização em Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas é realizado pelo PROJAD desde 2002 e já formou algumas dezenas de especialistas graduados em psicologia, medicina, serviço social, educação física, enfermagem e psicopedagogia. Como os demais cursos do IPUB, o curso de especialização do PROJAD é realizado por meio de treinamento em serviço, com a carga horária dividida entre atividades assistenciais e aporte teórico-clínico. Durante as atividades assistenciais, os especializandos participam em rodízio de todas as modalidades anteriormente descritas.

O PROJAD tem realizado cursos de extensão com o objetivo de tornar as atividades de capacitação mais acessíveis aos profissionais da rede pública dos municípios do Estado do Rio de Janeiro, e inclusive, muitas vezes, também de outros estados vizinhos.

Até dezembro de 2010 o PROJAD realizava 2 cursos de extensão por ano abordando os temas: “Impasses e Estratégias na Abordagem do Uso e Abuso de Drogas” e “Álcool, outras drogas e comorbidades: implicações clínicas, diagnóstico e tratamento”.

A partir de agosto de 2011, o PROJAD se tornou Centro Regional de Referência da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) para capacitação profissional. Como tal, o PROJAD ofereceu 6 Cursos de Extensão entre 2011 e 2013 para profissionais e agentes de saúde da rede pública dos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Cursos à Distância

O PROJAD participa de Cursos à distância para capacitação de profissionais que atendem usuários de drogas financiados pela SENAD. Os cursos realizados entre 2010 e 2014 com a participação do PROJAD (como o SUPERA e outros) capacitaram mais de vinte mil alunos incluindo profissionais das áreas de saúde, assistência social, justiça, segurança pública, conselheiros, educação lideranças comunitárias e religiosas. A participação do PROJAD nestes cursos inclui a elaboração de textos didáticos, conferências à distância e coordenação regional.

Pesquisa

As pesquisas realizadas no serviço entre 2010 e 2014 incluem o “Estudo exploratório sobre o perfil dos jovens usuários de crack em duas cidades brasileiras” (Financiamento do Ministério da Saúde) (Cruz e cols, 2013), “Crack. Ações integradas componente 3” (Financiamento da SENAD), “Programa de Educação pelo Trabalho-PET/Saúde Mental projeto Atenção integral ao uso prejudicial de drogas na cidade do Rio de Janeiro: formação e produção do cuidado” (Financiamento Ministério da Saúde), “Projeto de potencialização do Centro de Convivência do PROJAD/IPUB/UFRJ e difusão das técnicas de oficinas terapêuticas destinadas à população usuária de álcool e outras drogas. (Financiamento da SENAD) e o “Projeto de Ações Móveis de Prevenção às DST / HIV / AIDS junto a Usuários de Drogas em situação de Precariedade Social”. Este último se trata de um projeto Redução de Danos e articulação em rede no Jacarezinho/RJ e nos municípios de Niterói e São João de Meriti.

Também está em andamento o “Projeto de Pesquisa - Efeitos do cumprimento de medida educativa no PROJAD por réus oriundos do 9º JECRIM detidos com substâncias ilícitas para consumo próprio”.

As atividades de pesquisa realizadas pelo PROJAD no período de 2010 a 2014 incluem a parceria com instituições acadêmicas internacionais como a Simon Fraser University de Vancouver e o Canadian Center for Addiction and Mental Health (CAMH) e a contratação em 2014 de professor visitante sênior estrangeiro. Estas parcerias viabilizaram o incremento da produção de estudos e publicação de artigos em periódicos científicos.

Consultorias

Entre 2010 e 2014 o PROJAD deu continuidade a atividades de consultoria prestadas a instituições públicas formuladoras de políticas sobre drogas incluindo o Ministério da Saúde, SENAD e a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

Considerações finais

O PROJAD possui um mandato terapêutico e social paradoxal que aponta para a multiplicação de sua posição de tomada de responsabilidade por esta clínica, atingindo integralmente a rede de saúde. Tal mandato só será possível se seus profissionais adotarem apenas um “semblante de especialista”, ou seja, especialistas dotados de “incertezas”, como disse o Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado (comunicação oral, seminário PROJAD 10 anos) que não se considerem detentores de todo o saber e sejam capazes de se surpreender com os encontros e desencontros desta clínica.

Através das produções singulares de pacientes nas oficinas terapêuticas e nos demais dispositivos de tratamento no PROJAD, apostamos na produção de novas significações, que transcendem a relação com a droga. Assim, é através da construção de narrativas singulares, que se torna possível a elaboração de sentido sobre diversos aspectos da vida, como a relação amorosa, as perdas, o luto e sentimentos de culpa e vergonha. Desta forma, abre-se a possibilidade de uma nova travessia, que vai além da relação exclusiva e alienante com a droga, permitindo a produção de novas significações e narrativas de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAUMAN, Z. O Mal-estar da pós modernidade. Rio de Janeiro, Ed Zahar, 1997.

CRUZ MS. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In: Oscar Cirino; Regina Medeiros. (Org.). Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. 1ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, v. 1, p. 13-24.

CRUZ MS. O cuidado ao usuário de drogas na perspectiva da atenção psicossocial. In: Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasil, MJ/SENAD. 6ª ed. Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014, 312.

CRUZ MS, FERREIRA SMB. Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras drogas: uma visão panorâmica. In: Marcelo Santos Cruz; Salette Maria Barros Ferreira. (Org.). Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos. 1ed. Rio de Janeiro: Edições IPUB - CUCA, 2001, v. 1, p. 95-113.

CRUZ MS, FERREIRA SMB. O Vínculo Necessário entre a Saúde Mental e o PSF na construção da Rede de Atenção Integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Cadernos IPUB (UFRJ), v. XIII24, p. 67-80, 2007.

CRUZ MS, ANDRADE T, BASTOS FI, LEAL E, BERTONI N, VILLAR L, TIESMAKI M, FISCHER B. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities.. The International Journal of Drug Policy, v. 24, p. 432, 2013.

OLIEVENSTEIN C. et Col. La vie du toxicomane. PUF, Paris, 1982.

MARTINS VT. O recurso à droga nas psicoses: entre objeto e significante. Tese de Doutorado em Teoria Psicanalítica. Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Brasil, 2009.

ROSA MA. Via férrea. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

Anexo 1

Equipe do PROJAD 2010-2014

Marcelo Santos Cruz – médico psiquiatra – coordenador

Salette Maria Barros Ferreira – psicanalista – coordenadora adjunta

Viviane Tinoco Martins – psicanalista – coordenadora da especialização e do estágio em psicologia

Luana Ruff do Vale – psicanalista – supervisora de psicoterapia

Ana Carolina Robbe Mathias – psicóloga – supervisora de psicoterapia na abordagem Cognitivo-Comportamental

Selma Pau-Brasil – psicanalista - supervisora de psicoterapia

Thoya Mosená – psicóloga – coordenadora e supervisora do Centro de Convivência

Janete Abud John – assistente social – supervisora de estágio em serviço social

Lia Ganc – psicóloga – supervisora de terapia de família

Rosane Campitelli – médica psiquiatra

Heldia Oliveira – médica psiquiatra

Paulo Barril – psicólogo – coordenador do Tabagismo

Leila xxx – assistente social

Danielle Gibson – secretaria de ensino do PROJAD até 2014

Luana Aguiar – secretaria de pesquisa

Rosane Policeno, Verônica da Silva, Telma dos Santos e Aliede de Moraes – copeiras

Agradecemos aos alunos de especialização, graduação e residentes pelo empenho na assistência, pelas perguntas instigantes nas reuniões de supervisão e pelas contribuições ao registro da prática institucional e reflexões teórico-clínicas, por meio dos seus trabalhos monográficos.

Atenção psicossocial: experiência e desafios atuais do Hospital-Dia Luiz Cerqueira e Centro de Atenção Diária (CAD)

*Julia Cristina Tosto Leite*⁶⁸

*Ando a procura de espaço
Para o desenho da vida.*

“Canção excêntrica”, de Cecília Meireles

O Hospital-dia Luiz Cerqueira foi inaugurado em 1987 com a proposta de construção de uma alternativa ao modelo asilar e o questionamento do estigma social da loucura. Constituiu a época um centro pioneiro com um projeto de mudança na estrutura da assistência em saúde mental que defendia a ampliação da ideia de campo terapêutico, a prática interdisciplinar e uma orientação direcionada à pesquisa e a inovação conceitual (Infante, 1989; Furtado, 1989). Integrou um contexto mais amplo de reflexão e iniciativas institucionais que buscavam criar novos caminhos em relação aos aparatos tradicionais de segregação da loucura que caracterizavam o manicômio. Ao longo dos anos, o processo histórico de constituição do campo da Saúde Mental e do paradigma da atenção psicossocial tem confirmado a importância da permanente reflexão sobre o que podemos aprender com as dificuldades de convívio social que nos revelam os quadros mais graves de psicose e sobre a construção de ofertas variadas de acolhimento que possam catalisar potenciais e promover suportes subjetivos para formas singulares de estar no mundo e de interação com a cultura. Fernando Tenório (2002) coloca que uma das principais conquistas na mudança das práticas de cuidado foi construir um arcabouço institucional diferenciado que pode funcionar como uma referência existencial. O trabalho de atenção diária e integral incide, então, sobre o desafio do agenciamento da tensão do pertencimento social colocado pela clínica da psicose e de outros quadros graves.

Nosso Serviço, também conhecido como CAD – Centro de Atenção Diária –, tem buscado sustentar no seu cotidiano a importância da mudança na assistência consolidada pelas políticas públicas de saúde mental e pela lógica da atenção psicossocial que propõe a consideração dos processos saúde-doença em sua relação com o campo social, assim uma abordagem interdisciplinar e intersetorial com uma diversidade de dispositivos de atenção articulados em rede (Yasui e Costa-Rosa, 2008). O presente artigo propõe retomar a trajetória de nossa experiência, situar os desafios presentes em nosso cotidiano e apontar nosso horizonte de trabalho.

No Brasil, a década de 90 evidenciou um avanço fundamental nas políticas públicas com a regulamentação ministerial de mudanças após uma longa trajetória de

⁶⁸ Psicóloga, Psicanalista, Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Rio de Janeiro (UERJ), Coordenadora do Hospital-dia Luiz Cerqueira e Centro de Atenção Diária do IPUB da UFRJ.

experiências nas estruturas e estratégias de cuidado em saúde mental que representavam os esforços de implementar o processo de desinstitucionalização proposto por Franco Basaglia. Destacamos duas portarias instituídas pelo Ministério da Saúde, a portaria SNAS n. 189, de 19 de novembro de 1991 e a portaria SNAS n. 224, de 29 de janeiro de 1992, que marcam o incentivo e a remuneração pública de novos procedimentos e modalidades de assistência além dos recursos tradicionais do ambulatório e da internação.

A modalidade assistencial “hospital-dia” tem uma tradição histórica internacional e é considerada como um dos primeiros equipamentos do SUS a oferecer um recurso alternativo à hospitalização integral e um cuidado intermediário entre a internação e o ambulatório que assegura a continuidade do acompanhamento. Na regulamentação ministerial citada, foi definido como um recurso de natureza hospitalar, mas diferenciado e independente de sua estrutura. Deveria oferecer atendimento intensivo aos quadros agudos para evitar a internação, além de acompanhamento temporário dos casos com maior necessidade de suporte após a alta hospitalar. Outros serviços-dia foram instituídos nas portarias mencionadas, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), e incluídos no rol de atendimentos ambulatoriais. Definidos como unidades assistenciais diferentes do grupo composto pelas unidades básicas, centros de saúde e ambulatórios especializados, representavam, segundo Tenório (2002), uma tendência de diferenciação não só do ambulatório, mas também dos seus precursores, os hospitais-dia. Na prática, o período de criação de novos serviços foi caracterizado por diferentes composições de propostas teóricas, técnicas, políticas e éticas que tinham em comum trazer a operação clínica para perto da trivialidade da vida e valorizar a importância da cultura no acompanhamento das experiências de grave sofrimento psíquico. Muitos serviços denominados hospital-dia, de fato, já ofereciam, além da semi-internação, a atenção diária e muitos foram progressivamente se estruturando como Centros de Atenção Psicossocial, horizonte clínico, ético e político com o qual estamos comprometidos atualmente.

Na realidade brasileira, a implantação dos hospitais-dia contribuiu para a diminuição do tempo de internação e para a redução do papel da hospitalização em ambiente fechado, enquanto os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) foram definidos com a função de constituírem unidades abertas com uma articulação comunitária mais definida. Concordamos com Tenório (2002) que defende uma atitude de cautela com as denominações propostas na regulamentação dos serviços e uma reflexão crítica sobre o que estes propõem implementar e garantir como mudança no âmbito da assistência, do ensino e da pesquisa. Na época, a regulamentação ministerial dos CAPS e NAPS permitiu um redirecionamento fundamental do financiamento dos recursos públicos para a consolidação de estruturas extra-hospitalares.

Nesta efervescência transformadora das práticas institucionais e das políticas públicas, além do Hospital-dia Luiz Cerqueira, o Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ foi berço de outras valorosas experiências. O projeto RECRIAR, concebido por terapeutas ocupacionais, oferecia a possibilidade de seguimento clínico com o atendimento diário de egressos da internação tradicional dentro de uma iniciativa maior

que eram Oficinas Comunitárias concebidas com a participação da comunidade adjacente e que ofertavam atividades expressivas e laborais. Outra iniciativa importante foi o Centro Universitário de Cultura, conhecido como CUCA, que integrava a Divisão de Atividades Culturais e de Extensão, e objetivava incentivar o contato do usuário com a sociedade através de atividades de cultura e lazer como a participação em eventos comemorativos, feiras e outros espaços de troca social. Também foi criado um Clube Terapêutico (o atual Clube da Esquina), em uma cooperação com o Instituto Franco Basaglia, que tinha a proposta de transformar a relação dos mesmos com a instituição hospitalar através de encontros para o lazer e da criação da figura do sócio. Devemos mencionar, ainda, a oficina de marcenaria que inaugurou o Serviço de Praxiterapia, coordenado pelo Professor Luiz Cerqueira, ilustre defensor da crítica permanente a qualquer reducionismo terapêutico.

O Centro de Atenção Diária (CAD) do IPUB foi concebido na década de 90 com a ideia central de integrar as diversas modalidades assistenciais então existentes. A composição do novo Serviço incluiu o Hospital-dia, o Centro de Atenção Psicossocial, as Oficinas Terapêuticas, além do Clube Terapêutico, conforme relata José Alberto Zusman (1998). O Hospital-dia privilegiava os quadros agudos, valorizando os estados de crise como momentos propícios para o estreitamento do vínculo terapêutico. Oferecia à época um conjunto de atividades terapêuticas que se articulavam com o princípio de oferecer suportes estruturantes para uma estabilização com menor prejuízo subjetivo e melhora do convívio afetivo e social nos quadros psiquiátricos mais graves. O Centro de Atenção Psicossocial dedicava-se aos casos que apresentavam maior prevalência dos chamados sintomas negativos da psicose ligados ao isolamento social e, portanto, com maior prejuízo da capacidade de vida social. As Oficinas Terapêuticas privilegiavam abordagens diversificadas ligadas à arte, cultura e trabalho. O Clube Terapêutico, como foi colocado, buscava fortalecer o protagonismo de seus associados em atividades sociais e culturais. Posteriormente, integrou-se ao CAD o Setor de Terapia de Família em função do reconhecimento da necessidade de apoio e acompanhamento destes, mas também consolidando a valorização do papel dos familiares na mudança das práticas de cuidado.

Podemos dizer que, como projeto clínico, o Centro de Atenção Diária situava-se na interseção das propostas de cuidados mais prolongados aos chamados quadros crônicos e de cuidados intensivos aos quadros agudos, acolhendo então os casos que não conseguiam alcançar uma estabilização clínica no acompanhamento ambulatorial e que reagudizavam frequentemente levando a repetidas internações (Zusman, 1992). Apostou mais claramente em uma direção de trabalho que busca tornar mais operantes as possibilidades do sujeito inventar seus próprios caminhos de estabilização.

Mantemos a dupla denominação de Hospital-dia e Centro de Atenção Diária (CAD) e a equipe tem buscado manter viva a reflexão crítica sobre os desafios do acolhimento e do acompanhamento em meio aberto e com uma maior articulação com as políticas públicas de saúde mental. Nosso Serviço defende a perspectiva de trabalho clínico interdisciplinar e articulada com os recursos familiares e sociais, valorizando os esforços de cada sujeito para lidar com o próprio sofrimento e suas possibilidades de se sustentar no laço social. Enfatizamos o privilégio da clínica ampliada como dispositivo

pautado pela escuta qualificada do que é singular no percurso de vida de cada sujeito e potencializador de algum “desenho de vida”, expressão que encontramos na poesia de Cecília Meireles e que consideramos inspiradora para pensar a operação clínica em um serviço substitutivo à lógica manicomial.

E como o aparato institucional poderia promover ou apoiar o percurso de cada sujeito? Ana Marta Lobosque (2003) coloca que, no campo de saberes e práticas de Saúde Mental no Brasil, a grande mudança foi tornar mais flexíveis e transitáveis as fronteiras das instituições destinadas a receber aqueles que apresentam experiências de sofrimento psíquico intenso e a vida social. A ideia do cuidado em meio aberto permite um questionamento mais direto das fronteiras entre sanidade e loucura e, ao mesmo tempo, uma clínica que se transforma continuamente no contato com a cultura. Enfim, um espaço que, valorizando a circulação social, zela pela liberdade.

Em um rico registro do início da atividade do Hospital-dia do IPUB, Tânia Furtado (1989) assinala que um de seus eixos norteadores da mudança foi o trabalho interdisciplinar que ampliou a reflexão sobre o conceito de saúde e loucura, sobre a clínica e sua abertura para o exercício da cidadania. Apostando em transcender a hegemonia do saber e da prática psiquiátrica, o desafio foi trabalhar a partir da potência dos recursos de cada sujeito de construir um percurso que nunca será totalmente apreensível nem nas classificações psicopatológicas clássicas nem no laço social.

Atualmente, nosso Serviço busca renovar a vocação transformadora presente na concepção de seu projeto e as mudanças que integraram a perspectiva da atenção psicossocial adotada pelas políticas públicas. Como colocamos, nossa práxis é sustentada pela defesa da integralidade e da dimensão comunitária como bases do cuidado em saúde mental e por uma clínica que é caracterizada pelo horizonte de construção de referências subjetivas a partir de uma composição sempre única de diversos recursos que oferecem oportunidade de expressão e de convívio. Ainda enfrenta, entretanto, as dificuldades de sustentar um modelo de cuidado que subverte a estrutura hospitalar apoiada na tríade mais tradicional, a “consulta – atendimento da crise – internação”, como tão bem coloca Pedro Gabriel Delgado (1998).

Apresentamos o contexto do surgimento dos hospitais-dia no mundo e no cenário da assistência no IPUB, destacando alguns aspectos das relações entre clínica, arte e cultura, que caracterizam nosso trabalho presente, e os desafios do campo da atenção psicossocial, no qual situamos nossa empreitada.

O contexto mundial da transformação do cenário da assistência no IPUB

Os hospitais-dia surgem na década de trinta no contexto entre guerras buscando responder inicialmente à carência de leitos hospitalares. Apoiados no princípio da internação parcial, a experiência inicial já apontava a importância de um ambiente terapêutico mais próximo da vida social, da participação dos familiares e da introdução de projetos laborais (Bettarello, 2008). A primeira iniciativa, ocorrida no início da década de 30 em Moscou, promoveu a extinção do acolhimento noturno objetivando reduzir custos com a internação (Zusman, 1992). Em meados da década de 40, duas experiências, uma em Montreal e outra no Reino Unido, introduziram a ideia de assistência transitória com a preservação dos vínculos com o meio familiar e social. Nos anos seguintes houve uma proliferação na criação desse tipo de unidade, principalmente

nos Estados Unidos. Já em 1958, uma conferência americana sobre o tema reconheceu a melhora da sociabilidade em pacientes agudos e crônicos entre os benefícios terapêuticos dessa estratégia.

Se tomarmos o processo histórico que introduziu mudanças na tradição de isolamento dos chamados doentes mentais em grandes instituições fechadas, três grupos de experiências de outros países influenciaram a consolidação do campo da atenção psicossocial no Brasil (Amarante, 2007) e melhor situam o incremento mais tardio na realidade brasileira das propostas de hospital-dia em um contexto histórico e político que favoreceu o reordenamento das políticas públicas de saúde mental. Costa-Rosa (2013), assinala, a propósito, que o processo de constituição do paradigma psicossocial operou-se através de transformações nos campos técnico-científico, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural. Nos atuais processos de trabalho dos centros-dia, há ressonâncias importantes das estratégias reformadoras.

O primeiro grupo, formado pelas experiências inglesa e francesa, valorizou, através das propostas das comunidades terapêuticas e da psicoterapia institucional respectivamente, a recuperação da função terapêutica do hospital envolvendo, além da equipe, os pacientes e os familiares, o que estimulou a criação das abordagens grupais e incentivou as discussões do cotidiano institucional. As assembleias para debate sobre a convivência interna, as reuniões de familiares, os grupos de discussão, os ateliês e as oficinas de arte e de trabalho são exemplos de iniciativas que passaram a integrar o campo terapêutico que buscava promover meios de ampliar a capacidade de participação do paciente na vida comunitária. O segundo grupo, composto pela psiquiatria de setor, surgida na França, e pela psiquiatria preventiva, nascida nos Estados Unidos da América, instituiu questões que foram retomadas no redirecionamento das iniciativas brasileiras: a continuidade do acompanhamento após a alta como forma de evitar a reinternação. A psiquiatria de setor, em particular, deu relevo aos espaços sociais compartilháveis e valorizou a manutenção da equipe multiprofissional como referência no acompanhamento. Já a psiquiatria preventiva, mesmo incorrendo em alguns excessos – denominados “medicalização da ordem social” –, chamou a atenção para as estratégias comunitárias de prevenção de crises e de promoção de saúde (Amarante, 2007). Finalmente, a experiência italiana de Basaglia, de grande influência no Brasil, em consonância com o movimento da antipsiquiatria, propôs o fim do hospital psiquiátrico e questionou o próprio conceito de doença mental defendendo novas formas de abordar o sofrimento psíquico e priorizando iniciativas voltadas para a produção de vida, expressão da subjetividade e socialização (Bettarello, 2008). Essa estratégia representou uma verdadeira iniciativa de ruptura do modelo manicomial, segundo Amarante (2007).

Situamos nesse breve recorte histórico algumas importantes características do movimento de construção dos dispositivos institucionais substitutivos da lógica do hospital psiquiátrico, incluindo os hospitais-dia: a ampliação do campo terapêutico, através da pluralidade de estratégias de cuidado e saberes, a valorização das possibilidades de troca com o meio familiar e social e, finalmente, a abertura para a interrogação da loucura como experiência e da sua abordagem.

No Brasil, experiências pioneiras de hospital-dia ocorreram no estado de São Paulo (1954) e no Rio Grande do Sul (1961). No âmbito universitário, o Serviço de Psiquiatria da Faculdade de Ribeirão Preto, em São Paulo, instituiu, no mesmo ano, seu primeiro hospital-dia. Os primeiros serviços brasileiros são tributários das influências mencionadas e também de fortes laços com a psicanálise e resultaram em uma enorme riqueza de experiências práticas que não deixaram de enfrentar críticas, entre estas a falta de uma definição mais clara de um modelo de assistência (Zusman, 1992).

Furtado (1994) elenca os importantes avanços representados pela nova aventura de assistência, pesquisa e formação do Hospital-dia Luiz Cerqueira, assim como adianta alguns impasses comuns aos centros-dia. Embora o compromisso do trabalho terapêutico seja com “projetos de vida”, para além das classificações nosológicas, o acolhimento diferenciado poderia também resultar em acomodação. A nova alternativa de cuidado deveria se manter, então, como um recurso limitado, transitório e facilitador do processo de passagem para a vida social.

Atualmente, nosso Serviço acompanha cerca de 160 pacientes, recebidos a partir de encaminhamentos das equipes clínicas do Ambulatório e da Enfermaria, com uma frequência-dia de 60 pacientes em média. Funciona em uma área especialmente projetada para o convívio e o trabalho clínico interdisciplinar e de permanência-dia, porém espacialmente próxima da estrutura hospitalar que realiza as internações. Nossas dependências incluem um prédio de dois andares e dois quiosques conexos, todos com salas amplas e ambientes para atividades próximas do cotidiano e da vida comum, como culinária, leitura, salão de beleza, entre outros. A equipe é composta por técnicos (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, musicoterapeuta e auxiliar de saúde), além de pessoal de apoio (copa, administrativo e limpeza), todos envolvidos na função de acompanhamento diário.

Nosso trabalho atual está voltado prioritariamente para o acompanhamento de pacientes com transtornos psíquicos severos e persistentes, principalmente os quadros de psicose, com história de múltiplas internações e vulnerabilidade importante nos laços sociais. Esse seguimento é mantido mesmo nos momentos de crise com um aumento da frequência-dia e redimensionamento do projeto terapêutico a fim de evitar a internação.

Nosso Serviço vem mantendo o cerne de sua proposta inicial, o acompanhamento de pacientes graves, o cuidado em sua modalidade parcial e intensiva com especial compromisso com as oportunidades de trocas com a sociedade através da arte, da cultura e do trabalho. Há um esforço mais recente de maior integração com outros espaços institucionais (projetos de extensão e de pesquisa da UFRJ), com o campo da intersectorialidade e, sobretudo, com a Rede Pública de Saúde Mental e com a Atenção Básica, através da valorização da organização territorial do Serviço.

Reunimos, dentro de um conjunto de alternativas clínicas, atendimentos individuais e grupais, reunião de familiares, oficinas terapêuticas, atividades artísticas, assembleia, passeios, projetos de geração de trabalho e renda, além de oportunidades de trabalho assistido, visitas domiciliares, suporte ao auto-cuidado e ao manejo autônomo da medicação e outras atividades que promovem o convívio e a ampliação das possibilidades de troca com o meio.

A lógica clínica de funcionamento do nosso Serviço está apoiada em um tripé que se compõe pelo acompanhamento por equipe interdisciplinar de referência, pela elaboração de um projeto terapêutico singular construído em conjunto com o paciente e seus familiares e pela discussão regular dos casos em reunião clínica. Através desse tripé clínico, buscamos continuamente estabelecer as linhas de sustentação subjetiva de cada paciente na sua vida e as possibilidades de implicação subjetiva em seu destino e no laço social. Concordamos com Cerdeira (2009) na consideração de que esse percurso nunca é linear já que a referência acaba funcionando a maneira de uma trança que o sujeito compõe com fios que o ajudam a construir diferentes possibilidades de apoio no laço social. Leader (2013) assinala, a propósito, a importância do trabalho da equipe de identificar a lógica dos esforços que muitos psicóticos fazem até encontrarem meios de se estabilizarem após um surto e de tornarem mais toleráveis seu sofrimento.

Entrelaçamentos entre clínica, arte e cultura: oficinas terapêuticas e oficinas de trabalho e geração de renda

A reflexão sobre a especificidade da clínica nos serviços de atenção diária e que propõem superar a lógica asilar envolve justamente um redimensionamento das formas de tratar, o questionamento permanente dos impasses do laço social que a psicose revela e, sobretudo a valorização da implicação do sujeito em seu destino. Segundo Tenório (2002), os novos paradigmas de cuidado incluem uma ampliação que leva em conta as dificuldades do cotidiano e das relações sociais envolvidas no adoecimento e mais evidentes nos casos graves de psicoses. Entram no âmbito do acompanhamento, mais que a psicopatologia em seus aspectos fenomenológicos, condições de existência muito singulares em sua diferença irreduzível ao tecido simbólico que sustenta a vida social e comum. Oliveira (2009) situa, de forma bastante interessante, a lógica da estruturação desse campo de práticas como de interseção entre clínica e rede social. Afirma, em nosso entender, a descoberta freudiana de que a experiência do sujeito implica a referência ao Outro e à linguagem que o determina simbolicamente (Fuks, 2003).

O movimento de questionamento do domínio do patológico e da instituição asilar encontrou um terreno fértil nas ressonâncias culturais entre arte e subjetividade, e mesmo entre arte e loucura, uma vez que a clínica da psicose, em especial, se espalhou para a exploração dos processos de criação como ferramentas para a construção de territórios de vida (Lima, 2009). Trata-se, então, de uma abertura da clínica à potência transformadora da arte.

No Brasil, as primeiras experiências de mudança nos grandes hospitais psiquiátricos e que buscaram a ampliação dos recursos terapêuticos valorizaram as atividades artísticas como forma de produzir novas possibilidades no campo das trocas sociais (Nicácio, 1994). Interrogando as formas de nomeação do sofrimento pela psiquiatria, a arte possibilitou acolher a expressão de sensibilidades singulares e promover mudanças no ambiente institucional.

Muito ainda se discute, no cotidiano do trabalho, sobre a tensão entre a valorização da clínica e a promoção da cidadania. Na realidade brasileira dos anos 80, o incremento das iniciativas de cidadania do louco foi acompanhado de certa descrença na clínica. Entretanto, contribuiu para uma nova configuração do campo clínico o aporte de teorias que recolocaram o lugar da psicopatologia resgatando um ensinamento freudiano

sobre as psicoses: o delírio e outros arranjos subjetivos – que incluem a construção artesanal de pontos de sustentação subjetiva – seriam uma forma própria de autotratamento na psicose e de possibilidade de diminuição do isolamento social.

As oficinas terapêuticas, oferecendo recursos de expressão, socialização e participação da vida social e favorecendo a integralidade do cuidado, promoveriam oportunidades de inscrição e sustentação subjetiva na cultura através da arte e do trabalho. Escolhemos apresentar brevemente o trabalho da nossa equipe com as oficinas terapêuticas e as oficinas de trabalho e geração de renda. Conduzidas por profissionais de diferentes formações, nossas oficinas e atividades grupais têm referenciais teóricos e objetivos plurais. Confirmam, assim, a importância de um cuidado que respeite a multidimensionalidade de expressões do sujeito. Longe de constituírem um agrupamento aleatório de atividades terapêuticas têm sua configuração manejada pelas escolhas do sujeito, de maneira artesanal e sempre modificável.

Segundo Lima (2012), as atividades expressivas, em particular, integraram os esforços de ampliar os recursos terapêuticos desde as primeiras experiências reformistas e contribuíram para transformar as instituições e o lugar da loucura na vida social. Em consonância com alguns movimentos na arte, as práticas artísticas que estão presentes em algumas oficinas terapêuticas enfatizaram a importância do processo de criação e a natureza variada do produto final: obras, acontecimentos, efeitos sobre o corpo, entre outros exemplos. As oficinas também podem ser diferenciadas segundo o campo discursivo que sustenta o trabalho: podem promover a estabilização subjetiva – através da valorização de pontos de apoio da história de vida –, a cidadania e a participação na cultura, mas também o mero entretenimento (Guerra, 2008).

As iniciativas de inclusão pelo trabalho também têm sido consideradas frentes de ampliação do movimento de consolidação do campo da atenção psicossocial no Brasil. Já em 2004, os Ministérios de Saúde e do Trabalho e Emprego realizaram uma ampla discussão que destacou a importância da referência da Economia Solidária para o desenvolvimento de políticas públicas inclusivas. Mais recentemente, durante a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, foi reafirmado o papel das pactuações intersetoriais para a construção de oportunidades de trabalho. Muitas experiências de oficinas de trabalho e geração de renda têm contribuído para o aprofundamento da discussão das possibilidades que envolvem o trabalho como meio de ganho econômico, mas principalmente de autonomia e de construção de um lugar social.

É interessante considerar que a estrutura atual de trabalho clínico de nossa Unidade é fruto de um processo de reformulações contínuas das formas de cuidado institucional ocorrido no IPUB desde a década de 80. Contamos, atualmente, com oficinas terapêuticas, iniciativas de geração de trabalho e renda, além de atividades grupais que relacionamos a seguir: oficina expressiva, oficina de escrita, oficina de bijuteria, oficina de culinária, oficina de dança livre, oficina de dança para mulheres, oficina de informática, oficina de autocuidado, grupo de acompanhamento, grupo de ouvintes de vozes, assembleia, bom-dia, grupo do jornal “Espaço Livre”, cine pipoca, musicoterapia, além de laços institucionais, interinstitucionais e intersetoriais. Temos o GERART e o Projeto Laços e Nós (que reúnem as oficinas de bijuteria, oficina de culinária e brechó, promovendo reuniões e debates sobre o tema do trabalho), o

programa interinstitucional de trabalho assistido (PISTRAB) e o grupo musical Cancioneiros que interpreta composições autorais e se apresenta em eventos externos. Outros recursos oferecidos pela equipe são as reuniões de familiares, as visitas domiciliares e o acompanhamento para gestão autônoma da medicação. Há também espaços para o convívio livre e informal, como a sala de convivência e de leitura.

Para concluir, diremos que a clínica sustentada como cerne do trabalho realizado no Hospital-dia e Centro de Atenção Diária do IPUB tem ressonâncias políticas por operar a partir da perspectiva da sustentação do sujeito em caminhos singulares que são afirmados em uma ética institucional que valoriza seu aspecto de criação única.

Atenção psicossocial: desafios conceituais e da prática

A construção do paradigma psicossocial é tributária de diferentes campos teóricos e discussões sociais e políticas, tendo como diretriz central a proposta de superar o modo asilar que segregava o louco em nome de um saber hegemônico, o saber médico. Costa-Rosa (2013) salienta, entretanto, que o agenciamento de um modelo alternativo de ação em saúde mental passa por um questionamento efetivo de suas bases estruturais. O autor propõe quatro componentes essenciais desse paradigma: ampliação das concepções do processo saúde e doença e diversificação das formas de abordá-los; organização institucional apoiada na interdisciplinaridade; promoção de espaços de troca com a sociedade; e, finalmente, a recolocação de uma posição do sujeito em sua singularidade. Assim, mais que novas roupagens ou nomeações para os serviços, a ideia é manter vivo o debate sobre as perspectivas e impasses da construção de uma nova lógica representada pelas práticas de atenção psicossocial.

Cerdeira (2009), em seu trabalho com quadros psicóticos graves, chama a atenção para o desafio de encontrar recursos clínicos que possam configurar soluções que não estejam apoiadas em conclusões apressadas, expectativas idealizadas nem na simples ideia de uma mudança geográfica de lugar, pois o trabalho seria justamente de “construção de Um lugar na existência”. Diz a autora:

Por isso, qualquer ideia de saída dos muros do hospital deve ser construída fundamentalmente pelos pacientes, e apenas acompanhada por nós, porque a nossa capacidade de criar para o outro será sempre muito limitada e, invariavelmente, inócua.

Nossa experiência aponta, como bem sinaliza a autora, para a pertinência de direcionar o trabalho clínico para a construção de lugares subjetivos que possam funcionar como pousos e pontos de descanso em relação à radicalidade da experiência subjetiva da psicose, mesmo que sejam temporários. Cabe à equipe, então, acolher e apoiar essa busca e suportar seus tropeços.

Concordamos com Maria Cristina Khammar (2011) que os centro-dia podem constituir recursos vigorosos para subverter enunciados generalizadores ou apoiados em um ideal de saúde sustentando um espaço que favoreça um dizer singular sobre o próprio padecimento e a construção de um lugar no qual o sujeito possa se alojar tornando sua vida mais suportável.

Situamos como horizonte de nosso trabalho a transformação do nosso Serviço em um Centro de Atenção Psicossocial, com maior possibilidade de articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme indicamos em um projeto inicial elaborado por nossa equipe em um Seminário Interno realizado em 2012 e acolhido pela Direção a partir de conversas entre a Universidade e a Rede Pública de Saúde Mental. Esse processo de mudança pode consolidar uma trajetória que mantém o compromisso com o modelo de atenção psicossocial do nosso trabalho atual e defende as iniciativas de promoção da vida e de cuidado ético em Saúde Mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BETTARELLO, Sergio et. al. **Fundamentos e Prática em Hospital-dia e Reabilitação Psicossocial**. São Paulo: Atheneu, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em Saúde Mental 1990-2002, 3ª. Ed. revista e atualizada. Brasília/MS, 2002.

_____. Portaria/SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991.

_____. Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.

CERDEIRA, Adriana. **Hóspedes e peregrinos**: sobre a construção de caminhos possíveis na psicose. 2009. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, PUC-Rio. Rio de Janeiro, 2009.

COSTA-ROSA, Abílio. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora UNESP, 2013.

DELGADO, Pedro Gabriel. Formação de profissionais para a Rede Pública de Atenção Psicossocial: o papel do IPUB. **Cadernos IPUB / Instituto de Psiquiatria da UFRJ – número especial “60 anos – 1938-1998”**. Rio de Janeiro: UFRJ, p. 175-181, 1998.

FUKS, Beth. **Freud e a cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, 20003.

FURTADO, Tania R.S. Hospital-dia IPUB-UFRJ: dois anos depois. **J Bras Psiq**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, p.337-338, 1989.

_____. **Hospita-dia: passageiro para a vida**: o jogo da identidade e diferença. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.

GUERRA, Andrea M.C. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, C.M. e FIGUEIREDO, A.C. **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2008.

INFANTE, Raffaele. Hospital-dia: uma realidade na redefinição da assistência em saúde mental. Rio de Janeiro, **J Bras Psiq**, v. 38, n. 6, p. 299, 1989.

_____. Uma nova perspectiva em saúde mental: a abordagem dos modelos de hospital-dia. Rio de Janeiro, **J Bras Psiq**, v. 40, n. 4, p. 157, 1991.

KHAMMAR, Maria Cristina. Algunas consideraciones sobre psicosis y Hospital de Día. In: FERNANDÉZ, Élica. **Diagnosticar las psicosis**. Buenos Aires – Letra viva, p.261-268, 2011.

LEADER, Darian. **O que é loucura? Delírio e insanidade na vida cotidiana**. Rio de Janeiro : Zahar, 2013.

LIMA, Elizabeth A. **Arte, clínica e loucura: território em mutação**. São Paulo: Summus : FAPESP, 2009.

_____. Artes menores: criação de si e de mundos nas ações em saúde mental. In: AMARANTE, P.; NOCAM, F. (Org) **Saúde mental e arte: práticas, saberes e debates**. São Paulo: Zagodoni, 2012.

LOBOSQUE, Ana M. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

NICÁCIO, M. Fernanda. O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura. 1994. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, PUC-SP, 1994.

OLIVEIRA, Edmar; ALBUQUERQUE, Patrícia; ALMEIDA, Neli. Apresentação de Os novos serviços de atenção diária em Saúde mental: qual a novidade? **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 151-53, 1999.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira na década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 25-59, 2002.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, Abílio. A estratégia psicossocial: desafio na pratica dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 32, n.78/79/80, p. 27-37, 2008.

ZUSMAN, José A. Hospital-dia: uma perspectiva histórico-crítica. **J Bras Psiq**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 8, p. 393-398, 1992.

_____. Centro de Atenção Diária Luiz Cerqueira (IPUB). **Cadernos IPUB / Instituto de Psiquiatria da UFRJ – número especial “60 anos – 1938-1998”**. Rio de Janeiro: UFRJ, p. 219-226, 1998.

O Centro para Doença de Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice: Descrição, estado atual e perspectivas futuras.

⁶⁹ *Jerson Laks, Cloyra Almeida, Andrea Deslandes, Maria Alice Tourinho Baptista, Marcia Dourado, Mariana da Luz, Mariangela Aleixo, Priscila Muniz, Valeska Marinho e Virgínia Marffioletti*

O Programa de Atendimento Ambulatorial e de Centro-dia em Psiquiatria Geriátrica é desenvolvido pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ) desde 1995, atendendo a uma necessidade crescente de formação de recursos humanos e técnicos especializados na área para fazer frente à demanda por serviços de uma faixa da população que aumenta de modo exponencial. Com o aumento da expectativa de vida e do número de pessoas acima de 65 anos de idade, o impacto sobre gastos com saúde e previdenciários adquire capital importância, visto que idosos são responsáveis por uma ampla fatia dos custos envolvidos com oferecimento de serviços de saúde. No caso específico da psiquiatria geriátrica, é conhecido o aumento progressivo da prevalência de transtornos cognitivos, mais marcadamente os transtornos demenciais, à medida que avança a idade. A prevalência de doença de Alzheimer é de 1% aos 65 anos e alcança até 20% a partir de 85 anos, apenas para citar um exemplo. Outro tema de igual importância e magnitude é a depressão no idoso, tão prevalente quanto a doença de Alzheimer.

A dependência para atividades de vida diária é, ao lado dos quadros de agitação e agressividade, a principal causa de institucionalização de idosos, contribuindo também para o aumento dos gastos públicos e da família com saúde e trazendo também sérias consequências para o cuidador, seja ele familiar ou profissional, em termos de estresse e qualidade de vida.

Todos esses fatores e, como já dito anteriormente, a demanda crescente por especialização na área específica, fazem com que o CDA (Centro para Doença de Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice) tenha tido, ao longo dos anos, aceitação e reconhecimento em todo o país como um programa único, ao oferecer treinamento em serviço para médicos que estejam cursando especialização/residência em psiquiatria, neurologia ou geriatria que tenham já cursado dois anos anteriores de residência médica.

As atividades realizadas no serviço são multidisciplinares, possibilitando treinamento em serviço e capacitação no cuidado aos idosos para profissionais de saúde das áreas de psicologia, fisioterapia, educação física, serviço social, musicoterapia e enfermagem. Os profissionais envolvidos, sempre em atividades multidisciplinares

⁶⁹ Jerson Laks^{1,2}, Cloyra Almeida^{1,2}, Andrea Deslandes^{2,4}, Maria Alice Tourinho Baptista³, Marcia Dourado^{2,3}, Mariana da Luz^{1,2}, Mariangela Aleixo^{2,6}, Priscila Muniz⁵, Valeska Marinho^{1,2} e Virgínia Marffioletti³
MD; 2-PHD; 3- Psicóloga; 4- Professor de Educação Física; 5-Enfermeira; 6- Musicoterapeuta.

englobam médicos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionista, educadores físicos, musicoterapeutas, enfermeira e assistentes sociais.

Atendimento ambulatorial

O foco do trabalho ambulatorial é o processo de diagnóstico, tratamento dos problemas principais e das comorbidades existentes, além da prevenção de problemas futuros referentes ao próprio processo patológico. Ele é realizado todos os dias nos horários da manhã (8:00 às 12:00) e da tarde (13:00 às 17:00).

Quanto ao tipo e frequência de atendimento no CDA, o ambulatório de psiquiatria geriátrica tem hoje uma média de 100 atendimentos de casos novos em triagem multidisciplinar, 45 novos atendimentos em triagem médica e 568 atendimentos, 480 atendimentos médicos de retorno/ mês, em um universo de 7000 prontuários ativos. Desses indivíduos, 80% têm síndrome demencial, sendo em sua maioria portadores de Doença de Alzheimer. O CDA é o principal centro de referência em psiquiatria geriátrica, não só da área programática na qual o IPUB está inserido mas também de toda a cidade do Rio de Janeiro.

O CDA conta ainda com um curso de especialização em Psicogeriatrics. Trata-se de um curso de pós-graduação *lato sensu* multidisciplinar, com a duração de 2 anos, dirigido a profissionais de saúde, com o objetivo de qualificá-los para o diagnóstico e tratamento de idosos com transtornos mentais causados pela velhice. O Curso de especialização em psicogeriatrics iniciou suas atividades em 1998 e, ao longo dos anos, vem capacitando profissionais para atuar em centros de atendimento a idosos no Rio de Janeiro e em outros estados do Brasil. Um curso de especialização em neuropsiquiatria geriátrica, de seis meses, somente para médicos. Residência médica (R3), durante um ano. Recebemos também residentes de: Hospital Universitário-UFRJ, Instituto Phillippe Pinel, e Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e outras instituições universitárias que mantenham parceria com o IPUB. Além disso, o CDA promove cursos de extensão na área de envelhecimento. O curso de extensão em Demências e transtornos mentais na velhice tem como objetivo atualizar os conhecimentos dos diversos profissionais de saúde envolvidos na assistência às pessoas com demência e seus cuidadores. O curso de extensão em **Atenção à Saúde do Idoso** visa capacitar profissionais de saúde para a identificação e manejo dos fatores biológicos, psicológicos e sociais que interferem no estado de saúde da população idosa.

Atividades para Graduação

O CDA também tem se transformado em um rico campo de estágio em treinamento em pesquisa e avaliação neuropsicológica para alunos de graduação em Psicologia e da Educação Física. O estágio tem como objetivo desenvolver treinamento em pesquisa e despertar o interesse para a pós-graduação. Os estagiários são incentivados a participar de todas as etapas das pesquisas em desenvolvimento/andamento (definição de objetivos, seleção e recrutamento de sujeitos, aplicação de testes neuropsicológicos, correção das testagens, redação de artigos

científicos com os resultados). Os alunos são incentivados a apresentar artigos científicos interessantes para a área, com o objetivo de motivá-los a assumir discussões científicas e a elaboração de trabalhos que serão apresentados em congressos nacionais e internacionais. Em 2015, dois docentes foram contemplados com bolsas PIBIC para alunos de graduação em Educação Física interagirem em pesquisas realizadas no CDA.

Seminários, sessões clínicas e cursos teóricos:

Os alunos têm participação constante nas sessões clínicas do IPUB com discussões dos casos, não só de ambulatório como também dos casos internados, que tenham necessidade do atendimento direto do CDA ou de interconsultas solicitadas pelos supervisores de equipe das enfermarias e seus residentes de primeiro e segundo anos.

Treinamento em neuropsicologia geriátrica e neuroimagem: os alunos são orientados e treinados na aplicação de testagem básica para avaliação de transtornos cognitivos, tanto instrumentos de rastreamento epidemiológico como avaliações estendidas, sempre levando em consideração o foco de equipar o aluno com formação que seja replicável em outros ambientes fora da universidade, portanto com instrumentos de avaliação rápida, barata e eficaz. Ao mesmo tempo, os alunos têm constante exposição a exames de neuroimagem, tais com tomografia, ressonância magnética, SPECT e mapeamento cerebral por EEG.

Centro Dia para pessoas com demência

O CDA conta com um centro dia com capacidade de atendimento de 60 pessoas com diagnóstico de demência degenerativa e/ou vascular leve a moderada, seus familiares e cuidadores. O tratamento oferecido com uma abordagem multicomponente tem como objetivos principais oferecer aos pacientes atividades de estimulação cognitiva e sensorio-motora, treino nas atividades da vida diária e de vida prática, promoção da autonomia e independência, a socialização e o trabalho com as reminiscências em ambiente protegido. Simultaneamente os familiares e cuidadores são assistidos no grupo psicoeducativo no qual se aborda questões sobre a doença e o tratamento, a relação de cuidados, o estresse do cuidador e a adaptação do ambiente domiciliar. Os pacientes são acompanhados regularmente pelo ambulatório de psiquiatria, enfermagem e serviço social. A equipe clínica é composta por duas psicólogas e alunos da especialização em Psicogeriatria. Há também um projeto de Prevenção de Quedas para pacientes e cuidadores, fruto de uma parceria com a Escola de Educação Física e Desportos (EEFD/UFRJ), integrando alunos de graduação, pós-graduação e docentes da UFRJ.

Participação em projetos de pesquisa e consultorias

Desde o início do programa, os alunos são envolvidos em um dos projetos da linha de pesquisa do programa de pós graduação em psiquiatria do IPUB (PROPPSAM), sendo estimulados a colaborarem em trabalhos apresentados em congressos no Brasil e no exterior e também de publicações,

Síntese dos Projetos da Linha de Pesquisa em Neuropsiquiatria Geriátrica no CDA

- ✓ Validação de escalas de avaliação cognitiva para idosos analfabetos.
- ✓ Validação de escalas de ansiedade e depressão no idoso.
- ✓ Estudos transculturais em demência e depressão no idoso.
- ✓ Transtorno de estresse pós traumático e resiliência como fator de prognóstico da resposta ao tratamento de depressão no idoso.
- ✓ Personalidade e Doença de Alzheimer.
- ✓ Consciência de doença na demência.
- ✓ Qualidade de Vida na demência.
- ✓ Reconhecimento da expressão facial na demência.
- ✓ Resiliência do cuidador.
- ✓ Satisfação sexual de casais na demência.
- ✓ Capacidade decisória na demência.
- ✓ Avaliação da capacidade de reconhecimento do funcionamento social e emocional na demência.
- ✓ Estresse do Cuidador de pacientes com demência.
- ✓ Uso de serviço para demência e depressão no instituto de Psiquiatria UFRJ.
- ✓ Demência Vascular e transtorno cognitivo leve vascular.
- ✓ Depressão no idoso: marcadores biológicos, diferenças com demência.
- ✓ Depressão e demência no idoso: Exercício físico como tratamento coadjuvante.
- ✓ Atividade física habitual e independência nas atividades de vida diária em idosos com Demência

O CDA pretende expandir, para um futuro próximo, um trabalho de consultoria a serviços e órgãos municipais e estaduais envolvidos no atendimento de idosos, como o que aconteceu durante os anos de 2004 a 2010 na Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes (CGABEG), na secretaria municipal de saúde de Santo Antônio de Pádua e outros municípios do noroeste do Rio de Janeiro.

Há também intercâmbio contínuo com outras universidades do país, o qual pretendemos expandir, através de auxílios e bolsa de órgão de fomento nacionais e internacionais.

Missão

Formar profissionais e atender a pacientes idosos com demência, depressão e psicose do Estado do Rio de Janeiro.

Visão 2014-2019

Prestar assistência a, no mínimo, 1500 portadores de demência e transformar-se em um projeto auto-sustentável com estrutura profissional.

Outro projeto importante é o de avançar na formação de um centro de pesquisas clínicas e translacionais, como pode-se ver no texto abaixo.

O Centro de Pesquisa Clínica do Centro para Doença de Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice (CDA) está localizado no Instituto de Psiquiatria da UFRJ e conta com equipe técnica altamente preparada e infra-estrutura adequada para condução de pesquisas clínicas em diferentes níveis de complexidade.

Nossa missão é fornecer apoio logístico e operacional para a condução de pesquisas clínicas em estudos pensados e desenvolvidos dentro do CDA.

Nossos valores estão centrados na condução de estudos de acordo com as normas de Boas Práticas Clínicas e com alto padrão técnico aliado ao atendimento humanizado aos sujeitos de pesquisa.

Nossos principais objetivos são proporcionar a condução de estudos clínicos com condutas e procedimentos padronizados. Temos como funções o registro, a coordenação, suporte técnico, logístico e operacional para a condução de pesquisas clínicas de diversas complexidades. Nossa estrutura técnica e física nos permite conduzir estudos com medicamentos de fase II (prova de conceito e eficácia e tolerabilidade) a IV (eficiência e tolerabilidade pós aprovação do medicamento para comercialização e uso) nacionais e internacionais na área de psiquiatria, com foco em psiquiatria do idoso.

Qual o lugar do ambulatório universitário na Rede de Atenção Psicossocial?

Isabella Nascimento⁷⁰, Andrea Villanova⁷¹, Vanessa Andrade M. Pinto⁷², Liz Barddal Feligueira⁷³ e Iraneide Castro de Oliveira⁷⁴.

Introdução

Foi com muita alegria que recebemos o convite dos organizadores desse livro para escrevermos sobre o trabalho desenvolvido no ambulatório na primeira gestão da Prof.(a) Maria Tavares, como diretora do IPUB. Consideramos uma oportunidade para discutirmos o papel do ambulatório na formação dos nossos alunos, na assistência de nossa população e no diálogo com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município do Rio de Janeiro.

A cidade do Rio é dividida por 10 distritos sanitários denominados Áreas Programáticas (APs), que são bem diversos entre si em relação a equipamentos de saúde e necessidades da população. Para atender a Portaria do Ministério da Saúde (3.088/2011)⁷⁵, a nova organização da Rede de Saúde Mental do município está dividida em três grandes RAPS: Centro-Sul: APs 1.0, 2.1 e 2.2; Zona Norte: APs 3.1, 3.2 e 3.3 e Zona Oeste: APs 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3, cuja proposta é de integração e fortalecimento das redes de cuidado nos territórios.

Apenas para situar, o ambulatório geral localiza-se na parte externa do IPUB e é uma das principais portas de entrada para aqueles que buscam atendimento em saúde mental em nossa Instituição, onde, em média, realizamos 2000 consultas/mês. Geograficamente estamos localizados na AP 2.1. Vale ressaltar, que por sermos um serviço universitário federal, não temos o nosso funcionamento condicionado à lógica da adscrição ao território, portanto atendemos pacientes/usuários⁷⁶ de todas as APs do nosso município e também de outros municípios vizinhos.

⁷⁰ Psiquiatra e Coordenadora do Ambulatório Geral do IPUB/UFRJ. Doutora em Psiquiatria pelo IPUB/UFRJ

⁷¹ Psicóloga e Vice-Coordenadora do Ambulatório Geral do IPUB. Doutora em Psicologia Clínica pela PUC/RJ.

⁷² Enfermeira do IPUB/UFRJ. Doutoranda em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ.

⁷³ Assistente Social do IPUB/UFRJ. Mestranda em Educação Profissional em Saúde pela EPSJV/FIOCRUZ.

⁷⁴ Psiquiatra e pesquisadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Psicopatologia e Subjetividade do IPUB/UFRJ

⁷⁵ Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Reforçando a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/2001, na busca pela consolidação de um modelo de saúde mental em rede e de base comunitária.

⁷⁶ Existem diferentes abordagens teórico-conceituais para os termos usuários e paciente, em especial no Campo da Saúde Mental, mas não vamos tratar disso nesse texto, onde ambos serão usados como sinônimos.

Sob a coordenação da psiquiatra Isabella Nascimento, com o apoio da direção, foi possível construir uma equipe de trabalho multidisciplinar, afinada com a atual proposta de (re)discutir o perfil da assistência, do ensino e da pesquisa no cenário de práticas do ambulatório do IPUB e, principalmente, na formação de profissionais de saúde mental, que em sua maioria irão atuar na rede de atenção psicossocial.

Nos últimos anos o ambulatório vem passando por um processo de reestruturação. A primeira mudança foi o término do plantão de medicação em agosto de 2012, um dispositivo que consistia na prescrição de receitas controladas por um *staff* médico, seguindo o esquema terapêutico contido no prontuário do paciente, suficiente até a próxima consulta agendada. Após meses de diálogos entre os profissionais envolvidos e a direção, observamos o uso indevido desse dispositivo que, em muitas situações, reforçava a não adesão ao tratamento. Durante três meses distribuímos cartazes pelo IPUB, conversamos com outros setores e instruímos nossos usuários e médicos, sempre enfatizando a importância do vínculo terapêutico e o comparecimento regular às consultas.

Por outro lado, percebemos que um dos principais motivos dessa irregularidade ao tratamento era da esfera social, entre eles: moradores de outras APs ou de outros municípios; questões financeiras; suporte familiar, etc. Estas observações nos remeteram para a importância da territorialização do cuidado, seguindo a Política Nacional de Saúde Pública, além de abrir nosso questionamento quanto ao papel do ambulatório especializado universitário, dentro da rede de saúde mental no município do Rio de Janeiro.

Instituímos reuniões mensais com todos os profissionais do *staff* do ambulatório e a direção. Logo na primeira reunião, discutimos o papel dos supervisores na formação dos residentes em psiquiatria e criamos uma comissão para elaboração de um instrumento de avaliação desses alunos e que pudesse, também, nortear o papel do supervisor. Tal instrumento já foi implementado e encontra-se na fase de teste.

Outros dois projetos que são muito importantes para reestruturação do ambulatório e que têm nos permitido dialogar com outros setores do IPUB e com os dispositivos da rede são: Porta de Entrada e a proposta de Porta de Saída. O amadurecimento das propostas e a sua implementação vão muito além da necessidade de reduzir o contingente de usuários atendidos no setor, mas qualificar esse acolhimento, reconhecer e se fazer reconhecido como um serviço especializado universitário, capaz de atender às demandas de maior complexidade, mas sem deixar de colocar o usuário na perspectiva da atenção psicossocial.

No segundo semestre de 2013, atendendo a uma exigência do Ministério Público, iniciamos um projeto piloto de porta de entrada, cujo agendamento passou a ser regulado pelo Sistema de Regulação (SISREG) do município do Rio de Janeiro. Desde então, o acolhimento das demandas passou a ser realizado por uma equipe multiprofissional, coordenada pela enfermeira Vanessa Andrade M. Pinto e a assistente social Liz Barddal Felgueira. Mais adiante, abordaremos essa experiência com o SISREG, o atual modelo de Porta de Entrada - Grupo de Recepção e Encaminhamento (GRE) e os desafios na articulação de um ambulatório especializado universitário com a RAPS, considerando a Portaria nº 3.088/2011.

Por fim, vamos abordar a proposta de Porta de Saída, coordenada pela psiquiatra Iraneide Castro de Oliveira e que a cada dia agrega mais colaboradores, refletindo a importância do trabalho em equipe, possibilitando a implantação de novos equipamentos e fluxos de trabalho.

Com essa reestruturação do setor e sua interlocução com os outros territórios e dispositivos da RAPS, foi possível incluir o ambulatório como um cenário de práticas também para os alunos da Residência Multiprofissional a partir do segundo semestre de 2014. Certos de que a circulação de outros atores em formação irá movimentar o nosso fazer cotidiano, na construção de projetos terapêuticos individuais ou coletivos, que melhor atenderão a cada demanda que nos é apresentada.

A reformulação da Porta de Entrada e a experiência com o SISREG

A Triagem era realizada por residentes em psiquiatria do terceiro ano (R3) e alunos do segundo ano do Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica. Seis pacientes eram atendidos no mesmo dia por ordem de chegada. Aqueles que necessitavam de atendimento tinham que chegar muito cedo à unidade – em média às cinco horas da manhã – ou sua rede de suporte social precisava organizar-se para estar na unidade neste horário para ‘garantir’ seu lugar na fila até o seu atendimento, que se daria a partir das oito horas. Como somos uma unidade para atendimentos complexos, muitos pacientes graves não conseguiam acesso desta forma.

O projeto de mudança da chamada “Triagem”, espelhou-se na experiência realizada no Centro de Doença de Alzheimer (CDA) do IPUB. Neste setor, a equipe de acolhimento compõe-se por uma assistente social e uma enfermeira. A marcação é realizada tanto via SISREG como por agenda própria do CDA. Os usuários são inicialmente acolhidos em grupo com seus familiares, para depois serem atendidos individualmente.

Em agosto de 2013, iniciamos o projeto piloto da Porta de Entrada, acolhendo as demandas solicitadas via SISREG. A proposta foi de uma escuta multiprofissional e interdisciplinar, para melhor encaminhamento dos casos. Nosso objetivo era fazer com que todos os pedidos de atendimento fossem acolhidos de acordo com a necessidade de cada usuário, respectivo território e serviços de referência, considerando a Portaria nº 4.279/2010⁷⁷, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, e mais especificamente, à Portaria nº 3.088/2011, ambas no âmbito do SUS. De acordo com essa portaria, a Unidade Básica de Saúde, como um ponto de atenção da RAPS, tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

⁷⁷ Portaria nº 4.279/GM/MS de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, considerando que a Regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde.

Nos primeiros cinco meses de funcionamento desse projeto piloto, do total de 142 agendamentos, 57 compareceram e apenas 08 foram inseridos em nosso ambulatório. Estes dados nos interrogam quanto ao modo de acesso ao primeiro atendimento, sendo o absenteísmo um dado importante em nossas reflexões. Por essa razão, passamos a acolher a demanda espontânea, além dos atendimentos agendados via SISREG, de acordo com a disponibilidade da equipe.

A prática nos esclarece a respeito das inúmeras dificuldades econômicas, de transporte e locomoção que comprometem o acesso da população aos serviços especializados. Daí a importância da instrumentalização das equipes de saúde da família (ESF) que atuam nos seus territórios de origem, para que os usuários sejam assistidos no serviço de saúde mais próximo de onde residem ou trabalham (PAIM, 2012). E assim, estabelecer corresponsabilidades na condução dos casos pelas equipes, contribuindo para a atenção integral à saúde dos usuários.

Ademais, a capacidade resolutiva dos níveis de complexidade da atenção está diretamente relacionada com a eficiência das tecnologias desenvolvidas no primeiro nível de atenção. Quando o profissional da unidade básica consegue ouvir o usuário nas suas angústias e sofrimento, o vínculo é fortalecido. Isto favorece a articulação com os recursos terapêuticos existentes no território, viabiliza maior assertividade, resolubilidade e integralidade da assistência (MENDES, 2012).

Com a suspensão temporária dos agendamentos via SISREG, no final de dezembro de 2013, passamos a acolher exclusivamente demandas espontâneas com agendamento prévio, sem necessidade de um encaminhamento formal. O fluxo de atendimento consiste no preenchimento pelo usuário da folha de identificação pessoal, na verificação de sua unidade básica de saúde de referência através do site <http://www.subpav.org/ondeseratendido/> e na realização de um grupo com os usuários e familiares. Neste, explicamos brevemente as particularidades do IPUB, nossa perspectiva de trabalhar em rede como direito à saúde e ouvimos a motivação daqueles que procuram nosso serviço. Posteriormente, o usuário é ouvido individualmente e de acordo com a avaliação inicial, é encaminhado, ou não, ao atendimento conjunto da Psiquiatria e da Psicologia.

Em julho de 2014, após a reavaliação do fluxo de atendimento da Porta de Entrada, decidimos ampliar a formação do Grupo de Recepção e Encaminhamento (GRE), incluindo desde o primeiro momento a Psiquiatria e a Psicologia. Acreditamos que assim, o usuário tem um acolhimento mais integrado, sem precisar expor seu sofrimento em dois momentos diferentes.

Pacientes entre 18 e 60 anos apresentando quadros psiquiátricos de início agudo, graves e /ou de difícil manejo são agendados no nosso ambulatório. Aqueles que preenchem os critérios de inclusão para pesquisas em andamento em outros ambulatórios do IPUB são encaminhados para estes respectivos setores. Os demais pacientes são encaminhados para uma unidade de saúde mais próxima à sua residência,

após contato telefônico prévio para obter informações se há equipe de saúde mental e o procedimento para atendimento de primeira vez. Mesmo assim, os usuários/familiares são avisados de que caso não consigam o atendimento na unidade referenciada, retornem ao GRE para nova orientação.

Na prática o GRE é muito dinâmico e flexível, podendo ter variações em seus atendimentos dependendo da sensibilidade da equipe quanto às demandas objetivas e/ou subjetivas apresentadas pelos usuários no momento. De acordo com cada situação, o usuário pode retornar para mais de um atendimento com a equipe do GRE, ou mesmo ser agendado para o Grupo de Acolhimento e Encaminhamento - GAE. Este grupo é realizado por alunos da clínica psicanalítica que avaliam a demanda de tratamento para psicoterapia ou a indicação de um trabalho pontual em relação à queixa.

Essa experiência nos mostra a heterogeneidade do sofrimento humano. O trabalho de recepção deve conformar-se em um espaço de constante reavaliação. Afinal, é um desafio diário acolher o sofrimento psíquico, trabalhar na perspectiva da Atenção Psicossocial, vendo o usuário-cidadão como sujeito de sua história, para além dos diagnósticos.

Proposta para a “Porta de Saída” do ambulatório do IPUB

A iniciativa do encaminhamento dos usuários do ambulatório para o território de moradia não é inédita no IPUB, pois já acontecia desde há alguns anos de maneira pontual e pouco sistemática. A proposta atual tem como diferencial a implicação da equipe do ambulatório, constituída por vários profissionais com diferentes formações e experiências.

Um dos maiores desafios desta equipe que tem a responsabilidade de elaborar e implantar a proposta de “Porta de Saída” foi desvincular este dispositivo da ideia de redução do número de atendimentos e implementar os princípios da integralidade do indivíduo e das ações em saúde presentes na Política Nacional de Saúde Mental no atendimento ao usuário. Neste sentido, a desinstitucionalização, a articulação da rede de cuidados, o território, o acolhimento, a promoção da saúde com a valorização da subjetividade e do protagonismo têm sido os pontos fundamentais das nossas ações.

Esta construção coletiva vem se dando através de reuniões regulares presenciais e virtuais da equipe do ambulatório com residentes, direção, setores como a Coordenação da Residência Multiprofissional, faturamento, entre outros.

Entender a demanda de pacientes do ambulatório no que diz respeito a sua distribuição no território, quem são as pessoas que nos procuram e suas queixas, os profissionais que os acompanham, o número de atendimentos e os procedimentos realizados, e o impacto dessas ações no contexto do atendimento na rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro são questões que nos mobilizam em busca de respostas. Outra questão relevante é discutir em que ambulatório queremos atender, ensinar e aprender a partir da instituição da RAPS numa unidade de ensino e pesquisa.

Em abril de 2014, o setor de faturamento começou a processar os dados do atendimento dos usuários por AP, após solicitação da equipe do ambulatório. Com essa informação, pudemos conhecer a distribuição percentual da área de origem dos pacientes acompanhados no ambulatório a partir daquele mês. Ainda incipiente, porém consistente nos dados, verificamos que no período de abril a julho deste ano não tínhamos informações relativas à procedência do usuário em 18,0% dos atendimentos, que 15,5% eram pessoas de fora do município do Rio de Janeiro e 18,8% da AP 2.1, na qual o IPUB se insere. As demais áreas do município estavam distribuídas da seguinte maneira: AP1.0 – 6,9%; AP 2.2 – 9,3%; AP 3.1 – 9,5%; AP 3.2 – 3,7%; AP 3.3 – 7,4%; AP 4.0 – 4,5%; AP 5.1 – 3,0%; AP 5.2 – 3,0% e AP 5.3 – 0,4%.

Como mencionado anteriormente, o IPUB não tem seu funcionamento condicionado à lógica da adscrição ao território. Portanto, o dado da distribuição por região dos usuários não se sobrepôs ao que foi proposto como critérios clínicos para a “Porta de Saída”, ou seja, para o encaminhamento dos usuários às unidades de tratamento regionalizadas. Não temos trabalhado visando encaminhar os pacientes para uma ou outra AP específica, inicialmente, e sim para todas as áreas do município do Rio de Janeiro, que disponham da ESF e/ou outro dispositivo em saúde mental a partir de critérios amplamente discutidos pela equipe dentro da estratégia da Atenção Psicossocial. Com este enfoque, a experiência recente e bem sucedida do Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP) tem sido fonte de consultas e inspiração para nossas ações.

Numa primeira etapa, estabelecemos que os usuários a serem encaminhados serão moradores do município do Rio de Janeiro e, posteriormente, por meio de uma análise cuidadosa sobre a demanda oriunda de outros municípios, daremos continuidade a esta proposta.

Para o encaminhamento ficou estabelecido que: a) Deverá ser realizado se o paciente preencher todos os seguintes critérios – 1. Ser residente do município do Rio de Janeiro; 2. Morar em área coberta pela ESF; 3. Não apresentar sintomas graves no momento; 4. Não ter história de sintomas psicóticos ao longo do tratamento; 5. Não apresentar múltiplas comorbidades; 6. Estar em uso de prescrição farmacológica considerada simples. b) Um dos seguintes critérios deverá estar presente– 1. Paciente estável por dois anos; 2. Paciente ausente do ambulatório por mais de um ano sem justificativa; 3. Paciente com falta a três consultas consecutivas sem justificativa. c) usuários de outros serviços do IPUB como: Hospital-dia (CAD); psicoterapia; grupos terapêuticos, etc. poderão ser encaminhados, desde que a equipe responsável pela atividade esteja de acordo.

O processo de encaminhamento ficou entendido como “Dinâmica do encaminhamento” e envolve pelo menos três profissionais: o médico assistente (geralmente um residente); o residente multiprofissional; o supervisor de turno do ambulatório (psiquiatra) e/ou staff do ambulatório (enfermeiro, psicólogo, assistente social).

Compreende diferentes momentos como: 1. A identificação do paciente a ser encaminhado dentro dos critérios estabelecidos, ao longo do acompanhamento médico; 2. Levantamento da área de moradia do paciente e dos recursos em saúde (ESF) e saúde

mental da sua região. Etapa que poderá ser realizada por qualquer dos profissionais listados; 3. Contato com a rede de saúde (ESF) e saúde mental – também por qualquer dos profissionais; 4. Preenchimento da folha de referência. Esse documento deverá ser preenchido exclusivamente pelo médico assistente; 5. Assistência e acompanhamento do paciente até a efetivação da referência – pelo médico assistente e pelo residente multiprofissional; 6. Registro dos encaminhamentos em livro com esta finalidade – médico assistente e residente multiprofissional; 7. Reunião de equipe do ambulatório semanal – para avaliação da proposta, dos encaminhamentos, dúvidas, dificuldades e esclarecimentos. Esta reunião é aberta a todos os envolvidos e interessados nesse processo.

Ao se dar a efetivação do encaminhamento para a unidade regionalizada, a folha de encaminhamento será preenchida pelo médico assistente e entregue ao paciente ou familiar, ficando uma cópia anexada ao prontuário médico do IPUB, para o caso de consultas futuras. Esse documento foi elaborado pela equipe com base em documento pré-existente utilizado no IMPP, onde incluímos informações e dados relevantes, como: história clínica e fármacos utilizados.

Dentre as estratégias pensadas para a implantação da proposta da Porta de Saída, começar pelo envolvimento dos residentes do terceiro ano nos pareceu uma das mais cuidadosas. Ao término da residência, esses alunos necessariamente estarão deixando de acompanhar seus pacientes e o vínculo estabelecido ao longo de três anos entre o paciente e aquele profissional deixará de existir. Um mínimo de seis meses foi o tempo pensado para o R3 identificar o paciente elegível para o encaminhamento, discutir o caso com os demais profissionais do ambulatório envolvidos e avaliar se as condições são favoráveis para a efetivação do processo.

Evidentemente, qualquer paciente que atenda aos critérios e apresente as condições favoráveis para o encaminhamento pode ser direcionado para os serviços de saúde de sua área por qualquer dos residentes (R1; R2; R3), desde que todas as etapas sejam contempladas.

A avaliação e discussão da proposta de encaminhamento acontece semanalmente na reunião de equipe do ambulatório e os encaminhamentos por área serão avaliados quantitativa e qualitativamente a cada seis meses. Temos a expectativa de que ao acompanharmos esse trabalho de perto e fazermos os ajustes sempre que necessário, estaremos dando consistência a proposta e contribuindo para uma assistência mais integrada e humanizada.

O ambulatório na tensão entre o singular e o plural

Com a direção proposta pelas políticas públicas hoje, que aponta para a dissolução dos grandes ambulatórios voltando o foco para a aposta na atenção básica, por que insistimos no ambulatório? Como campo de práticas na assistência e também lugar de ensino e transmissão, o ambulatório do IPUB cumpre um papel importante para a formação de gerações de clínicos. A pluralidade de praticantes e suas especificidades de orientação fazem do ambulatório ainda hoje um campo potencialmente eficaz na

clínica, mas que requer renovação constante para que não se perca no automatismo institucional.

Estamos vivendo um momento de fôlego renovado no Ambulatório do IPUB com a articulação dos técnicos em projetos que partem de um necessário desenho da população assistida por nós. Estamos trabalhando para que, conhecendo melhor quem chega, possamos encontrar uma boa orientação para o tratamento daquilo que o sujeito nos endereça, incluindo nisso uma leitura que não se limite à psicopatologia. Porta de Entrada e Porta de Saída são aqui duas faces de uma aposta que fazemos junto com cada paciente, levando em consideração a realidade psicossocial de cada um.

A atenção que oferecemos, a partir do trabalho em equipe, compõe-se numa escuta coletiva que dá lugar a idiossincrasias dos sujeitos e dos saberes aí envolvidos. As diferenças de perspectiva que orientam, um a um, os profissionais envolvidos possibilitam encontros e estimulam soluções que não estão dadas pret-à-porter, requerem tomadas de decisão, soluções que não podem ser pensadas para todos, sem levar em consideração a singularidade de cada caso. Advertidos de que este será sempre um trabalho em construção, estamos buscando nosso modo de acolher, avaliar e encaminhar a demanda (OLIVEIRA, 2000).

O ambulatório tem na prática da consulta seu parâmetro de aplicação. Sabemos que há riscos de uma dissolução da perspectiva singular dentro do volume de atendimentos, além da cronificação dos casos decorrentes de efeitos de inércia e da redução dos atendimentos a mera burocracia prescritiva. No entanto, é também no cenário de práticas do ambulatório que podemos reconhecer o que há de profícuo no entrecruzamento de abordagens que, se não se complementam, permitem uma abordagem plural dos casos.

Essa tensão entre o singular e o plural constitui o cerne de nossos impasses e também das soluções que a atenção à saúde mental exige. Por outro lado, não podemos reduzir o impacto clínico de nossa prática a modelos reproduzíveis. Vemos a inquietação provocada pelos questionamentos renovados na presença de jovens praticantes em formação como um motor indissociável da realidade de nosso ambulatório.

O desenho da população que atendemos também é importante para que possamos conversar com a rede municipal de saúde. Que tipo de profissionais estamos formando? Que tipo de assistência é oferecida por nós? Estas são algumas questões decorrentes da implementação do projeto piloto de Porta de Entrada. Interrogar o impacto de nossa prática dentro da assistência à saúde mental em nosso município é também interrogar o papel que o ambulatório exerce na formação das gerações de profissionais que compõe e recompõe ao longo dos anos a dinâmica de nosso cotidiano.

Perspectivas futuras

Segundo dados do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica, a cobertura populacional estimada da ESF na capital do Rio de Janeiro praticamente quadruplicou nos últimos cinco anos (8,29 para 40,87), aumentando rapidamente a capilaridade de ações de saúde nas comunidades do Rio de Janeiro, seguindo uma tendência nacional e internacional, protagonismo da Atenção Primária à Saúde atribuído a esta, tanto para reformas de diversos sistemas de serviços de saúde ao redor do mundo, quanto para consequente superação do modelo hospitalocêntrico e predominantemente centrado na doença (ANDRADE et al, 2012).

No contexto brasileiro, a Reforma Psiquiátrica vem avançando na consolidação de espaços de cuidado fora dos hospitais psiquiátricos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência, ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Contudo, a ação do trabalho comunitário ainda é um desafio para os profissionais de saúde mental. Fazer rede é uma ação pró-ativa das equipes de saúde mental em estar no território juntamente com outros profissionais, atendendo, mediando, acompanhando, discutindo o caso clínico, ou seja, matriciando (COELHO et al, 2012). Nessa perspectiva será possível nos lançar na rede, fazendo o matriciamento para nossa AP 2.1?

Numa tentativa de aperfeiçoar a comunicação intrainstitucional e interinstitucional, vislumbramos a implantação dos prontuários clínicos eletrônicos. Além disso, gostaríamos de reforçar a importância de um investimento quantitativo e qualitativo em recurso humano administrativo. Acreditamos ser fundamental a inclusão desses profissionais para o melhor funcionamento do trabalho em equipe e a garantia do atendimento humanizado.

Por fim, faz-se necessário aqui destacar que o ambulatório não é mais considerado um ponto de atenção na Portaria 3.088/2011 da RAPS. Interrogamos, então: qual potencialidade de um serviço ambulatorial especializado se propõe a conversar com a rede e respectivo território no qual está inserido? Nosso principal desafio é articular o serviço universitário à Rede de Atenção à Saúde, e mais especificamente à RAPS, assumindo nossa missão junto à sociedade de ensino, pesquisa e assistência, cujo objetivo é ratificar o cuidado em rede no âmbito do SUS, tendo também como norte a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que é o fortalecimento da atenção básica e da Atenção Psicossocial comunitária. Para isso, a OMS sugere que cada país encontre o melhor caminho, respeitadas as particularidades sociais, econômicas e culturais (WHO, 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L.O.M. de et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília, 2010.

COELHO, D. A. M. **Sobre o início do matriciamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro**: reflexões, relatos e recomendações. Rio de Janeiro : Prefeitura do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Atenção Primária e Vigilância e Promoção da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 2012

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

OLIVEIRA, R. C. A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. VI, n. 17, p.30-46, 2000.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva, Switzerland : WHO Document Production Services, , 2013. 48p.

Projeto Enfermarias: Será digno o nome “Projeto” para um trabalho que ainda se passa em enfermarias?

Julio Verztman⁷⁸
Andrea Damiana Silva Elias⁷⁹

O *projeto enfermarias* é desenvolvido no IPUB desde 2011 e conta com a coordenação de Julio Verztman, a participação direta dos residentes multiprofissionais em formação na instituição e, recentemente, com a inestimável colaboração da enfermeira Andrea Damiana Silva Elias. Contamos também com a presença de alunos de graduação em programas de estágio, de parceiros internos (como as diversas equipes de assistência no IPUB) e de parceiros externos (como ocorre na oficina “corpo e movimento” e outras). Não podemos deixar de mencionar o grande apoio que recebemos por parte da direção do IPUB e da coordenação do Programa de Residência Multiprofissional, que apostaram na proposta desde o início. Sem este apoio tudo o que será descrito neste artigo seria impossível.

As principais referências que norteiam a nossa prática são as diretrizes do Programa Nacional de Humanização da Assistência hospitalar⁸⁰, as ações expressas na política de reforma da assistência em saúde mental no Brasil⁸¹, bem como a noção de *clínica do coletivo*, proposta pelo movimento de *psicoterapia institucional* francesa, especialmente na obra de Jean Oury⁸². Da política nacional de humanização retivemos a noção de protagonismo do usuário nos serviços hospitalares, bem como a aposta na singularização da assistência. Ambas as noções norteiam a assistência no IPUB. Nosso projeto procura permanentemente trabalhar com os conceitos de *rede* e de *território*, pilares do atual modo de conceber a assistência em saúde mental no país. Neste sentido, procuramos insistentemente refletir sobre o nosso papel, como equipe pertencente a um serviço de atenção hospitalar à crise no âmbito da rede de saúde, bem como trabalhar com os recursos do território capazes de nos instrumentar para o enfrentamento de situações clínicas graves. As estratégias mais específicas, postas aqui em marcha, recebem a inspiração da noção de *coletivo* de Jean Oury (2009), para quem não é possível tratar de patologias graves sem tratar da própria instituição. Nosso principal intuito é criar uma dimensão de *escuta do coletivo* num contexto crucial para a clínica dos sujeitos que atendemos: a internação nas enfermarias do IPUB.

⁷⁸ Psicanalista, psiquiatra do IPUB-UFRJ, coordenador do Núcleo de Estudos em Psicanálise e Clínica da Contemporaneidade (NEPECC-UFRJ)

⁷⁹ Enfermeira do Núcleo de Atenção Psicossocial do IPUB

⁸⁰ Maiores informações disponíveis em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf> 2001

⁸¹ Ver Delgado e Coutinho 2001, Gonçalves, Vieira e Delgado 2012 e YASUI 2010

⁸² Ver Oury, 2009.

Organizamos o trabalho de modo a privilegiar a criação de espaços coletivos, que funcionassem como *espaços de dizer* (Oury, 2009, p. 72-73), onde outras formas de expressão, que não se atualizam apenas no contato dual do paciente com seu médico ou terapeuta, pudessem ser escutadas e interpretadas. Os dois elementos transversais que sustentam todo o trabalho são a assembléia e a reunião de equipe. A assembléia é um espaço aberto no qual é construída certa *gestalt*. São ali construídos assuntos que sejam comuns a todos os pacientes internados, em situações em que a própria idéia de algo “comum” não é garantida. Qualquer atividade do projeto só pode ser iniciada se aprovada pela assembléia. Outros atores da instituição (além da equipe de enfermagem, a qual geralmente participa) já foram convidados a esclarecer pontos trazidos pelos pacientes, tais como o diretor administrativo ou os nutricionistas. A reunião de equipe é o outro sustentáculo do projeto. Nela, além de serem organizadas as diversas ações, podemos refletir sobre as marcas que este trabalho traz para cada um de nós – e geralmente estas não são poucas. Neste artigo, vamos descrever alguns aspectos do projeto, mesmo sabendo que nosso escrito não dará uma pálida idéia sobre a riqueza de nosso contato diário com estes sujeitos. Esperamos dar o testemunho dos frutos que podemos colher quando apostamos que nossos pacientes portam uma mensagem a ser permanentemente decifrada.

Mas afinal, por que “projeto enfermarias”?

Exatamente no dia em que iniciei este artigo, um dos membros da equipe, recém-chegado, fez a seguinte indagação numa reunião (que resumirei com minhas palavras): “Acho que este nome confunde um pouco a gente. O nome enfermarias dá uma localização ao projeto, como se ele se passasse somente nas enfermarias. Por outro lado, muita coisa que acontece se passa fora das enfermarias e tem este objetivo. Será que vale à pena manter este nome?”. Como achei a pergunta pertinente começarei algumas reflexões a partir dela. Cumpre ressaltar que o nome “projeto enfermarias” foi cunhado sem a minha participação direta, sendo fruto de como o trabalho foi recebido pelos residentes multiprofissionais que o iniciaram. Nunca propus nenhuma alteração nesta qualificação, porque ela articulava duas palavras que me pareceram essenciais a esta linha de cuidado. Em primeiro lugar, ele é um projeto. A palavra projeto geralmente designa um estágio provisório para alguma ação mais ampla que ele. É assim um projeto de pesquisa, um projeto de trabalho, um projeto piloto, um projeto de reformulação, um projeto de gestão. O objetivo do projeto é iniciar um percurso com alguma direção, mas há algo que se visa para além dele. Almejamos poder dizer: durante o período X em nossa fase de projeto pensávamos Y. Hoje com o percurso W falamos Z. A palavra “projeto”, em nosso caso, tem outro significado: aproximamo-nos da expressão “projeto terapêutico” quando lidamos com transtornos mentais graves e persistentes. Nosso objetivo com esta clientela é manter a qualidade e estabilidade do projeto, o que implica na sua ocorrência enquanto uma aposta permanente, que nunca supera a precariedade que estes sujeitos nos impõem. O melhor que podemos fazer é

garantir a abertura no mundo, na rede de saúde, na equipe de cuidado e nos próprios usuários e familiares para a manutenção e reinvenção do estado de projeto. O nosso objetivo principal é que exista sempre um projeto, que sempre possamos desconfiar das avaliações que definem certos pacientes como “sem projeto possível”. Deste modo, a primeira parte da alcunha dada às nossas ações, contou rapidamente com a minha simpatia. Com relação à segunda parte, “enfermarias”, a discussão é um pouco mais complexa.

No início do percurso, a palavra “enfermarias” no plural para nos qualificar era praticamente uma obviedade. Em suma, na avaliação de muitos atores institucionais, avaliação esta que englobava desde a direção até muitos dos que se ocupavam de pacientes internados (supervisores de equipes clínicas, equipe de enfermagem, residentes, alunos dos cursos de especialização, serviço social, entre outros) as enfermarias careciam, em certos aspectos, de um atributo fundamental: a sua propriedade terapêutica, para além de oferecer proteção aos riscos inerentes à crise aguda. Para falar em meu próprio nome, posso dizer que na época em que eu era supervisor de uma das equipes clínicas do IPUB, um ponto me parecia evidente: o ambiente das enfermarias precisava ser repensado em sua capacidade de produzir vínculo e potencializar a amplitude dos projetos terapêuticos. Ócio por dos pacientes e pouca presença concreta no cotidiano por parte da equipe formavam uma dupla inabalável na construção de um sentimento perpétuo de inércia. A posição dos pacientes era de contínua espera. O máximo que eles podiam almejar é que o tempo passasse, que os medicamentos fizessem efeito, que a ansiedade das famílias diminuísse, que os problemas relacionais que os levaram ao hospital mudassem de configuração. Esta posição expectante associada ao tempo que demorava a ponto do próprio tempo deixar de existir, fazia com que a internação fosse percebida como um tempo congelado transcorrido num espaço fechado. Desperdiçávamos, assim, um momento privilegiado para o trabalho terapêutico na crise, e a inclusão mais profícua deste evento numa narrativa sobre a própria experiência de sofrimento. Neste contexto, a crise era percebida ora como traumática a partir do exterior (me internaram, não querem me tirar daqui, não sei por que), ora como indiferenciada de outros aspectos da vida, já que o tempo não se desdobrava (é...fui internado. Minha vida é assim mesmo, um dia saio...).

Qual era o sentido então de iniciarmos um “projeto enfermarias”? Em primeiro lugar era preciso uma delimitação espaço-temporal. Com relação ao espaço, podemos dizer que nosso projeto se dirigia a sujeitos que habitavam provisoriamente certo recorte espacial (enfermarias, pátio externo e interno, salas de reunião, refeitório). Com relação ao tempo, nosso trabalho era dirigido ao aproveitamento terapêutico do período em que o paciente estava mais intensivamente conosco. *Enfermarias* então é uma palavra que aponta eminentemente para uma situação subjetiva caracterizada por coordenadas de espaço e tempo. Aponta também para um público alvo cada vez mais abrangente, já que nosso vínculo com estes sujeitos não se limitavam ao momento da internação.

Sendo assim, podemos responder provisoriamente à pergunta “Por que projeto enfermarias?” utilizando algumas definições: 1- trata-se de um conjunto de ações que

mantém a abertura permanente a um estado de projeto, isto é, a sua coerência se dá apenas por alguns de seus princípios clínicos básicos e não por sua estrutura final 2- ele visa a apreensão de certos estados subjetivos relacionados à internação 3- ele demarca uma clientela 4- ele almeja a inclusão - na avaliação clínica e no seu manejo - do impacto que o ambiente institucional produz na evolução dos sujeitos incluídos na estratégia da hospitalização 5- ele almeja produzir uma transformação que torne mais favorável o manejo da situação de crise. Poderíamos resumir todos estes pontos em um só: objetivamos incluir na agenda da instituição elementos pouco pensados e intervenções clínicas até então ausentes do cotidiano de nossas enfermarias. Para melhor compreender qual foi o caminho traçado, devemos fazer uma pausa em nossa descrição e trazer para debate alguns elementos conceituais.

A clínica e a instituição

“Entretanto, eu mesmo disse várias vezes que a psicoterapia institucional, tudo o que é posto em prática nela, talvez seja antes de tudo, para tratar o que eu chamo de ‘patoplastia’; isto é, as influências do meio, tudo que se passa em torno da pessoa e que cria, dos pés à cabeça, por reação, os sintomas frequentemente os mais evidentes, como a agitação, o embestamento, a fúria, os contágios histéricos e outros” (Oury 2009, p. 84).

Certamente esta não é a única definição de psicoterapia institucional fornecida por Jean Oury, diretor da Clínica de La Borde, França, até sua morte em 15 de maio de 2014. Oury passou toda a sua vida explorando o entrecruzamento complexo entre a emergência da singularidade e a função que ele denominou de “coletivo” em instituições que se ocupam do cuidado a sujeitos psicóticos. A sua referência à patoplastia institucional não é fortuita e apresenta o início de nossa argumentação. A distinção proposta diz respeito àquela entre a patoplastia e a patogenia. A patogenia aponta para um mecanismo singular de sofrimento, implicando a posição do sujeito diante dos seus desafios relacionais. É seu modo irredutivelmente particular de experimentar os impasses com os quais sua vida lhe confrontou. Supomos que mesmo um sujeito psicótico, apresente uma injunção deste tipo. Chegar à hipótese patogênica é indispensável para qualquer projeto terapêutico. Um dos grandes obstáculos para uma compreensão da patogenia, típica do ambiente institucional, é exatamente a patoplastia. Esta coloca em marcha estratégias reativas por parte do sujeito em ambientes que tendem a respostas excessivamente homogêneas. Uma enfermaria psiquiátrica, onde quer que ela esteja localizada, comumente é um ambiente que permite um repertório muito limitado de ações e laços sociais. A dramaticidade das situações-limite que

levaram às internações (no caso de haver indicação deste procedimento quando não se conta com outros recursos na rede de assistência) faz com que sejam mobilizados recursos para produzir falsas ilhas de tranqüilidade para as equipes de cuidado. O discurso da “segurança” é uma, dentre tantas, estratégias desta ordem. O problema não é o valor da segurança do paciente em situações de crise, um ideal almejado por todos aqueles que trabalham em saúde. A consequência mais deletéria é supor que encontraremos alguma segurança, pasteurizando as possibilidades de contato do paciente com o mundo. Enfatizando medidas restritivas *para todos e do mesmo modo*, só podemos produzir respostas *para todos e do mesmo modo*, conduzindo a sintomas patoplásticos. Agitações psicomotoras, estereotípias ou afastamento autístico podem ser modos de interação e conformação a contextos pouco singularizados. Não fazem parte, necessariamente, da *história natural da doença* (se que é que isso existe no campo da saúde mental). Diante de um ambiente que lhe assinala a todo instante e por todos os lados, o perigo que ele representa para si e para o mundo, restam, por vezes, poucas alternativas para o sujeito que não passem pelo signo do risco. Isto ocorre exatamente porque alguém que necessita de internação apresenta um estado de fragilidade psíquica, que o torna menos capaz de oferecer respostas criativas e não reativas ao que lhe é trazido como mensagem. O sintoma patoplástico é uma das alternativas que lhe restam, já que guarda uma relação de similitude com a mensagem que recebe e lhe mantém paradoxalmente no jogo social.

Estamos agora em condições de descrever algumas estratégias propostas por Oury para entrar em contato com a singularidade da patogenia, se tratarmos da patoplastia. Para os fins deste artigo avaliaremos apenas duas de suas propostas: 1- incluir a instituição no tratamento, isto é, garantir o tratamento permanente da própria instituição e 2- a criação de “espaços de dizer”. Começemos pela primeira. Oury define a psicoterapia institucional como a condição de possibilidade para o tratamento de patologias graves em um contexto artificial, tal como uma instituição psiquiátrica. Ele chega a propor a necessidade de *axiomas de base*⁸³ para iniciarmos qualquer ação propriamente terapêutica. São eles: 1- liberdade de circulação dos pacientes com contratos facilmente revisáveis de entrada e saída, 2- colocação em cheque da hierarquia institucional de acordo com cada situação clínica, 3- uma *ginástica de papéis* desempenhada pelos membros de uma equipe, a qual respeitará os itinerários e vínculos construídos pelos pacientes na instituição e, por fim, 4- a produção de lugares concretos radicalmente heterogêneos que garantam uma circulação organizada por coordenadas de espaço e tempo cada vez mais pessoais. Não é difícil perceber que a estrutura complexa de um hospital, pode representar desafios insuperáveis àquilo que é considerado por Oury como *axioma de base*. Numa enfermaria, geralmente ocorre grande restrição à possibilidade de o paciente explorar o espaço e encontrar um lugar mais confortável, imprevisível antes de sua circulação livre. Há regras gerais de entrada e saída, as quais são pouco singularizadas e sem relação com o projeto terapêutico específico. Situações clínicas graves em grande escala, com muitos pacientes confinados a maior parte do

⁸³ Ver Verztman, Cavalcanti e Serpa 1992

tempo no mesmo espaço, são geralmente solidárias com grande hierarquização nas ações. Há uma tendência a definir protocolos, explícitos ou implícitos, que ratificam o poder de decisão de uma pirâmide hierárquica, a qual não respeita as peculiaridades de determinadas situações clínicas. Os diversos profissionais, ao invés de se abrirem para uma área de indeterminação colocada por situações-limite próprias a subjetividades em enorme sofrimento, enclausuram-se no que a psicoterapia institucional chama de *estatuto* (Verztman, Cavalcanti e Serpa jr 1992, Verztman e Gutman 2001), ou seja, nos atributos da carreira profissional que abraçaram. Com isso, eles deixam de desempenhar o que este movimento denomina de *papel e função*. Finalmente, uma enfermaria é, na maior parte dos casos, um ambiente extremamente homogêneo, com espaços pré-definidos e pobres, incapazes de estimular a plasticidade necessária à re-instauração do vínculo pessoal do sujeito com o universo humano do qual ele se afastou. A conclusão a que chegamos não pode ser outra: para tratar de sujeitos em intenso sofrimento, é preciso que a instituição se trate. É necessário que, em nosso caso, as enfermarias se repensem continuamente e resistam à cristalização. Não teremos agora oportunidade para desenvolver todas as estratégias propostas por Oury para o tratamento contínuo da instituição, podemos apenas adiantar que todas elas se dirigem para a emergência do desejo em correlação com a transferência. Trata-se fundamentalmente de fomentar ações no sentido de criar caminhos alternativos para que o desejo, barrado de modo peremptório em patologias graves como a esquizofrenia, possam encontrar o que Oury chama de *abordagem indireta*. Tal abordagem só é possível se uma equipe de cuidado se indagar permanentemente sobre o seu desejo de estar ali e encontrar modos múltiplos e criativos de elaborar suas resistências ao trabalho.

Passemos agora à proposta de criação de *espaços de dizer*.

“Por exemplo, se se enuncia esta constatação empírica: ‘em um hospital, ou em um setor, em um estabelecimento, deve-se definir o que nos parece um elemento essencial ao trabalho: *um lugar*. Um ‘lugar’ para que algo possa manifestar-se. O que eu tinha chamado de um ‘espaço de dizer’ em correlação com a transferência...Eu não sei o que vocês pensam disto: ‘Função Coletivo’? É para tentar definir uma coisa que é frequentemente dificilmente admitida pela ‘tecnocracia’. Um sistema que permita a emergência de alguma coisa, que permita que tenha vida simplesmente, e que ela não seja sufocada pelas tramas repressivas...”

Criar um ‘espaço de dizer’ no qual haja pessoas que venham e pessoas que não venham, mas que passem por lá e que tenha alguma coisa que aconteça, que emerja, onde haja pessoas que se modificam com os passar dos anos; isto só pode acontecer numa dimensão não direta (dê ordem aos administrados), mas indireta...”(Oury 2009, p. 72-73)

Esta passagem demonstra a solidariedade de certos termos: *lugar*, *coletivo*, *transferência*, *acontecimento* e, por fim, *espaço de dizer*. Precisamos criar espaços onde algo aconteça. Acontecimento neste contexto significa que ali se rompe com a repetição e a estagnação. O que promove uma ruptura desta ordem é a correlação deste espaço

com outros espaços significativos, de modo que a passagem entre um e outro seja o aspecto transformador para um sujeito paralisado na sua possibilidade de circular. A abordagem indireta, citada anteriormente, só é possível se o ambiente institucional for pródigo em permitir diferenciações de espaços e relações. Uma oficina, para tomar um exemplo que nos é próximo, jamais terá propriedades terapêuticas, por melhor que seja sua estruturação. Seu papel potencial só será alcançado se ela promover articulação e abertura permanente com outros espaços, podendo assim participar da criação de um lugar para dado usuário. Tais espaços só poderão adquirir esta propriedade se forem acolhedores com o *dizer*. O verbo no infinitivo, e não o seu produto, o “dito”, é o que caracteriza a abertura da instituição para entrar em contato com as idiossincrasias das experiências psíquicas graves, a sua capacidade de incluir e conter tudo aquilo que, quase por impulso, sempre queremos expulsar. Vida, outra palavra cara a Oury, é diferenciação e plasticidade. Vida é algo que podemos sentir e não é difícil percebê-la quando adentramos um lugar vivo. E também não é difícil sentir o cheiro da morte...

Estratégias utilizadas em nosso projeto

Todo aquele que trabalha com pesquisa sabe que o sucesso do seu empreendimento estará diretamente relacionado à sua capacidade de delimitar um recorte preciso da realidade capaz de ser atingido pelas suas ações. Por analogia, para transformar certos paradigmas da assistência, é preciso lutar contra a onipotência, conhecer seus limites e traçar um ponto de partida que seja promissor na sua capacidade de disparar efeitos imprevisíveis. Desta forma, nestes últimos quatro anos, nossos esforços se dirigiram para a criação de espaços coletivos nas enfermarias, chamados na maior parte das vezes de oficinas, para a regularidade de uma reunião geral dos pacientes internados com a equipe, chamada de assembléia, para as reuniões de equipe do projeto, para a interlocução com as equipes clínicas e de enfermagem a fim de viabilizar a participação de certos pacientes nas nossas atividades, para a problematização de aspectos do cuidado, entre outras ações.

Neste tempo, criamos uma grade estável de atividades variadas, as quais se modificam permanentemente. Esta variação inclui desde oficinas voltadas para pacientes internados há mais de um ano - como a oficina de culinária - passando por atividades que visam o contato com o que se passa fora da instituição - como a oficina “E o mundo lá fora?” – até a oficina “corpo em movimento”, voltada para a criação de um produto artístico pelos seus participantes e é ministrada por artistas. Poderíamos dar muitos outros exemplos de atividades e nos comprazer com o relato; poderíamos citar algumas estatísticas que produzimos, demonstrando que em algumas semanas auferidas, mais de 60% dos internos participavam de oficinas e saídas; poderíamos encher a boca para dizer que nosso projeto foi determinante para a realização em 2012 da vídeo-instalação “Corpo Santo” de Dias & Riedweg, exposta na coleção Prinzhorn em Heidelberg, a

qual contou com a participação de mais de 50 usuários internados; poderíamos fazer proliferar dados que demonstram ter havido alguma mudança na estadia de nossos pacientes em nossas enfermarias. Isto, entretanto, seria desconsiderar tudo o que expusemos anteriormente.

O leitor mais versado na literatura sobre atenção psicossocial, sobre psicoterapia institucional ou simplesmente sobre a reforma da assistência em nosso país, não perceberá nenhuma grande novidade nas ações descritas. A criação de espaços coletivos, antes inexistentes em nossas enfermarias, não tem nenhum valor em si. Nosso interesse por estes não visa a produção de números demonstrando que nossos pacientes estão ocupados e não mais reina o ócio em nossos domínios. A estratégia escolhida (criação de oficinas, criação de uma equipe e de reuniões gerais da enfermaria), visava simplesmente produzir outro cuidado, com uma lógica própria que pudesse ser reconhecida pela instituição. Almejamos, junto a muitos outros atores institucionais, manter um espaço de abertura, no qual até mesmo o modelo de enfermarias como as que temos, possa ser profundamente transformado ou desconstruído.

Nosso objetivo é a criação de lugares no sentido conferido por Oury e um lugar não pode ser apreendido pela simples existência de uma grade de atividades, mesmo que esta tenha sua relevância. Lembro aqui uma frase minha exaustivamente repetida em nossas reuniões, a qual geralmente provoca decepção em quem a ouve, “nosso projeto está num estágio muito incipiente, não produzimos uma transformação consistente na lógica do tratamento, nossa capacidade auto-reflexiva e auto-avaliativa ainda é pequena, estamos muito longe de potencializar o que entendemos por *função Coletivo*”. O funcionamento de uma instituição em outra lógica de trabalho depende da criação de inúmeros dispositivos que ultrapassam um projeto como o nosso. A atual direção do IPUB não tem medido esforços para incluir algumas das proposições trazidas neste artigo para qualificar a assistência, sobretudo aos pacientes internados. Reuniões gerais periódicas dos profissionais ligados à assistência, fortalecimento das equipes multidisciplinares, multiplicação de instâncias de mediação entre as equipes, entre outras medidas, tem trazido um impacto grande para a transformação no cuidado.

Mesmo assim, um projeto pequeno como o aqui descrito, tem sido capaz de modificar algumas práticas institucionais bastante cristalizadas. Podemos fornecer um pequeno exemplo. Em função de inúmeros fatores, a maioria das atividades internas, bem como evidentemente as externas, de nossa responsabilidade ocorrem fora das enfermarias, espalhadas pelo IPUB ou fora dele. A existência regular destas oficinas fora das enfermarias gerou recentemente grande tensão entre os diversos profissionais do hospital. Esta tensão é o principal indício do que denominamos de *acontecimento*. O motivo da tensão era como se daria a permissão para que um paciente pudesse sair das enfermarias, sob que critérios e sob quais responsabilidades. Depois de rico debate institucional, foi repensado o que podemos definir como contrato de entrada e saída dos pacientes durante sua estada no IPUB. O que constava da prescrição apenas pelas figuras de pátio proibido, pátio acompanhado e pátio livre, se desdobrou de forma a permitir um acompanhamento mais individualizado dos casos. A própria expressão

“pátio” foi colocada em questão durante as discussões, enfocando-se a importância das palavras que usamos para definir nossas ações, ou seja, perceber como as palavras têm uma história e como elas circunscrevem o que fazemos. O que significa repensar também o nosso próprio modelo de enfermarias.

Para terminar este tópico, não posso deixar de mencionar a importância de este projeto ter sua execução realizada pelos residentes multiprofissionais. Como os leitores poderão aquilatar no artigo sobre a “residência multi” (como a chamamos carinhosamente), nesta coletânea, a implementação deste programa de formação teve um impacto extenso na assistência prestada pelo IPUB. Jean Oury utiliza uma expressão curiosa para qualificar aqueles que se vinculam mais diretamente ao trabalho, a qual foi traduzida pela nossa diretora (Cavalcanti 1992) como os “isso importa”. Os “isso importa” são aqueles que não se contentam com o possível, que não aceitam explicações fáceis para as coisas se repetirem sempre do mesmo modo, que se exasperam diante das fragilidades evidentes das soluções burocráticas, que não admitem nada que não seja transformação, que não se encantam com os atributos de pessoas mais velhas se isto contrariar um projeto clínico maior. Certamente, adquirir uma qualificação como esta é algo pontual, a qual depende de dado contexto. Em minha opinião, todavia, as equipes de residentes multiprofissionais que participaram do “projeto enfermarias” nestes quatro anos, apresentaram fortemente esta característica, para eles “isso importa” e é para estes residentes que devo a honra de escrever este artigo.

E o futuro?

Em consonância com o que examinamos acima, o mais importante é apostarmos que haja futuro. Resta tudo por fazer, mesmo que já possamos conjugar o verbo no passado e admitamos que certas coisas já foram feitas. Entrada menos marginal das nossas ações nos projetos terapêuticos, estratégias coletivas que envolvam as famílias, mapeamento mais completo do território a fim de aumentarmos nossas ferramentas de trabalho, inserção mais orgânica em nossa área programática (AP 2.1), criação e solidificação do Núcleo de Atenção Psicossocial do IPUB proposto pela direção, maior participação dos médicos residentes em outras formas de cuidado em consonância com princípios aqui descritos, são alguns exemplos deste “tudo por fazer”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência hospitalar (<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf> 2001)

CAVALCANTI M.T. **O tear das cinzas: sobre as relações entre a psicose e a instituição psiquiátrica**. 1992. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

DELGADO, P.G.; COUTINHO, E. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 17, n. 3 maio/jun. 2001.

GONÇALVES, R.W.; VIEIRA, F.S.; DELGADO, P.G. Evolução do gasto da Política de Saúde Mental no Brasil de 2001 a 2009. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 51-58, 2012.

OURY, J. **O Coletivo**. São Paulo : Hucitec, 2009.

VERZTMAN, J.; CAVALCANTI, M.T.; SERPA JR, O. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1992. p. 17-30.

VERZTMAN, J.; GUTMAN, G. A clínica dos espaços coletivos e as psicoses. In: CAVALCANTI, M.; VENÂNCIO, A.T., **Saúde Mental**: campos, saberes e discursos. Rio de Janeiro : CUCA-IPUB, 2001. p. 39-72.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2010.

Este texto foi escrito nas lembranças de cada momento vivido por um grupo de pessoas que escolheram, em algum momento da vida, estarem juntas. A partir de vários encontros no *Ateliê*, nos rabiscos que alguns de nós, fomos propondo para alguma obra, das vigorosas pinceladas de Josinaldo, nas histórias que eram pensadas e repensadas nos cantos do hospital, nas tardes sentados nos bancos dos jardins, nos encontros na hora do café feitos pelo Eduardo Oliveira, na participação da Beth Sabino e Tania Regina, que quase diariamente nos trazem histórias da vida cotidiana do IPUB. Fez-se nas conversas dos visitantes e participantes desse espaço, quando criamos um grupo de amigos tendo como terapeuta a arte de alguns.

Nos inúmeros momentos em que lembrávamos, com saudade, do artista Josinaldo Lima, da delicadeza do Eduardo Teixeira, das gargalhadas da Suzana, dos longos discursos do Antonio Carlos, das caricaturas do Demetrius Lucas, das generosas naturezas mortas do Paulo Tostes, da saudade do Evaristo, da Fátima e de outros que, no meio da nossa jornada da vida, resolveram tirar o chapéu e nos surpreenderam com um até logo. Também se construiu diariamente na fala de Antonio Carlos, quando seriamente me olhava e dizia: "Senhora Eliane, eu sou louco, mas eu também penso e preciso de calma para fazer isso".

Foram nas diversas exposições que apresentamos no decorrer desses anos, nos lanches e almoços organizados pela psicóloga Adriana Machado, que há muito tempo tem incansavelmente feito um trabalho fantástico no *Ateliê* e sem a presença dela alguns pacientes perderiam a possibilidade de desfrutar o que o espaço oferece, pois entendo que, para alguns casos do *Ateliê*, a Adriana foi fundamental nesse atendimento tão peculiar que é a escuta e o comprometimento com o difícil trabalho da saúde mental.

E com tudo que descrevo agora, começamos a escrever uma história nas histórias de cada um que passou (e passa) no *Ateliê* e contribui para a existência e permanência desse espaço, de um jeito muito próprio de se construir, já que a função do ateliê não é de ser técnico, não é de ser hospitalar, não é da ciência, mas, sim, de convívio de pessoas que gostam, fazem arte, se entendem e se desentendem; às vezes choram, às vezes riem com o nosso vai e vem da loucura intrínseca ao que é ser humano.

Esse texto foi escrito por todos nós que nesse espaço do *Ateliê* não somos loucos nem terapeutas, somos pessoas que gostam de criar, de discutir e fazer arte e fazer parte de um grupo que decidiu que, mesmo vivendo num hospital psiquiátrico, seríamos apenas pessoas, sem carimbos de Haldois, Freuds, Lacans, sem rótulos da loucura que nos é apresentada quando nascemos pessoas, seríamos nós e do nosso jeito, aqui não há

⁸⁴ Artista Plástica - Fundadora do Ateliê da Vida

espaço para a loucura, aqui, ela fica de fora, e nós, embutidos no fazer artístico, ficamos dentro. E como nos dizia o escritor pernambucano Ariano Suassuna: “*Arte pra mim não é produto de mercado. Podem me chamar de romântico. Arte pra mim é missão, vocação e festa.*” Ariano Suassuna (1927-2014).



Fig. 01 Alcebíades Modesto Ferreira - Acrílica s/ Tecido - 1969

O *Ateliê* tem a função da arte, da criação. Não é um espaço para se discutir loucura, mas um espaço para se viver saúde, onde dentro da nossa organização a arte tem o poder de nos fazer voltar a cada dia e mostrar uma nesga de equilíbrio, e por isso o nome *Ateliê da Vida*. Nome esse escolhido numa tarde, num dos nossos encontros, há dezoito anos, onde nosso grupo decidiu que aquele espaço teria esse nome e seria um espaço onde contaríamos as histórias dos nossos artistas. Como Alcebíades Modesto Ferreira, que não chegamos a conhecer e que possivelmente tenha sido o primeiro artista internado no IPUB que iniciou a prática da arte na Instituição. Tivemos o artista Antonio Alexandrino que, no início da criação do *Ateliê*, fez parte do grupo mudando-se depois com a sua família para a cidade de Aracaju. O nosso saudoso Evaristo Francisco, com seus quadrinhos, que, na sua pressa de passear pelos jardins, nos presenteava com desenhos rápidos e criativos. Evaristo desapareceu em 16 de novembro de 2004, e nunca mais pudemos vê-lo criar imagens com tão rara riqueza de inventividade. Ele sumiu, mas a sua arte ficou. Pois apesar da ingratidão do tempo que teima em apagar a história, os símbolos que criamos para “aguentar o tranco da vida” são eternos.

Cadê a Fátima? Que resolveu se despedir de nós muito cedo e a impossibilidade de não poder ter impedido essa viagem me machucou por dias, meses, anos. Foi com a partida dela que comecei a perceber o quanto eu estava envolvida com o espaço do *Ateliê*, e o desaparecimento do Evaristo, a partida do seu Jairo o adeus do artista Leonardo, o até breve do Jesus. Com a partida inesperada do artista Josinaldo Lima, o *Ateliê* chorou, era um prazer nas tardes criativas, o jardim cheio de cavaletes, as risadas, conversas, cafezinhos, misturas de tintas, imagens surgindo em suportes de telas, madeiras, tecidos, éramos efervescentes de ideias e projetos para novas exposições. Um

dia, como são os dias de pessoas loucas por arte e sem saber fazer outra coisa, o meu telefone toca de manhã e alguém me diz: “Josinaldo morreu.” E não sei porque a morte sempre me pega de surpresa. Paralisei. Às vezes não sei explicar porque flutuo feito uma flor, murchando, despetalando, rodopiando como um peão da vida. É como se o corpo não suportasse o peso da vida, de momentos onde temos a consciência que algo quebrou dentro de nós e que a restauração de nós mesmos será feita pelo tempo, pela saudade, pela perda e pela consciência de que os artistas também se vão, são homens, são pessoas, são artistas e loucos, loucos pela vida, pelos ateliês, pelos espaços que nos acolhem, nos aceitam e fazem dos nossos dias os melhores dias que um louco pode ter.



Fig. 02 - Josinaldo Lima: artista plástico no Ateliê

E percebi que somos finitos e precisamos, se quisermos contar a história de onde passamos e o que criamos, temos de começar de algum ponto. Mas pensei: Vamos fechar nossas histórias de partidas, despedidas, saudades e adeus para falarmos do que ainda temos, do que ainda criamos, do que ainda podemos fazer, vamos dizer o que é:
O Ateliê da Vida do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro



Fig.03 - Josinaldo Lima - Caneta Hidrográfica, s/d.

E repetindo as palavras da psiquiatra Maria Tavares, penso que fui apenas um instrumento usado pela arte para fazer parte desse projeto.

“Quando nos deparamos com um trabalho como esse, que agora vocês têm nas mãos, é que entendemos o sentido de dedicar toda uma vida a um universo que a sociedade em geral conhece tão pouco. E, na verdade, pouco quer saber, delegando a alguns o cuidado e o convívio com esses muitos que vagueiam por universos tão estranhos quanto mágicos, construindo e reconstruindo mundos, por vezes aflitivos, outras divertidos, mas sempre singulares. O IPUB quer ser esse lugar onde podemos estar juntos, vendo o jardim florescer em suas diversas estações, acolhendo a loucura naquilo que ela tem de mais terrível e de mais sublime. Que as gerações que nos precederam nesses 70 anos de IPUB possam estar orgulhosas daquilo que o seu legado hoje representa e que aquelas que nos sucederão possam manter sempre vivo esse espírito de respeito e admiração por aqueles que nos são diferentes e, por isso mesmo, tantas vezes difíceis de conviver, compreender e amar.”

(Prof^ª Maria Tavares Cavalcanti- Diretora do IPUB)

O *Ateliê da Vida* faz parte do trabalho terapêutico realizado pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro desde 1997. Foi criado por mim, Eliane Santos, artista plástica, e, desde então, permaneço a sua frente.

É um espaço aberto do qual participam pacientes internados, ou não, que manifestam o desejo de desenvolver sua criatividade e que se sentem acolhidos no *ateliê* para vivenciar e colocar em prática momentos de criação. O trabalho tem como proposta principal a prática da arte. E o resultado dessas experiências se torna, na maioria das

vezes, projeto anual para uma exposição, um centro de estudos, um debate sobre arte/loucura. Tendo em mente que a doença psiquiátrica, dentre todas as doenças, é a mais provável de afetar a competência do homem.

Desse modo, a arte é uma tentativa de cada um para dar sentido a suas experiências internas que o identificam como ser humano e cria possibilidades quando há um investimento da prática artística na sua integração social e mais uma possibilidade de ajuda na saúde mental. Há pacientes que estão no grupo há mais de 15 anos e outros que frequentam o espaço mais esporadicamente, podendo ficar por um período de tempo afastados e retornar quando for do seu desejo.

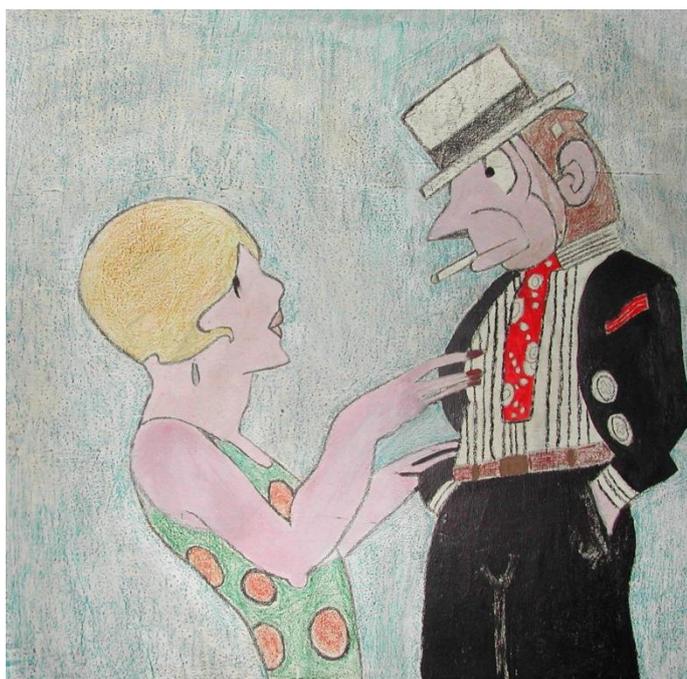


Fig.04 - Suzana Gonçalves - Pastel Oleoso s/ Eucatex - 2005-

Sempre há uma abertura para que os pacientes possam experimentar novos espaços. Mas o que se tem observado é que cada um procura o seu canto, o seu refúgio de acordo com suas aptidões. Percebe-se que, para os que nunca saíram, ali é de fato um lugar escolhido para estar.

Penso que um *ateliê* é o lugar de trabalho para pessoas com vontade de criar e onde se pode experimentar, manipular e produzir um ou mais tipos de arte. Incluem-se nesta definição, não só qualquer sala onde um indivíduo trabalha em grupo ou solitariamente, mas um espaço onde se decidiu fazer e viver do trabalho da criação, da inventabilidade, do jogar para fora o que não cabe dentro de si. George F. Kneller em *Arte e Ciência da Criatividade* cita Picasso dizendo: “(...) *O pintor pinta para descarregar sentimentos e visões*” (1978 p. 64). Pensando nesse sentido, um espaço para descarregar visões e congregar sentimentos pode estar no aconchego de um ateliê.



Fig.05 Paulo Tostes - Acrílica s/ Tela – 2005

A função do *ateliê* também é orientar no sentido de mostrar que ele só vai conseguir desenvolver algum trabalho se houver participação e frequência. Isso porque sempre se tem a ideia de que fazer arte é muito fácil e quando se tem pela frente a primeira dificuldade o paciente tende a desistir. Então, é necessário um trabalho de acolhimento, estímulo ao mostrar uma nova técnica, para facilitar a inserção desse paciente neste novo espaço. Uma atenção redobrada é necessária nos primeiros dias para que o paciente possa se sentir aceito, seguro e confiante. A entrada de um paciente no Ateliê se dá de várias formas. Através da indicação do profissional que o atende em outras atividades, devido ao seu desejo de estar no espaço colaborando no processo criativo/artesanal ou quando um colega ou a família que já visitou o Ateliê o traz para



Tania Regina participando de uma atividade de colagem e pintura.

conhecer este espaço. Mas o tempo tem mostrado que o paciente com mais interesse nessa atividade é o que descobre sozinho na sua busca por atividade, uma ocupação ou um acolhimento na instituição. Percebe-se que o espaço não tem sido apenas um lugar de criação, mas vem se tornando um lugar onde um grupo de pessoas que se conhecem, criam juntas de forma descontraída. Brincamos muito, rimos de nós mesmos, do que inventamos do que pensamos inventar, da vontade de apenas ser pessoas felizes, participativas, produtivas, do jeito que podemos e conseguimos ser. O mais interessante é que a descontração é uma característica forte do grupo.

Esta é a razão pela qual resolvemos trabalhar em grupo e não individualmente. O ambiente do *ateliê* se enriquece com as histórias, opiniões e participações de todos. A dor da solidão da doença já é demais, o projeto do *ateliê* tem como um dos objetivos diminuir esse sentimento. A arte, se bem direcionada, tem uma capacidade enorme de socializar e melhorar a autoestima. É uma possibilidade maravilhosa para colaborar com as outras intervenções terapêuticas e amenizar os impasses da vida.

Nos últimos anos, o *Ateliê* fez várias exposições no Museu Nacional de Belas Artes, no Centro Cultural da Justiça, no Salão Nobre do Clube Naval, na Galeria do Cine Santa, em Santa Teresa; Centro Cultural Laurinda Santos Lobo; apresentou vídeos e participou de várias feiras, debates em outras instituições, convidou e expôs artistas de outros ateliês, recebeu estagiários, mostrando, com isso, que a arte congrega, cria vínculos e diminui as diferenças.

O trabalho desenvolvido no *Ateliê da Vida* do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB está intimamente comprometido com as transformações na assistência psiquiátrica e preocupações com a ressocialização. Parte dessas atividades realizadas no *Ateliê da Vida* absorve pessoas da terceira idade, as oficinas de arte têm cumprido papel fundamental na melhora da qualidade de vida. Além de proporcionar a atividade artística, e por vezes a possibilidade de aumento do rendimento com a venda das obras, as oficinas são espaços de convivência, favorecendo a ampliação do círculo de relações, comumente restrito às pessoas mais próximas. Percebe-se o quanto é importante o contato, não apenas com pessoas da mesma geração que compartilham valores acerca da vida, mas também com pessoas de diferentes idades. A relevância está nos laços afetivos que se constroem, no cotidiano que se transforma com a inserção do encontro periódico com o grupo e na troca de experiências sobre o que se produz naquele espaço. A convivência em grupo diminui a ação da solidão e do isolamento social.

Ao acompanhar esses pacientes no ateliê, percebemos o quanto é terapêutico o prazer que a atividade criativa proporciona: auxilia-os no resgate da autoestima, organização mental, capacidade no ato criador, criação de vínculos; os pacientes, muitas vezes sem prática artística anterior, vivem a alegria das descobertas que antes julgavam não ter em potencial. O sentimento positivo de poder estar produzindo arte lhes proporciona melhora no estado de saúde e na qualidade de vida, isso mostra o quanto é benéfico o papel da arte para o ser humano.

No trabalho oferecido nas Oficinas de Desenho e Pintura e de Criação do *Ateliê da Vida*, a concentração individual se faz necessária desde a escolha do material. O ritual de organização do material, o aprendizado sobre sua utilização, limpeza e

conservação são etapas importantes na atividade. A partir daí, propõe-se a utilização de vários suportes: papéis, telas, madeiras... Tudo que é possível dentro do limite de um *ateliê* que funciona num hospital psiquiátrico.

Na criação de desenhos e pinturas, é estimulada a descoberta da maneira pessoal de cada um no desenvolvimento de um estilo próprio. É importantíssimo desconstruir o mito segundo o qual o bom trabalho é aquele que se assemelha à imagem produzida pela máquina fotográfica. Também é fundamental que se desenvolva um olhar mais sensível para tudo o que está à nossa volta, mesmo que, como diz Mario Quintana: *“Em meio ao turbilhão do mundo, o poeta reza sem fé”* - (2012 p. 39). E, com ou sem coragem, temos que perder o medo diante do vazio da tela.

Qualquer lugar deixa de ser uma paisagem conhecida e monótona. O caminho que fazemos diariamente saindo ou retornando para casa, o quarto de dormir e a cozinha de nossa casa possuem uma composição de formas e cores que podem servir de inspiração para um esboço. O mesmo acontece com a paisagem que vemos das janelas de casa ou de um veículo, nas calçadas, nas ruas, e até mesmo nas revistas. Com um olhar vivo, curioso, podemos achar inspiração em tudo que nos rodeia.

“Artistas distantes do mundo cultural, marginalizados, excluídos ou internados em hospitais psiquiátricos são, sem saber, os artífices da Arte Bruta. A arte não dorme nos leitos preparados para ela, foge logo que se pronuncia seu nome, ama o desconhecido. Os seus melhores momentos são quando esquece como se chama”.

Assim, o pintor francês Jean Dubuffet (1901 – 1985) pensava que fosse a arte e a inspiração que vêm de dentro. É difícil afirmar limites exatos entre as esferas do mundo interior e do mundo exterior ao sujeito. A conversa ininterrupta entre esses dois mundos é o que nos movimenta à custa de conflitos e surpresas agradáveis ou não.

Movimentar essa conversa entre mundo interno e externo é um dos objetivos da Oficina de Desenho e Pintura. Imagino que no primeiro momento o ato criador nasça das profundezas da alma, e depois que serão necessários conhecimentos para a execução da obra. Percebe-se nessa experiência que os pacientes em idade avançada podem assimilar novas representações em sua vida psíquica, experimentar um novo sentido de identidade e reatar contato com fontes internas de vitalidade através da relação com a atividade artística.

“Desse modo, a arte é uma tentativa de cada um para dar sentido a suas experiências internas, assustadoras ou belas, que o identificam como ser humano. Por meio da criação de imagens, de sons, por meio da transformação dos materiais em linguagem, nos tornamos capazes de compartilhar com os outros nossos medos e encantamentos”

(FERREIRA GULLAR, 1993).

Afinal, a arte é o que congrega, é o que faz com que se reconheça a presença do humano, não importa em que tempo e em que lugar. Por isso mesmo, a arte pode reunir artistas loucos na comunidade dos artistas, pois a partir dela não é mais o louco que importa, mas aquilo que ele criou. E, para provar isso, criamos a Galeria dos Artistas no primeiro andar do Instituto de Psiquiatria do IPUB, onde Alcebíades, Josinaldo, e outros artistas exibem suas obras não como loucos, mas, sim, como artistas.

Trabalhar com a arte, a Arte da vida, tem sido um privilégio diário, aguçando em mim um desejo maior de viver. Explicar isso não é tarefa fácil, já que cada um de nós tem uma luta travada consigo mesmo no seu processo criativo.

O trabalho coletivo e a inclusão têm sido marcas fortes desenvolvidas pelo *Ateliê* nos últimos anos. Temos recebido outros artistas que, direta ou indiretamente, têm nos apresentado com participações em nossas exposições, debates, pesquisas, visitas e curadorias. Por isso é interessante ressaltar algumas dessas parcerias com os artistas e professores da Escola Nacional de Belas Artes – UFRJ: Ana Canti, Kazuo Iha, Marcos Varela, Lourdes Barreto, Marcelo Duprat que pintou todos os retratos da Galeria dos Diretores do IPUB, galeria esta criada e organizada pelo *Ateliê da Vida*, Ricardo Pereira que trabalhou na equipe de uma parte da restauração da obra dos artistas Alcebíades e Josinaldo Lima. E tivemos a colaboração da artista Bárbara Sotério, que, junto ao *Ateliê*, criamos a Galeria dos artistas do IPUB.

Dos artistas que fizeram parte de algumas de nossas exposições coletivas, convidados pelos artistas do IPUB, entre eles, Jade Mascarenhas, Cristina Loureiro, Bárbara Sotério, Matheus Grimião, Alex Nery, Floriano Duarte, o artista chileno Marko Molina, Marcius Tristão, Cristina Amendoeira, Chiara Bozzetti, Pedro Marambaia, Antonio Aranha, Fernando Campos Maia, Márcio Goldzweig, entre tantos outros que o tempo, na sua generosidade, nos concedeu o encontro e, na sua crueldade da distância, me faz esquecer os nomes neste momento. A possibilidade de encantar pessoas que ainda se emocionam quando descobrem a alegria das cores, a pincelada do pincel, a dor e o orgulho de acabar um trabalho e saber que nem sempre a sua criação corresponde à expectativa de beleza do outro, isso tem feito do trabalho desenvolvido no *Ateliê da Vida* uma busca constante pelo desejo de mostrar caminhos para pessoas que nos procuram, buscando uma vida mais comprometida com a saúde e a felicidade. E vem dessa experiência a vontade concreta de mostrar que a prática artística pode ser um caminho saudável em busca do bem-estar. E com um fator importante: não existe idade. É se entregar no colorido das cores, das formas, das linhas, das massas de modelar e simplesmente deixar a vida correr solta, dentro de você. É assumir o seu lado criança no brincar da criação. Não importa que você não seja Miró, Van Gogh, Picasso ou Dali, que aos sessenta, setenta e nove anos, possamos dizer: No palco da vida, representei melhor porque tive como companheira de estrada a minha arte, e mesmo que o encontro tenha sido mais tarde, foi ela que me mostrou um caminho onde posso amenizar o percorrer da minha estrada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GULLAR, F. Argumentação contra a morte da arte. 2.ed. Rio de Janeiro: Revan, 1993. 135p.

KNELLER, George F. Arte e Ciência da Criatividade. Trad. José Reis. 15.ed. Ibrasa: São Paulo, 1978.

QUINTANA, Mario - *A vaca e o Hipogrifo*, Editora Ibjct5iva, 2012

A loucura liberta ou a liberdade é uma loucura? - Apresentando “A Voz dos Usuários”

Antônio Carlos dos Santos, Aristóteles Casas de Oliveira, Elizabeth Sabino dos Santos, João Batista dos Santos, Luiz Eduardo Mendonça de Souza, Maria Aparecida Lopes do Nascimento, Maria Madalena Silva Santos, Orlando dos Santos Baptista, Orlando Vinícius Dias Mara de Barros, Renato Moraes Ponte⁸⁵, Caroline da Rocha Noël, Isabel Sampaio dos Santos Ferreira⁸⁶, Karen Bello Berg, Mônica Monteiro Peixoto⁸⁷ Octavio Domont de Serpa Jr.⁸⁸

Em 2005, a disciplina Psicopatologia Especial I (atualmente Psicopatologia I), oferecida aos alunos de graduação do curso de psicologia da UFRJ, passou para a coordenação do Prof. João Ferreira da Silva Filho, que imediatamente convidou um grupo de professores para participar da reformulação da disciplina, tanto no que dizia respeito ao seu conteúdo programático, mas também e sobretudo, no que se referia à metodologia de ensino. Do grupo de professores convidados faziam parte os Professores Octavio Domont de Serpa Jr. e Erotildes Maria Leal, que começavam a organizar na mesma época o Laboratório de Estudos e Pesquisas em Psicopatologia e Subjetividade (LEPPS). As atividades do LEPPS se organizam em torno da reflexão acerca do empobrecimento humano e intelectual que representa para o estudo da Psicopatologia uma abordagem exclusivamente descritiva, objetivista, em terceira pessoa. O fenômeno psicopatológico é um evento que acontece e se manifesta em e para alguém. É experienciado subjetivamente por uma pessoa em contexto. Requer, portanto, uma abordagem que não elimine os seus aspectos subjetivos e intersubjetivos. Uma abordagem em primeira e segunda pessoa (SERPA Jr., 2007).

Foi natural que estas reflexões iniciais dos professores e pesquisadores do LEPPS se expressasse nas modificações propostas na organização da disciplina, tanto no conteúdo e enfoque das aulas teóricas, quanto na forma de estruturar o segmento das aulas práticas da disciplina. Afinal, de que adiantaria enfatizar, junto aos alunos, a dimensão irredutivelmente subjetiva do sofrimento psíquico se os pacientes continuassem a comparecer no processo de aprendizado da Psicopatologia na condição de meros objetos, suportes exemplares das diferentes categorias diagnósticas e alterações psicopatológicas estudadas? Com a finalidade de enfrentar este problema, um novo modelo de ensino foi apresentado pela Profa. Erotildes Maria Leal, na qual os usuários do Centro de Atenção Diária (CAD) do IPUB/UFRJ foram convidados a participar das aulas práticas da referida disciplina, ocupando uma posição ativa na transmissão de suas experiências de sofrimento psíquico, de tratamento e de superação. Por meio desta iniciativa, os alunos teriam acesso às narrativas de adoecimento pelos próprios usuários, ou seja, à perspectiva de quem vivencia o transtorno mental.

⁸⁵ Usuário do CAD IPUB/UFRJ;

⁸⁶ Estudantes de Psicologia (UFRJ);

⁸⁷ Psicólogas;

⁸⁸ Professor Adjunto do IPUB/UFRJ

Formou-se inicialmente um grupo de aproximadamente 12 usuários que passou a se reunir semanalmente para organizar a estrutura das aulas práticas e trocar impressões sobre as mesmas, junto com o coordenador da atividade – função exercida pela Profa. Erotildes Leal até 2009, quando ela iniciou suas atividades na Faculdade de Medicina da UFRJ Campus Macaé. A partir daquele ano, até o presente momento, a função é exercida pelo Prof. Octavio Serpa. Neste espaço, foi elaborada, paulatinamente, pelos próprios usuários, uma lista de temas, por eles considerados importantes no campo da saúde mental, para orientar e incentivar as perguntas dos alunos. Atualmente a lista de temas é a seguinte: Medo; Violência/agressividade; Saída da internação e do Hospital-dia; Diagnóstico: deve ser revelado? Por quem?; Crise; A experiência de uso da medicação; Relações Familiares; O cuidado com o Familiar; Ouvir vozes: Como são? Como lidar com esta experiência? O que pode ajudar?; Preconceito; Transtorno Mental e Espiritualidade: quando a religião ajuda e quando atrapalha?; Sexualidade; O erro do profissional: o que é uma intervenção inadequada e suas consequências?; Versatilidade do profissional: outras funções de apoio ao paciente; O que fazer quando um paciente se apaixona por um profissional?; A sociedade contribui para o aparecimento do transtorno mental?; Trabalho, cultura e lazer; Reinserção social; Arte como terapêutica; Depressão; Uso de drogas.

As aulas são constituídas por um bate-papo entre usuários e alunos, acompanhados do coordenador da disciplina. Todos sentam juntos em uma grande roda, ambiente que propicia uma relação mais próxima. Os usuários respondem às perguntas de forma livre, respeitando os limites do que é confortável para cada um compartilhar. Os membros continuamente reavaliam a forma como conduzem as aulas e buscam aprimoramento.

A receptividade dos alunos ao *Voz dos Usuários* tem sido excelente. Eles entendem que as aulas práticas possibilitam o contato com pessoas, independente de seus diagnósticos. Identificam aspectos da subjetividade de cada integrante e percebem que indivíduos que compartilham um mesmo diagnóstico têm diferentes apresentações do transtorno. A experiência dos alunos neste novo modelo de aulas práticas vem acontecendo de forma tão produtiva que eles ficam com gosto de “quero mais”. Respondendo a esta expectativa, por parte dos alunos, de um contato mais extenso e duradouro com a experiência e narrativa do adoecimento como uma ferramenta poderosa de formação, no ano de 2009 foi desenvolvida – em parceria com o Laboratório de Tecnologias Cognitivas (LTC) do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES) da UFRJ, coordenado pela profa. Miriam Struchiner – a plataforma virtual *Vivências: Experiências do Processo de Adoecimento e Tratamento*⁸⁹. Este ambiente virtual possui acesso restrito, somente os usuários, alunos, tutores e professores cadastrados podem entrar através de *login* e senha. Esta plataforma possibilita a extensão das conversas entre usuários e alunos fora das aulas, além de disponibilizar arquivos com o material didático utilizado pelo professor. Os usuários

⁸⁹ Endereço do site - <http://ltc.nutes.ufrj.br/vivencias/>

relatam suas vivências em forma de texto, e os alunos podem fazer comentários ou perguntas, que serão respondidas pelos próprios usuários.

A plataforma *Vivências* inaugurou uma nova fase para este grupo de usuários: a entrada no mundo virtual. Como a grande maioria dos integrantes não estava familiarizada com o uso de computadores e da internet, em meados de 2011, o NUTES/UFRJ ofereceu um curso de capacitação em redes sociais. Para que o treinamento oferecido fosse colocado em prática, os integrantes passaram a utilizar semanalmente o laboratório de informática CAD/IPUB/UFRJ, acompanhados de estagiários que os ajudam no manuseio das ferramentas tecnológicas. O conhecimento adquirido facilitou a utilização da Plataforma e permitiu que muitos usuários criassem contas de e-mail e blogs pessoais.

A internet, além de ser um importante difusor de informações sobre saúde, também promove a troca de experiências entre pessoas com doenças em comum. Cada vez mais os pacientes ocupam um lugar de saber sobre seu próprio adoecimento, antes exclusivo dos médicos e demais profissionais da saúde. Iniciativas como as do *site* “Intervoice: The International Hearing Voices Network”⁹⁰ ou do “Healthtalkonline”⁹¹ são de particular interesse para a discussão que aqui propomos. O primeiro deles, especialmente, por tratar-se de um ambiente virtual em que pessoas que têm alucinação auditiva verbal, os ‘ouvidores de vozes’, compartilham estes momentos em um ambiente coletivo. A troca de vivências se apresenta como uma alternativa ao saber psiquiátrico. Além disso, proporciona a formação de laços sociais (BARROS e SERPA JR, 2014).

Também no ano de 2011, o grupo passa a se intitular *A Voz dos Usuários: Experiências e Superações em Saúde Mental* e ganha maior visibilidade dentro do IPUB, sendo convidado pelo prof. Pedro Gabriel Delgado a participar de uma aula de um curso de especialização organizado pelo Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM/UFRJ). Em seguida, o grupo extrapola os limites da UFRJ ao participar das aulas da Profa. Lilian Miranda para a graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Essas parcerias se mantêm até hoje.

Esses primeiros convites produziram efeitos. O *Voz dos Usuários* passou a se posicionar como um coletivo que oferece rodas de conversas em: instituições de ensino (públicas e privadas); serviços de saúde mental; e organizações de familiares e de usuários interessados. Aos poucos, o grupo está se tornando conhecido e vem cativando uma rede de contatos, geradora de novas parcerias e convites para: visitas, debates e eventos da saúde mental.

A Voz dos Usuários promove a formação de profissionais mais sensíveis à subjetividade de seus pacientes, além de contribuir para redução do estigma,

⁹⁰ Endereço do site - <http://www.intervoiceonline.org>

⁹¹ Endereço do site - <http://healthtalkonline.org/>

historicamente presente no campo da saúde mental. Saber-se ator de uma transformação paradigmática, na qual os usuários passam a ter sua voz escutada, valorizada e respeitada é o principal incentivo do grupo.

Iniciativas como *A Voz dos Usuários*, nas quais pacientes assumem a posição de educadores, são recentes inclusive no panorama internacional. Greenhalgh, Humphrey & Woodard (2011) descrevem como a modernização dos serviços de saúde britânicos, em meados dos anos 2000, foi formulada de modo a garantir voz aos pacientes, permitindo que se transformem em educadores. Assim, os conhecimentos dos pacientes sobre os seus processos de adoecimento podem auxiliar no tratamento de outros pacientes e na formação de profissionais. Nesta abordagem, o usuário ocupa um papel central e ativo na reformulação e no desenvolvimento dos serviços e da assistência prestada. Todavia, a introdução do usuário como educador não visa substituir o conhecimento profissional. Pretende apenas complementá-lo com uma compreensão afetiva e corporificada da enfermidade, que é a narrativa da experiência em primeira pessoa.

Charon (2006) chama atenção para a importância do desenvolvimento de competências narrativas nos profissionais de saúde, de modo a torná-los capazes de melhor compreender o que seus pacientes atravessam durante a doença e o que os próprios eles próprios enfrentam no cuidado daqueles que estão doentes. Teríamos, portanto, profissionais mais empáticos e uma assistência centrada no paciente. O grupo *A Voz dos Usuários* tem exercido ativamente, nos últimos anos, esta modalidade de formação, por meio do compartilhamento generoso de suas experiências e narrativas de adoecimento, tratamento e superação. Fiquemos, então, com a voz d'*A Voz dos Usuários* apresentando o que tem sido participar e construir esta prática.

Gostaríamos de apresentar um projeto bem humano, que se ocupa da superação de problemas de Saúde Mental, falando nossos depoimentos para tentar passar além do que os livros científicos passam. Falamos de uma maneira simples, leve e descontraída para que o relato científico possa ser passado de maneira bem agradável, de modo que a sociedade como um todo possa entender o mundo da Saúde mental, da Psiquiatria e da Psicopatologia.

A Voz dos Usuários é um projeto revolucionário no campo da psiquiatria e tem como princípio a autonomia de seus integrantes, ao mesmo tempo em que há grande coesão entre o grupo. Quem é que participa? São os usuários do hospital dia que passam por uma experiência de sofrimento e superação, profissionais de saúde, estagiários de psicologia. O grupo se dedica a um trabalho voluntário, sempre em busca de parcerias, como Instituições de ensino, Órgãos financiadores e demais interessados no campo da saúde mental.

O grupo *A Voz dos Usuários* tem nos proporcionado muitas oportunidades de conhecer pessoas maravilhosas e falar das nossas superações. Convivemos com gente

parecida conosco, trocamos dor e sofrimento, sabendo viver trocamos sorriso, abraço e longa caminhada, então brilhamos também. Não temos tempo de pensar que fazemos uso de serviços de saúde mental, pois temos muitas atividades.

A Voz dos Usuários é um veículo de comunicação, de conversa entre pacientes, profissionais de saúde mental, estudantes e outros, com o intuito de contribuir com a formação acadêmica de novos profissionais a partir do entendimento de nossos conflitos emocionais. Relatamos as nossas vivências, sendo de suma importância a verdade. Contando as nossas histórias podemos trocar experiências, aprendendo a compreender uns aos outros, lutando por um propósito único e real, desmistificando o preconceito para que no futuro nasça uma nova geração com uma outra visão da loucura. Nós podemos mostrar que somos pessoas capazes de viver em sociedade, mesmo com nossas limitações, vencendo assim o estigma. O nosso projeto é bom porque nós interagimos com outras pessoas e podemos fazer atividades importantes em vários aspectos, como no emocional.

Assim como no grupo, o usuário, a família, os profissionais da saúde, a medicação e a sociedade estão entrelaçados entre si, diversos saberes também estão, como: a arte, as terapias ocupacionais, o saber de quem fala e de quem vivencia o mundo da saúde mental.

Em resumo, nós somos um grupo de usuários de saúde mental que conseguiu obter uma superação psiquiátrica. Colaboramos com a formação acadêmica dos alunos de psicologia da UFRJ, e de outras Universidades também, testemunhando nossas experiências e lições de vida. Fazemos consultorias de Psicopatologia e Saúde Mental para projetos artísticos e culturais (peças de teatro, filmes, TV) que se interessem por este universo. É uma alternativa de ensino no campo da saúde mental, que nos ajuda na superação do nosso sofrimento psíquico através das rodas de conversa realizadas pelo grupo *A Voz dos Usuários*.

O projeto em primeiro lugar preza a participação e frequência dos membros da equipe. As atividades são: rodas de conversa; passeio-trabalho (excursões que aliam trabalho acadêmico com uma viagem bem divertida, o que faz com que ao lado da pesquisa seja aliada a diversão para aprender e pesquisar) com grupos de bate-papo; dever de casa digital (tarefas para digitar no computador nos tempos vagos, como exercícios de casa); internet-livre (o usuário de saúde mental com livre acesso ao computador e internet). Temos também estagiários competentes e carinhosos, além de um mentor afetuoso e estimulador de talentos. Uma equipe de colaboradores unidos apesar da distância, intercâmbio de trocas de ideias, culturas e experiências, dons artísticos diversos, *site*, facebook, e-mail, blogs, tirar fotos e filmar, lanches, almoços, filme, documentário, muita descontração, brilho, superação, espírito de aventura, ida a peça de teatro, aos congressos, às aulas inaugurais.

As rodas de conversa permitem responder o que está sendo perguntado por cada aluno, como adversidades, internações e outros problemas relacionados ao problema psíquico. Elas são compostas por vários pacientes que dialogam os seus problemas e ajudam os alunos a entender melhor os nossos conflitos internos tão desagradáveis pra

cada um. Nós temos esta atividade como uma grande aliada, onde passamos todas as experiências de adoecimento e superação de saúde mental para aqueles que ainda acreditam que somos capazes de oferecer muito. Médicos passaram ouvir seus pacientes, porque alguns usuários podem relatar as vozes que ouvem e estão ali nos incomodando e assim acreditamos que aquela medicação e terapias ocupacionais vão nos ajudar.

Cada roda de 'conversa-debate' é um encontro fascinante porque nela se encontram várias pessoas que se interessam pelo universo da saúde mental. Participam psicólogos, estudantes de psicologia, enfermeiros, profissionais da saúde, estudantes e profissionais de psiquiatria, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais etc. O profissional de saúde mental se compadece do sofrimento psíquico e orgânico. As rodas de conversa visam esclarecer e debater assuntos que até então eram tabu. Quanto mais for multiplicada esta questão da saúde mental, o povo começará a entender como lidar e conviver com assuntos que no passado eram motivo de vergonha –como uma família ter um dito retardado. Quando terminamos os debates sentimos a sensação de dever cumprido, porque a Sociedade e a Comunidade amadurecem sabendo lidar com seres humanos tão frágeis e vulneráveis.

A princípio, nas rodas de conversa, são mostrados vários temas, dos quais cada um relata suas dificuldades e experiências apontadas por qualquer aluno, ajudando-os a entender melhor a nossa individualidade. Nós temos uma relação de mais de vinte temas que achamos relevantes a respeito de nossa experiência pessoal e que foram escolhidos por nós coletivamente como: crise, preconceito, reinserção social, depressão, transtorno mental e espiritualidade, ouvir vozes, experiência de uso da medicação etc, que têm muito boa aceitação nos espaços onde somos convidados como palestrantes. Este leque temático visa reduzir a dúvida que as pessoas ainda têm quanto à superação na saúde mental e em todas as questões que tanto debatemos. Vitória na saúde mental. Quando oferecemos os diversos assuntos a serem debatidos visamos discutir os vários títulos de interesse público.

Dependendo do nosso momento, das nossas necessidades, esses temas podem ser mudados constantemente. Apesar dessa lista de temática, nossos convidados estão à vontade para perguntar sobre outros assuntos não previstos na lista. Isso tudo faz cada um mostrar que não são apenas os livros que enriquecem o ser humano, mas também o contato com o outro na troca de experiências para melhor entender o sofrimento de cada um.

Os temas que escolhemos dão uma visão panorâmica do mundo de saúde mental e despertam muito interesse para quem era leigo, que passa a ter uma base e noção sobre esse universo tão instigante. A pessoa passa de ouvinte, curioso e até mesmo insensível, para um sábio da vida e alma humana. A visão da existência e do mundo de todos os envolvidos melhora significativamente. É como um livro de autoajuda, para quem estiver em crise ou surto emocional passar a ver o lado bom da vida e a viver mais coloridamente, ou seja, a pessoa passa a amar a vida.

As rodas de conversa oferecidas nas aulas de psicopatologia para graduandos de psicologia da UFRJ purificam a alma ferida dos envolvidos com saúde mental. Estas aulas ensinam a viver com harmonia. Os temas surgem com a necessidade de atualizar e resolver questões a este universo. Cada tema é um vértice do diamante que são dúvidas da grande maioria dos interessados.

As 'viagens-trabalho' são rodas de conversa externas ao IPUB/UFRJ que representam a divulgação da ideologia do projeto para interessados em viajar no mundo da Saúde mental. Já fomos para Barra Mansa (CAPS), Volta Redonda (UFF), Resende (CAPS), Seropédica (UFRJ), bem como fomos a outras unidades da UFRJ e a outras Universidades no Rio de Janeiro (UERJ, UNESA). A psiquiatria é alegria (Como o grupo se propõe, pois com descontração fica muito mais fácil para a convivência de todos), não tormento. Temos espírito de jovens cientistas, muita liberdade com responsabilidade para criar. Redescobrimo a Saúde mental.

A *Insight*, empresa júnior do Instituto de Psicologia da UFRJ, ajudou na estrutura administrativa d'A *Voz dos Usuários*. O nosso grupo foi dividido em funções, dando responsabilidades a cada participante. Assim temos uma coordenação geral e coordenações específicas (divulgação, logística e contato).

Na coordenação geral, um usuário é responsável e faz todas as funções burocráticas e administrativas para que possamos funcionar harmoniosamente e com eficácia. Exemplo: Incentivar, motivar e administrar o bom funcionamento de todas as atividades. A coordenação fica com nossa companheira Elizabeth Sabino, que é uma menina mais comunicativa, com a habilidade de gravar, guardar tudo na mente com facilidade de nos orientar.

A coordenação de divulgação tem por função transformar em um pequeno texto as datas importantes e os relatos de eventos passados para que quem ficar interessado possa ficar bem informado dos nossos compromissos. Exemplo: Usar as mídias disponíveis para que muitas pessoas tenham acesso às atividades do grupo e possam participar. A divulgação busca nos tornar cada vez mais conhecidos através de panfleto, email, facebook, *site* do grupo.

A coordenação de logística organiza o transporte e a alimentação quando o grupo tem atividades externas através de comunicações, cartas dirigidas aos responsáveis superiores do estabelecimento.

Os responsáveis pela coordenação de contato atuam quando for preciso comunicar uma notícia de interesse geral. Todos são acionados pelo e-mail do grupo, para que sejam conectados todos os colaboradores e interessados. Ou seja, todos são avisados, acionados e agregados para reuniões importantes. Exemplo: Mandar e-mail, telefonar. O contato não é só para o nosso grupo internamente. Mas também os responsáveis pelos contatos se organizam para responder e-mails daqueles que se interessam pelo trabalho que o nosso coletivo pode oferecer. Participe e frequente!

Contamos ainda com a supervisão geral e orientação acadêmica do Doutor Octavio Serpa, apoiado pelas psicólogas Mônica Peixoto e Karen Bello e atualmente

pelas estagiárias Caroline Noël e Isabel Sampaio. O Doutor citado fornece embasamento teórico e acadêmico para a dinâmica de grupo, apoio emocional e estrutura psicológica. Exemplo: Administrar em sentidos gerais o Grande mecanismo da grande coletividade, como : administrar quando há um grande desacordo entre nós.

Para articularmos as nossas atividades, organizarmos nossa agenda e integrarmos as diferentes coordenações, nós temos uma reunião semanal.

Através da parceria BRASIL/CANADÁ na área de saúde mental, *A voz dos Usuários* conquistou uma verba da *Aliança Internacional de Pesquisa Universidades-Comunidades Saúde Mental e Cidadania (ARUCI-SMC)*, nos proporcionando durante um ano receber um custeio simbólico para alguns de nós que trabalhamos diretamente nas funções: coordenação, logística, contato e divulgação. Além disso, quando vamos a alguma roda de conversa fora do IPUB/UFRJ, todos os palestrantes recebem também uma pequena importância, pelo seu deslocamento e pela sua participação. A verba do ARUCI-SMC nos permitiu pagar um *site* com domínio próprio - avozdosusuarios.com - e ainda custear a feitura de cartões de visita. Foi muito importante para nós, para nossa autoestima, para melhorar nossa relação uns com os outros, para conhecermos pessoas de diversas áreas, como profissionais, estudantes, usuários, familiares.

Nosso objetivo para o futuro é conseguir novas parcerias, pois o ARUCI-SMC foi o pontapé inicial, pois temos grandes planos para continuação do projeto, que já está fazendo muito sucesso aqui no Rio de Janeiro e já levamos até o Canadá-QUEBEC por meio de um representante do nosso projeto e eles gostaram muito da nossa iniciativa.

O que nos motivou a criar o *site* foi a expansão das nossas atividades. Começamos a ser convidados para várias rodas de conversa, e por isso tivemos que nos organizar melhor, e depois de muitas reuniões e trabalho usamos de criatividade para fazê-lo. Foi um trabalho árduo e contamos com toda equipe. Ao surgir o *site*, as atividades que desenvolvemos se tornaram melhor divulgadas. Temos sido bastante elogiados, pois ele ficou bem bonito. Através dessa rede social vários alunos decidem fazer psiquiatria, depois de ler nossos temas.

O nosso *site* não era próprio, usávamos o do NUTES/UFRJ. O projeto NUTES/UFRJ foi realizado no Fundão e seu objetivo era fazer com os componentes (foram nove colaboradores na época) da “voz dos usuários de saúde mental” uma espécie de oficina de informática, para quem quisesse mergulhar na base digital nesse mundo que passa por uma era tão virtualizada. Alguns profissionais altamente qualificados nos ensinaram passo a passo, degrau por degrau, a ter uma grande noção do mundo do computador. Passamos duas tardes em dias diferentes aprendendo a usar as ferramentas de computador e ainda ganhamos um material completo para estudarmos, quando tivéssemos dúvida. Atualmente, com nossos recursos, temos o nosso próprio *site*.

No *facebook* nós interagimos com muitas pessoas que acabam agendando um encontro conosco. Nós, os usuários e equipe, mantemos diariamente o contato com pessoas que têm interesse em saúde mental. Outra ferramenta que utilizamos é a plataforma *Vivências*, que consiste em um projeto na UFRJ-IPUB-NUTES. Trata-se de uma espécie de rede de relacionamentos onde são colocados os avisos e comunicados

para os alunos que estão cursando a disciplina Psicopatologia I. A plataforma *Vivências* visa um contato e trocas de experiências de pacientes com alunos da UFRJ. Enfim: *Vivências* na informática e viver e aprender este tão falado mundo digital.

A saúde mental em si tem seus paralelos, um dia está bem, e no outro nem se fala, ou seja, tudo ruim. Todos nós temos o direito de buscar maneiras de lidar com os problemas enfrentados no momento para que eles não se tornem uma bola de neve, e com isso faça amenizar tal situação. O grupo *A Voz dos Usuários*, em relação a esse conhecimento dito acima, ajuda aos alunos na roda de conversa a ter mais conhecimentos sobre todos nós envolvidos.

Quando passamos pelo inferno da internação psiquiátrica, descobrimos até dons artísticos e intelectuais que não conhecíamos, e isto faz um tremendo bem terapêutico para quem precisa de uma paz emocional. A pessoa cresce na sensibilidade. Para um mundo melhor dos seres humanos, cada um deve entender os limites da alma humana.

Nunca na história a Saúde mental esteve tão à flor da pele como nesses últimos anos. Nunca nós, pacientes, falamos com tanta convicção que nossos relatos têm poder de impactar a sociedade. Meditação: O homem que atenta ao canto da vida compreende a natureza e seu significado. É um sábio que satisfaz o seu interior. Aquele que não realiza o ser para o qual nasceu é tolo e ilude-se com conhecimento (O tempo não apaga o que se gravou no infinito).

Nós tivemos muita experiência como usuários e somos úteis para sermos um exemplo e também para que as pessoas entendam o que são os sintomas, retardando um precoce transtorno nos novos usuários que poderão surgir, para que eles saibam lidar e também os universitários tenham uma rica produção de conhecimento, pois a prática é diferente da teoria. O que sabemos serve também para amenizar e ser um conforto para os parentes de portadores de transtornos mentais, pois sempre há uma esperança que a pessoa melhore com o tratamento terapêutico e auto conhecimento, progredindo em busca de um controle mental, aliviando o sofrimento do paciente, compartilhando a nossa experiência com todos os envolvidos.

Que as pessoas internadas e outras que não estão creiam que é possível viver em convivência com a sociedade se ajudando, tentando ser a própria pessoa, usar o próprio documento e seguir em frente com coragem, muita disciplina e fazer tudo para ser feliz.

Fica combinado que não tem nada certo, era um experimento, tentativa, erro e acerto em busca de uma interlocução nas redes sociais e saúde profissionais.

Faz – se luz!

Nunca desistam!

Precisamos de vocês!

Não jogue fora a sua loucura, ela é real.

Se tu buscar encontrar a natureza tão somente nos livros, não a reconhecerás quando saíres de tua casa ou fechares teu livro.

A vida é quando através da vontade você passa a ser o que quiser.

QUANDO ESTAMOS BEM NÃO FAZEMOS MAL A NINGUÉM.

Agradecimentos à Dra. Erotildes Leal; à Dra. Maria Tavares; à Psicóloga Julia, ao terapeuta ocupacional Abmael e a Equipe do CAD; aos Psicólogos Catarina Dahl e Fernando El-Jaick; às ex-estagiárias Brenda Arosa, Camila Marques, Camilla Batista, Amanda Santos e Laura Bloch; e aos integrantes do grupo Flávio Londres, Izabel, João Baptista, José Willian, Jorge Luiz, Julio Cesar, Robson, Paulo Fernando, Veríssimo Bernardo; à INSIGHT; à Profa. Miriam Struchiner, à webdesigner Sílvia Duarte e a toda equipe do NUTES/UFRJ. Essas pessoas permitiram e permitem que este trabalho se torne realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Octávia Cristina; SERPA JUNIOR, Octavio Domont de. Ouvir vozes: um estudo sobre a troca de experiências em ambiente virtual. **Interface: Comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 18, n. 50, Jul./Ago, 2014.

CHARON, Rita. **Narrative Medicine: Honoring the stories of illness**. New York: Oxford University Press, 2006.

GREENHALGH, Trisha; HUMPHREY, Charlotte; WOODARD, Fran. **User involvement in health care**. London: Blackwell, 2011.

SERPA Jr. Octavio Domont. Subjetividade, valor e corporeidade: os desafios da psicopatologia. In: Silva Filho, JF(org.). **Psicopatologia Hoje**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2007, p. 25-101.