

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

PAULO LANNES FERNANDES

**ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O DESAFIO DOS PROCESSOS DE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO**

RIO DE JANEIRO

2019

PAULO LANNES FERNANDES

**ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O DESAFIO DOS PROCESSOS DE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, do Instituto de Psiquiatria, na Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto

RIO DE JANEIRO

2019

CIP - Catalogação na Publicação

F363a Fernandes, Paulo
 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O DESAFIO DOS PROCESSOS
 DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO /
 Paulo Fernandes. -- Rio de Janeiro, 2019.
 101 f.

 Orientadora: Maria Cristina Ventura Couto.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
 Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa
 de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, 2019.

 1. desinstitucionalização. 2. atenção
 psicossocial. 3. porta giratória. 4. situação-limite.
 5. acolhimento à crise. I. Ventura Couto, Maria
 Cristina, orient. II. Título.

PAULO LANNES FERNANDES

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O DESAFIO DOS PROCESSOS DE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, do Instituto de Psiquiatria, na Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Aprovado em 29/03/2019.

Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto, NUPPSAM/IPUB

Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado, NUPPSAM/IPUB

Prof. Dr. Carlos Eduardo de Moraes Honorato, SES-RJ

RIO DE JANEIRO

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha esposa Raquel por me fazer companhia neste período tão intenso que foram estes dois anos de mestrado.

Agradeço à minha filha Helena, que desde o seu nascimento é uma inspiração constante para a vida.

Agradeço ao meu pai Francisco por me ajudar a fazer meu próprio caminho e me acompanhar nos momentos difíceis.

Agradeço à minha mãe que, mesmo distante, é um suporte que me ajuda a seguir avançando.

Agradeço à minha orientadora profa. Cristina Ventura, que teve sabedoria em me guiar diante dos impasses que encontrei no processo de escrita deste trabalho.

Agradeço ao prof. Pedro Gabriel Delgado, que contribuiu decisivamente para a etapa da qualificação do mestrado, e aceitou o convite de compor a presente banca.

Agradeço ao prof. Carlos Eduardo Honorato por aceitar o convite para compor a presente banca.

Agradeço aos colaboradores da pesquisa, o que inclui os pacientes que deram corpo a este trabalho e os profissionais que deram subsídios para enriquecê-lo.

Agradeço às instituições que me autorizaram a contar um pouco do que acontece ali no intuito de fortalecer o campo da atenção psicossocial.

Agradeço a todos os professores que dão sustentação ao Mestrado Profissional do IPUB, pois foi nele da onde tirei condições de produzir reflexão acerca do que fiz até agora no meu percurso profissional na Saúde Mental.

RESUMO

Considerando os desafios hoje postos no cenário da desinstitucionalização e atenção psicossocial, figura como um deles o fato de pacientes, egressos de longas internações e inseridos em serviços comunitários, sofrerem repetidas reinternações em hospital psiquiátrico, o que é denominado internacionalmente de “revolving door”, traduzido como “porta giratória” no Brasil. São situações em que, na ausência de alternativas de cuidado efetivas no âmbito comunitário, o paciente é reinternado sistematicamente no hospital psiquiátrico. Tal fenômeno surge, contraditoriamente, em meio ao esforço de consolidar o modelo reformista de substituição da internação psiquiátrica. O objetivo desse estudo é descrever e analisar, em um contexto e período específicos, um caso de uma paciente em tratamento nos dispositivos da atenção psicossocial, a saber, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviço Residencial Terapêutico (SRT), em um município brasileiro, de janeiro de 2015 a julho de 2018. O caso foi decomposto em dois tempos: 1) de janeiro de 2015 a outubro de 2016, no qual a paciente sofreu repetidas internações; 2) de novembro de 2016 a julho de 2018, no qual estas cessaram. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram: 1) entrevistas com dois psicólogos do CAPS, um que foi referência do caso de janeiro de 2015 a outubro de 2016, acompanhando o período em que a paciente internava no hospital psiquiátrico sucessivamente, enquanto o outro foi referência de novembro de 2016 a julho de 2018, acompanhando o período em que as internações psiquiátricas cessaram; 2) consulta a registros institucionais do CAPS, SRT e de um hospital psiquiátrico no qual a paciente internava frequentemente, registros estes como prontuários, atas de reunião, livros de comunicação interna, etc. O material coletado foi analisado através da técnica de análise de discurso. Os resultados foram categorizados mediante à delimitação de três tempos: 1) momento em que o CAPS, enquanto referência de tratamento, estava mais distante do caso, embora a paciente apresentasse diversas situações-limite no SRT; 2) apropriação do caso pelo CAPS e a montagem de diversas estratégias comunitárias tanto pelo CAPS quanto SRT para contornar as situações-limite; entretanto, a despeito da aplicação de um rol de intervenções de cunho comunitário que se foi criando, persistia a ocorrência de situações-limites, momento em que era indicada a internação psiquiátrica; 3) considerando uma série de mudanças na condução do caso pelos serviços territoriais em outubro de 2016, a partir de novembro deste ano a julho de 2018, a paciente não sofreu mais internações em hospital psiquiátrico. Isso pode ser efeito de alguns fatores delineados no material de campo, quais sejam: 1) um esquema

medicamentoso significativamente distinto do anterior, que produziu um novo cenário psicopatológico, produtor de menos sofrimento para a paciente; 2) um redirecionamento do caso pelos novos técnicos de referência do CAPS, que propuseram estratégias de acompanhamento menos diretas, como oficinas terapêuticas, circulação no território, atividades manuais, etc., ao invés de ações de cuidado mais tradicionais, como atendimento em consultório; 3) um redirecionamento do caso pela equipe do SRT, que passou a estar mais sensível às manifestações de sofrimento da paciente, e construiu estratégias mais eficazes de intervenção no manejo de situações-limite, tecidas no interior do próprio âmbito comunitário e também através do remetimento à Emergência Psiquiátrica de referência em uma Unidade Psiquiátrica no Hospital Geral.

PALAVRAS-CHAVE: desinstitucionalização, atenção psicossocial, porta giratória, situação-limite, acolhimento à crise

ABSTRACT

Given that there are challenges on deinstitutionalization and psychosocial attention scenario there is among them the facet of psychiatric patients, coming from long hospitalization and in the process of socialization, they suffer repeatedly admissions in psychiatric hospital, phenomenon internationally called nowadays as revolving door, translated as “porta giratória” in Brazil. Lacking of effective community alternatives, it occurs when the psychiatric patient is hospitalized regularly. Such phenomenon emerges, contradictorily, in the middle of the effort to consolidate the reformist model, whose objective is substitute the psychiatric hospitalization. The purpose of this work is to describe and to analyze, in a specific context and period, one case of a patient in treatment on the psychosocial services, that is, Psychosocial Attention Centre (PAC) and Therapeutic Residential Service (TRS) in a Brazilian city, from 2015 January to 2018 July. The case was decomposed in two times: 1) from 2015 January to 2016 October, on which the patient suffered repeated hospitalizations; 2) from 2016 November to July 2018, on which there was no hospitalization. It was used as instrument for collecting data, as follows: two psychologists from the PAC were interviewed: the first was responsible for conducting the case from 2015 January to 2016 October, period on which the patient was hospitalized frequently on the psychiatric hospital, whereas the second was responsible for conducting the case from 2016 November to 2018 July, period on which there was no hospitalization; 2) explore institutional registers from PAC, TRS and psychiatric hospital in which the patient was frequently hospitalized, like medical records, minutes of staff meetings, written intern communication, etc. The collected data was analyzed through the Speech Analyses Synthesis. The results of the development of the case under the aegis of psychosocial attention were categorized through the establishment of the three different times case: 1) the moment in which the PAC, as the institution responsible for the treatment, was distant from the case, despite a lot of limit situations in TRS; 2) it was the moment that the PAC got close to the case and there were set up plenty of community strategies by the PAC as well as by the TRS to get around the limit situations; 3) considering a series of changes in the case conduction by the territorial services on 2016 October, from 2016 November to 2018 July, the patient did not have suffered any hospitalization. It was seen that it could be effect of some factors that were described on the collect data: 1) there was a new medical prescription for the patient, significantly different from the previous one, which brought on a new psychopathologic scenario, produced of less suffering to the patient;

2) a reconduction of the case by new professionals in the role of reference of the case. They proposed strategies of accompaniment less direct, as therapeutic workshop, territorial circulation, manual activities, etc., instead of actions more traditional, as medical consultation; 3) there was a reconduction of the case by the TRS staff, who got used to be more sensible to the suffering manifestations of the patient. There was built different effective strategies in the handle of limit situations, under community basis and using Psychiatric Emergency inside a General Hospital.

KEYWORDS: deinstitutionalization, psychosocial attention, revolving door, limit situation, crises handling

ANEXOS

ANEXO I – Uso de Serviços de Retaguarda Hospitalares de 01/2015 a 11/2016

ANEXO II – Roteiro de entrevista para o psicólogo de referência do período de 01/2015 a 10/2016

ANEXO III – Roteiro de entrevista para o psicólogo de referência do período de 11/2016 até os dias atuais

ANEXO IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

SIGLAS

AS: ASSISTÊNCIA SOCIAL

CAPS: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CAPSAD: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E DROGAS

CAPSI: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

CEP: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DEGASE: DEPARTAMENTO GERAL DE AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS

DPCA: DELEGACIA DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

EP: EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

HP: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

HPI: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO I

HPII: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO II

HPIII: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO III

HPIV: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO IV

INAMPS: INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

IPUB: INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UFRJ

MP: MINISTÉRIO PÚBLICO

MS: MINISTÉRIO DA SAÚDE

NASF: NÚCLEOS DE APOIO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

ONG: ORGANIZAÇÃO NÃO-GOVERNAMENTAL

PAM: POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

PDI: PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA ITALIANA

PTS: PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

RAPS: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

RPB: REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

SRT: SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

SUS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCLE: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UAI: UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTOJUVENIL

UBS: UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

UPHG: UNIDADE PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL

UPA: UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. HISTÓRIA BIOGRÁFICA DE MARIA.....	18
2.1 UMA HISTÓRIA DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DESDE A INFÂNCIA	18
2.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO DE MARIA NO CIRCUITO PSIQUIÁTRICO E MUDANÇA PARA O SRT... ..	20
3. DO MANICÔMIO À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL	22
3.1 MANICÔMIO E SEGREGAÇÃO	22
3.2 REFORMULAÇÕES DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA: A COMUNIDADE TERAPÊUTICA, A PSIQUIATRIA DE SETOR E A PSIQUIATRIA PREVENTIVA	23
3.3 PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA ITALIANA (PDI) E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	27
3.4 MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL.....	30
4. OS IMPASSES ATUAIS NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	37
4.1 ABORDANDO O FENÔMENO DA PORTA GIRATÓRIA	37
4.2 A COEXISTÊNCIA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	41
5. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	46
6. RESULTADOS.....	49
6.1 REGISTROS DOCUMENTAIS.....	49
6.2 RESULTADO DAS ENTREVISTAS.....	56
7. DISCUSSÃO.....	74
7.1 PRIMEIRO TEMPO DO CASO (DE JANEIRO A MAIO DE 2015): UMA REFLEXÃO SOBRE ESTAR NO ÂMBITO COMUNITÁRIO SEM UM PROCESSO DE INSERÇÃO SOCIAL EFETIVO.....	74
7.2 SEGUNDO TEMPO DO CASO (DE MAIO DE 2015 A OUTUBRO DE 2016): A CONSTRUÇÃO CONTRADITÓRIA DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	76
7.3 TERCEIRO TEMPO (DE OUTUBRO DE 2016 A JULHO DE 2018): CONTENÇÃO, RETAGUARDA E CONTORNO COMO ELEMENTOS CONSTITUINTES DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO... ..	82
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXO I	95
ANEXO II	96
ANEXO III	97
ANEXO IV	98

1. INTRODUÇÃO

A pesquisa se desenvolve em uma grande metrópole. Historicamente, houve uma grande concentração de leitos em Hospitais Psiquiátricos (HPs) neste município, em unidades próprias ou em clínicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo isso uma particularidade local (VAINER, 2016). Até 1993, os três principais HPs públicos da cidade pertenciam ao Ministério da Saúde e os ambulatorios estavam sob gestão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A multiplicidade de instâncias governamentais gerou entrave na implementação do processo de Reforma Psiquiátrica na cidade (ALMEIDA, 2002). Ambos os fatores dificultaram a implantação de medidas de racionalização de recursos financeiros e investimentos em assistência extra-hospitalar, seja na reestruturação da rede ambulatorial ou na construção de novos serviços para a saúde mental (FAGUNDES e LIBÉRIO, 1997 *apud* VAINE, 2016).

Em dezembro de 2015, eram sete os HPs da rede pública da cidade, sendo três municipais, dois estaduais, um federal universitário e duas clínicas conveniadas ao SUS. Nos últimos anos, ocorreu o fechamento das clínicas conveniadas, em processos realizados por mediação do Ministério Público (MP) com intervenção da gestão municipal. A direção para o fechamento das clínicas conveniadas tem sido realizada em articulação por transinstitucionalização para os leitos dos hospitais psiquiátricos (HPs) de natureza pública, no próprio município, em articulação com os CAPS da cidade e as equipes a eles vinculadas do SRT (VAINE, 2016).

O ponto de partida para a formulação da pesquisa surgiu dos impasses que atravessei enquanto ocupava a função de coordenador dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) sob a supervisão de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Durante o período em que exerci tal função, era responsável por um SRT de tipo II (alta complexidade) localizado em um bairro do subúrbio. Vale salientar que havia neste dispositivo a contratação de mais técnicos para o dispositivo residencial do que previsto na portaria nº 106/2000 (BRASIL, 2000), em virtude da altíssima complexidade. Residiam nove moradores (três mulheres e seis homens), em sua maioria retirados de clínicas conveniadas fechadas e transinstitucionalizados para o HP responsável, antes de irem morar no dispositivo residencial. O SRT em questão foi implantado em janeiro de 2014.

Administrativamente, o SRT pertence a um projeto licitado pela prefeitura, à época da pesquisa, sob responsabilidade de uma ONG que havia sido selecionada no certame. A prefeitura repassa uma verba para arcar com os custos fixos da moradia (aluguel e IPTU do imóvel, luz, gás, telefone, manutenção, parte das compras no supermercado, etc.) e os custos com os recursos humanos, enquanto os moradores pagam pelas despesas individuais com recursos advindos do INSS (por pensão ou por bolsas concedidas em decorrência do transtorno mental de âmbito federal ou municipal). Nesse contexto, é atribuição da equipe assegurar condições necessárias para os moradores viverem no âmbito comunitário, e na prática, isso se traduz em a equipe manter uma limpeza mínima da casa, cozinhar as refeições, administrar recursos dos moradores, atividades estas realizadas em conjunto com eles, além de auxiliá-los em diversas outras no território (acompanhamento no CAPS, Clínica da Família (CF), Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), passeios, etc.).

Neste período em que fui coordenador técnico, a equipe era constituída por um acompanhante terapêutico de nível superior, quatro cuidadores diurnos, quatro cuidadores noturnos, um cuidador-diarista e um técnico de enfermagem. De segunda a sexta-feira, o SRT funcionava com dois cuidadores diurnos, um cuidador-diarista e um técnico de enfermagem, além da supervisão do acompanhante terapêutico. Aos finais de semana e feriados, o dispositivo era coberto apenas por dois cuidadores diurnos; à noite, dois cuidadores noturnos. Nessa conjuntura, submetido às orientações da gestão municipal, a função primordial que exerci ali foi de coordenar as ações de trabalho pelos diferentes profissionais que compunham a equipe e assegurar qualidade na assistência prestada aos moradores do SRT pelo qual o CAPS era responsável. Ademais, participava da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada paciente remanescente de HP, em parceria com a equipe multiprofissional do CAPS de referência, articulando, junto a diversas instâncias responsáveis, os processos de desinstitucionalização deles com o objetivo de construir um projeto de saída.

Nesse percurso, fui especialmente acochado pelo trabalho desenvolvido em torno de uma moradora que, mesmo vivendo sob os cuidados de um SRT e acompanhada pelo CAPS, teve internações repetidas em dispositivos hospitalares do município (HP I, II, III e IV¹). Cerca de dois meses antes de eu assumir a referida função, a moradora estava um período considerável sem internar, porém, a partir de maio de 2015 a outubro de 2016, teve nove internações psiquiátricas. No ano de 2016, ficou aproximadamente 251 dias internada e

¹ Os hospitais psiquiátricos pelos quais a paciente passou serão diferenciados pelo numeral romano, a fim de preservar o anonimato dos participantes da pesquisa.

apenas 100 dias de alta médica, conforme consta no ANEXO I. Durante este tempo, tanto a equipe do SRT, onde residia a moradora, quanto os técnicos de referência do CAPS, trabalharam para evitar as internações, porém havia situações em que a moradora apresentava um nível tal de agressividade que era necessário interná-la, em nome da preservação da sua vida e de quem estava no entorno. Foram realizados acolhimentos noturnos em um CAPS III, porém não tiveram incidência significativa no estado de descompensação dela, além do que, a paciente insistia em não retornar lá.

Investido no caso em questão, estranhava o posicionamento dos serviços de emergência e da internação de ligar o fato de a moradora não estar suportando estar na casa necessariamente a uma falta de manejo técnico da equipe. O dispositivo residencial não oferta a estrutura de um serviço de tratamento, a proposta dele é funcionar como uma casa, portanto situações que eclodem e implicam um manejo mais complexo, como uma contenção, extrapolam as possibilidades de um SRT. Nesse sentido, enquanto coordenador técnico de segmento, acionava o CAPS para nos ajudar na mediação das situações de agressividade de qualquer morador, porém, não raro, a presença do CAPS não era suficiente para possibilitar uma convivência possível entre aquele morador que não estava bem e o âmbito comunitário. Quando chegávamos a este ponto, indicava-se o encaminhamento para a Emergência Psiquiátrica (EP) e, se necessário, posteriormente à internação.

Paralelo à vivência descrita, eu observava outros casos em serviços da atenção psicossocial do município que, inclusive, faziam o mesmo circuito do caso supracitado: algo da ordem da violência eclodia no interior dos serviços territoriais (SRT e CAPS), não sendo possível manejar no âmbito comunitário, redundando na remoção para EP e/ou internação psiquiátrica. Para efeitos da presente pesquisa, entende-se por internação psiquiátrica a internação no hospital psiquiátrico, sendo decisivo na indicação para o deslocamento de uma instituição para outra (SRT/CAPS para HP), as situações de agressividade do paciente.

Dito isso, inquietava-me o fato de não se discutir abertamente sobre como criar condições para manter estes casos que desafiavam o cuidado em saúde mental no âmbito comunitário. Havia uma crítica pelos operadores em relação à indicação do uso da emergência ou internação, como se tivesse sido uma decisão pessoal daquele que fez a indicação, porém não se discutia a situação que a ensejou, nem novas estratégias de cuidado para lidar com situações extremas. Não se reconhecia que aquela decisão de internar o paciente tinha como preocupação a vida dele e a dos demais, e que não havia alternativa a não ser optar por uma decisão prudente, por mais indesejável que fosse o recurso ao HP.

Em diversas situações, a tendência da paciente era apenas se tornar mais violenta e o recurso que funcionava para produzir algum efeito de limite na descompensação dela era acionar a instituição hospitalar. Durante a internação, frequentemente chegou-nos o relato de que ela solicitava ser contida física e quimicamente, como recurso para não agredir a si e a terceiros. A internação dispunha de tais recursos contensivos e isso funcionava para evitar o desencadeamento da agressividade. Observando isso, vi-me muitas vezes atuando no âmbito comunitário com a interrogação de como construir recursos que funcionem como limite para estes casos que, em geral, estão situados no campo da psicose e com histórico de longa internação psiquiátrica.

Movido pelas inquietações acima, tomei a decisão de me endereçar ao Mestrado Profissional do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). A pesquisa lançou luz sobre a efetividade da atenção psicossocial para situações que tendem a extrapolar os limites do âmbito comunitário. Tomando a ocorrência do fenômeno da reinternação psiquiátrica, o que é na literatura chamada de *revolving door*, em português de porta giratória, como um índice que demonstra aquilo se opera na borda da atenção psicossocial, a pesquisa se propõe a fazer um estudo sobre um caso a que tive acesso no SRT/CAPS que sofria internações sucessivas em HP. Acreditamos que uma análise da dinâmica dos serviços em jogo em relação ao caso examinado, trazendo à tona impasses e encaminhamentos que surgiram neste processo, podem contribuir para a consolidação de uma atenção psicossocial com mais possibilidade de incluir o que antes não tinha lugar, e de maneira responsável.

Procedemos, então, a um estudo de caso a partir da descrição e análise do acompanhamento de uma paciente vinculada a um CAPS e moradora de um SRT. Delimitamos o período de estudo de janeiro de 2015 até julho de 2018. O caso foi decomposto em dois tempos: a) de janeiro de 2015 a outubro de 2016, no qual a paciente sofreu repetidas internações; b) de janeiro de 2017 a julho de 2018, no qual não ocorreu nenhuma internação. Como fontes de dados, foram utilizados registros institucionais do HP no qual a paciente residia antes de se mudar para o SRT, o qual denominaremos doravante de Hospital Psiquiátrico I (HPI). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dois técnicos de referência do CAPS: um psicólogo que acompanhou o caso no período de sucessivas internações psiquiátricas, e outro, que esteve na condução no período em que a paciente não internou mais. O que norteou a seleção dos profissionais foi o fato de a pesquisa se propor a examinar a dimensão institucional da atenção psicossocial no acompanhamento de

um caso pelo CAPS e o técnico de referência ser o profissional que está mais amplamente em contato com ele. Não é intenção da pesquisa se deter na análise de um serviço específico, mas sim, examinar a resultante que se produz a partir da confluência de uma série de ações de diferentes lugares que trabalham guiados pelo ideário comunitário, e o técnico de referência, neste sentido, é aquele que recolhe isso, em contraste aos profissionais do SRT ou da Atenção Básica, que tendem a estar mais restritos à realidade que se lhes apresenta. Por isso, optou-se por entrevistar exclusivamente os técnicos de referência, para não abrir indesejavelmente o universo de pesquisa e tirar o foco da temática principal. Também foram colhidos dados documentais, a partir do livro de comunicação e de ata de reunião do SRT, do prontuário do CAPS e da internação em HPI. Acreditamos que as fontes de dados mencionadas puderam fornecer informações mais detalhadas de como o caso está inserido no âmbito comunitário, o que pode nos conduzir à compreensão das frequentes internações e o fato de estas se tornarem um elemento dispensável.

Sendo assim, os objetivos da pesquisa são descrever, em um contexto e período específicos, um caso em tratamento e cuidado nos dispositivos territoriais de Saúde Mental (SRT e CAPS) e os desafios de sua inserção no âmbito comunitário, tendo como fio condutor a porta giratória, e analisar os desafios do processo de desinstitucionalização, com base nos princípios e diretrizes da atenção psicossocial.

2. HISTÓRIA BIOGRÁFICA DE MARIA²

2.1 UMA HISTÓRIA DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DESDE A INFÂNCIA

Na época do nascimento de Maria, sua mãe, Sra. Vânia, residia em um município adjacente a uma grande metrópole. A mãe dela muito provavelmente morava com um irmão, pois é sabido que um dos tios de Maria é morador desta cidade adjacente. A mãe de Maria passava a maior parte do tempo na rua e possivelmente conheceu o pai da paciente nesse circuito, porém ele não participou na criação da filha. A vizinhança por onde a Sra. Vânia circulava, denunciou esta por maus-tratos à filha. Naquela época, ela era considerada uma pessoa agressiva e frequentemente isso se voltava contra a filha. Averiguada a denúncia pela Justiça, Maria foi separada de sua mãe e encaminhada para um abrigo. Coincidentemente, a mãe de Maria teve que sair às pressas da vizinhança por ter sido ameaçada de morte se continuasse lá. Não se sabe a motivação disso. Em seguida, a Sra. Vânia foi internada em um manicômio no Estado, internação psiquiátrica que durou uma dezena de anos.

A data que Maria ingressou no primeiro abrigo é 01/06/1992, aos três anos de idade. Neste primeiro abrigo, Maria permaneceu nove anos, saindo de lá aos 12. Era um abrigo religioso de freiras, recurso assistencial frequente na história brasileira de institucionalização de crianças no Brasil (RIZZINI, 2004). Segundo relato da equipe deste abrigo, no parecer que justificava a saída da paciente, Maria era rebelde, agressiva, não admitia ser chamada a atenção e nem que lhe fosse imposto qualquer limite. Constava que a mãe da paciente a visitou pela última vez em 04/09/1995, quando Maria tinha seis anos: foram notados a dificuldade em verbalizar de Sra. Vânia, os sinais visíveis de desequilíbrio mental da mesma e o desinteresse pela filha. Desde então, Maria não teria mais contato com a família até o fim da adolescência.

Em seguida, ela foi transferida para um segundo abrigo, no qual foi solicitada internação psiquiátrica dela. Na ocasião, devia ter por volta de 13 anos. A indicação era a persistência do comportamento agressivo no abrigo com educadores e adolescentes. Neste período, frequentava a escola e teve um episódio grave de agressão à professora, de quem ameaçou matar o bebê estando a profissional gestante. Foi mencionado que Maria não estava respondendo ao tratamento ambulatorial. Foi transferida para um terceiro abrigo.

² Ao longo do estudo a usuária, seus familiares e outras pessoas serão apresentadas com nomes fictícios.

Neste, cujo público-alvo eram menores de idade portadores de necessidades especiais, Maria permaneceu por cinco anos. Durante o tempo de permanência, iniciou tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Vale assinalar que no período em que estava neste abrigo foi feita uma reaproximação dela com sua família, da qual a paciente esteve anos afastada. Neste momento, sua mãe continuava no manicômio, porém uma irmã dela, a Sra. Josefa, cujo território de moradia era nas proximidades, estreitou laços com Maria. Aquela ia visitá-la regularmente aos finais de semana e em épocas festivas. Também se iniciou um trabalho de visita domiciliar da paciente na casa desta tia. Foi até cogitado que a paciente morasse com a tia, porém esta afirmou não ter condições para isso. Em 29/09/2004, aos 15 anos, após ter agredido seriamente uma profissional do abrigo, Maria foi conduzida novamente para a Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA). Seguiu para triagem no Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE), sendo desligada no mesmo dia do abrigo.

Foi encaminhada para uma instituição para menores infratores, onde passou alguns dias, até ser recambiada para um novo abrigo, no município onde nascera, adjacente àquele em que estava. O motivo para o recambiamento da paciente foi a alegação, pela própria, de sua família ser de lá, dando como referência o domicílio de seu tio. Neste, ficou abrigada por dois meses em um local para mulheres menores. Entretanto, como seu comportamento continuava agressivo, colocando em risco a sua integridade e das demais, foi solicitado novamente seu recambiamento para o município em que estava anteriormente.

Em 12/01/2005, foi encaminhada para um novo abrigo, o qual ficava próximo de HPI. Em maio de 2005, iniciou tratamento no Ambulatório Infantil dentro deste HPI. Em julho de 2005, houve uma situação narrada por um profissional do abrigo em que, em resposta às provocações de Maria, os adolescentes a agrediram tanto que chegou a desmaiar. Em agosto de 2005, segundo outra situação narrada, Maria agrediu seriamente uma profissional grávida. Após tentativas de acalmá-la e contê-la, foi levada para o HPI, onde passou aquela noite. À época do presente ocorrido, tinha 16 anos.

Em março de 2006, o caso de Maria passou para Centro de Referência do Projeto Família Acolhedora³. Aos 16 anos, portanto, entrou no Programa Família Acolhedora e para uma família. Contudo, após três meses, foi devolvida. A família acolhedora até manejou

³ É um programa que funciona em determinados abrigos no município sob o gerenciamento da Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos, cujo objetivo é auxiliar no processo de adoção de menores por famílias que se candidatam.

alguns episódios de agressividade da paciente, porém houve um momento em que não foi mais possível o convívio dela na casa. Após o seu desligamento do mencionado projeto, voltou para o mesmo abrigo de onde saíra antes de feita a tentativa de adoção. Ao regressar, apresentou-se ainda mais agressiva com os educadores e com os adolescentes. Por esse motivo, foi levada uma segunda vez à DPCA e reencaminhada para um instituto para menores infratores, período em que se afastou do tratamento no Ambulatório Infantil. Tal serviço, em pactuação com a Assistência Social (AS), fez uma proposta à Justiça de retirada da paciente do DEGASE e recambiamento para um abrigo comum, e em troca se dispôs a acompanhá-la mais detidamente. Aproximadamente em agosto de 2006, aos 17 anos, foi para novo abrigo, onde novamente apresentou episódios graves de agressividade, quando a AS exigiu uma internação psiquiátrica para ela, momento que foi internada em HP pela primeira vez.

A partir daí, a paciente passou a ter sucessivas passagens pela EP do HPI, porém, nessa época, por ser menor de idade, não era internada, sendo atendida e liberada. Era o lugar para onde era encaminhada quando ocorriam situações disruptivas no abrigo. Importante relatar que, no início das remoções, estas eram feitas pela Polícia, inclusive com ela chegando algemada à EP. Foi um trabalho longo e árduo em torno do caso para que tais remoções não fossem mais procedidas pelos policiais, mas conduzidas exclusivamente no campo da Saúde.

2.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO DE MARIA NO CIRCUITO PSIQUIÁTRICO E MUDANÇA PARA O SRT

Em 2006, foi internada no HPI e, ao completar 18 anos, ficou impossibilitada de retornar para qualquer abrigo sendo, então, incluída em um programa de moradia. De 2007 a 2014, ao longo de 07 (sete) anos, residiu em HPI e iniciou tratamento no CAPS de referência do território onde o HPI estava situado, em 2011. Vale destacar que este CAPS ocupava um espaço dentro do terreno do referido HP. Foi deste CAPS, do tipo II, portanto sem acolhimento noturno, que parte a presente pesquisa. Dessa forma, no período delimitado, Maria morava, tratava-se e era internada dentro de um mesmo espaço físico. Mudou-se para o SRT vinculado ao CAPS em abril de 2014.

Foi feita uma tentativa de retorno familiar da paciente quando tinha 19 anos. Vale mencionar que sua mãe, ao retornar do manicômio em que esteve, foi morar com a sua irmã,

Sra. Josefa, e realizava tratamento em outro CAPS, responsável pela área de abrangência onde estava situada a residência da Sra. Josefa. A tentativa de retorno familiar de Maria foi feita com esta tia, porém foi malograda por situações graves de agressividade de Maria na casa. Enquanto estava no HPI, foi curatelada por esta tia, a qual gerenciava o seu benefício no valor de um salário mínimo.

Maria ficou então em HPI dos 17 aos 24 anos. Neste período, passou por diversas enfermarias e moradias. Mantiveram-se os rompantes da paciente e assim era transferida de dispositivo para dispositivo. Em 2014, aos 24, estava em uma situação delicada em HPI, pois não se sabia para que outros dispositivos ela poderia ir, já que havia passado por todos e não havia sido possível a permanência dela em nenhum. Foi neste momento que foi indicado a ida da moradora para o SRT. A aposta era de que morar fora dali e experimentar práticas de cuidado mais singularizadas, mais livres de um olhar institucional que a pré-definia, poderia ser benigno, terapêutico e um passo importante em seu processo de desinstitucionalização. Em janeiro de 2014, foi morar então em um SRT situado em um bairro próximo de HPI e dentro da área de abrangência do CAPS, assim como outros oito pacientes que estavam internados no mesmo local. Desde o início, Maria teve dificuldades constantes de convivência com os demais moradores e com a equipe.

3. DO MANICÔMIO À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

3.1 MANICÔMIO E SEGREGAÇÃO

O grande enclausuramento descrito por Foucault (1961), retrato do absolutismo antes do advento da psiquiatria, teve de ser abolido. Dali em diante, novas normas sociais, imprescindíveis ao desenvolvimento econômico, pressupunham a proibição da privação da liberdade sem garantias jurídicas. A reclusão dos alienados passou a ser definida como algo terapêutico e indispensável: o isolamento de um mundo externo perturbador. Era esta a precondição do tratamento alienista, do tratamento moral. A psiquiatria era o respaldo para edificação de uma estrutura específica à loucura. Assim, esta destacou-se do campo geral da segregação para se converter em uma entidade clínica que era preciso descrever (DESVIAT, 1999).

Quando a psiquiatria nasceu, havia um otimismo em relação ao seu resultado, na medida em que carregava a promessa de curar o louco. Animado pela utopia da reaprendizagem, o manicômio impunha o tratamento moral ao paciente, funcionando como uma instituição disciplinar, condicionando a cura ao cumprimento de regras, condutas, horários, regimentos, etc., no intuito de exercer, assim, uma função terapêutica (BASAGLIA e GALLIO, 1991; AMARANTE, 2007). Tal proposta edificou um *modus operandi* na condução institucional onde o que prevaleceu foi a retirada do louco das trocas sociais. No momento inaugural do que se convencionou chamar como manicômio, Pinel afirmou que, diferente de um hospital de febris, onde se oferece meios de tratar a doença, o hospital psiquiátrico é o próprio tratamento aos doentes mentais. Apoiando-se no princípio de libertar os loucos daquilo que os estaria alienando, instituiu como método de tratamento o isolamento no hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2007).

Nesse ato, estava em ação a ideia de que as causas da alienação mental estariam presentes no meio social (no círculo familiar, de amizade, de relacionamentos amorosos, etc.), sendo o isolamento o que permitiria afastar as causas da doença e possibilitar a cura. Aliado a isso, partia do princípio de que, não havendo perda absoluta da razão, o hospital psiquiátrico teria o papel de resgatar a totalidade do ser humano no ato de se reconstituir a sua moral. Por assim dizer, o asilamento *per se* trataria da doença mental e seria o ato terapêutico por excelência (AMARANTE, 1996).

Nessa lógica, uma análise sociológica possível da função do manicômio seria de estar suprindo o que se denominou de áreas de compensação para as próprias contradições internas da organização, que foi se estruturando em diferenças culturais de classes e sistemas competitivos (BASAGLIA, 2008). Elegeram-se os “bodes expiatórios”, "membros escolhidos para serem excluídos e nos quais se descarrega toda uma agressividade, e tal tomada de posição se deve à vontade de o homem excluir a parte de si da qual tem medo" (BASAGLIA, 2008, p. 37). Delimitava-se, assim, um mundo maniqueísta, no qual o papel do mal é privativo do outro excluído, e aquele dito normal, tomando a atitude de excluir o outro, afirma a sua força e se diferencia (BASAGLIA, 2008). Cria-se, pois, uma situação contraditória de um social produtor de desvios, e, à medida que são produzidos, a organização nega a face social deles.

O manicômio como modelo de tratamento evidencia, contraditoriamente, uma função de segregar a doença mental (BASAGLIA, 2008). Produziu predominantemente uma longa permanência institucional daqueles que apresentavam necessidade de assistência no campo da psiquiatria, privando o dito louco dos vínculos com o mundo, a ruptura de qualquer projeto individual e a impossibilidade de viver a própria vida (NICÁCIO, 2003). Tendo isso em vista, passou a cumprir uma função de administrar o que sobra, configurando-se uma instituição residual em relação ao sistema em sua totalidade (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 1990). Dessa maneira, com os desdobramentos da massificação dos asilos, tornou-se flagrante o insucesso do manicômio. Por volta de meados do século XX, os alienistas franceses começaram a se perguntar como era possível o tratamento moral, um tratamento que se pretendia individualizado, quando a cada médico cabiam 400 a 500 pacientes (DESVIAT, 1999).

3.2 REFORMULAÇÕES DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA: A COMUNIDADE TERAPÊUTICA, A PSIQUIATRIA DE SETOR E A PSIQUIATRIA PREVENTIVA

Reconhecendo que o manicômio não oferecia um tratamento digno aos pacientes internados (BASAGLIA e GALLIO, 1991; AMARANTE, 2007), funcionando apenas como um espaço de segregação social, algumas correntes de reformulação da assistência psiquiátrica emergiram. As críticas à eficácia do asilo não tardaram a se produzir, mas foi

apenas depois da Segunda Guerra Mundial, em tempos de crescimento econômico e reconstrução social, de grande desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade em relação às diferenças e às minorias, que a comunidade profissional e cultural, por vias diferentes, chegou à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido (DESVIAT, 1999). Surgem, então, propostas de reformas psiquiátricas pelo mundo afora, sendo as principais a comunidade terapêutica na Inglaterra, a psiquiatria de setor na França, a psiquiatria preventiva nos Estados Unidos e a psiquiatria democrática na Itália. A seguir, será abordado cada uma delas.

De origem inglesa, a comunidade terapêutica, animada por "um novo espírito hospitalar" (BASAGLIA, 2008), propõe uma relação de tolerância da instituição com o internado. Medidas para humanizar o manicômio, como abolição das grades e abertura dos portões, acarretam profundas repercussões, dando ao doente a sensação de estar vivendo num lugar de tratamento onde pode reconquistar gradativamente suas relações. Lugar de institucionalização e de alienação induzida, a comunidade terapêutica, entretanto, corre o risco de se transformar em outro lugar de alienação, se for organizado como um mundo completo em si mesmo, no qual todas as necessidades são satisfeitas. Dessa forma, apresenta-se como uma reforma ambígua, visto que torna o manicômio em um espaço menos restritivo, porém sem alterar a lógica de segregação social da loucura. Em outras palavras, a ação de humanizar o manicômio revelou uma nova face da doença, da pessoa doente e do papel da instituição de contenção e de controle dos elementos de distúrbio social, evidenciando o significado e a função social da instituição psiquiátrica (NICÁCIO, 2003). Nesse caminho de reflexão, a leitura do manicômio centrada apenas na compreensão do interior da instituição mostrava-se insuficiente para criar algo de fato novo no tratamento da loucura (NICÁCIO, 2003).

De origem francesa, a psiquiatria de setor constrói o hospital-dia, como um ponto de união entre o interno e o externo do hospital psiquiátrico (BASAGLIA, 2008). Seria um desdobramento do hospital psiquiátrico com vistas a auxiliar o paciente no seu processo de retomada de liberdade. Com isso, espera-se uma "modernização" do sistema hospitalar, que deve exibir uma gama de estruturas de reabilitação e de proteção gravitando em torno do hospital psiquiátrico (DELGADO, 1991). Na prática, os referenciais de tal corrente não consideram a necessidade de se combinar diversas instâncias, diferentes intenções e estabelecer uma comunicação comum entre os serviços. Conserva um modelo de segregação

da loucura, na medida em que, embora com estruturas externas ao espaço físico do hospital, não prioriza a articulação entre os diversos dispositivos da psiquiatria e da saúde. Desse modo, pautado em algumas lógicas de incomunicabilidade entre os seus circuitos separados e seletivos, torna-se incapaz de promover uma reconversão dos recursos do manicômio (DELGADO, 1991).

Dos Estados Unidos, a psiquiatria social ou comunitária sugere "soluções técnico-institucionais para todo problema social, de maneira a reduzir gradualmente a sociedade inteira a uma enorme instituição tolerante, sutilmente controlada" (BASAGLIA, 2008, p. 160). Elas se referem principalmente a um viés amparado na premissa de ampliar o tratamento do indivíduo ao contexto em que ele vive, para tratar dos conflitos de ordem psicológica e os conflitos sociais produzidos no lugar em que eles acontecem. Sobre isso, Basaglia (2008) afirmou:

Não se limita mais a gerir o mundo da invalidação e da internação – que no entanto continua a tratar –, mas deve agir no social, pelo controle do distúrbio no lugar onde ele se manifesta, identificando também os seus elementos constitutivos, inclusive os conflitos sociais que possam determiná-lo (p. 290).

A introdução da doença mental na comunidade e a prevenção da possível internação instauram uma nova forma de controle, por intermédio agora dos serviços comunitários e com novos operadores compondo a equipe interdisciplinar. Sob tal viés, dilatou-se o campo da doença, agora englobada a elementos sociais que lhe superpõem e com os quais a doença acaba sendo identificada (BASAGLIA, 2008). "Identificando na comunidade as causas da doença de alguns e 'as razões da saúde de outros', espera-se poder manipular algumas das circunstâncias da população, a fim de diminuir o surgimento de novos casos" (TENÓRIO, 2002, p. 31). De cunho adaptacionista e normalizador, aparece a marca eugenista de tal prática, ao apostar na possibilidade de modificar padrões genéticos numa população, no intuito de aperfeiçoar a dotação fundamental de seus membros (TENÓRIO, 2002). Surge também nesse contexto o termo saúde mental em oposição à doença mental: através da promoção da saúde mental na comunidade, a doença mental seria prevenida. Ademais, é daí que nasce também o termo "desinstitucionalizar": naquela época, este termo fazia referência ao processo de redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, diminuição do tempo médio de permanência hospitalar ou a promoção de altas médicas. Como estratégia de

efetivação de tal política, foram implantados vários centros de saúde mental, oficinas protegidas, lares abrigados, hospitais-dia, hospitais-noite, enfermarias e leitos em hospitais gerais, etc. (AMARANTE, 2007).

Por meio da diversificação da assistência psiquiátrica, imbuído da noção de crise, desvio e adaptação/desadaptação social, a psiquiatria comunitária norte-americana ampliou seu campo de atuação para ações de saúde mental de base comunitária e inaugurou a medicalização da ordem social (DESVIAT, 1999). No entanto, tais intervenções terapêuticas são de curta duração e não dispõem de instrumentos para oferecer uma tutela global ao paciente em crise, sem se preocupar igualmente em reelaborar os possíveis fracassos. Encaminham os pacientes a outras instituições “mais adequadas”, o que se traduz no encaminhamento ao hospital psiquiátrico, confirmando o papel central deste (DELL’ACQUA e MEZZINA, 1991). Logo, em que pese o fato de terem sido instalados tantos serviços e estratégias desospitalizantes, percebeu-se um aumento na demanda psiquiátrica nos EUA, e que os serviços comunitários se transformaram em grandes polos de encaminhamentos de novas clientela para os hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2007). Desviat (1999) chama atenção para as características “selvagens” que a desinstitucionalização americana tomou, uma vez que muitos dos pacientes crônicos externos apenas aumentaram o já elevado número de pobres abandonados à própria sorte.

Sinteticamente, poder-se-ia dizer que a psiquiatria de setor francesa e comunitária norte-americana foram dois movimentos que representaram um primeiro passo para assunção da responsabilidade da sociedade em relação à loucura. Contudo, em ambas, o hospital psiquiátrico se mantém como coletor dos rejeitos dos respectivos modelos operativos. O circuito psiquiátrico, que contava primeiramente apenas com o manicômio, a partir de tais iniciativas reformadoras, caminhou em direção à articulação de um modelo operativo mais complexo, aperfeiçoado, rico de múltiplos momentos, porém não modificou o modelo cultural de referência, com seu repertório de respostas pré-formadas, intervenções fragmentadas e não coordenadas (DELL’ACQUA e MEZZINA, 1991). Em outras palavras, ambas as iniciativas incidiram na forma organizativa do sistema de saúde mental e romperam com o predomínio do modelo segregativo clássico da psiquiatria, multiplicando as estruturas extra-hospitalares, médicas e sociais, que devem assistir aos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos e constituir um filtro às hospitalizações ulteriores; no entanto, sem se preocupar em superar a cronicidade e se liberar da função de segregar (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001).

Por assim dizer, as três práticas reformistas apresentadas – comunidade terapêutica, psiquiatria de setor e psiquiatria comunitária – se pautaram em uma “reorganização modernizadora” (YASUI, 2009, p. 587) da assistência psiquiátrica, com a criação de serviços alternativos; entretanto, articulados ao modelo de segregação social da loucura. Sendo assim, foram criadas novas possibilidades terapêuticas, mas sem priorizar a inclusão social da loucura (BASAGLIA, 2008).

3.3 PSQUIATRIA DEMOCRÁTICA ITALIANA (PDI) E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Por fim, a PDI desponta como uma corrente que vem questionar a existência do hospital psiquiátrico e os pressupostos que dão lastro a existência dele. É nela que o termo desinstitucionalização se qualifica como ação específica em contraposição à institucionalização: ao lado e de suporte ao manicômio, é consequência da reciclagem, da reconversão e da transformação progressiva dos recursos dele, no intuito de formar "estruturas externas substitutivas a ele e suprimir (substituindo) as práticas preexistentes" (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001, p. 17-59). As novas estruturas substitutivas em construção são criadas para acompanhar os pacientes fora do manicômio e ajudá-los na construção de alternativas (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001). É válido assinalar a desinstitucionalização como a construção de um processo de reapropriação das regras sociais a partir da própria miséria, não mais segregada no interior de uma instituição, mas posta para ser reapropriada e trabalhada. Movida pela interrogação de como tomar encargo, tal “prática é desenvolvida de tal modo a evitar o abandono do paciente a si mesmo em nome de uma liberdade abstrata, mas também de modo tal a evitar objetivos pré-constituídos” (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001, p. 34). Tendo em vista tal noção, o trabalho terapêutico realizado é um percurso dinâmico em contínua transformação, feito de tentativas, erros e aprendizagens, no qual os objetivos mudam durante o percurso porque são modificados pelo sujeito em jogo (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001). Como uma inovação no campo psiquiátrico, a desinstitucionalização toma em análise constantemente as estruturas internas da instituição. É um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001). Ademais, as respostas institucionais não se

apresentam como definitivas, sendo elas transitórias e parciais, entendendo que a instituição, no intuito de acompanhar o sofrimento do sujeito, está em constante transformação e orientada pela necessidade do paciente.

É válido sublinhar que a RDI não se restringiu ao campo disciplinar da psiquiatria, mas se propunha a se aplicar nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 1998). Em outras palavras, ultrapassava a dimensão técnica aplicada à loucura e abordava a sua dimensão social. Portanto, engendrava um processo dinâmico, conflituoso, inscrito nas relações sociais que, antes de pretender fixar uma solução, engendrava um “percurso social complexo”. A superação do hospital psiquiátrico seria uma consequência indireta de um conjunto de transformações que atravessam as diferentes dimensões nas quais o sistema psiquiátrico está inserido (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001). Assim, ocorre um redimensionamento da internação como solução, a qual, por sua vez, reorienta de maneira global, complexa e concreta a ação terapêutica como ação de transformação institucional (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001). Desse modo, surge um conjunto de estratégias indiretas e mediatas, no intuito de transformar os modos nos quais as pessoas são tratadas.

Na perspectiva de administradores e políticos, a desinstitucionalização foi muitas vezes compreendida e realizada como política de racionalização administrativa e financeira, de redução de leitos psiquiátricos, de ampliação no número de altas, etc. (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001). No entanto, a partir da RDI, passou a não ser mais equivalente à desospitalização (NICCACIO, 2003). Como desconstrução dos saberes, práticas, culturas e valores pautados na doença/periculosidade, propõe-se a desmontar as respostas científica e institucional, romper a relação mecânica causa-efeito na análise de constituição da loucura, para desconstruir o problema, recompondo-o, re-contextualizando-o e o re-complexificando (DE LEONARDIS, 1987 *apud* NICCACIO, 2003). Trabalha-se com “o que existe” e também remodelando cotidianamente o existente (DE LEONARDIS, 1990 *apud* NICCACIO, 2003). A visão de instituição aqui considerava o processo de trabalho junto ao paciente, necessariamente como gerador de crise, e a base da nova estrutura deveria ser construída em meio a tal tensão, sem a qual todo o processo retornaria à anterior situação institucionalizada. A partir das novas possibilidades e contradições que se revelavam no cotidiano, o papel das pessoas internadas, dos enfermeiros e dos médicos, começou a ser continuamente colocado em discussão, reconstruído, para ser novamente retificado (BASAGLIA, 1981 *apud* NICCACIO, 2003). Buscou-se produzir novas instituições e

intervenções que pudessem viabilizar não apenas a saída do hospital, mas construir e possibilitar o processo de reentrada das pessoas com transtornos mentais nos intercâmbios e trocas sociais, a partir das condições materiais, subjetivas, sociais e culturais disponíveis (NICCACIO, 2003).

Uma forma inovadora de pensar que interroga concepções alinhadas com um ideal de bem-estar físico-psíquico-social ou como reparação do dano, emergindo daí uma nova projetualidade: a “produção de vida”, a “invenção de saúde” (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001). Descobriu-se que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento e que, ao mesmo tempo, transforme-se sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento, sob o norte ético de promover uma existência mais rica de recursos, de possibilidades e de experiências (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001). A ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no projeto reprodução social do paciente (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001). Não se trata de substituir uma causa de natureza biológica, psicológica ou social por uma institucional. Era questionada a própria lógica causal em que se calcou a psiquiatria clássica e o sentido atribuído à cura e ao tratamento. Seria preciso transformar a demanda, a linguagem e a intervenção, tornando-as mais ricas, restituindo complexidade a elas.

Sob este prisma, investe-se na potencialidade de novos contextos e de novas relações, a ativação de pessoas nos territórios, a produção ou a reconstrução de redes de relações (NICCACIO, 2003). Não são apenas os profissionais e os usuários os atores da transformação, mas também podem se tornar as diversas pessoas, figuras sociais e institucionais que a desinstitucionalização envolve, articulando formas de participação, indicando novas responsabilidades e agenciando novas frentes de ação (DE LEONARDIS, 1990 *apud* NICCACIO, 2003). Dessa maneira, começou-se a incluir neste trabalho a participação da população da cidade através de práticas que possibilitavam a ruptura da segregação, a restituição do direito das pessoas internadas de participar dos espaços públicos e, fundamentalmente, a convivência dos internados com as pessoas da cidade. A via prática de convívio, marcando a presença dos internados na cidade, como uma das formas de transformar a percepção da loucura, apresentava-se como uma das estratégias mais fundamentais no percurso da desinstitucionalização (NICCACIO, 2003).

Não se está mais diante de um problema dado, ao qual se aplicaria um percurso linear e uma solução ideal: sob este novo referencial, a conduta a ser tomada requer uma problematização e o redimensionamento das concepções e práticas do trabalho terapêutico e

do próprio sentido do processo (NICCACIO, 2003). A este sofrimento, que se revela cada vez mais complexo e ao mesmo tempo mais simples, ocorre responder com estruturas e serviços que consintam formas de cuidado e de tratamento que sejam conjuntamente espaços de vida, de estímulo, de confronto, de oportunidades, de relações interpessoais e coletivas diferentes, possibilitando a mudança de cultura e de política, mais social que sanitária (BASAGLIA, 1996 *apud* NICCACIO, 2003). É exatamente tal responsabilidade que permite que a extinção gradual dos manicômios não seja reduzida à mera desospitalização e à afirmação burocrática de direitos das pessoas com transtornos mentais, mas um processo de construir junto, a partir do cotidiano, uma forma singular de inclusão social (GIANNICHECKDA, 1987 *apud* NICCACIO, 2003).

3.4 MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

Dentro do cenário diverso de reformas psiquiátricas no contexto internacional, o modelo comunitário, distinto do da proposta americana, tem aparecido como a principal referência para o redirecionamento da assistência em saúde mental (THORNICROFT e TANSELLA, 2010). No Brasil, tal diretriz estimulou a implantação de uma rede comunitária, substitutiva à internação psiquiátrica, inspirada no modelo da desinstitucionalização italiana (HIRDES, 2009). Na lei federal 10.216/2001, é evidente o norte ético de inclusão social das pessoas com transtorno mental, por meio da criação de uma rede substitutiva e redução sistemática da internação hospitalar, na aposta de que é possível prescindir dela, desde que construídas condições para tanto. O desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) se ancorou em três elementos: a) nos movimentos sociais que iniciaram uma série de questionamentos referidos ao saber e às práticas psiquiátricas e reivindicaram os direitos dos doentes mentais; b) nas políticas nacionais que propiciam a montagem de uma rede de assistência alternativa aos hospitais psiquiátricos; c) nas legislações que garantiram a implantação do novo modelo, reivindicando a autonomia e cidadania do louco (OLIVEIRA e ALESSI, 2005; DELGADO, 2011). Importante ressaltar que, para além do caráter técnico ou de reorganização de serviços, a RPB inscreveu-se, de maneira mais ampla, no corpo social e jurídico, como proposta inovadora, de resposta do Estado democrático à necessidade de cuidado de pessoas em sofrimento mental.

Nessa lógica, a implantação e desenvolvimento de uma rede comunitária, que surge como sistema substitutivo ao cenário hospitalocêntrico até então hegemônico, configura uma

realidade de âmbito nacional, cujo conjunto de ações e serviços expandiu. A RPB passou definitivamente de uma posição de “proposta alternativa” para se tornar uma diretriz no país, uma política de Estado, alicerçada na lei e fortemente amparada por conferências de saúde mental de alcance nacional com expressiva participação de diferentes segmentos sociais e de usuários do sistema de saúde mental. A influência do seu ideário expandiu no campo social, no universo jurídico e nos meios universitários que formam os profissionais de saúde (BEZERRA, 2007). O êxito em se prevalecer os princípios norteadores da RPB residiu na percepção da necessidade de construir um amplo espectro de cuidados para sustentar a existência de pessoas/usuários/pacientes que, sem isso, estariam condenados a perambular pelas ruas abandonados, ou a vegetar em manicômios em longas internações (PITTA, 2011). Diferentes autores (RODRIGUES, BROGNOLI e SPRICIGO, 2006; COSTA et al., 2011; PINHO et al., 2011; BOSI et al., 2012; CAMPOS, ONOCKO-CAMPOS e DEL BARR, 2013 *apud* BRASIL, 2015) pontuam a relevância e o sucesso obtido na transformação dos paradigmas, das práticas clínicas e das modalidades de cuidado ofertadas pelo novo modelo, em direção a novas apreensões da relação entre técnicos e usuários, além de inovações nas formas de concepção e intervenção na assistência em saúde mental no país.

Na prática, surgem novos equipamentos de natureza comunitária em saúde mental – os serviços substitutivos – para acolher os portadores de transtornos mentais, como a Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (UPHG), o CAPS, o SRT e o Centro de Convivência (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2011). Os hospitais psiquiátricos não são mais a única referência no trato com a saúde mental, repassando-se o cuidado para mecanismos extra-hospitalares com a intenção de diminuir o número de internações, e fundamentalmente, operar no cotidiano o norte ético da inclusão social. Desse modo, houve, uma mudança no destino tanto dos recursos humanos quanto financeiros, antes substancialmente destinados aos centros hospitalares, passando agora para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2011; GONÇALVES, VIEIRA e DELGADO, 2012). Como instrumento de extrema relevância para a consecução para projetos de saída de internações psiquiátricas, o suporte financeiro neste processo também se apresentou como estratégia fundamental, uma vez que a provisão de recursos é condição para a sustentabilidade do custeio da vida fora do ambiente hospitalar (LIMA e BRASIL, 2014), a exemplo da Lei Federal 10.708/2003 que regulamenta o “Programa De Volta Para Casa” (PVC) e avanços nas políticas de financiamento previdenciário (LOAS e outros dispositivos de apoio previdenciário) (BRASIL, 2015). Ademais, começaram iniciativas como no campo da geração de renda e

trabalho (MS/MT), lazer assistido (Pontos de cultura, MINC/MS), economia solidária e em outras formas de intervenção intersetorial ampliada. Também é preciso mencionar as Unidades Básicas de Saúde (UBS), no interior das quais a estratégia de Apoio Matricial em Saúde Mental e os Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2009) exercem papel central na assistência no território aos portadores de transtorno mental.

Desde a regulamentação dos CAPS pela Portaria 336/02, o que foi ratificado com a regulamentação da RAPS pela Portaria 3.088/11, é instituído que os CAPS exercem papel estratégico de ordenação da demanda e de construção da rede de cuidados aos portadores de transtorno mental grave e persistente. Compreendido como o local de tratamento, reabilitação e via de acesso à reinserção social, os CAPS desempenham função importante de suporte institucional na assistência em saúde mental comunitária (BRASIL, 2000). Cumprem a missão de intervir no contexto de vida dos usuários, buscando explorar os recursos existentes para a viabilização dos projetos terapêuticos, os quais devem possibilitar transformações concretas no cotidiano (LEÃO e BARROS, 2012).

Criaram-se diversas modalidades de CAPS, conforme o porte da cidade onde está inserido e o tipo de clientela. Basicamente para município de pequeno e médio porte, criaram-se os CAPS I e CAPS II, respectivamente. Tanto um quanto outro atendem prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, sendo o primeiro indicado para uma população de 15 mil a 70 mil habitantes e o segundo de 70 mil a 150 mil habitantes (BRASIL, 2015). Vale ressaltar que, na medida em que há um aumento do contingente populacional atendido, há igualmente o incremento da equipe de um para o outro, porém o horário de funcionamento de ambos tende a ser o mesmo, das 8h às 17h. Por não serem serviços que funcionem 24 horas, houve a necessidade de se criar UPHG, sobretudo para aqueles casos de maior gravidade, nos quais é fundamental não haver interrupção no cuidado. Sendo assim, constituem um recurso de atenção continuada que apoia a ação da rede de CAPS que dispõe exclusivamente de CAPS I e II.

Ademais, há o Centro Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad), indicado para população acima de 70 mil habitantes, o CAPSad III, para acima de 150 mil, e a Unidade de Acolhimento (UA), para acima de 200 mil, tríade responsável por atender clientela que apresenta intenso sofrimento psíquico em decorrência do uso de crack, álcool e

outras drogas. Para atendimento de crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, criaram-se o CAPSi, para população acima de 70 mil, e a Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI), para acima de 200 mil (BRASIL, 2015).

Por fim, o dispositivo que nos interessa esmiuçar mais detidamente é o CAPS III, o qual, à princípio, atende uma clientela semelhante às dos CAPS I e II, porém proporciona atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes (BRASIL, 2015). Dispõe de 05 (cinco) leitos, com orientação de permanência de um mesmo paciente em acolhimento noturno limitada a 7 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias (BRASIL, 2002). Nessa lógica, tal recurso é denominado de hospitalidade noturna ou hospitalidade integral (VAINER, 2016), que serve justamente para cobrir a lacuna aberta pelo CAPS I e II, abertos apenas durante o dia:

Havia um momento do processo histórico da construção da Reforma Psiquiátrica que os serviços da rede só acolhiam os portadores de sofrimento mental durante o dia, oferecendo-lhes cuidados que, embora atendessem parte de suas necessidades e impactassem as interações da cidade, deixavam uma lacuna, um buraco mesmo, no tecido de cuidados; buraco, muitas vezes remendado pela internação psiquiátrica, uma vez que o sofrimento não se orienta pelo relógio. Era evidente a necessidade de avanço, claro estava que a inversão de uma lógica de cuidados não se restringe aos cuidados, apenas sob a luz do dia (VASCONCELOS, 2008, p.131).

O diferencial deste dispositivo em relação ao modelo hospitalar é a permanência do usuário com a mesma equipe de cuidado, no território de origem e sem afastá-lo dos laços afetivos que o ligam ao mundo nos momentos de crise. É possível ofertar um lugar de cuidado onde se pode responder as situações, mesmo que se mostrem demasiado urgentes, sem colocar de fora fatores importantes da vida da pessoa (VAINER, 2016). Nesse sentido, Rotelli (2001) propunha que a hospitalidade do manicômio deveria ser reconstruída fora dele, com uma multiplicidade de suportes de natureza comunitária (permanência diária, cooperativas de trabalho, intervenções domiciliares, etc.). Trata-se de acolher o sofrimento psíquico sem

pretextos para a recusa ou a imposição de condições à hospitalidade, o que, por sua vez, desencadeia o vínculo e a responsabilização pelo cuidado (WILLRICH et al., 2013).

Sob esta ótica, a intervenção do trabalho do CAPS III deve acontecer junto ao contexto de vida dos pacientes, buscando explorar os recursos existentes para a viabilização dos projetos terapêuticos, os quais devem possibilitar transformações concretas no cotidiano dos pacientes. As experiências de implantação de CAPS III pelo país indicam que sua proposta de substituição da internação psiquiátrica vem sendo cumprida, com base em articulações entre os próprios dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, com a colaboração de outros setores e a comunidade (VAINER, 2016). Isso nos indica que é possível prover cuidado bem distinto do que se opera no hospital psiquiátrico na grande maioria dos casos (VAINER, 2016). Nesse contexto, é válida a menção de Dias, Weber e Delgado (2010) sobre o papel UPHG e o usuário preferencial deste dispositivo. Alguns municípios ou territórios podem contar com a presença de CAPS III e UPHG, onde estes apresentam a possibilidade de realizar investigações clínicas e a facilidade de avaliações por outras especialidades médicas (VAINER, 2016).

Outro dispositivo estratégico para efetivação de uma política de desinstitucionalização é o SRT. Regulamentado pela Portaria 106/00 e também incluído na RAPS, funciona como dispositivo de moradia para pessoas que sofreram longo processo de institucionalização nos manicômios e não podem retornar ao seio familiar. Localizado na comunidade, concebido para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, sem suporte social e laços familiares, viabiliza ao paciente o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania, promovendo, assim, os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares (BRASIL, 2000). Diferentes autores (SADIGURSKY e TAVARES, 2010; ARGILES et al., 2013; FERREIRA et al., 2014; ROMAGNOLI et al., 2009; FURTADO et al., 2010 *apud* BRASIL, 2015) assinalam que os dispositivos residenciais constroem possibilidades efetivas de combate à segregação social. O trabalho aí exige, sobretudo, a construção efetiva de redes de cuidado entre os serviços e entre diferentes equipamentos sociais, envolvendo a cidade com suas diferentes e potentes estratégias de cuidado. (AMORIM e DIMENSTEIN, 2007). Caracterizam-se como serviços que devem ser “prioritariamente” locais de moradia e não de tratamento, ficando este sob a responsabilidade dos outros serviços substitutivos da rede.

Desse modo, o suporte do CAPS junto ao funcionamento assistido do SRT, tece uma

rede de cuidados em que o acompanhamento do paciente se faz em caráter permanente e intensivo por serviços comunitários. Pautada na lógica da inclusão, a atenção psicossocial propõe que o tratamento ocorra em convivência com a família ou na comunidade, mediado pelos serviços substitutivos. O processo de cura é entendido enquanto construção de vida, possibilidades de escolha (SALLES e BARROS, 2006). Sob a égide deste paradigma, as ações desenvolvidas revestem-se de caráter social: ao sujeito estima-se o respeito à sua subjetividade, destaca-se a ênfase na multiprofissionalidade/interdisciplinaridade e a importância do convívio familiar e comunitário. Surge o paradigma psicossocial caracterizado pelo envolvimento do sujeito no seu próprio tratamento e pela desconstrução do arcabouço teórico da psiquiatria clássica. Desse modo, objetiva-se transformar a lógica organizacional dos serviços de saúde mental e criar uma rede de atenção substitutiva ao hospital, pautada na atenção territorial e inclusiva da pessoa com sofrimento psíquico (RAMOS, GUIMARÃES e ENDERS, 2011). Concretamente, isso se traduz aos pacientes em qualidade de vida, significando que eles podem usufruir de acesso ao social que antes não tinham, tendo agora a possibilidade de fazer laço. Podemos ler esta nova perspectiva como a abertura para o sujeito poder falar alguma coisa, isso poder ser recebido no seio comunitário e, ali mesmo, acompanhado. Assim quando o sujeito se expressa, ainda que tudo não tenha sido compreendido, aposta-se que algo da ordem de uma subjetividade aconteça onde ele estiver (SANTOS et al., 2000).

O dispositivo comunitário é regionalizado, preocupado e condizente com o território que constitui o serviço, seus usuários e funcionários (RIBEIRO, 2009). A noção de território surge como algo central, fazendo alusão ao campo de abrangência do serviço, ao lugar de vida e relações sociais do paciente e ao lugar onde, em geral, este apresenta baixo ou nenhum poder de troca (LEAL e DELGADO, 2007). Trabalha-se aqui com uma concepção de território inspirada na PDI. Território como algo que demarca a regionalização da assistência, mas que transcende tal definição: não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo. Dessa maneira, a noção de território aponta para a ideia de territórios subjetivos. Em lugar de psiquiatria comunitária e preventiva, fala-se hoje em atenção psicossocial e território (DELGADO, 1999, p. 117).

Sendo assim, estabelece-se uma relação de imanência entre tratamento e território, em contraste a uma relação de oposição (LEAL e DELGADO, 2007), como era em tempos da

psiquiatria clássica, em que o tratamento era atrelado ao ato terapêutico de segregar. Com base na desconstrução de saberes e práticas institucionalizadas e de território, a atenção psicossocial propõe expandir e consolidar uma rede de atenção extra-hospitalar que atenda as demandas territoriais específicas, sem desassistir e indo além da desospitalização.

4. OS IMPASSES ATUAIS NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

4.1 ABORDANDO O FENÔMENO DA PORTA GIRATÓRIA

Não obstante a difusão de proposições da reforma psiquiátrica e a produção de um amplo conjunto de iniciativas, o panorama nacional é heterogêneo e, por vezes, contraditório, evidenciando concomitantemente a centralidade do modelo asilar e o movimento instituinte de criação de novos serviços territoriais e projetos locais (NICÁCIO, 2003). Cabe destacar, porém, que na esteira deste processo transformador é possível isolar barreiras que, em determinados lugares, acentuaram-se mais e outros menos, mas que em alguma medida apareceram onde se implantou o modelo de atenção psicossocial no país.

Acreditava-se que a implementação dos princípios da reforma psiquiátrica na superação do modelo asilar, subentendendo que a criação de novos serviços, de portas abertas, de base territorial, com maior interlocução com a comunidade, proporcionariam um curso diferente daquele atribuído à suposta doença. No entanto, retornam a crítica à institucionalização e a reflexão sobre a cronicidade (PANDE e AMARANTE, 2001). Cada vez mais, torna-se claro que não é suficiente para a implantação de um modelo comunitário apenas a criação de serviços substitutivos, a regulamentação das equipes de saúde mental ou a normatização das ações estratégicas (PITIÁ e FUGERATO, 2009).

Diversos autores chamam atenção para o risco de os novos serviços comunitários reproduzirem a lógica manicomial em seu interior (BRASIL, 2015). A cada dia aumenta o número de pacientes que frequentam o CAPS, forçando-nos a questionar como construir outros projetos de vida que não dependam exclusivamente dos serviços e como escapar das práticas tutelares sem desassistir, bem como criar fluxos de encaminhamentos (AMORIM e DIMENSTEIN, 2007). Observa-se uma oferta de várias portas de entrada e a ausência de portas de saída, tendo em vista que não se tece suficientemente um trabalho em rede com outros serviços e setores, com os quais seria possível construir um trabalho de parceria e corresponsabilidade (AMORIM e DIMENSTEIN, 2007).

Na prática, não raro se nota o reducionismo do processo de desinstitucionalização à desospitalização, sem a efetiva desmontagem do hospital psiquiátrico e o necessário deslocamento de investimento da atenção em saúde mental para serviços substitutivos,

integrados à rede de saúde mais ampla (BRASIL, 2015), fato que se repete em outros países (DESVIAT, 1999). A reorientação das políticas em saúde mental provocou um aumento na proporção de altas dos hospitais psiquiátricos, contemplando principalmente os pacientes longamente internados, todavia sem os mesmos efeitos no número de novas internações e reinternações, que continuaram a ocorrer (VAINE, 2016).

Houve um processo histórico de anos de institucionalização, o qual produziu nos pacientes uma notável dependência institucional. A coincidência do transtorno mental grave somado a um antecedente de institucionalização prolongada produz uma tendência neste paciente de se sentir mais familiarizado à instituição hospitalar. Não à toa casos com indicação para residir nos equipamentos comunitários, não raro “estáveis” na internação psiquiátrica, apresentam sérias resistências em relação ao projeto de saída do espaço hospitalar, bem como surgem situações em que, defrontados com a indicação de alta hospitalar, recusam-se a viver fora dali (MACHADO, MANÇO e SANTOS, 2005). O acesso direto à comunidade, agora sem o anteparo da internação, pode gerar na pessoa que viveu anos internada um efeito de ameaçá-la, ao invés de ser um espaço em que se sinta melhor cuidada. Dessa maneira, o medo da cidade, que se modificou ao longo dos anos e cujos referenciais agora são outros, pode vir a se constituir como um obstáculo à reinserção social (MARCOS, 2004), tal como a violência urbana, tendo em vista pacientes que viveram anos dentro de um espaço isolado e se veem posteriormente em meio a locais de tensão urbana.

Ademais, não é incomum residentes de moradia assistida reproduzirem no espaço doméstico o cotidiano hospitalar, fechando-se em seus quartos, deambulando horas a fio na casa sem um sentido subjetivo para tanto, recusando-se a participar dos afazeres domésticos, a sair na rua, etc. Em princípio, muitos não sabem cuidar do próprio corpo e dos objetos de uso pessoal, sentar-se à mesa, comer de garfo e faca, servir sua própria comida (MARCOS, 2004). Aguardam que a instituição lhes forneça as condições para se viver, tal como acontecia na internação. Em outras palavras, o fato de estar internado por um longo período produz uma distância em relação às regras básicas de convivência, as quais posteriormente não são simples de retomar junto ao paciente. Não raro, profissionais dos serviços comunitários esperam da desospitalização e chegada ao dispositivo comunitário, uma espécie de efeito de cura, especialmente para casos de psicose grave. É nesse sentido que o SRT traz à tona uma série de questões relativo à desinstitucionalização, tal como, que clínica é possível neste contexto residencial sem desembocar no velho engessamento institucional e nas práticas

tutelares, mantendo a fluidez de um serviço comunitário?

Aparece também como um obstáculo para a consolidação da atenção comunitária, a sobrecarga que a família enfrenta na convivência com o paciente psiquiátrico, principalmente por ocasião da alta hospitalar, desencadeando atitudes de incompreensão familiar e de rejeição (PARENTE, 2007; BRASIL, 2015; DELGADO, 2014). Em outras palavras, observa-se uma falta de suporte à família para manejar os impasses, especialmente naqueles casos de transtorno mental grave. Trabalha-se na direção de incluir os familiares como elementos essenciais neste cuidado comunitário, porém eles dão sinais de que necessitam de mais acompanhamento para a assunção de tal função. E na medida em que os dispositivos comunitários não prestam a assistência necessária também aos familiares, isso favorece a manutenção do modelo biomédico, manicomial, predominantemente medicamentoso e focado na hospitalização do portador de sofrimento mental, representando um alívio para muitas famílias (DIMENSTEIN e BEZERRA, 2009).

Por fim, tanto no contexto nacional como internacional, vem aparecendo o que se convencionou como *revolving door*, em português denominado de “porta giratória”, que faz referência àqueles casos de pacientes que sofrem reinternações psiquiátricas frequentes (NUNES, JUCÁ e VALENTIM, 2007; DESVIAT, 1999), produzindo um ciclo recidivo de internação/alta/internação. Em pesquisa sobre a eficácia do modelo assistencial em saúde mental no país, constatou-se que 32,5% dos pacientes psicóticos foram reinternados num período de até quatro meses após a alta (AMARAL, 1997). Inclusive, na literatura chama-se atenção para um núcleo rígido de pacientes, pequeno mas irreduzível, para os quais não foi possível construir condições de reduzir a institucionalização, necessitados de um teto e de cuidados sociais e, às vezes, de assistência à saúde pela vida afora (DESVIAT, 1999).

O processo de “porta giratória” vem sendo estudado desde a década de 1960 como um novo fenômeno de atendimento psiquiátrico não anteriormente planejado, mas que emergiu em consequência de um modelo ainda em implementação (PARENTE et al., 2007). Surge, assim, como contraditório e interno ao modelo reformista de substituição da internação psiquiátrica e concretização da permanência dos sujeitos no meio social. Um frequente ir e vir de pacientes entre o hospital e a comunidade – sucessivas reinternações – que resulta por “re-situar” os hospitais psiquiátricos segundo a lógica da porta-giratória (PARENTE et al., 2007). Sendo assim, para uma parcela da clientela que continua sendo internada em hospitais psiquiátricos, embora atendidas pelos serviços comunitários, a saída do asilo para o

referencial comunitário não é de uma vez por todas e se impõe um ir e vir constante. Observa-se a coexistência dos paradigmas hospitalocêntrico e psicossocial no saber/fazer da saúde mental, onde predominam, em discursos e políticas oficiais, esforços para a efetivação da rede de atenção que reduziria a porta giratória de internação/alta/reinternação; entretanto, na resolubilidade atual da mesma rede, ainda prevalece o gesto contraditório de reinternações psiquiátricas, fato que desafia a perspectiva de uma atenção psicossocial e uma prática clínica manejada por uma equipe multiprofissional (RAMOS, GUIMARÃES e ENDERS, 2011). Por serem casos que frequentam consideravelmente o âmbito hospitalar, há uma tendência de os chamados crônicos serem colocados à margem, em relação aos agudos, que se hospitalizam pontualmente. Tem sido dada ênfase a tratamentos extra-hospitalares, comunitários, porém não se discute suficientemente aqueles ainda cronicamente internados (SCHRER e SCHRER, 2001).

É importante assinalar que não há um consenso nas pesquisas no que tange à definição do que é porta-giratória, mas somente um método em comum de identificação, que considera a frequência de reinternações e o intervalo de tempo entre elas (PARENTE, 2007). Mesmo existindo escassos parâmetros e ausência de medida para caracterizar a porta giratória, uma série de autores advogam que duas ou mais internações em um ano são suficientes para identificar a existência dela (HAVASSY e HOPKINS, 1989; SWIGAR et al, 1991). A literatura indica que o fenômeno da porta giratória ocorre com mais frequência com pacientes longamente institucionalizados, sendo prevalentes os diagnósticos de esquizofrenia e distúrbios afetivos e entre as faixas etárias de 13 a 35 anos (CASTRO, 2009; HAYWOOD et al., 1995; GASTAN et al., 2000). Entre as possíveis influências para a re-hospitalização estão: histórico de abuso de substâncias; a não cooperação com o tratamento; comportamentos violentos ou criminosos; características demográficas e socioeconômicas (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2011). Vale sublinhar que o histórico de longa institucionalização por vezes não se dá exclusivamente em instituições psiquiátricas, mas orfanatos, abrigos, etc.

Dentre as leituras possíveis para tal fenômeno encontradas na literatura, o alto índice de reinternações já teve associação com as dificuldades no acesso aos serviços substitutivos ou mesmo pela baixa adesão aos tratamentos (AMARAL, 1997). Os pacientes desconhecem a existência dos serviços substitutivos ou mesmo nunca foram orientados e/ou encaminhados para eles, demonstrando uma fragilidade na articulação entre os hospitais psiquiátricos e os serviços extra-hospitalares (SALLES, BARROS, 2007). Há também falta de organização e

sistematização nos registros de usuários que sofrem sucessivas internações, refletindo a fragmentação das ações da equipe técnica que promove ações ainda individualizadas. Nesse sentido, essa fragmentação do cuidado dificulta a visão integral do usuário e sua história, bem como a construção de um projeto terapêutico adequado que leve em conta a singularidade dos sujeitos (DIMENSTEIN; BEZERRA, 2009). Os familiares além de não se considerarem aptos para cuidar, relatam que não conhecem os recursos terapêuticos e não encontram suporte na rede de saúde mental, o que os faz vivenciar uma sobrecarga emocional e financeira muito grande (GUSMÃO et al., 2017). Ademais, vale assinalar o fato de o hospital psiquiátrico acolher os sujeitos socioeconomicamente desfavorecidos, os quais não têm para onde ir, revelando uma problemática às vezes tanto da saúde mental como também da assistência social (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2011). Desse modo, a porta giratória pode-se constituir como um indicador da assistência e do funcionamento dos serviços prestados em nível comunitário, porém não se pode desconsiderar que vários fatores estão envolvidos e contribuem diretamente para as frequentes reinternações (GUSMÃO et al., 2017).

4.2 A COEXISTÊNCIA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA

Procederemos à definição de uma noção que nos auxiliará na compreensão dos argumentos expostos adiante. Em casos graves acompanhados pelos CAPS, observa-se ser um desafio sustentá-los com base em estratégias comunitárias. Grosso modo, é uma clientela marcada por vivências psicóticas, em consequência das quais apresentam episódios que perturbam decisivamente a dinâmica social estabelecida, não raro por um modo de expressão que pode oferecer riscos iminentes para si e/ou para terceiros. Tais ocorrências requerem intervenções do serviço territorial, que necessariamente tenham uma complexidade maior do que as intervenções construídas anteriormente para o caso, subentendendo que as que são conhecidas e instituídas foram realizadas e não produziram incidência. Chamaremos este tipo de fenômeno, no qual o serviço comunitário é impelido a intervir urgentemente e produzir alguma diferença no modo como o paciente se expressa de **situações-limite**. Nesse sentido, pode-se vislumbrar duas vias de intervenção para encaminhá-las: pela via do contorno, que se opera por estratégias tecidas no seio comunitário, ou pela via da contenção, que se procede por meio de procedimentos tipicamente hospitalares, como a contenção química ou a

mecânica. Em outras palavras, por um lado, apresenta-se um paradigma que enfatiza o processo de “invenção da saúde”, de inclusão social do louco; por outro, o peso repousa sobre o processo de “cura”, sob o prisma de “agudização e remissão da sintomatologia psicopatológica” (ROTELLI, 2001).

Dell’Acqua e Mezzina (1991) frisam que o tratamento institucional dado a situações-limite é condizente a um valor-limite construído socialmente, acima do qual necessariamente se intervém por um imperativo advindo da sociedade. O que se revela aí é que aquilo que valida algo como uma situação-limite ou não, é o próprio processo histórico-social da onde ela emerge. Sendo algo que excede o valor-limite, a loucura é uma ruptura de laço, e surge então a necessidade de uma política pública voltada para a loucura. Dito de outra forma, a ruptura de laço reside no fato de que o que é considerado patológico emerge e é gerado em um sistema de relações sociais e humanas, da onde o sujeito rompe com a norma. A crise não ocorre, portanto, apenas na vivência individual, mas na relação com o contexto social. Nesse contexto, sob a égide da atenção psicossocial, investe-se na via da inclusão do louco no âmbito comunitário por estratégias mediatas, tecidas a partir do vínculo dele com referências no território, ao passo que a segregação se caracteriza pelo afastamento dele do território e deslocamento para um espaço de proteção hospitalar. Seja como for, é válido reter que a loucura é, portanto, um fenômeno que não se integra, em princípio, ao modo pelo qual funcionam as trocas sociais em uma dada organização. Nesse sentido, a função do CAPS é produzir o alargamento e a ampliação deste valor-limite em relação às diferentes manifestações da loucura, na aposta de sustentá-la no seio comunitário, enquanto que o uso da segregação como intervenção é signo de uma validação institucional de não haver lugar em uma dada conjuntura social para determinadas manifestações de sofrimento psíquico, normalmente vivências psicóticas.

Uma das pedras angulares do trabalho do CAPS se ancora no conceito de território, por onde se compreende uma acepção subjetiva do lugar onde a vida acontece. É papel do CAPS manter relações com o território, compreender seus meandros e códigos sociais, habilitar-se a percorrer seus caminhos e a acessar seus recursos, e então, construir alternativas para sustentar no convívio social as diferentes manifestações da loucura (ELIA, 2013). Sendo assim, diante de uma situação clínica, é atribuição do CAPS ir até onde ela acontece e ajudar na criação de arranjos que podem fazer sustentação às situações-limite, induzindo à construção de uma rede de suporte na comunidade, de acordo com os recursos possíveis, que efetivamente cumpram o papel de suporte e ajudem o paciente a dar soluções aos seus

impasses existenciais (ELIA, 2013). Vale frisar que a intervenção acontece no paciente, mas também na comunidade, que, pela interferência do CAPS, acolhe em sua dinâmica um elemento a mais que, em princípio, não cabia.

Por este motivo, passa a ser um contrassenso a utilização da internação psiquiátrica no âmbito da atenção psicossocial, já que se espera que a intensividade de cuidados neste campo seja realizada sem a retirada do paciente do lugar onde as situações-limite acontecem, pois é nesta direção que se tecerá o fio da inclusão. Por mais que hoje existam internações psiquiátrico-hospitalares que não funcionem meramente como repositário de doentes mentais, tendo inclusive articulação com o acompanhamento territorial e a ele submetido, mesmo assim, partindo dos princípios norteadores da atenção psicossocial, o uso de tal dispositivo pelos serviços comunitários é visto negativamente, assim como a própria UPHG, ao ser utilizada recorrentemente e por tempo prolongado, sobretudo nos casos de haver na RAPS a presença de um CAPS III. Dessa maneira, podemos dizer que, ainda que tenha havido um rompimento com o modelo segregativo clássico da Psiquiatria, as estruturas de internação continuam se apresentando como um elemento da rede que segrega, muitas vezes se integrando na lógica do *revolving door*, formando um circuito, já que estabelecem uma relação de complementaridade com os serviços comunitários.

Por outro lado, apesar da crítica acima descrita, é fundamental o aprendizado da experiência da PDI, onde a expansão de um modelo inclusivo da loucura foi um processo histórico, dinâmico, conflituoso, inscrito nas relações sociais que, antes de pretender fixar uma solução, engendrava um “percurso social complexo”. Portanto, a desconstrução do hospital psiquiátrico é uma consequência indireta de um conjunto de transformações que atravessam as diferentes dimensões nas quais o sistema psiquiátrico está inserido (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001). Surge um conjunto de estratégias indiretas e mediatas, no intuito de transformar os modos pelo qual a loucura é tratada. Desse modo, é de se esperar que nesse processo de passagem entre um paradigma e outro, nesse ínterim, a coexistência entre serviços comunitários e de internação psiquiátrica, modelos que, em princípio, entende-se como excludentes, formem um sistema de assistência heterogêneo.

Os impasses são constituídos principalmente quando a equipe é impelida a manejar situações de agressividade dos pacientes na atenção psicossocial (JARDIM, 2014). Pode-se pensar que o potencial de sustentação de situações-limite da equipe no âmbito comunitário é proporcional a possibilidade de manejar episódios em que haja o ato agressivo (JARDIM,

2014). Nesse ponto, questiona-se a centralidade do médico e do uso de psicotrópicos para atender a pessoa em crise (JARDIM, 2014). Aparecem situações em que não vêm sendo possível circunscrever o cuidado dentro do âmbito comunitário, e se procede, em nome da preservação da vida do próprio paciente e do entorno, à internação psiquiátrica, especialmente nesses casos em que a agressividade é um dos principais recursos por meio do qual o paciente se expressa.

Sendo assim, a partir da RPB, a internação psiquiátrica passa a se configurar como um recurso último, sugerido apenas em casos que exijam proteção da vida do paciente e/ou da de terceiros, sendo utilizada quando há ruptura no acompanhamento de base comunitária de referência. É válido incluir nesta reflexão a variável da RAPS local em que ocorre tal ruptura, já que em determinadas cidades pode haver uma oferta de uma rede substitutiva mais ampla e eficiente e em outras, nem tanto. Portanto, a presença maior ou menor da relevância do HP depende do êxito da RAPS disponível: se estivermos diante de uma RAPS que não oferece muitos recursos comunitários para tratamento dos casos, provavelmente haverá uma maior demanda pela internação psiquiátrica. Nesse contexto, então, a internação é um dispositivo que é utilizado eminentemente de retaguarda aos serviços comunitários com a função de impacto em situações de crise, orientado pelo princípio do retorno ao convívio em sociedade (PITIÁ, FUREGATO, 2009). Para dar respaldo ao processo de redução de leitos hospitalares e do tempo de permanência, espera-se a construção de uma rede de alternativas, compatível com as necessidades dos pacientes que estão retornando ao social, para que tal retorno seja feito sem maiores traumas, tanto para o egresso quanto para o familiar ou para a instituição receptora (PARENTE et al., 2007).

No entanto, resta como questão o paradoxo de se utilizar o recurso da internação psiquiátrica em meio a um tratamento de base comunitária. Sobre isso, observa-se que há exigência muitas vezes advinda do campo da atenção psicossocial de que pacientes marcados pela institucionalização devessem aderir prontamente ao referencial comunitário, como se a consolidação de tal ideário não fosse algo a ser construído. Em outras palavras, experiências de reclusão desencadeiam rupturas de laços (RAMOS, GUIMARÃES e ENDERS, 2011), o que pode implicar uma retomada lenta de elos que o ligam ao meio social, por tentativas e erros, recuos e avanços, fato às vezes não muito bem compreendido e aceito pelos operadores dos serviços comunitários. Desse modo, observam-se casos em tratamento intensivo no CAPS e com alguma regularidade, internados no hospital psiquiátrico. Mesmo que seja percebido

um benefício para o paciente estar agora vivendo no âmbito comunitário, surgindo daí inventividades que vão tornando mais possível a inserção social dele, em que se pese isso, o fato de o dispositivo hospitalar ainda gravitar em torno do caso fere o princípio de substituição do asilamento. Muitas vezes, isso é visto entre os operadores como um fracasso da rede comunitária, na medida em que a existência de tal fenômeno é lida como ausência de uma rede extra-hospitalar que acolha a demanda e garanta uma atenção de qualidade e eficaz, acarretando a reincidência de internações e revelando a dificuldade em se garantir continuidade no tratamento do sujeito inserido no meio social e familiar (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2011).

5. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

A pesquisa teve abordagem qualitativa. Para apresentar a complexidade dos elementos em que estão em jogo em uma situação-limite na atenção psicossocial, escolhemos o método de estudo de caso (CRESWELL, 2014). Descreveremos e analisaremos, então, o acompanhamento pelos dispositivos comunitários de uma pessoa com transtorno mental grave, moradora de um SRT e em tratamento em um serviço de saúde mental de base comunitária em uma grande metrópole brasileira. Tendo em vista o histórico de repetidas internações psiquiátricas, este caso servirá de base para se discutir os impasses e as possibilidades dos dispositivos da atenção psicossocial na efetivação do processo de desinstitucionalização.

Utilizaremos duas fontes de coleta de dados (YIN, 2009): leitura dos registros institucionais dos serviços comunitários em relação ao caso selecionado para análise e entrevista com técnicos de referência do CAPS. Para tanto, foi elaborado um “Termo de Confidencialidade” em que os pesquisadores da presente pesquisa se comprometem a preservar a privacidade e anonimato dos participantes. Pelo fato de o CAPS, à época em que a pesquisa estava sendo submetida à Plataforma Brasil, estar situado no interior do HPI e a ele estar submetido administrativamente, foi necessário solicitar autorização dele para realizar a pesquisa, autorização esta que foi concedida e se aplica, pois, a todos os serviços a ele vinculados, a saber, ao CAPS e os locais de internação no interior dele. Foi criado e assinado pela direção HPI um termo de acesso ao prontuário da paciente, termo que autoriza o pesquisador a colher dados dos prontuários que concernem ao objeto de pesquisa. Ademais, foram elaboradas uma declaração negativa dos custos e um termo de compromisso de utilização de dados, ambas exigidas pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Secretaria de Saúde da cidade onde se desenvolveu o presente trabalho e assinadas pelo pesquisador. Ressaltamos que os procedimentos adotados nesta pesquisa obedeceram aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado no CEP do IPUB/UFRJ e pelo CEP da Prefeitura responsável, sob os seguintes números 83028218.3.0000.5263 e 83028218.3.3002.5279, respectivamente.

Na coleta através das entrevistas e leitura dos registros institucionais, observaram-se dois períodos de referência: a) de janeiro de 2015 a outubro de 2016, no qual a paciente sofreu 09 (nove) internações psiquiátricas; b) de novembro de 2016 a julho de 2018, no qual não houve internação psiquiátrica. Para efeitos de pesquisa, foram criados nomes fictícios para as

instituições, os pacientes e os profissionais citados na coleta de dados, a fim de preservar o anonimato dos participantes.

Foram feitas duas entrevistas individuais e semiestruturadas, para as quais foram selecionados dois técnicos de referência do CAPS: um psicólogo que acompanhou o período de janeiro de 2015 a outubro de 2016, e uma psicóloga, que acompanhou de novembro de 2016 a julho de 2018. O que norteou a seleção dos entrevistados foi o fato de a pesquisa se propor a examinar a dimensão institucional da atenção psicossocial, tomando esta como uma unidade e o CAPS sendo o local mais indicado para descrevê-la. Especificamente sobre a escolha dos técnicos de referência, foram escolhidos estrategicamente por terem um lugar privilegiado de estar acompanhando com amplitude o paciente, estabelecendo com ele o seu PTS e percurso de tratamento, mediando suas inserções, bem como se estabelecendo como ponte de contato entre a instituição, a família e a comunidade, participando de uma verdadeira rede de intervenções, contatos, potencializações e construções (RIBEIRO, 2009). Não é intenção da pesquisa se deter na análise de um serviço específico, mas sim, na resultante que se produz a partir da confluência de uma série de serviços e/ou ações submetidos ao ideário comunitário. Por isso, optou-se por não entrevistar profissionais do SRT ou da Atenção Básica, já que poderia gerar uma especificação indesejada e tirar o foco da pesquisa.

Para análise das entrevistas, chamamos as falas provenientes da entrevista com o técnico de referência da paciente de janeiro de 2015 a outubro de 2016 (E1), e aquelas provenientes da técnica de referência de novembro de 2016 a julho de 2018 (E2). Foi elaborado um roteiro de entrevista para cada um (vide roteiro em ANEXO II e ANEXO III). Os profissionais entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido elaborado pelo pesquisador (ANEXO IV). A participação na pesquisa foi voluntária, a desistência podia acontecer a qualquer tempo e a identidade dos participantes é sigilosa. As entrevistas foram individuais, realizadas em um espaço onde havia privacidade. Gravamos cada uma, procedemos à respectiva transcrição e análise delas. O material será arquivado por um período de cinco anos, sob a responsabilidade do pesquisador.

A coleta de dados documentais foi feita a partir de: 1) prontuário de internação da paciente no HPI; 2) prontuário no CAPS; 3) instrumentos de comunicação interna utilizados pela equipe do SRT, tais como: a) livro em que os cuidadores registravam como foi o dia com os moradores; b) livro ata de reunião diária; c) livro ata de reunião semanal de equipe. A coleta de dados documentais focou o período compreendido entre janeiro de 2015 a outubro

de 2016, período em que Maria teve repetidas internações. Objetivou-se proceder a uma descrição minuciosa do momento que precedia a ida da moradora aos serviços de internação. Nessa leitura, pretendeu-se destacar dos registros os que faziam referência direta à moradora e aquilo que fazia conexão ao tema do manejo das situações-limite no âmbito comunitário. Adotou-se a estratégia de se transmitir aqui narrativas e descrições vinculadas a situações que se repetiam ao longo do tempo, elegendo-se aquelas com mais detalhes, ou selecionando trechos significativos de múltiplos registros para construção de um relato mais completo a partir do cruzamento de duas ou mais fontes documentais. É válido mencionar que a biografia da moradora logo na abertura da presente pesquisa foi obtida através do prontuário de internação da moradora no HPI.

Os dados provenientes das entrevistas e das fontes documentais foram analisados individualmente por categorização. Trabalhamos no entendimento de categoria como uma estratégia que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. São empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de uma noção capaz de abranger tudo isso (MINAYO, 2001). As categorias temáticas construídas a partir das entrevistas foram delimitadas respeitando apenas os elementos que emergiram das mesmas. Da mesma forma, em relação às fontes documentais, as categorias de análise foram criadas especificamente tendo como referência o material documental.

6. RESULTADOS

6.1 REGISTROS DOCUMENTAIS

REGISTROS DOCUMENTAIS DE JANEIRO DE 2015 A OUTUBRO DE 2016

Nos registros do SRT, em janeiro e fevereiro de 2015, não se apresentou um destaque no que tangia ao manejo com ela. Não houve descrição de algo excepcional especificamente em relação à moradora. A equipe fez menção a ela como mais um morador que estava suficientemente integrado à rotina do dispositivo residencial e ao convívio com os demais moradores.

A partir de março de 2015, a equipe começou a narrar episódios regulares de agressividade dela dentro do dispositivo residencial, neste momento especialmente em relação a outros moradores. Constatou no registro que ela estava os agredindo, fazia regularmente “gracinha” e que estava “agitada”. A tensão com a moradora foi manejada no âmbito da casa e do CAPS até 20/05, quando foi levada para a UPHG de referência⁴ e posteriormente para internação psiquiátrica.

Após o retorno desta internação para o SRT, encontraram-se narrativas sobre episódios em que a moradora quebrou objetos pela casa, como copos plásticos, rádio, cadeira, controle remoto, etc. Os técnicos do dispositivo residencial empregaram o uso do adjetivo “agitada” para aludir à moradora. A equipe registrou que ela tendia a se “alterar” na presença de um determinado morador. Pareceu ser algo que veio espontaneamente dela, pois não foi registrado deste morador nenhuma atitude especial em relação a ela que justificasse a sensibilidade dela a ele. Este teve tolerância de suportar a agressividade dela e não retribuía as agressões físicas e verbais.

A equipe detectou que as pernas de Maria estavam “inchadas”. Ela foi levada para hospitais clínicos para investigação e tratamento, inclusive sendo hospitalizada. Registraram-se episódios cuja agressividade se voltou para os profissionais. Neles, observou-se a entrada de novos técnicos no SRT, porém não constou nenhuma relação nos registros institucionais entre estes episódios mencionados e a presença deles. Em um deles, em que a moradora

⁴ Havia uma UPHG de referência para a área de abrangência do CAPS e SRT em questão, onde também era a Emergência Psiquiátrica (EP) de referência.

estava especialmente agressiva, a equipe acionou os técnicos de referência do CAPS. Com o acompanhamento de um cuidador, a moradora teria ido lá encontrar o seu técnico de referência. Ao retornar, teria apresentado novo episódio de agressividade com a equipe (“indo para cima” de uma cuidadora), desta vez “querendo” pegar faca. Uma profissional registrou que “conseguiu contê-la”. Dias depois, teria apresentado novo episódio em que “agitou”. Foi mencionado que “cuspiu” em uma cuidadora. Neste dia, registrou-se que foi levada à UPHG de referência e lá permaneceu por alguns dias.

Na manhã seguinte, ao retornar de lá, a equipe registrou novo episódio em que estava “muito agitada”, “tinha duas facas na mão”. Nesta ocasião, uma profissional teria dito à moradora que haveria dois policiais ao lado de fora que queriam entrar por causa dela. A moradora “se acalmou” (SIC) momentaneamente, porém, minutos depois, teria tornado a agredir fisicamente a equipe e outros moradores, quando inclusive teria pegado os referidos objetos pontiagudos. Foi relatado que foi levada para o CAPS, onde teria depredado o serviço. Teria pedido para ser levada à UPHG de referência, pedido que foi acatado. Teria ficado lá dois dias. De lá, teria ido para mais uma internação psiquiátrica.

De volta ao SRT, a moradora teria relatado para a equipe estar sentindo medo de um morador. Os cuidadores escreveram situações descritas pela moradora de supostos episódios em que ela afirmara ter sido agredida por ele. Teria referido dores pelo corpo e não estar conseguindo dormir. Aproximadamente 15 dias após a alta, relatou “querer se matar”. A equipe registrou episódios em que pegava novamente objetos pontiagudos (faca, gilete, etc.) e tecidos, verbalizando que iria se matar: fazia gestos através dos quais ensaiava automutilação e enforcamento. Em uma manhã, um cuidador registrou que Maria tentou asfixiar outra moradora com o travesseiro. Segundo foi relatado, a outra moradora estava dormindo, e Maria repentinamente tomou tal atitude. Apareceu no relato que a moradora, à esta época, pedia rotineiramente tanto SOS quanto ir para a UPHG de referência. Por vezes, a psiquiatra responsável pela paciente no CAPS prescrevia medicamentos a mais daqueles regulares em caso de a moradora apresentar episódios de agressividade ou sofrimento psíquico agudo, recurso que era usado pela equipe de cuidadores sob supervisão da coordenação do SRT.

Neste período, teria coincido de outro morador apresentar também episódios de agressividade no dispositivo residencial. A equipe registrou episódios em que a moradora agride outros moradores em meio à tensão que aquele primeiro provocava na casa. Segundo descrito, ela emitia xingamentos para um terceiro morador, que não os tolerava e retribuía

também com agressividade, inclusive física. Neste contexto, a equipe aludiu diferentes queixas da moradora relativamente a sintomas físicos, quando teria sido levado algumas vezes para a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) de referência. Em uma delas, no retorno para o SRT, um profissional relatou que Maria disse que “queria” ir para UPHG de referência e que iria “quebrar” tudo no SRT. Este mesmo cuidador registrou que conseguiu “acalmá-la”.

Seguindo a descrição dada pelos profissionais, foi dado início a uma sequência de dias que perdurou até o fim de setembro de 2015, em que a moradora agride cotidianamente verbal e fisicamente a equipe e outros moradores. A equipe emprega frequentemente termos “agitada”, “nervosa” e “agressiva” para definir a moradora. Estaria sendo utilizado regularmente o recurso do SOS.

Em outubro de 2015, apareceram relatos em que a moradora colaborava nos afazeres domésticos: ajudava na limpeza, na lavagem de roupa, servir a refeição, etc. Logo ao fim da primeira semana do mês, reapareceu no registro que a moradora verbalizou que “quer se matar”. Teria recolhido objetos pela casa para se automutilar, porém não houve relatos de efetivamente fazê-lo.

Seguiu-se um período em que se manteve colaborativa com equipe nos afazeres domésticos até 24/10, quando foi aniversário de outra moradora. Neste dia, um profissional referiu novo episódio de agressividade generalizada na casa pela moradora, que foi encaminhada UPHG de referência, e na sequência, para internação psiquiátrica.

Quando retornou de tal internação, que, vale mencionar, foi mais extensa em relação às anteriores, por alguns dias, os cuidadores descrevem uma posição colaborativa da moradora com a equipe e nos afazeres domésticos. No entanto, nem 15 dias depois, há o registro de diversas situações em que a moradora teria agredido outros moradores e os profissionais, idas à UPA por motivo de se queixar de dores no corpo e tentativas dos técnicos da casa de contornar as situações tensas da moradora no SRT e no CAPS. No início de dezembro de 2015, a moradora é internada e lá permanece até meados de 2016.

Vale assinalar que, em meio aos episódios de agressividade, diversas pessoas da vizinhança teriam abordado a equipe, a própria moradora e até os outros moradores para expressar o quanto estavam incomodadas pela perturbação produzida pela moradora. Também é válido mencionar que a relação de Maria com sua família se daria através da sua tia Josefa, e as filhas desta, primas de Maria, que vinham pelo menos uma vez por mês ao CAPS, entregar

um valor referente ao pagamento do benefício dela, encontro do qual Maria participava. Pode-se perceber pelos registros que quando o familiar atrasava ou não comparecia, muitas vezes, o que vinha na sequência era o desencadeamento de situações de agressividade pela moradora.

Apareceram diferentes situações em que a moradora teria se apresentado agressiva, tendo chamado atenção episódios desencadeados quando a moradora presenciava algum tratamento mais cuidadoso para outro morador. A equipe registrou que a moradora precisava receber atenção permanentemente, e quando o foco lhe era tirado por outro, tornava-se agressiva, o que podia ser direcionado a terceiros ou a si própria. Foi exemplificada uma situação de um morador que necessitava de aferição de pressão diariamente: quando a técnica de enfermagem o fazia, coincidia algum rompante da moradora. Foi descrito também que ela apresentava comportamento agressivo quando a equipe ia acompanhar outro morador ao banco.

Na descrição dos episódios, necessariamente havia algum alvo para a sua agressividade: algum morador, alguém da equipe e/ou agredia a si própria. Às vezes, passado o episódio de agressividade, a pessoa que se tornou alvo não era mais, porém outras vezes, a pessoa continuava sendo, e aí se configurava uma situação de difícil manejo. Quando tomava alguém como objeto de sua agressividade, não havia muita possibilidade de contorno, pois a mera presença da pessoa a quem sua agressividade era dirigida, a perturbava. E quanto mais se tentava dissuadi-la, mais violenta se apresentava.

Foi narrado que, por vezes, o recurso para manejar a agressividade da moradora era o uso da força para se proteger dela. Algumas vezes, acarretava algum machucado na moradora. Quando isso acontecia foi relatado como ela se tornava mais agressiva e acusava o outro de maus-tratos. Alegava ser menor de idade e doente e afirmava que denunciaria a pessoa na Polícia.

Foram registradas algumas situações em que apresentava atitudes que sabidamente iriam incomodar outros moradores. Por exemplo, havia um morador que de fato era mais recluso do que os outros e lhe era muito importante respeitar a sua privacidade. Ademais, este tinha a necessidade de proteger constantemente sua irmã, moradora do SRT. Sabendo disso, Maria escolhia o mencionado morador e a irmã dele, para ser alvo de sua agressividade sem um motivo que partisse deles. Quando o morador reagia, Maria recuava, e provisoriamente não o provoca mais; porém, instantes depois, a agressividade dela retornava. Foram narradas situações de muita tensão em que a moradora buscava uma tesoura ou faca na casa, e houve

algumas ocasiões em que efetivamente se automutilou. Em uma dada situação, não encontrando nenhum objeto pontiagudo, pegou um prendedor de roupa, abriu-o, tirou o ferro dele e cortou diversas vezes os seus braços. Uma repetida acusação narrada pela equipe era de que seria “culpa” do SRT, o fato de ela não estar residindo com sua família. Vale ressaltar que, em diversos momentos, teria recusado ingerir os psicofármacos prescritos sob a afirmação de que os cuidadores a estariam “dopando”.

Importante salientar que, durante as internações da moradora, os profissionais registraram visitas frequentes a ela. Relataram que, uma vez internada, a moradora apresentava uma ansiedade para retornar para o SRT, porém chamava atenção que, dias após retornar, a permanência dela se tornava difícil no dispositivo residencial, haja vista sucessivos episódios de agressividade. Nos registros institucionais das enfermarias, percebeu-se que as internações da paciente foram se tornando cada vez mais alongadas neste período, não apenas pela dificuldade de retorno dela para o SRT, mas também por apresentar episódios de agressividade dentro da enfermaria. Neste período, vale ressaltar que continuou indo à UPHG de referência, quando não era mais possível manejar as situações dentro do SRT e no CAPS. No entanto, como mostra a planilha (ANEXO IV), ela ficou mais tempo internada do que fora do ambiente de internação, logo o recurso UPHG não foi suficiente para possibilitar o retorno dela para casa.

Durante este ano de 2016, percebeu-se nos relatos a utilização de uma série de estratégias pelos profissionais do CAPS, tanto da equipe do SRT quanto daqueles investidos no tratamento da moradora, para manejar e/ou prevenir as situações de agressividade: uma primeira estratégia foi, a partir da percepção da equipe do SRT de que Maria “gostava” de sentir-se útil na casa, a equipe então começou a chamá-la constantemente para colaborar nas rotinas do SRT. Uma segunda, foi de estimular as idas ao território (ir ao supermercado, na padaria, na praça, passeios, etc.). A saída do SRT tinha o objetivo de “tirá-la de cena”, o que fazia referência aos momentos de tensão que a moradora vivia nas relações com os demais moradores e a equipe. Nesse contexto, tal recurso apresentou por vezes o efeito de esvaziar as tensões pelas quais a moradora estava tomada dentro do SRT. Por fim, foi descrita uma estratégia de isolá-la da convivência dos outros moradores e da equipe no próprio espaço do SRT, durante os momentos em que ela estava agredindo descontroladamente. Ela era conduzida pela mão até a parte da frente da casa, onde lhe era dito que sairia de lá quando estivesse menos agressiva. Muitas vezes, foi necessário trancar a porta da frente, o que a impedia de passar para outro cômodo do imóvel, já que não aceitava permanecer lá

voluntariamente e continuava a agredir. Porém, foi narrado que a reação de Maria a tal conduta era de desferir diversos palavrados, acusar a equipe de maus-tratos e bater com partes do seu corpo pelas portas e paredes. Inclusive, havia um vizinho que cuidava de uma senhora, e esta era cardiopata, e quando Maria fazia muito barulho, a senhora apresentava picos hipertensivos. Sendo assim, algumas pessoas da equipe, e até moradores, foram abordados por pessoas da vizinhança estranhando o barulho dentro do SRT. Embora inicialmente houvesse uma reação violenta da moradora, por vezes tal recurso de fato apresentava o efeito, após um tempo ali isolada, apaziguá-la e ser possível o retorno dela para convivência.

Porém, chama atenção que, a despeito de todo o trabalho desenvolvido para acompanhar a paciente em 2016, este foi o período em que a paciente mais internou. Cada estratégia em algum momento tornava-se inoperante, “não surtindo o efeito que inicialmente apresentava, e às vezes eram pensadas novas estratégias, que funcionavam muito pontualmente ou até que imediatamente fracassavam”. A internação era indicada quando Maria não aceitava mais nenhum convite da equipe para nada, inclusive se mostrava perseguida por todos, e houve situações em que ia ao CAPS e se mostrava tão agressiva, ou até mais, quanto no SRT.

Tanto no livro de comunicação interna do SRT, na ata de reunião da equipe de segmento quanto no próprio prontuário, foi registrado a pressão que os serviços hospitalares de retaguarda (tanto a UPHG como a internação psiquiátrica) faziam pelo retorno imediato da moradora para o SRT e o tratamento no CAPS, a despeito de acontecer situações-limite de alta gravidade com a moradora em um curtíssimo intervalo de tempo. Não raro, o simples fato de ser anunciado para moradora que ela iria para a EP ou internação psiquiátrica, acarretava o efeito de interromper a situação-limite e a moradora chegava nos serviços de retaguarda como se a paciente da qual se era transmitido o que fizera anteriormente, não fosse a mesma que estava ali, pois ela transparecia um apaziguamento que não se articulava com o relato de agressão. Aconteceram algumas vezes de a UPHG não respeitar a indicação do CAPS, como a necessidade de fazer um pernoite, e no mesmo dia a paciente precisar ser levada novamente para a UPHG. Em uma discussão na reunião de equipe do segmento, tendo em vista a discrepância que havia entre o que era relatado da paciente e o que ela apresentava ali, a equipe, especialmente os cuidadores, sentiam que duvidavam da veracidade das informações passadas. Ou, se não duvidavam, rapidamente atribuíam o desencadeamento da situação-limite a alguma intervenção que lhes pareceu equivocada dos serviços territoriais.

UMA DESCRIÇÃO DO CAPS SOBRE O TRATAMENTO DE MARIA NOS ÚLTIMOS ANOS

Houve uma apresentação do caso em 28/03/2016 no CAPS. Nesta, o técnico de referência fez uma descrição minuciosa do trabalho feito pelo CAPS nos últimos anos com Maria. Com base nisso, buscamos fazer uma descrição sintética da avaliação e presença do CAPS no caso.

A paciente demonstrava normalmente "baixa tolerância à frustração" e "pouca paciência", ficando agressiva, batendo em outros pacientes, técnicos e quebrando objetos do serviço. Foi desenvolvido um trabalho na direção de “valorizar a função da fala e da palavra, convocando-a falar dos acontecimentos que lhe concerniam, sobre o que a fez agredir, quebrar objetos, etc., tentando implicá-la minimamente em seus atos, possibilitando que alguma subjetivação tivesse lugar e que um sentido pudesse ser construído”. É descrita a tentativa de adotar a mesma direção durante as crises, “apostando que a fala pudesse vir no lugar do ato agressivo, possibilitando outros desdobramentos que não a passagem ao ato e a construção de outras formas de lidar com o mal-estar e a angústia excessiva”.

Durante o acompanhamento no CAPS, conseguia falar pouco das suas vivências no início. Quando abordadas as situações em que aparecia a agressividade, mencionava apenas que havia ficado “nervosa”, que estava em “crise”, atribuindo, geralmente, "esta crise/nervosismo a dores ou a um mal-estar localizado no corpo". Em alguns momentos, associava a abusos sexuais que teria sofrido. Com o passar do tempo, outros elementos foram surgindo, como as vozes dos bandidos que diziam que iriam matá-la (as vivências alucinatórias apareciam associadas não só aos bandidos, mas também a determinados moradores do SRT, ou a pacientes de outros lugares, que além de ameaçá-la, ordenavam-na que batesse e/ou quebrasse), bem como uma insuportabilidade da relação com os demais moradores e saudade e tristeza em relação a sua família. Gradativamente, o espaço de atendimento individual passou a ter uma função de vir falar “das dificuldades de convivência na casa, sobre como é maltratada, roubada, agredida, dopada, estuprada, por moradores e também cuidadores”. Passou a pedir que fossem redigidas cartas, ditadas por ela, em que denunciava maus-tratos dos quais era objeto, e que eram endereçadas à acompanhante

terapêutica, ao coordenador técnico do segmento ou à diretora do CAPS. Em outros momentos, ditava cartas em que escrevia quanto amava alguém e também pedidos de desculpas por ter agredido, geralmente a cuidadoras da casa, em um esforço de tentar retomar a relação e não ser “abandonada”.

Importante observar que estabelecia uma relação “muito intensa” com alguns profissionais da casa, ficando junto deles no dia a dia, não raro afirmando que os amava e às vezes os nomeando de “mãe”. Ao mesmo tempo, agredia-os, e o que aparecia na fala dela é que eles não gostavam dela e a paciente passava a temer ser “abandonada”. Formulou em um dos atendimentos em que isso foi abordado e que não suportava a separação. É registrado que a paciente estava em um trabalho de “se inscrever numa filiação, nomeando um pai”, quando aludia a figuras de narcotraficantes famosos. Recorrentemente, dizia estar grávida, mostrando sua barriga, às vezes tirando leite dos seios, e afirmava que engravidou de alguém que a estuprou (nomeava quem foi e onde foi), que tinha um filho nascido de um estupro e que precisou dá-lo, ou então que queria engravidar e doá-lo para um orfanato. A posição de “abandonada” apareceu frequentemente nos atendimentos, a partir da retomada que fez de sua história e da relação com sua mãe. Abordou diversos pontos da sua trajetória: os abrigos pelos quais passou, o que fizeram com ela nestes locais e falou sobre sua mãe, que ela era louca, que não gostava dela, que apanhou muito da mãe quando era criança, que esta tentou matá-la com uma faca, que a “abandonou” no orfanato.

6.2 RESULTADO DAS ENTREVISTAS

UMA HISTÓRIA DE INSTITUCIONALIZAÇÃO NO HPI E CONSTRUÇÃO DE UM NOVO TRABALHO PELO CAPS NO CASO A PARTIR DA INDICAÇÃO PARA O SRT

Até o início do projeto de a paciente residir em um SRT, o que ocorreu em 2013, “*era tudo no Instituto: moradia, internação, (...) e o tratamento*” (E1). Em outras palavras, a paciente residia no HPI, onde ela morava, se internava e fazia tratamento de âmbito comunitário, pois, à época, o serviço territorial de referência ainda estava dentro do espaço geográfico onde também ficava o HPI. Quando ali residia, “*ela chegava no serviço*” (E1) simplesmente sem seguir um projeto terapêutico singular, ia lá irregularmente. “*Aparecia*” (E1) no CAPS quando estava “*agitada*” (E1) na moradia, e não se sabia previamente o que

estava acontecendo. A paciente “*praticamente não falava, não conseguia dar nome ao que tava sentindo, que tava acontecendo, tinha acontecido com ela (...)*” (E1). A paciente não conseguia “*(...) nomearas vivências, né, era alguma coisa sempre que aparecia, pelo menos no CAPS, muito do ato*” (E1).

Com a mudança para o SRT, o tratamento dela no CAPS passou progressivamente a ser mais delimitado: “*(...) a gente tentou começar a circunscrever, (...) dar essa direção, o tratamento dela, de ela vir pro serviço pro tratamento. Tendo um horário pra ela, que era atendida por mim (...)*” (E1). “*Comecei a perceber que no espaço coletivo de convivência, não funcionava, não dava, (...) insuportável pra ela estar com outros, tinha que ser no corpo a corpo junto com ela, mais protegido mesmo*” (E1). “*E então, a partir daí, houve um corte*” (E1): os espaços de morar e tratar [CAPS, emergência e internação]. Concomitantemente, a equipe do serviço comunitário responsável passou a investir mais no caso, e isso produziu como efeito ela passar a “*dizer tanto das vivências quanto do cotidiano da casa... as questões que apareciam lá [SRT]*” (E1). Isso permitiu que se pudesse acessar “*esse tempo dela, o que tava em jogo, tudo isso poder construir uma direção... Maria praticamente não falava antes, assim. Isso é uma coisa que todos comentam essas pessoas que conheciam ela há mais tempo*” (E1). Depreende-se daí que se deu início a um trabalho de aproximação do serviço com o caso, possibilitando a construção de um saber em torno dele, e o que nos anos seguintes se traduziu na construção de um manejo mais bem-sucedido dele no âmbito comunitário. Ademais, neste processo, a paciente iniciou um movimento de “*tentar reconstruir algo da história dela, de quem era o pai dela, história lá do traficante, né, (...) alguma coisa que ela tentando ali elaborar da história dela*” (E1). Esta procurava a imagem dele através na televisão e repetia que era seu pai, assim como havia outro traficante que outrora também dizia ser seu pai. Mencionava que estes iriam protegê-la.

No entanto, até aproximadamente metade de 2015, não havia articulação suficiente entre o SRT e o tratamento comunitário: “*(...) às vezes ela ficava um tempo sem ir [para o tratamento], a gente não tinha notícias, tinha alguma coisa ali que não tava muito... fluindo tanto a comunicação,*” (E1) / “*Uma articulação tava faltando do tratamento com a casa*” (E1) / “*Tipo assim, a gente tinha combinado de ela ir, ela não ia, não tinha notícias, a gente tentava saber, tinha alguma coisa que não chegava tanto*” (E1). Faz-se menção ao fato de acontecer situações de agressividade da paciente no SRT, estas serem manejadas na moradia e o serviço de tratamento não tomar conhecimento disso, o que resultava na sensação de o caso não suscitar impasses (E1): “*A gente ficou sabendo até de momentos que ela ficou presa*

dentro da casa... complicadíssimo, né, isso não chegava pra gente, e isso ela também não dizia...” (E1).

CICLO DE INTERNAÇÕES DE MAIO DE 2015 A OUTUBRO DE 2016: UMA DESCRIÇÃO DE COMO APARECIA O LIMITE DO CASO NO ÂMBITO COMUNITÁRIO

Faz parte da história da paciente algo que se tece à nível de convivência do que foi chamado na entrevista de *“uma constituição paranóica”* (E1), que aparecia na relação dela com os demais pacientes e com os técnicos. Citou-se uma situação que se passou no SRT de ela brigar sucessivas vezes com outro morador: *“Tinha uma coisa de o Roberto querer pegar as coisas dela olhar muito pra ela, tinha alguma coisa ali que, né, ela tava visada por ele, (...)”* (E1). Isso também se atualizou com outro morador no SRT: *“Tinha alguma coisa que ela era sempre alvo tinha alguém ali... tinha uma época que o... ficou muito marcado o José Carlos... ele foi a figura do perseguidor, acho que a partir do momento que ele se mudou começou a ficar nesse lugar era tudo com ele, ele queria, né, estuprá-la, roubá-la, coisas assim (...)”* (E1). Por fim, afirma que isso é um movimento subjetivo da paciente nos espaços de convivência, algo que *“atualiza”* nas relações dela, *“as vivências”* (E1).

Ela chegava no CAPS, *“(...) às vezes dizendo de um mal-estar que sempre aparecia... tinha alguma coisa ali muito no corpo mal-estar no corpo, né, da impregnação, do olho que tava virando, não lembro se ela usava esse termo impregnação, mas tinha alguma coisa no corpo”* (E1). *“Parecia que ia cair ou caía, tinha alguma coisa ali que ela tava sendo tomada, parecia... um excesso. E que desdobrava numa agressividade dirigida à equipe outros usuários do serviço, né”* (E1). *(...) ficava tomada, ficava perseguida... tomada acho dessas sensações corporais, mal-estar no corpo que, em seguida, vinham acompanhadas de agressividade, da passagem ao ato... (...) ela tava sendo perseguida, autorreferente, às vezes ela conseguia depois falar dos bandidos também, que ela tava sendo perseguida, das vozes, né”* (E1).

As situações de briga com outros pacientes e/ou técnicos começavam com *“uma suspeita dela”* (E1), até o momento em que ela levantava diversas acusações de ter sofrido algum tipo de violência, e, à medida que ela agia para se defender, tomava atitudes que produziam intolerância do entorno com ela, e daí se deflagravam as brigas. Não raro os desdobramentos disso produziam uma situação, de fato, ela ser visada por aquele a quem ela

inicialmente acusava de estar sendo perseguida, porém quando isso se atualizava, fundamental reter a participação ativa dela nisso. Depois de um tempo de acusações da paciente, inclusive por vezes isso se traduzia em agredir fisicamente o suposto perseguidor, chegava um ponto em que não havia mais tolerância dele com ela, e se tecia aí uma situação difícil de manejar. *“Reagiam pra se defender [dela], (...) aquilo ali endossava o que ela tava sofrendo, perseguição, maus-tratos...”* (E1). *“Isso ia endossando: ‘Você me persegue, você me maltrata’, né, então preciso me defender’* [o entrevistador reproduzindo o discurso da paciente] (E1). *O recurso dela era a porrada, né, o ato agressivo pra se defender, barrar o outro, né, não tinha muita possibilidade da palavra, assim”* (E1). *“Claro que em alguns momentos anteriores, ela trazia isso no atendimento fazia cartas, ela fazia muitas cartas às figuras de autoridade, da lei, digamos assim, seria isso, à diretora, você como coordenador denunciando ali o que tava acontecendo com ela uma forma de tentar fazer valer alguma lei ali. Acho que teve um momento em que esse recurso não dava mais conta pra ela, né”* (E1).

CICLO DE REINTERNAÇÕES DE MAIO DE 2015 A OUTUBRO DE 2016: COMO SE CONSTRUIU O PROCESSO DE REINTERNAÇÕES PSQUIÁTRICAS DO CASO QUE ERA ACOMPANHADO NO ÂMBITO COMUNITÁRIO: SITUANDO DETERMINANTES DO PROCESSO

Em 2015, deflagrou-se um ciclo de reinternações da paciente por diferentes hospitais psiquiátricos na cidade, especialmente no HPI, que perdurou até outubro de 2016. Antes da primeira internação inaugural desta fase, ocorrida em maio de 2015, *“Maria já não tinha internação há um tempo”* (E1). O desencadeamento aconteceu em meio a diversas mudanças que ocorreram nas equipes de referência dela tanto no SRT quanto no CAPS, assim como a uma melhor comunicação entre ambos os serviços, dando maior visibilidade a gravidade das situações produzidas pelo caso.

No que toca aos efeitos das mudanças ocorridas nas equipes que conduzem o tratamento dela nos serviços comunitários, houve muitas *“saídas”* (E1) de profissionais: cuidadores, acompanhantes terapêuticos, as próprias coordenações (tanto do CAPS quanto do SRT). Foram mudanças que aconteceram de modo *“abrupto”* (E1). Tornou *“uma coisa muito difícil, de suportar, elaborar”* (E1). É uma questão sensível do caso o fato de profissionais entrarem e saírem de sua vida: *“quando elas [profissionais] saem, é como se ela ficasse no vazio. Porque ela não suporta isso. Cola ali com o outro, né, e... não consegue muito*

suportar essa separação, e isso acontecia, ela vivenciava isso praticamente diariamente [referindo-se a este período de maio de 2015 e que se seguiu até a metade de 2016, a partir de quando reduziu a rotatividade de profissionais] com a troca de cuidadores com esses cuidadores que tinham uma função ali pra ela uma certa sustentação...” (E1).

Neste período, trabalhou-se em uma direção de *“fazer tudo na casa, sem recorrer... a outra esfera, assim, institucional: a emergência, sem... recorrer ao PAM⁵, por exemplo, né...”* (E1). Houve também o falecimento de um morador em meados de 2015 e a chegada de um novo, em maio do mesmo ano. Por motivos de ordem subjetiva da paciente, este desde o princípio estabeleceu uma relação tensa com ela. Ela não suportava a sua presença e o acusava frequentemente de ele ter feito algum tipo de violência contra ela, principalmente de teor sexual. Na prática, era um morador que cotidianamente apresentava algum tipo de embate com a equipe e às vezes com um ou outro morador, porém não era algo individual com ela. Para terminar, houve uma situação grave no SRT de haver desaparecido dinheiro dos moradores dentro da casa, e logo em seguida, uma cuidadora a quem a moradora tinha um vínculo forte, foi demitida (E1).

Foi um período, então, *“turbulento”* (E1). Ocorreram muitos acontecimentos que incidiram sobre a paciente. A partir das repetidas situações de agressividade na casa, e tendo em vista o conteúdo discursivo dela denotando sofrimento agudo, isso foi lido como uma necessidade de ela estar em outro espaço. Apesar do esforço de sustentar o caso nos serviços comunitários (SRT e CAPS), as situações foram se tornando cada vez mais graves e obrigando a equipe, pelo risco, encaminhá-la para atendimento na UPHG de referência, e na sequência, não raro naquele período, para internação psiquiátrica (E1).

Em 2016, houve uma intensificação do *“ciclo”* (E1) de internações, praticamente sem intervalos entre elas. As situações que motivavam a saída dela para a UPHG, da onde era encaminhada para internação, seguiam o padrão de episódios de agressividade na casa, e em seguida no próprio CAPS, para então ser hospitalizada (E1). Na casa, na maior parte das vezes, ocorria alguma situação de agressividade *“dentro”* (E1) ou raramente na vizinhança, porém envolvendo algum outro morador e/ou alguém da equipe, fato que tornava inviável a permanência dela no SRT e no CAPS (E1). Até que *“foi se tornando muito difícil sustentar nos serviços comunitários (...) pelos quais ela transitava, né...”* (E1). Este momento de ida ao CAPS em meio a estes episódios de agressividade no SRT é assim descrito: *“ela chegava da mesma maneira [que se apresentava no SRT] no CAPS, ela ainda estava se sentindo muito*

⁵ Refere-se à UPHG de referência ao qual Maria quando se avaliava a necessidade de atendimento na EP.

invadida e não conseguia sentar pra ouvir ninguém, ela acabava repetindo a mesma coisa que ela fazia na casa, que era chutar as portas...” (E2) / *“Tentando agredir, tentando procurar objetos cortantes...”* (E2). Nesse sentido, o CAPS não era naquele contexto um lugar que produzia uma diferença no sofrimento da paciente (E2).

À medida que ela não era levada com mais rapidez para um terceiro espaço, isso implicava depois em uma necessidade mais prolongada de afastamento dela dos serviços comunitários. *Não raro, a paciente se apaziguava com o simples fato de ser informada que iria para UPHG de referência* (E1). Paradoxalmente, nessas situações a equipe responsável entendia que não era mais necessário a ida dela até lá, e a paciente imediatamente rerepresentava um novo episódio de agressividade, agora mais violento, produzindo a mesma resultante anterior de necessitar levá-la para UPHG, porém agora com um desgaste maior, e por isso mesmo, sendo necessário mais tempo de afastamento do âmbito comunitário, o que se dava via internação (E1). Se ela descompensar e apresentar episódios graves de agressividade, era importante levá-la para o serviço hospitalar de referência imediatamente: *“Tirou aquilo [levá-la até o atendimento no serviço de emergência], vem tudo novamente”* (E1). Neste contexto, observou-se que o remetimento a um espaço fora dos serviços comunitários, no caso a UPHG e/ou internação psiquiátrica, era o que produzia um efeito de intervenção, imprimindo uma moderação no processo de agressividade e/ou sofrimento agudo. Nesse sentido, remeter-se ao CAPS em meio a episódios de agressividade e/ou sofrimento, não tinha o mesmo efeito de se remeter ao serviço de UPHG e/ou internação, já que havia uma *“continuidade”* (E1) de um serviço comunitário para o outro, isto é, *“o que ela tava fazendo na casa acontecia no CAPS”* (E1).

Nessa lógica, uma hipótese levantada acerca do que poderia contribuir para este processo de repetidas internações é um esgarçamento demasiado pela permanência dela no âmbito comunitário em momentos em que ela sinalizava sofrimento agudo, produzindo posteriormente à necessidade de internar (E1): *“Tinha alguma coisa que às vezes ela ia apontando, assim, de que ela precisava de um outro recurso, de outro lugar, se ausentar de lá [em referência aos serviços comunitários]. Então, um outro lugar, aquele lugar ficava... que não dava mais pra ela, precisava de um refúgio acho que era pra isso que ela apontava”*(E1). Havia uma suposição de que *“poderia ser manejável na casa enquanto, na verdade, manejar na casa aquilo [aludindo aos episódios de agressividade e sofrimento agudo da paciente], acho que só esgarçava mais (...) não apaziguava, e levava a subir aquela... aquilo que tava excessivo e não tinha uma barra, tanto que acho que ela pedia isso: um afastamento e algum*

contorno ali institucional” (E1). Ilustrando mais uma vez o processo de esgarçamento: “(...) ela não tava bem, a gente apostava que no CAPS, a gente poderia trabalhar aquilo, acho que é isso, lugar da crise é no CAPS, vamos trabalhar a crise no CAPS, acho que com isso a gente esticava também essa corda no CAPS, né, enquanto que, de repente, a gente poderia já lançar mão de outro recurso que pudesse já ter esse lugar de contenção que às vezes o CAPS alcançava isso, mas nem sempre” (E1). Nesse contexto, “quando é feita intervenção, não há outra possibilidade a não ser internação” (E1). Havia, portanto, um “timing” (E1) dela. Quando se intervém antes de o sofrimento dela produzir situações graves de rupturas, “é possível uma alternativa” (E1). Passou-se a se perceber a necessidade de transferi-la para outro lugar rapidamente nesses momentos “com o tempo” (E1).

Vale também mencionar que foram feitas duas tentativas de hospitalidade da paciente no CAPS III de referência no território. Fora de um momento de crise, a paciente foi apresentada ao serviço e foram feitas reuniões entre as equipes para uma passagem prévia do caso, para quando houvesse indicação de hospitalidade. Observou-se que as estadias dela lá não cumpriram a função de amenizar o seu sofrimento: no fim do segundo acolhimento lá, a paciente *“veio desesperada dizendo que tava morrendo de medo, porque o território lá era muito hostil, (...) e ela tinha uma questão pessoal com aquele ambiente ali, próximo... próximo não, na comunidade... pela história dela, né... que foi feita uma tentativa nessa direção, mas que... foi algo que não foi viável. (...)foi algo que piorou a situação, (...) que acho que a internação tinha esse recurso, assim, de um lugar que funcionava, e o CAPS III não conseguiu se exercer nessa função” (E1), não sendo algo representou um “refúgio” (E1).*

Vale salientar que no ato de comunicar o fim do acolhimento dela no CAPS III para o técnico de referência do caso do CAPS, foi-lhe dito que *“tinha um tempo-limite de acolhimento, e [contraditoriamente] Maria tava muito mal ainda, muito perseguida, inclusive com... algo que era raro nela... de estar com atitude alucinatória que era uma apresentação, assim, que você vê que ela tá escutando coisas que não estão circulando ali no meio social, que seria uma alucinação auditivo-verbal mesmo, ela tava muito mal, e aí a gente pontuou isso, (...) mas aí disseram que... se ficasse mais, iria estabelecer contratransferência (...), como se passasse do ponto do serviço, do que é possível do serviço ali, isso ia provocar contratransferência com ela, e aí, uma situação complicada, pra uma proposta que é substituir internação, e aí o serviço que se cria pra isso, não se propõe. E aí foi o momento que a gente passou, a isso, vai ter que ser internação mesmo” (E1).*

CICLO DE REINTERNAÇÕES DE MAIO DE 2015 A OUTUBRO DE 2016: SOBRE O ESGARÇAMENTO DO CASO NOS SERVIÇOS COMUNITÁRIOS

Este tópico é para elencar o que foi possível colher para entender os motivos para se insistir em sustentar situações graves da paciente na casa e no CAPS. Em primeiro lugar, havia um julgamento da equipe tanto do SRT quanto do CAPS em relação a como a paciente pedia ajuda: *“Às vezes, as cuidadoras, cuidadores tentavam manejar aquilo na casa: ‘não, Maria, você não tá passando mal’, como se fosse ali uma simulação, ela tivesse simulando um mal-estar, alguma coisa...”* (E1) / *“(...) mas às vezes um dispositivo clínico [no sentido da Clínica Médica] também, pra UPA, uma dor de barriga poder... Que que acontecia? Aí, isso não acontecia, ficava na casa, não tinha um certo reconhecimento daquilo que tava acontecendo com ela, não tinha um acolhimento, (...) aquilo ia crescendo, ela começava a bater, e muitas vezes ser agredida, né. Então essa agressão que ela sofria meio que confirmava...”* (E1).

Especificamente sobre o SRT, levá-la para um outro serviço era lido pelos cuidadores como um fracasso: *“‘Eu não consegui sustentá-la na casa’ [uma reprodução do discurso dos cuidadores]. Numa posição assim: ‘Não preciso de ajuda’ [uma reprodução do discurso dos cuidadores]”* (E1). Nessa lógica, *“como se fosse um prêmio ela conseguir o que (...) ela aponta que necessita”* (E1). Sendo assim, o pedido dela para estar em outro lugar seria algo apenas chamar atenção, *“um capricho”* (E1), como se não tivesse em jogo ali um sofrimento real e algo da ordem da necessidade. Não liam o *“ato [dela] como uma forma de tentar barrar, colocar um limite à invasão do corpo, mas é do outro também semelhante lá dela que tava perseguindo, que através do ato, ela vai tentar sair dessa posição, né, de, estar perseguida, e tudo, (...). Isso não era escutado”* (E1). *“Chegava em um ponto em que se travava uma queda de braço com Maria, assim, porque Maria, era isso, ela era agressiva, e aí numa escalada de agressividade [dela em relação à equipe de cuidadores, aos outros moradores e outros pacientes no CAPS], assim, ficava uma situação perigosa até em alguns momentos...”* (E1). E aí, no momento em que acontece a intervenção já era tarde: *“(...) aquilo que Maria dizia que era uma suspeita dela, assim, tipo, ela dizia que o morador tava perseguindo, aí ela começava a produzir um determinado ódio naquele morador em relação a ela, e aí o que era em princípio delirante, digamos, algo que não era ali do laço, do laço*

real com o morador, se tornava real” (E1), chegando a um ponto em que não era mais viável a convivência dela na casa.

Ademais, havia questões institucionais maiores que não favoreciam um manejo exitoso do caso pelos serviços comunitários: é citada a dificuldade de articulação SRT-CAPS, pensando “*a RT como um braço [do CAPS] mesmo*” (E1), bem como a ausência de uma supervisão clínico-institucional, que, “*apesar de a gente conversar bastante [referindo-se à articulação entre SRT-CAPS], de ter uma coisa alinhada entre a gente que ia nessa direção, tem um serviço como um todo, uma resistência (...). Que tinha que ser trabalhado institucionalmente, em supervisão, onde as pessoas pudessem tomar a palavra, falar disso (...)*” (E1). O resultado foi precisar aprender sobre o caso “*na marra*” (E1), “*vendo a repetição*” (E1).

COMO SE CONSTRUIU O PROCESSO DE REINTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DO CASO NO ÂMBITO COMUNITÁRIO: CONSTRUÇÃO DE RECURSOS, SABERES E APOSTAS NESTE PROCESSO

Algo que foi sendo percebido que intervinha no sofrimento da paciente era recorrer a alguma instituição de saúde que se dispusesse a fazer algum exame da Clínica Médica: “*(...) poderia se dar com um contorno ali clínico quando ela dizia que tava passando mal da barriga, precisava... pedia pra ir, sei lá, pra UPA, pedia pra Clínica da Família ver a pressão*” / “*(...) a gente vivia... vivenciava isso no CAPS: de poder tirar a pressão, botar ela pra descansar, tomar uma água, fazer alguma coisa ali meio, sabe, hospitalar ... que aquilo ali aplacava essa angústia do corpo, que se manifestava no corpo e às vezes ela apaziguava*”. Vislumbraram-se, então, dois encaminhamentos para quando se tornava insuportável a convivência para a paciente: “*(...) ou no corpo, avaliar pressão, fazer exame, ter um médico ali avaliando ela, [ou] então estar num lugar mais protegido do PAM, né...*” (E1).

À medida que se foi reconhecendo algo de um funcionamento psicótico da paciente e de uma referência dela a procedimentos hospitalares, foi sendo possível igualmente se admitir que era necessário apostar em intervenções de contenção tanto química quanto mecânica: até se chegar ao ponto em que “*ela tava pedindo literalmente pra ser amarrada, ela precisava ser contida, que aquilo ali acalmava ela: o fato de ela poder ser contida, acalmava ela... (E1)*”.

Houve um investimento neste trabalho de a paciente poder dizer o que está sentindo antes de eclodir algum episódio de agressividade maior: passou-se “*a observar que ela tava falando muito mais... conseguindo dizer muito mais... em alguns momentos até conseguir dizer alguma coisa, assim, ‘estou com vontade de te dar uma porrada’* [entrevistado reproduzindo o discurso da paciente], *simplesmente...*” (E1) / “*E que isso era alguma coisa que não existia, da mediação dela com o outro que antes não tinha era... só vinha porrada sem saber o que tava acontecendo. [Ela] passou a conseguir dizer (...): ‘quero te dar uma porrada, você tava fazendo isso comigo’* [entrevistado reproduzindo o discurso da paciente], *isso dá margem pra alguma... alguma intervenção ali... às vezes não surtia tanto efeito a intervenção*” (E1), porém “*possibilitou isso: a gente poder ter uma direção ali de como trabalhar com Maria (...)*” (E1).

Houve uma delimitação maior do lugar de tratamento: “*(...) ela tinha, né, um espaço, o dia dela marcado e nesse dia é o momento que ela vinha, muitas vezes pra dizer do que que tava acontecendo, das perseguições, tudo isso... mas... escrever, acho que... passou a escrever bastante, (...) ou pedir, (...)*” (E1) / “*(...) ela cantava, pedia pra eu escrever as músicas que ela tava cantando... (...) sempre tinha uma temática de um desamparo... tinha alguma coisa aí como se tivesse endereçado... às vezes endereçado na música a letra da música, a um pai, coisas assim, alguém que cuide, muito esse teor. Acho que isso era um recurso, acho que é um recurso que inclusive ajudou ela a estar no CAPS, poder em algum momento participar de uma oficina também... (E1) ”.*

A exemplo da importância de conhecer o caso, contou-se como muitos episódios de agressividade da paciente ocorriam em seguida da visita da família: “*(...) a gente percebeu também que era necessária uma mediação... que até... um impedimento mesmo... que aquilo ali não dava, né, que mesmo às vezes ela demandando, ela mostrava pra gente que não dava, a gente começou inclusive a dizer isso pra ela: ‘Maria, não dá’. Depois do encontro era... se instalava o caos...*” (E1) / “*(...) o encontro até fluía e tal, mas imediatamente depois que a mãe vai, ou até nem a mãe, algum parente, ela se descompensava totalmente. Na primeira situação de tensão, assim, já era suficiente pra explosão...*” (E1). A partir de uma escuta do caso, foi possível ir construindo condições mais possíveis de a paciente frequentar o social, inclusive nos encontros com familiares, em que foram pensadas estratégias de acompanhamento para tanto (E1).

REVISÃO DA CONDUÇÃO DO CASO NO ÂMBITO COMUNITÁRIO EM OUTUBRO DE 2016

Em aproximadamente junho de 2016, a paciente é internada em outra instituição, que será denominada doravante de Hospital Psiquiátrico II (HPII), onde foi possível introduzir muitas mudanças na condução do caso pelos serviços comunitários responsáveis (CAPS e SRT): *“A equipe do HPII... acho que Maria super gostou se identificou, confiou, e pôde... a equipe pôde ouvi-la e ela pôde ouvir a equipe, então teve uma equipe super acolhedora e que conseguiu vários manejos com Maria. Acho que a nossa equipe também foi ao HPII pra duas reuniões, eu, você, a acompanhante terapêutica da casa, a gente podendo falar da Maria, podendo falar das nossas preocupações, podendo falar da mudança de medicação, podendo falar da saída do terapeuta principal, poder falar... construir isso com a equipe do HPII... então foram várias mudanças na mesma... durante a mesma internação”* (E2). Depois desta internação, a paciente não internou mais em nenhum hospital psiquiátrico e nem CAPS III.

REVISÃO DA CONDUÇÃO DO CASO NO ÂMBITO COMUNITÁRIO EM OUTUBRO DE 2016: MUDANÇA DE MEDICAÇÃO

Durante a internação no HPII, *“foi inserida uma nova medicação”* (E2). Importante ressaltar que tal fato não foi nada trivial, pois *“(...) a equipe do HPII bancou isso, né, pôde estar com Maria numa mudança drástica de medicação, onde precisou fazer um controle, onde precisou fazer exames, (...) de sangue, para poder controlar essa medicação...”* (E2). Um dos efeitos recolhidos foi o que se segue: *“Maria tem uma qualidade de sono melhor atualmente. Então, um dos pontos é que ela tem dormido com mais qualidade, e mesmo quando ela acorda à noite, algumas informações que eu tenho, é que ela às vezes até canta, e que ela acorda, fica cantando e depois acaba pegando no sono ou permanecendo acordada, mas que ela não acorda tão mal. Ela fala uma frase também pro médico dela que chama atenção que é algo tipo não tô ouvindo mais vozes. Teve algumas estabilidades aí que ela conseguiu descrever pra gente ou demonstrar que, com essa mudança de medicação, ela consegue deixar de ouvir vozes e dormir melhor...”* (E2).

mais emotiva: em vez de ela agredir, ela acabava chorando.... Tendo essa emoção, que era um choro, uma tristeza, e que ela conseguia até sinalizar ali algum pedido de ajuda,

né”. Para ilustrar isso: “(...) eu lembro claramente de ter acompanhado Maria em saídas de cuidadores [quando o cuidador não trabalha mais na equipe]; em uma das saídas dos cuidadores, eu via, quando ela encontrou com essa cuidadora que saiu, ela segura essa cuidadora pela blusa, xinga essa cuidadora, dizendo que ela não poderia ter saído, e de uma maneira agressiva verbalmente e fisicamente. Com a mudança de medicação, com o passar desse tempo depois, com a saída de um outro cuidador, ela consegue além disso, né, teve o trabalho meu e do psicólogo anterior, quando a gente presenciou essa cena de falar pra Maria que ela poderia usar as palavras, que ela pode usar as palavras, se ela tava triste porque a cuidadora estava saindo, ela poderia falar isso pra cuidadora, que ela estava triste porque a cuidadora estava saindo. E numa outra saída depois de um longo período, um cuidador saiu da Residência Terapêutica, e ela chorou. E aí ela falava que estava muito triste, porque aquele cuidador estava saindo. Pelo telefone, eu falei com ela e falei com o cuidador que ela poderia pedir pra ele escrever alguma coisa pra ela, e ela poderia escrever alguma coisa pra ele, pra ele poder levar isso, e que, posteriormente, eles poderiam marcar outros encontros, que aquele cuidador poderia voltar numa festa, encontrar numa festa junina, encontrar no bloco de carnaval, em outros momentos (...). Talvez a medicação também tenha ajudado Maria a ter esses comportamentos diferentes na mesma situação... ou numa situação semelhante...” (E2). Antes ela “(...) logo sentia a emoção e partia pra algo agressivo, digamos. E agora... quer dizer, se tornou mais possível ela elaborar... dizer algo, né... antes de partir pra essa coisa motora...” (E2)

REVISÃO DA CONDUÇÃO DO CASO NO ÂMBITO COMUNITÁRIO EM OUTUBRO DE 2016: CONSTRUÇÃO DA MUDANÇA DE TÉCNICO DE REFERÊNCIA

Durante a internação dela no HPPII, algo fundamental que foi trabalhado foram saídas e entradas de novos terapeutas: teve a saída do técnico de referência principal do caso e a entrada de uma nova no lugar dele, assim como a mudança de psiquiatra: “(...) a gente pôde manejar a saída do terapeuta principal durante essa internação, e a gente conseguiu fazer isso de uma maneira muito delicada eu e o psicólogo anterior, a gente indo até o HPPII, a gente fazendo essa passagem com ela, conversando com ela sobre essa saída, onde ela pôde saber, por nós, que o psicólogo anterior tava saindo e eu estava permanecendo. Acho que isso foi de uma delicadeza muito grande, de um respeito muito grande com a própria Maria, o psicólogo anterior ficou próximo a ela durante alguns anos, talvez você tenha esse dado até melhor que eu...” (E2).

MUDANÇA DO MANEJO DO CASO PELO SRT: MANEJO DA ESCUTA DOS CUIDADORES EM RELAÇÃO AO CASO

Passou-se a construir mais suporte especialmente para a equipe de cuidadores, a qual era a que passava mais tempo com a paciente: foi dada ênfase nas reuniões semanais para se discutir o caso com “(...) algumas participações tanto da diretora do serviço quanto do psiquiatra, quanto a minha na reunião, para falar sobre” (E2) / “(...) a gente poder ouvir esses cuidadores e poder falar sobre Maria, falar sobre as coisas que aconteciam na casa ou fora da casa, ou que aconteceu envolvendo Maria, principalmente. Acho que a equipe começou a se sentir mais confortável, a equipe de cuidadores, mais acolhida, conhecendo mais Maria, conhecendo um pouco mais a história da Maria, conhecendo um pouco mais o manejo com a Márcia, aprendendo esse manejo com Maria também. Acho que foi um aprendizado pra todo mundo e... algumas mudanças pontuais, mas que puderam ser ditas e conversadas, saídas de profissionais, entradas de outros profissionais, mas uma maturidade também pra a equipe, talvez, sobre o manejo com uma paciente muito grave como Maria”

(E2) / “(...) quando não tinha esse espaço de escuta da equipe, deveria ser algo muito difícil de suportar o caso da Maria sem poder transmitir o que que sente quando... (...) era muito difícil suportar os momentos que ela era muito agressiva, e aí você comentando isso me fez lembrar a importância de a equipe poder, digamos, transmitir, né, como é que era para cada um estar com ela nos momentos que eram difíceis...” (E2) / “(...) quando acontecia algum evento que chega geralmente ao extremo, (...) que é a agressividade, e cada membro dessa equipe poder, depois, falar com a equipe como está se sentindo, como é que foi aquele momento, poder falar novamente daquela cena, falar do seu sentimento, falar de como ficou depois, (...) e outras pessoas poderem acolher esses membros da equipe, (...) foi extremamente importante... eles se sentirem acolhidos, escutados, as pessoas tavam ouvindo eles agora, podendo dar um lugar onde eles possam falar, onde eles possam dizer que foi difícil mesmo, onde... e humanizar essa equipe. Acho que também em um certo ponto a gente conseguiu humanizar essa equipe. Não só, e mostrando pra Maria que ela também... a gente também... a gente começou a humanizar os nossos sofrimentos perante a Maria, dizendo que dói, dizendo que machuca, dizendo que fica triste sim, que quando alguém recebe uma agressão fica triste mesmo, que pode, né, ter algum tipo de... de consequência pra pessoa, até machucar” (E2).

Além disso, outro ponto que é salientado é que foi fundamental se manter uma equipe minimamente estável no tempo, sem tanta rotatividade, para ser possível construir um trabalho com Maria: “(...) foi importante uma estabilidade na equipe pra também construir uma estabilidade... favorecer uma estabilidade na Maria” (E2). / “(...) até porque, cada membro dessa equipe que sai, Maria precisa elaborar um luto e isso não é simples, principalmente para uma paciente como Maria...” (E2).

MUDANÇA DO MANEJO DO CASO PELO SRT: MANEJO DO CASO PELOS CUIDADORES COMO EFEITO DA ESCUTA INSTITUCIONAL DELES

Especialmente por um incremento institucional no suporte para a equipe de cuidadores em relação ao que o caso suscitava em cada um, isso permitiu que um manejo diferente surgisse no SRT (E2): “Recuar um pouco, ela escutar... é algo que ela começou a ver que o outro sofre também... que não é só ela que sofre, e que quando ela agride, o outro sofre

também. Talvez Maria tenha percebido isso, e a gente tem relatos, se eu não me engano, de uma das cuidadoras numa reunião (...), que quando ela fazia isso, de falar ‘Maria, poxa, tá doendo!’ [reproduzindo um discurso da equipe para a paciente], de a Maria parar. Então, assim, exatamente quando humaniza o sofrimento, quando mostra ali que tem algo humano que tá sofrendo, a gente tá humanizando também acho que a equipe... não sei se seria o melhor termo: humanizar a equipe... onde a equipe pode falar do seu sofrimento pra própria equipe, e a equipe pode falar do seu sofrimento pra própria Maria, de uma outra maneira, né. Quando fala que tá doendo: ‘Poxa, Maria, tá doendo’ [reproduzindo um discurso da equipe para a paciente], ‘Poxa, Maria, doeu!’ [reproduzindo um discurso da equipe para a paciente]” (E2) / “E aí Maria poder perceber: ‘É, tá doendo’ [reproduzindo um discurso da da paciente]... e ela parar... e tem relato, né, de uma cuidadora falando que percebe que ela para quando fala que... quando a cuidadora relata que tá doendo... (E2)”. Dessa maneira, “(...) a gente tava partindo desse ponto de um acolhimento na equipe, mas também uma humanização no trato com Maria de investir, digamos, nessa direção, de marcar pra... pra Maria que há consequências as ações dela... que dói... interessante... isso de alguma forma, ajudava Maria a, não sei, não sei exatamente, ela parava, digamos, né?” (E2).

UTILIZAÇÃO DO UPHG COMO LOCAL DE REFERÊNCIA PARA QUANDO ECLODIA SITUAÇÕES DE SOFRIMENTO AGUDO NO ÂMBITO COMUNITÁRIO

Houve uma aposta de utilizar com mais frequência o UPHG de referência, e não tentar manejar os episódios de agressividade nos serviços comunitários: *“Teve alguns momentos onde as pessoas da Residência Terapêutica fazem contato com o CAPS e falam: ‘Olha, Maria não tá bem’ [reproduzindo um discurso da equipe]. Levamos para o CAPS, e assim, depois de algumas idas ao CAPS, e mesmo assim ela não melhorando, porque nem sempre a gente tinha o SOS, na verdade, a gente não tinha, não tem, não tem SOS pra Maria no CAPS, a gente não tem condições pra fazer alguma contenção física no CAPS, e que em alguns momentos isso poderia ser necessário... e... então... quando ela sai do HPII e retorna para Residência Terapêutica, ela chega ir até ao CAPS, mas ela não fica bem no CAPS também. Nós percebemos, principalmente (...) a antiga diretora, ela fala que... ela observa que Maria continua desorganizada, mesmo no CAPS, onde ela tenta agredir, ela chuta as portas, onde ela tenta agredir as pessoas, onde ela tenta procurar objetos cortantes faca, e aí a gente*

começa falar: *‘Vamo... vamo tentar levá-la pro PAM’* [reproduzindo um discurso da equipe]. *A gente não tem, né, eu até comentei com a equipe do PAM e falo: ‘Olha, talvez o que Maria precise não tem aqui no CAPS, que é a contenção mecânica e a contenção medicamentosa, eu não tenho aqui o SOS pra que ela possa usar, e assim, não tá adiantando ela vir pro CAPS. A gente tá encaminhando sim ela pro PAM’* [reproduzindo um discurso da equipe para a equipe do UPHG]. *E aí a gente percebeu que tava dando certo, até que um dia Maria começa a pedir pra ir pro PAM. Então, assim, Maria vai ao PAM, algumas vezes ela permaneceu, pelo menos uma ou duas noites... não precisou regular vaga pra ela pra internação... algumas vezes ela ficou bem grave, mas ela conseguiu ter alta do PAM direto para Residência Terapêutica, às vezes até de precisar voltar no dia seguinte, mas depois retornar pra Residência Terapêutica, e aos poucos a gente foi construindo isso com ela. Ela poder falar que quer ir pro PAM? Que é uma frase que Maria fala”* (E2) / *“(...) a gente tentou algumas vezes o CAPS, né, vocês tentaram o próprio território sem ser o PAM, e de repente a gente viu que, no PAM, funcionava, tinha algum efeito, acho que foi por tentativa e erro mesmo. Acho que a gente conseguiu ver que naquele espaço ela tinha um espaço de escuta, onde ela podia reclamar, talvez até de todos e de tudo, até do CAPS, até da casa, até do território, e que era um lugar mais neutro. Acho que um terapeuta também mais neutro, que talvez nem sempre fosse o mesmo, o médico que também que não fosse o mesmo, porque gira, né, o plantão gira, então talvez a gente conseguisse um terreno neutro, assim como o HPII em termos foi, um terreno neutro pra Márcia, (...). Um ambiente neutro, talvez menos variáveis ali, (...)”* (E2) / *“E a gente começa a utilizar o PAM, que é onde ela começa a sentar e esperar o atendimento, o que era diferente no CAPS: quando ela ia desorganizada pro CAPS, ela continuava desorganizava... desorganizada. Ela continuava muito invadida, ela continuava muito perseguida, e ela agredia algumas pessoas, se defendendo de algo que tava ali nos delírios dela. E, a partir do momento que isso muda também, esse deslocamento do CAPS, em vez de ir pro CAPS ir pro PAM, existe uma modificação nessa estabilidade, Maria começa a conseguir ficar estável... algumas vezes a gente presenciou você, eu, que ela ia pro PAM, ela esperava o atendimento, ela era atendida, se necessário tomava algum SOS, mas ela retornava pra casa, ela não precisava ir pra uma internação. Então, a gente, aos poucos, a própria Maria foi mostrando pra gente, e essa rotina que a gente conseguiu sustentar, né... porque foi uma rotina diferente também pro PAM, e que a gente pôde perceber que Maria estabilizou”* (E2).

Nesse processo, “(...) teve um... um psicólogo no PAM que começou também a perceber isso, e que ele apostou também nisso de dar um lugar de escuta pra Maria quando ela tava muito desorganizava... desorganizada: ou seja, Maria ia pro PAM, ela sentava, esperava, era atendida, e nem sempre retornava... nem sempre dormia no PAM, ela retornava pra casa dela...” (E2).

EM JULHO DE 2018

Hoje em dia, investe-se em um trabalho em torno de oficinas no CAPS: “Hoje ela tá fazendo uma oficina de culinária, que é individual com ela, com uma terapeuta ocupacional e com uma nutricionista, onde ela faz o brigadeiro, ela mesmo prepara a massa ali, né, o que vai pro microondas, depois ela coloca nos copinhos, depois ela coloca granulado, coloca colher. Na primeira semana, apenas fez o brigadeiro e as pessoas provaram, e na segunda semana, ela já começou a vender... então... aí depois... aí ela começou a vender apenas no CAPS, depois ela começa a vender no entorno do CAPS, nos outros equipamentos, e isso tá tentando... a gente tá tentando criar, ou semanal ou quinzenal, pra que ela possa fazer e ganhar... ela ganhe ali alguma coisa de dinheiro, mas ela mesmo que compra os ingredientes, e isso tem sido um movimento interessante, ela pede pra fazer...” (E2) / “Ela pede para fazer, ela pede pra ir pro CAPS pra fazer o brigadeiro...” (E2) / “Uma ocupação... desde comprar os ingredientes, comprar os plásticos, né, ela tem... aí ela faz isso com a equipe da casa, comprar os ingredientes, comprar os plásticos, faz com a equipe da casa. No CAPS, ela faz os brigadeiros, é montado, né, os copinhos e a cesta, isso é comprado no CAPS, depois ela acaba arrecadando um certo dinheiro, onde ela pode comprar alguma coisa pra ela ou mais material pra própria oficina, e é uma oficina individual... é apenas ela nesse momento...” (E2). O trabalho individual de escuta no consultório ocorre pontualmente quando “(...) ela pede pra conversar, mas tem sido com menos frequência, não tá sendo algo semanal, e ela também tá muito... não fica muito tempo no consultório... ela pede pra conversar, mas ela tem o tempo dela... e ela tem participado mais dessa oficina...” (E2). “(...) ela também tem feito passeios com os equipamentos que fazem passeios externos: ela foi no aquário do Travessia, se eu não me engano, ou Trios do Engenho, ela foi... ela visitou o CCBB há pouco tempo, que foi a exposição de Basquiat. Ela tem feito algumas saídas com equipes de outros equipamentos da Saúde Mental...” (E2).

Ademais, a equipe do CAPS vem tentando criar alternativas para que Maria possa ir a outros lugares quando não está bem, *“permitir que a função daquele lugar também possa acontecer em outros lugares... a função daquele lugar PAM”* (E2): *“A gente tá pensando que, quando tá difícil na casa, quais são os lugares que Maria deseja ir? Será que é só para o PAM que ela vai ter uma melhora? Será que sair da casa e ir pra outro espaço, que não seja o PAM, nem o CAPS, nem o HPI, nem a Clínica da Família, será que ela também possa ficar bem em outro espaço? Um passeio, uma volta na praça, comprar alguma uma coisa que ela goste, ir até a lanchonete, comer uma pizza ou uma roupa, será que tem algum outro movimento que a gente consiga fazer? Dar um telefonema... o que que pode ser, né? (E2) ” / (...)* algumas vezes ela desiste de ir pro PAM. Quando é oferecido um outro lugar, um outro espaço, já foi... a gente já conseguiu observar que ela recua do PAM. Quando ela antigamente pedia incessantemente pra ir pro PAM em alguns momentos, dessa vez, ela recua, e estrategicamente ela fica bem... ali, do jeito dela, ela dá o jeito dela e fica bem...” (E2).

7. DISCUSSÃO

7.1 PRIMEIRO TEMPO DO CASO (DE JANEIRO A MAIO DE 2015): UMA REFLEXÃO SOBRE ESTAR NO ÂMBITO COMUNITÁRIO SEM UM PROCESSO DE INSERÇÃO SOCIAL EFETIVO.

Nos dados documentais e em E1, aparece uma desarticulação do serviço de moradia e do tratamento de janeiro a maio de 2015. Até março de 2015, não são referidos episódios de sofrimento psíquico agudo e/ou agressividade de Maria, porém dali por diante, sim. A partir daí, leia-se que o CAPS esperava ser convocado para intervir no caso, e uma vez isso não ocorrendo, entendia que não havia necessidade de estar presente com intensividade. No entanto, vale ressaltar que havia elementos no SRT que apontavam para direção oposta a uma suposta estabilidade, já que a paciente indicava a necessidade de assistência nos moldes de acolhimento à crise constantemente, porém isso não era levado adiante para uma discussão institucional maior no SRT e nem no CAPS.

Em maio de 2015, houve uma mudança significativa na equipe do SRT, com a entrada de novos profissionais, e se foi percebendo que era rotineira a produção de situações-limite na moradia. Não se encontravam intervenções de cunho comunitário que atenuassem a gravidade delas. Desenha-se, então, um contexto de a moradora permanecer no âmbito comunitário, a despeito de serem interrogáveis as condições para tanto, e isso não era debatido pelos serviços comunitários responsáveis. Desse modo, neste período de março a maio de 2015, o caso parecia estar razoavelmente integrado à lógica psicossocial, por supostamente não demandar dispositivos de retaguarda, porém isso pode ser apreendido como resultado de um processo que se caracterizava por uma ausência de estranhamento em relação a manifestações de sofrimento que, com efeito, eram reveladores de que algo não estava operando com efetividade.

A partir dos relatos escritos pelos cuidadores, a equipe interpretava tais episódios de agressividade deflagrados pela moradora sob uma concepção de que a paciente estivesse no controle dos impasses que ela produzia com um objetivo pessoal de “ganhar” com eles, como ser “o centro das atenções”. Pode-se depreender daí um julgamento sobre os comportamentos dela, o que levava a uma abordagem pedagógica no lidar com o caso, construindo uma terapêutica com base em um tratamento moral. Recriminavam-na pautados na premissa de que seria possível corrigir o comportamento “inadequado” dela. Tal pretensão por parte da

equipe de cuidadores encontrava resistência na moradora, o que produzia um acirramento com ela, uma dualidade, como se houvesse uma disputa de forças entre ela e os profissionais, que, nesse contexto, sentiam-se impelidos a provar que eram mais “fortes” que a primeira. Assim, não interpretavam o que vinha de disruptivo da moradora como algo que apontasse para um sofrimento. Isso nos conduz a refletir sobre a formação destes profissionais encarregados de sustentar os dispositivos comunitários. Pode-se reparar que nem no SRT nem no CAPS havia a figura do supervisor para ajudar na identificação e análise de conflitos e/ou impasses na equipe provenientes do processo de trabalho, lugar institucional que, segundo Campos (2001), funciona como suporte e produtor de reflexões sobre a prática.

Na prática, questionamentos como os colocados acima são verdadeiros tabus no campo da atenção psicossocial, e não raro se prossegue na direção de “dar conta” do paciente até a exaustão dele, do serviço comunitário e/ou do entorno. Algo que não é comumente refletido pelos operadores é que a pura e simples manutenção do paciente no âmbito comunitário não necessariamente produz uma função terapêutica de intervir sobre o sofrimento psíquico. Em outras palavras, a inclusão social por si não produz um efeito de atenuar as vivências psicóticas, o que é um aspecto a se considerar em se tratando de casos graves. Nessa lógica, se a experiência de viver naquela dinâmica for de um sofrimento atroz, estritamente traumática e sem a construção de lastros que deem contingência, há que se interrogar sobre a condução que está sendo feita, especialmente no que toca à clientela marcadamente institucionalizada e em processo de saída de uma instituição total para a vida comunitária, clientela esta tão vulnerável. A transferência de cuidados dos pacientes do hospital para ambientes menos restritivos requer métodos mais efetivos para ajudá-los a lidar com os sintomas psiquiátricos e manejar as exigências sociais e psicológicas da vida comunitária (CLARK e SAMNALICY, 2005 *apud* VIDAL, BANDEIRA e GONTIJO, 2008). Ora, na contramão disso, neste primeiro tempo do caso, então, vimos que prevaleceu uma conduta de naturalizar as manifestações de sofrimento da paciente, sem uma reflexão sobre o que tais episódios poderiam estar representando em relação ao caso.

7.2 SEGUNDO TEMPO DO CASO (DE MAIO DE 2015 A OUTUBRO DE 2016): A CONSTRUÇÃO CONTRADITÓRIA DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A partir de maio de 2015, observou-se uma postura diferente do SRT e do CAPS, por: a) passarem a reconhecer a gravidade das situações-limite provocadas pela paciente; b) a partir de discussões no SRT e no CAPS, estes montaram diversas estratégias para tentar contorná-las, porém sem sucesso. Com isso, avaliavam que era preciso interromper, de um modo ou de outro, a progressiva gravidade que o caso ia tomando e passaram a se remeter aos serviços de retaguarda hospitalares, inclusive passando a indicar a internação psiquiátrica. Em outras palavras, o recurso hospitalar era acionado pela ausência de um manejo possível das situações-limite no seio comunitário. Entendemos que o uso dos dispositivos hospitalares, então, está atrelado a uma função de retaguarda, com a finalidade de impacto em situações de crise, orientado pelo princípio do retorno ao convívio em sociedade (PITIÁ, FUREGATO, 2009).

Ademais, é válido citar a tentativa de hospitalidade noturna no CAPS III. Pelo material recolhido em E1, entende-se que não foi possível subjetivamente para a paciente permanecer lá e produzir um efeito terapêutico sobre a experiência de sofrimento dela. Não acarretou o efeito de remissão mínima da fenomenologia aguda de psicose; pelo contrário, é referido um agravamento do quadro. Foi mencionado também que a localização do referido CAPS III foi um fator que produziu uma sensação de insegurança na paciente, pelo dispositivo estar situado numa área da periferia urbana em que havia uma circulação constante de policiais e criminosos. Isso nos conduz à reflexão de que é determinante para o êxito de um projeto de substituição da internação psiquiátrica uma constituição de RAPS compatível com a particularidade do caso. Não foi possível naquele momento e nem posteriormente o referido CAPS III operar como um dispositivo de retaguarda, um lugar “mais neutro” e de “refúgio”, para o qual a paciente poderia ser levada em situações-limite.

Apesar de se ter iniciado o uso de dispositivos de retaguarda hospitalares a partir de maio de 2015, pode-se observar que em um primeiro momento, de maio a dezembro, houve um uso menos frequente da internação psiquiátrica, se comparado à de janeiro a outubro de 2016 (vide ANEXO IV). Somado a isso, naquele primeiro período, é possível verificar nos dados documentais que houve um esforço especial tanto do SRT quanto do CAPS em apostar

em estratégias comunitárias e evitar o uso de dispositivos de retaguarda hospitalares, em especial da internação, tais como: a) acompanhá-la no território para ela fazer alguma coisa fora do SRT, como por exemplo, ir ao supermercado, padaria, praça, etc. Desenvolvendo o trabalho no território, foram organizados diversos passeios. A ida ao território por vezes produzia o efeito de “tirá-la de cena”, o que quer dizer que esvaziava a persecutoreidade da paciente em relação àquele, ou àquilo, por quem se sentia ameaçada; b) a articulação de apoio com a Clínica de Família (CF) assim como com a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) de referência, quando as situações-limite passavam por um mal-estar no corpo; c) o uso do próprio potencial do dispositivo residencial no engajamento da paciente em atividades domésticas, pois foi observado que Maria sentia-se bem com os afazeres da casa. Quando não estava tomada pelas vivências psicóticas, “mostrava-se muito colaboradora nas rotinas do SRT”. Quando eram percebidos sinais de que ela poderia agitar, através de seu olhar, gestos e/ou discurso, chamavam-na para ajudar em algo; d) os manejos diversos da equipe junto a paciente, manejos estes que surgiam a cada impasse, como: 1) deslocá-la para um espaço na residência em que ela ficava apartada da convivência em relação demais moradores; 2) esvaziar o tom passional que a moradora dava às reivindicações; 3) o endereçamento da paciente às figuras de chefia, o que às vezes produzia um efeito de uma experiência na qual ela se sentia menos ameaçada pelo entorno; e) a participação de alguém da vizinhança na sinalização de que ela estava produzindo um transtorno demasiado, o que por vezes produzia um efeito de contenção; f) o trabalho de fazer colares no SRT para vender; g) o recurso do tratamento no CAPS foi intensificado junto ao técnico de referência. Ela ia duas ou mais vezes por semana para atendimento com o psicólogo de referência.

Vislumbra-se neste período, então, um esforço no acompanhamento do caso no âmbito comunitário, com o emprego de procedimentos variados, e principalmente, inventados a partir da singularidade do caso e de cada situação. No entanto, a despeito da aplicação de um rol de intervenções de cunho comunitário que se foi criando, persistia a ocorrência de situações-limites, momento em que era indicada a internação psiquiátrica neste período. Em outras palavras, por vezes apareciam contornos possíveis para aumentar o tempo de permanência dela no âmbito comunitário, porém cada novo arranjo criado ia-se esgotando, não funcionando mais, não surtindo o efeito que num primeiro momento apresentava, em seguida do qual se montavam novos, que operavam insuficientemente.

Ora, lendo os dados de campo neste período de maio a dezembro de 2015, pode-se notar que o esforço de apostar em uma maior inclusão social de Maria no seio comunitário

não se traduziu suficientemente em ganho terapêutico, pois situações graves persistiam. A insistência de mantê-la no âmbito comunitário pareceu que foi um fator que acentuou ainda mais a fenomenologia psicótica, que se expressava por uma autorreferência constante e vivências alucinatórias produtoras de experiências agudas de sofrimento. Somado a isso, pode-se notar que a paciente não estava suportando a dinâmica do âmbito comunitário que se lhe apresentava, pois não raro as situações-limite eram desencadeadas quando percebia que cuidadores davam atenção para outros moradores, ao precisar dividir direitos e deveres de habitar um dispositivo residencial com eles, etc.

Observou-se que, na medida em que não se conseguia dar um contorno no âmbito comunitário para episódios de agressividade, ou seja, as estratégias comunitárias não estavam sendo eficazes o suficiente para reduzir o sofrimento dela, e tendo em vista que neste período se evitou propositalmente o uso de dispositivos de retaguarda hospitalares, eclodem situações bem graves no âmbito comunitário, como o uso de objetos pontiagudos para automutilação, ameaça de enforcar a si própria e a terceiros, variados episódios de agressividade endereçado à equipe e aos demais moradores, etc. Foi uma época em que houve um investimento decidido pelos serviços comunitários na criação de suportes e estratégias de cunho comunitário, porém eles não surtiram o efeito desejado. Salvo exceções, a interrupção das situações-limite operava quando a paciente era levada para um serviço de retaguarda hospitalar. A partir de 2016 (vide ANEXO IV), a paciente passou a apresentar um tempo de permanência maior nas internações psiquiátricas, o que pode nos conduzir a pensar em uma exaustão do SRT e do CAPS no manejo do caso e transferência do cuidado para os serviços hospitalares.

Nesse sentido, é válido interrogar se a ocorrência de uma internação psiquiátrica, considerando esta não como uma mera exclusão social, mas como um procedimento último e em articulação com os serviços territoriais, se o fato de um paciente da RAPS ser internado no hospital psiquiátrico em virtude de a assistência dada no âmbito comunitário não ter sido suficientemente eficaz para reduzir o sofrimento excessivo e/ou riscos a que o paciente se expõe em decorrência do transtorno mental, tratar-se-ia isso de um fracasso da lógica psicossocial? Tal questionamento é fundamental, pois, na prática, quando os serviços comunitários responsáveis pelo caso em exame indicavam a internação psiquiátrica ou repetidas idas à UPHG de referência, isso parecia ser lido pelos outros profissionais que não acompanhavam o caso como um índice de que o trabalho em torno dele não estava sendo feito adequadamente. A partir de tal postura, exterior à particularidade do caso, havia uma pressão para que se recuasse do encaminhamento da paciente para as instituições de retaguarda

hospitalares e a mantivesse no âmbito comunitário. Tal postura nos sugere uma idealização dos dispositivos comunitários e até da própria loucura, como se a doença mental não fosse algo que acarretasse um sofrimento gravíssimo e que às vezes requer a tomada de medidas indesejadas e drásticas para se evitar o agravamento do quadro. A crítica à indicação de internar a paciente era feita através de formulações vazias e generalistas, muitas vezes, pela oposição de práticas manicomialis (internação psiquiátrica) x antimanicomialis (CAPS), e não se reconhecia o fato de que não intervir peremptoriamente em um momento em que nada está funcionando para aquele caso, é o mesmo que produzir desassistência para um psicótico em crise. Sendo assim, tais operadores sobrepunham à particularidade do caso uma posição totalitária, adotando então uma postura superideologizada, pouco realista e sem resolutividade. O discurso ideológico pode obstaculizar o trabalho clínico, o que é verificado quando “temos a impressão de que a doença não foi colocada entre parênteses, para recolocar o foco no doente, a doença foi negada, negligenciada, oculta por trás dos véus de um discurso que, às vezes, e lamentavelmente, transformou-se em ideológico” (CAMPOS, 2001).

Procediam a um julgamento de valor em relação ao encaminhamento aos dispositivos de retaguarda hospitalares, pondo em questão o valor-limite (DEL'ACQUA e MEZINNA, 1991) que estava sendo assinalado pelos serviços territoriais responsáveis pelo caso, simplificando a indicação do uso de dispositivos hospitalares, em especial quando se referia à internação psiquiátrica, a uma questão de intolerância por parte dos lugares onde a paciente vivia. Simplificavam a uma questão pontual de simples desajuste contextual que, uma vez retificado, levaria necessariamente à inclusão do caso no seio comunitário. A ocorrência então de recidiva da internação, era tomada na via de um não ajustamento por parte da equipe ao que seria correto. Sendo assim, observou-se que outros operadores da atenção psicossocial, de fora do processo de acompanhamento territorial, não autenticavam aquilo que era indicação do CAPS de referência, quando se tratava de inserir o recurso hospitalar no caso, por argumentos e atitudes que não continham resolutividade.

Dito isso, algo que o caso examinado pode trazer à luz é que a substituição da internação psiquiátrica por estratégia de cunho comunitário é uma direção política a ser sustentada, porém não se pode furtar de reconhecer o seu caráter processual. Especialmente para casos graves, observa-se que isso implica também momentos de insuportabilidade no âmbito comunitário. Por mais que tenha havido um esforço considerável no caso em análise em se efetivar a substituição da contenção hospitalar por contornos comunitários, foi uma

passagem que se fez após um acúmulo de experiência com aquele caso, e não apenas pela mudança de contexto. Pode-se afirmar, então, que o caso foi sendo introduzido paulatinamente na lógica psicossocial, sendo importantíssimo destacar que não é uma construção de uma vez por todas, sendo permeada de avanços e reveses. Decisões foram tomadas conforme o que aparecia como necessário, com os recursos disponíveis em cada período, da onde se inventou um modo particular de conduzir os impasses produzidos por Maria no âmbito comunitário que se conjugava em um primeiro momento, de maio de 2015 até outubro de 2016, com a internação psiquiátrica e em um segundo, de novembro de 2016 até julho de 2018, como veremos adiante, com a UPHG de referência.

Podemos apreender daí que tanto mais grave o caso é em termos de psicopatologia ou vulnerabilidade social, maior tendência, na sua condução pelos serviços territoriais, apresentar-se o paradoxo de uma condução pela atenção psicossocial conjugada à utilização em momentos específicos de recursos hospitalares. Neste particularmente, é nítido a necessidade de criação de uma terapêutica que estivesse pautada em fazer uma aposta na inclusão social da loucura, a partir de estratégias criadas no tecido comunitário; porém, circunstancialmente, era necessário a retirada de Maria do território, considerando diversas manifestações dela que foram lidas pelas instituições comunitárias como indicações de ela não estar suportando estar ali. É válido destacar que não raro a retirada dela no território era agenciada através de uma imposição que a equipe lhe imprimia, não sendo inicialmente um procedimento consensual, o que se evidenciava pelos protestos dela ao ser removida para a UPHG e/ou para a internação psiquiátrica. Porém, instantes depois, ela parecia estar aliviada de estar indo para um espaço no qual se sentia protegida, o que arrefecia imediatamente a situação-limite que antes existia.

Importante ressaltar que a internação psiquiátrica tinha a dimensão de um descanso tanto para a paciente, que apresentava vivências psicóticas que se acentuavam quando confrontadas com as exigências de estar no social, quanto para a equipe, que ficava exaurida em manejar diariamente diferentes situações-limite, além dos demais moradores, que muitas vezes eram alvo da agressividade daquela primeira. No entanto, é lícito frisar que era um momento em que se trabalhava para que a internação não representasse uma ruptura de vínculo dela com os dispositivos comunitários, e inclusive, de tentar esclarecer o que acontecera para ter sido tomada a decisão de interná-la. Tentava-se identificar fatores que podem ter favorecido a descompensação dela, da onde se efetuavam ajustes na RAPS da paciente.

O caso apresentado está em consonância ao apontamento de Thornicroft e Tansella (2008, p. 15), ao darem destaque a uma clientela que requer assistência de maior intensividade. A diferença é que o modelo defendido por tais autores inclui o uso de leitos em hospitais psiquiátricos, enquanto que o modelo brasileiro de atenção psicossocial parte da premissa de que a hospitalidade deve ser oferecida em espaços mais integrados à comunidade. O consenso entre um e outro então é que há o reconhecimento de existir o lugar de retaguarda na RAPS, para onde pacientes devem ser encaminhamentos quando não for mais possível no território o manejo de situações-limite. Porém, neste caso e período em exame, é possível verificar que o encaminhamento de retaguarda foi para serviços eminentemente hospitalares, o que pode revelar um processo de comunitarização da assistência em Saúde Mental mais incompleto, sobretudo em referência à metrópole aonde se desenvolveu a presente pesquisa, que herdou um grande aparato hospitalar na sua rede de assistência. Especificamente nesta cidade, a proposta de um modelo equilibrado, que sustenta a ideia de que uma rede de saúde mental ser composta por quantos mais serviços forem possíveis, com diferentes responsabilidades, integrados e coordenados entre si, com hospitais psiquiátricos convivendo com serviços comunitários inclusive (ELIA, 2013), foi o que prevaleceu na condução institucional do caso ora em análise. Foi necessário ir além da retórica sobre se é melhor a atenção hospitalar ou comunitária, encorajando, ao invés disso, a consideração sobre qual composição de abordagens é mais adequada para um território particular em um determinado período (THORNICROFT e TANSELLA, 2008).

Por fim, é válido evocar em Vidal, Bandeira e Gontijo (2008) algumas barreiras atinentes ao processo de passagem de uma longa internação psiquiátrica para a vida comunitária: o despreparo dos profissionais, a ausência de estruturas de suporte comunitário, a falta de acompanhamento intensivo por parte dos cuidadores e a falta de treinamento das habilidades de vida cotidiana dos pacientes na comunidade. Os aspectos mencionados acima foram aqueles onde se alocou o investimento pelos serviços comunitários no caso, o que será apresentado em detalhes no subcapítulo seguinte. Em outras palavras, são elementos-chave para o êxito do processo de desinstitucionalização e foi justamente onde a equipe dos serviços comunitários envolvidos no caso atuaram prioritariamente no intuito de substituir a internação psiquiátrica por estratégias comunitárias posteriormente.

7.3 TERCEIRO TEMPO (DE OUTUBRO DE 2016 A JULHO DE 2018): CONTENÇÃO, RETAGUARDA E CONTORNO COMO ELEMENTOS CONSTITUINTES DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Era habitual Maria ser internada no HPI, que coincidentemente era o lugar em que ela viveu até os 25 anos, e então, por uma indicação do CAPS, ela foi internada no HPPII, onde houve uma abertura para compreender com maior profundidade a complexidade do caso por parte da equipe de lá, e a proposição e implementação de diversas retificações na condução comunitária dele.

Em E2, há diversas falas que sugerem a coincidência entre alteração medicamentosa ali realizada e uma redução significativa da agressividade diante de uma mesma situação: tornou-se possível ela usar as palavras, ao invés de ser tomada por algo passional e partir para uma atitude agressiva. Foi descrito a mudança de postura da paciente em relação à saída de profissionais, tornando-se possível a construção disso sem necessariamente ela se colocar no centro de tal decisão, pois antes a moradora não se conformava, acreditava que tinha a ver com ela a decisão de saída do profissional e desencadeava uma situação muitas vezes incontornável. Podemos pensar os neurolépticos como uma contenção química que se constituiu como elemento da lógica psicossocial, enquanto um recurso que produziu uma redução do sofrimento em decorrência de uma psicopatologia exacerbada, o que favoreceu a convivência em sociedade. Vidal, Bandeira e Gontijo (2008) afirmam que a invenção dos psicofármacos foi um dos pilares que possibilitou a reinserção social de pacientes antes hospitalizados.

Uma vez Maria tendo uma contenção mais significativa das vivências psicóticas, foi possível para ela prescindir parcialmente da agressividade, e inclusive estando mais aberta para estabelecer diferentes vinculações. Ademais, concomitante ao efeito terapêutico dos psicofármacos, criaram-se estratégias de tratamento menos diretas e mais diluídas no social, como oficinas terapêuticas, circulação no território, atividades manuais, etc., ao invés de ações de cuidado mais tradicionais, como atendimento em consultório. Observou-se que a opção por um Projeto Terapêutico Singular (PTS) com intervenções menos diretas, sem convocar tão incisivamente por uma subjetividade, chamando para estar mais objetiva e pragmaticamente presente, foi algo que pode ter favorecido o fato de ela poder estar mais em convivência nos espaços territoriais. Isso está alinhavado com um aspecto atinente aos

cuidados comunitários de enfatizar a diretriz da reabilitação psicossocial, no objetivo de produzir menos dependência institucional e mais qualidade de vida (VIDAL, BANDEIRA e GONTIJO, 2008).

Assim, é válido assinalar a importância dos dispositivos de retaguarda colocarem-se à disposição para ajudar no processo de desinstitucionalização dos pacientes, não agirem burocraticamente na absorção institucional do caso, tampouco funcionarem apenas como polos que pura e simplesmente pressionam os dispositivos comunitários de referência. A internação no segundo HP foi uma oportunidade de analisar o que estava sendo feito no território, e os técnicos que ali trabalhavam, estavam em uma posição privilegiada de não estarem exauridos pelo caso. A equipe dali teve a sensibilidade de propor algumas mudanças na condução, mudanças estas que apareceram como decisivas para se prescindir posteriormente do dispositivo da internação psiquiátrica. Além donexo causal mencionado entre a introdução de novos psicofármacos e a redução da agressividade da paciente, foi na internação que se efetivou a substituição de técnicos de referência do CAPS, tanto do psiquiatra quanto do psicólogo. Pode-se observar que foi uma hospitalidade de longa duração, fato que permitiu um trabalho no SRT para qualificar melhor o tratamento que a equipe estava dando para a moradora, o que foi estruturado a partir de reuniões em conjunto com a equipe de referência do HPII. Maria estabeleceu uma relação de confiança com os profissionais de lá e é possível levantar a hipótese se isso não ajudou decisivamente para que tantas mudanças fossem implementadas sem maiores traumas. Portanto, a retaguarda em HPII desempenhou um duplo papel: a) em se reconhecendo que existem casos e circunstâncias onde pode haver a necessidade de resguardo, proteção e contenção, cumpriu tal papel (CAMPOS, 2001); b) um momento de qualificar os serviços substitutivos de referência quanto aos impasses que enfrentam no cotidiano.

Isso nos leva a pensar que o serviço de retaguarda, além do serviço comunitário, e independente de qual seja sua natureza (CAPS III, EP ou internação psiquiátrica), cumpre papel determinante para o fracasso ou não da lógica psicossocial. Considerando o caso aqui analisado, é nítido que a lógica psicossocial apenas pôde se consolidar ao haver uma estrutura de retaguarda que, em conjunto com o CAPS, construiu outras condições que tornaram mais possível posteriormente a inclusão da sua gravidade no território, não se restringindo ao asilo ou a um mero polo de pressão por alta médica sobre os serviços comunitários. É de se destacar que a retaguarda que foi efetiva não foi aquela que tinha mais propriedade da sua história, como o era em HPI, ou ocorreu em um CAPS III, serviço que, em tese, estaria mais

habilitado para tanto, em ambos a desinstitucionalização não avançou; aconteceu no HPII, dispositivo hospitalar que, diga-se de passagem, desconhecia o caso. Foi aí onde houve disponibilidade de manejar a crise e foi encontrado aparato técnico para a proposição de alterações importantes na sua condução pelos serviços comunitários. Por mais paradoxal que fosse, é importante reconhecer que o CAPS III no qual Maria foi acolhida não pôde operar decisivamente no momento em que foi utilizado, enquanto que o HPII, sim. Com isso, não estamos fazendo juízo de valor de um dispositivo em relação ao outro, simplesmente reconhecendo o que se apresentou na experiência em um contexto e período específicos. Podemos depreender daí, especialmente para pacientes de alta gravidade, que é importante utilizar todo e qualquer recurso que apareça, sendo fundamental abrir mão de posicionamentos judicativos, como poderíamos tê-lo em relação ao HPII, que, além de ser um dispositivo hospitalar, não a conhecia, e surpreendentemente, teve um papel crucial.

Podemos pensar, pois, em uma relativização da crítica feita a dispositivos de retaguarda hospitalares, considerando que estes podem se constituir em pontos de atenção estratégicos na construção e fortalecimento de uma estrutura extra-hospitalar. Aliás, na literatura que toca à própria RPI é bem claro como a desconstrução do aparato hospitalar deve ser feito de dentro do próprio asilo, à medida que se vai construindo novas estruturas em consequência da reciclagem, da reconversão e da transformação progressiva dos recursos dele, no intuito de formar "estruturas externas substitutivas a ele e suprimir (substituindo) as práticas preexistentes" (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001, p. 17-59). Campos (2001) chama atenção para a ausência de trabalho encontrada no fenômeno da porta giratória em Campinas, em nome de uma suposta desinstitucionalização, que pressiona por internações curtas, sem se interrogar nem pela entrada, permanência e pela saída do paciente, postura que apenas retroalimenta a necessidade de internar.

Em E1, houve uma reflexão em torno do que foi denominado "esgarçamento" da paciente nos serviços comunitários, o que se traduzia em uma demora em intervir e levar a paciente para dispositivos de retaguarda hospitalares. De maio a dezembro de 2015, foi posto em prática evitar ao máximo o uso deles; de janeiro a outubro de 2016, seguiu-se um período de internações ininterruptas; e, finalmente, de novembro de 2016 até julho de 2018, foi assinalado a importância, uma vez identificado que a paciente não está suportando estar no âmbito comunitário, logo levá-la para UPHG e não forçar contornos territoriais. Em E2, é mencionada a direção de trabalho de tão logo a situação-limite emergir, agir para desmontá-la, pois se o serviço comunitário estiver trabalhando exclusivamente no registro de suportá-la

sem tratá-la com eficácia, posteriormente tal “esgarçamento” poderá produzir a necessidade de um afastamento mais alongado do âmbito comunitário, o que desaguava outrora na indicação da internação psiquiátrica. Em outras palavras, na medida em que não se consegue uma minoração do sofrimento psíquico e se reprime a demanda no interior do serviço comunitário, não se recorrendo a outros dispositivos até que algo opere com eficácia, isso tende a acarretar em um segundo momento uma ruptura maior do caso com o âmbito comunitário. Quando passou a ser mais rapidamente percebido o fato de a paciente não estar suportando estar na dinâmica comunitária, e já se recorrer a um terceiro, que neste período em análise se consolidou sob o signo da UPHG, a internação psiquiátrica tornou-se dispensável. Como signo deste aprendizado, os serviços territoriais em substituição ao dispositivo de internação psiquiátrica passaram a logo encaminhá-la para a UPHG, recurso este que se apresentou suficiente para desmontar a situação-limite e o efeito de sua incidência perdurar por dias e até semanas. Desta forma, pacientes graves, como ora em análise, devem ser avaliados singularmente no momento de se pensar que estruturas devem ser acionadas para as necessidades que se lhes apresentam. Pode-se observar que neste em exame o encaminhamento para a UPHG foi algo que escapou ao fluxo esperado, uma vez que a orientação da gestão para casos em que se avaliava a indicação de leito psiquiátrico, era o encaminhamento para a hospitalidade noturna no CAPS III aliado ao tratamento diurno em caráter intensivo no CAPS de referência, porém isso não funcionou para Maria.

Em E2, é citado um trabalho conduzido pela equipe de referência do caso e a direção do CAPS de dar mais suporte para a equipe de cuidadores do SRT. Num primeiro tempo do caso, é possível apreender que sem um trabalho de reflexão junto à equipe que está mais diretamente em contato com a paciente, a tendência era criar uma relação dual com ela. A partir do momento em que a equipe teve mais espaço de escuta, foi possível a construção de outro manejo com a moradora, trabalhando-se na direção de sinalizar para a própria quando a agressividade dela atingia o outro. Tal estratégia teve como resultado um cuidado maior dela em relação às consequências dos seus atos, o que está em pleno acordo com a diretriz da reabilitação psicossocial, enquanto responsabilização do próprio paciente por suas atitudes, dando-lhe condição de entender as regras sociais e de como elas funcionam, discutindo, com ele, alternativas e ajudando-o a estabelecer novas condutas, o que é diferente ao que ocorre dentro do hospital, onde o paciente cria vários recursos para se proteger e sobreviver, utilizando-se de condutas estereotipadas e institucionalizadas para garantir alguns direitos (VIDAL, BANDEIRA e GONTIJO, 2008). Concomitante a isso, houve a possibilidade de as

situações-limite serem lidas como um índice de sofrimento dela: era um momento em que ela precisava de ajuda do outro, não de punição ou repreensão. Isso permitiu uma maior agilidade de a equipe em intervir: logo se tentaram estratégias oriundas do seio comunitário, porém, em se produzindo um efeito insuficiente, levá-la para UPHG. Era preciso aplacar o sofrimento com rapidez, pois já foi visto que não valia a pena “esgarçar”, uma vez que a tendência disso é gerar um afastamento do âmbito comunitário maior, o que redundava outrora em repetidas internações psiquiátricas.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível apreender a partir do que foi exposto até aqui que a implantação da política de desinstitucionalização é uma ação construída no decorrer da história de cada um que dela é objeto. Podemos cernir nuances em tal processo, que pode se reduzir em uma mera desospitalização, se for realizado exclusivamente para satisfazer o ideal de esvaziar hospitais psiquiátricos, sem considerar a particularidade do caso. Por vezes, especialmente para a clientela mais institucionalizada e psicopatologicamente mais grave, a travessia do asilo para o âmbito comunitário acontece às custas de muito sofrimento, o que nos leva a interrogar em que condições podemos realizar tal passagem minimizando os danos. Desse modo, desponta como conduta na eclosão de situações-limite a perspectiva de acolhimento à crise nos serviços comunitários de referência; entretanto, isso por vezes não é suficiente para interromper a gravidade do que se passa, especialmente em contextos onde a rede de atenção psicossocial, com seus diferentes recursos, não está solidamente implantada. Nesse contexto, não é incomum os serviços comunitários procederem à manutenção dos pacientes no âmbito comunitário apoiado em uma posição ideológica (CAMPOS, 2001). Uma alternativa é a transferência provisória dos cuidados para serviços de retaguarda no intuito de preservar a vida do paciente e a de terceiros e de produzir uma reorganização dos dispositivos comunitários, momento em que entram na cena dispositivos de hospitalidade, hoje sob o guarda-chuva dos CAPS III, UPHG e leitos remanescentes de hospital psiquiátrico.

No caso específico apresentado, o uso de dispositivos de retaguarda se deu por um período considerável no uso de dispositivos de internação psiquiátrica, em um primeiro momento, e na UPHG, em um segundo. Se considerarmos que era uma paciente residente de um SRT e em tratamento intensivo no CAPS de referência, e tendo em vista que havia à disposição CAPS III no território, configurou-se um contrassenso o uso de dispositivos de retaguarda hospitalares. No entanto, foi amparado neles que o processo de desinstitucionalização dela foi adiante. Por isso, podemos afirmar que cada caso deve ser avaliado singularmente em termos de que estruturas devem ser acionadas para as necessidades que se lhe apresentam, o que inclusive pode depender até mais do engajamento dos profissionais nos dispositivos receptores do que da própria natureza do serviço. Tal ponto é uma questão que se abre para o caso que foi aqui examinado, pois é inegável que o trabalho individual feito pelos profissionais no HPII repercutiu posteriormente na evolução do caso,

sobretudo se consideramos o fato de não haver recidiva de internação na sequência e ter sido possível a transferência da função de retaguarda para a UPHG.

Podemos notar que a desinstitucionalização é tanto mais exitosa, quanto mais puder ser moldada segundo a singularidade de cada caso, com utilização de dispositivos da RAPS para ele mais operativos, o que pode implicar, algumas vezes, no uso de dispositivos que não são de natureza comunitária, mas podem paradoxalmente favorecer uma transição para o território. Porém, é válida a ressalva de que o uso de dispositivos asilares para suprir uma falta de retaguarda no âmbito comunitário pode ser um alerta de uma RAPS que precisa ser melhor estruturada. Sendo assim, acreditamos que na medida em que os serviços territoriais puderem ser aprimorados e ampliados, o que inclui tanto a instalação de mais serviços quanto o investimento continuado em cada um deles, a internação psiquiátrica vai sendo igualmente dispensável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P.F. *Avaliação de Serviços em Saúde Mental: o desafio da produção de indicadores para a Atenção Psicossocial*. 2002. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

AMARAL, M.A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, vol. 31, n. 3, p. 288-295, 1997.

AMARANTE, P.D.C. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4º Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. 4. ed. Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. *Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMORIM, A. & DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 1, p. 195-204, 2009.

ARGILES, C.T.L. et al. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 7, p. 2049-2058, 2013.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARTON, R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: a review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatric Services*, vol. 50, n. 4, p. 525-32, 1999.

BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. 3.ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

BEZERRA, C.G. & DIMENSTEIN, M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental*, Barbacena, vol. 9, n. 16, p. 303-326, 2011.

BEZERRA, B.J. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*, vol. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BOSI, M.L.M. et al. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 17, n. 3, p. 643-51, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS, nº 106, de 24 de fevereiro 2000. Brasília, DF. Diário Oficial da União.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. *Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios: Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2010.

CAMPOS, GWS; ONOCKO-CAMPOS, RT; DEL BARRIO, LR. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 18, n. 10, p. 2797-2805, 2013.

CASTRO, S.A. *Caracterização sociodemográfica e clínica das reinternações psiquiátricas no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, no período de 2006 a 2007*. Dissertação (Mestrado), Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2009.

CLARK R.E. & SAMNALIEV M. Psychosocial treatment in the 21st century. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2005, vol. 28, n. 5, p. 532-544.

COSTA, N.R. et al. Atores, política pública e instituições da reforma psiquiátrica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, n. 12, p. 4576-4576, 2011.

CRESWEL, J.W. *Investigação qualitativa & Projeto de Pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. 3.ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

DELGADO, J. Reflexões na cidade sem manicômio. In: DELGADO, Jaques (Org.). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1991.

DELGADO, P.G.G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, vol. 63, n. 2, p. 114-121, 2011.

_____. Atenção psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, n. 14, 1999.

_____. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, vol. 63, n. 2, 2011.

_____. Sobrecarga do Cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. *Physis*, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 4, p. 1103-1126, 2014.

DELL'ACQUA, G. & MEZZINA, R. Resposta à crise – estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: DELGADO, Jaques (Org.). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-95.

DESVIAT, M. A Reforma Psiquiátrica. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DIAS, M. K.; WEBER, R. G. & DELGADO, P. G. Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: HUCITEC. 2010.

ELIA, D. D. S. *O CAPS fora de si: um estudo sobre a atenção à crise no município do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

FAGUNDES, H. & LIBÉRIO, M. Apresentação. In: LIBÉRIO, M. & ALBUQUERQUE, P. (Org.) *12 anos de CAPS na Cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revista da Escola de Saúde Mental, p.11-14. 2008.

FRANCO, B. & GALLIO, G. Vocação terapêutica e luta de classes. In: DELGADO, Jaques (Org.). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1991.

FERREIRA, G.B. et al. As contribui es da rede social no processo de desinstitucionaliza o da loucura. *Revista de Pesquisa: Cuidado   Fundamental*, vol. 6, n. 3, p. 976-986, 2014.

FERRO, L.F. Trabalho Territorial em Hospitais Psiquiátricos –Construindo no presente um futuro sem manicômios. *Psicologia, Ciência e Profissão*, vol. 29, n. 4, 2009.

FOUCAULT, M. *Histoire de la Folie   l' ge Classique*. Paris: Plon, 1961.

FUNDA O OSWALDO CRUZ, F. C. G. *Inova es e Desafios em Desinstitucionaliza o e Aten o Comunitária no Brasil*. In: Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico. Rio de Janeiro: Funda o Oswaldo Cruz (Fiocruz), Funda o Calouste Gulbenkian, Organiza o Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS); 2015.

FURTADO, J.P. et al. Inser o social e habita o: um caminho para a avalia o da situa o de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. *Interface (Botucatu)*, vol. 14, n. 33, p. 389-400, 2010.

GASTAL, F. et al. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Revista de Saúde Pública*, vol. 34, n. 3, p. 280-285, 2000.

GONCALVES, R.W.; VIEIRA, F. S. & DELGADO, P.G.G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolu o do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev. Saúde Pública*, vol.46, n. 1, p. 51-58, 2012.

GUSMÃO, R.O.M. et al. Revolving door – reinternaq o psiquiátrica hospitalar. *Humanidades*, Montes Claros, vol. 6, n. 2, p. 75-85, 2017.

HAVASSY, B.E. & HOPKIN J.T. Factors predicting utilization of acute psychiatric inpatient services by frequently hospitalized patients. *Hosp Com Psychiatry*, vol. 40, n. 8, p. 820-3, 1989.

HAYWOOD, T.W. et al. Predicting the “revolving door” phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *The American Journal of Psychiatry*,

vol. 152, n. 6, p. 856-861, 1995.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

JARDIM, K. F. *Habitando o paradoxo: atenção à pessoa em crise no campo da saúde mental*. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

LEAL E.M. & DELGADO, P.G.G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 137-154.

LEÃO, A. & BARROS, S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. *Interface (Botucatu)*, vol. 15, n. 36, p. 137-152, 2011.

LIMA, S.S. & BRASIL, S.A. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. *Physis*, vol. 24, n. 1, p. 67-88, 2014.

MACHADO, V.; MANCO, A.R.X. & SANTOS, M.A. A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 21, n. 5, p. 1472-1479, 2005.

MARCOS, C.M. A reinvenção do cotidiano e a clínica possível nos “Serviços Residenciais Terapêuticos”. *Psyche*, vol. 8, n. 14, p. 179-190, 2004.

MINAYO, M. C. de S. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2001.

NICÁCIO, M. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços da saúde Mental*. Campinas, UNICAMP/Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, 2003, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva).

NUNES, M.; JUCÁ, V.J. & VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 23, n. 10, p. 2375-84, 2007.

OLIVEIRA A.G.B & ALESSI N.P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 10, n. 1, p. 191-203, 2005.

PANDE, M.N.R & AMARANTE, P.D.C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.

PARENTE, C.J.S. et al. O fenômeno de revolving door em hospitais psiquiátricos de uma capital do Nordeste brasileiro. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, vol. 11, n. 4, p. 381-6, 2007.

PINHO, L.B. et al. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 30, n. 4, p. 354-360,

2011.

PITIÁ, A.C.A & FUREGATO, A.R.F. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. *Interface (Botucatu)*, vol. 13, n. 30, p. 67-77, 2009.

PITTA, A.M.F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, n. 12, p. 4579-89, 2011.

RAMOS, D.K.B; GUIMARÃES, J. & ENDERS, B.C. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface (Botucatu)*, vol. 15, n. 37, p. 519-27, 2011.

RIBEIRO, A.M. A ideia de referência: o acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, vol. 14, n. 1, p.73-83, 2009.

RIZZINI, I. *A institucionalização de crianças no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. PUC Rio, 2004.

RODRIGUES, J.; BROGNOLI, F.F. & SPRICIGO, J.S. Associação dos usuários de um centro de atenção psicossocial: desvelando sua significação. *Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 15, n. 2, p. 240-245, 2006.

ROMAGNOLI, R.C. et al. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. *Interface (Botucatu)*, vol. 13, n. 30, p. 199-207, 2009.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. & MAURI, D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SADIGURSKY, D. & TAVARES, J.L. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 6, n. 2, p. 23-27, 1998.

SALLES, M.M. & BARROS, S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, vol. 41, n. 1, p. 73-81, 2007.

SANTOS, N.S. et al. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia. Ciência e Profissão*, Brasília, vol. 20, n. 4, p. 46-53, 2000.

SCHERER, Z.A.P. & SCHERER, E.A. O doente mental crônico internado: uma revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, vol. 9, n. 4, p. 56-61, 2001.

SWIGAR, M.E. et al. Single and repeated admissions to a mental health center: demographic, clinical and use of service characteristics. *International Journal Society of Psychiatry*, vol. 37, n. 4, p. 259-66 1991.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde -Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, abr. 2002.

THORNICROFT, G. & TANSELLA, M. *Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária*. São Paulo: Manole, 2010.

_____. *Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental?* Pesquisas e Práticas Psicossociais, vol. 3, n. 1, São João Del-Rei, Ag. 2008

VAINER, A. A. *Demanda e Utilização do Acolhimento Noturno em Centro de Atenção Psicossocial III na Cidade do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

VIDAL, C.E.L; BANDEIRA, M. & GONTIJO, E.D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, vol. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

YASUI, S. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. *História, Ciências, Saúde -Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 2, p. 585-589, 2011.

WILLRICH, J. Q. et al. Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol.47 n.3, Jun, 2013.

YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXO I

USO DE SERVIÇOS DE RETAGUARDA HOSPITALARES DE 01/2015 A 11/2016

Uso de serviços de retaguarda da rede municipal de Saúde Mental de 05/2015 a 13/03/2017					
	De	Até	Intervalo em dias entre alta médica anterior e reincidência de internação psiquiátrica	Local	Tempo em dias de internação
1	20/05/15	22/05/15	-	HPI	2
2	31/07/15	07/08/15	69	HPI	7
3	07/10/15	24/10/15	60	HPI	17
4	11/12/15	04/02/16	47	HPIII e HPI	53
5	12/02/16	26/02/16	8	HPIV	14
6	26/02/16	20/04/16	0	HPI	54
7	06/06/16	07/07/16	46	HPI	31
8	07/07/16	08/08/16	0	HPI	31
9	13/08/16	11/11/16	5	HPII	88

Balanco de 2016				
Nº de internações em hospital psiquiátrico	Nº de dias internada no ano	Nº de dias em acolhimento noturno no CAPS III	Nº de passagens pela emergência psiquiátrica	Nº de dias fora de da internação
6	251	7	10	100

ANEXO II

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O PSICÓLOGO DE REFERÊNCIA DO PERÍODO DE 01/2015 A 10/2016

1. Observou-se sucessivas internação psiquiátricas em 2016 da paciente. A que você atribui isso?
2. Como eram as situações que antecediam às internação psiquiátricas da paciente neste período?
3. Como isso era manejado pelo CAPS?
4. Havia um alinhamento entre o tratamento e o SRT em relação ao que fazer, a como manejar estas situações?
5. Que fatores você acredita que mais pesaram na tomada de decisão de interná-la por parte do CAPS?
6. Que desdobramentos a internação da paciente tinha para o tratamento dela e o SRT?
7. O que você avalia que poderia ter sido feito (além do que de fato foi feito) em termos de Atenção à Crise no âmbito comunitário para favorecer a substituição da internação em hospital psiquiátrico? O que não teria sido possível fazer?

ANEXO III

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O PSICÓLOGO DE REFERÊNCIA DO PERÍODO DE 11/2016 A JULHO DE 2018

1. Observou-se que a paciente vinha de uma sequência de internações psiquiátricas desde 2015 até 11/2016. A partir de 11/2016, há uma interrupção neste ciclo e ela não interna mais. A que você atribui isso?
2. O que você avalia que passou a ser feito em termos de Atenção à Crise no âmbito comunitário para favorecer a substituição da internação em hospital psiquiátrico?
3. Que fatores, a seu ver, contribuíram decisivamente para não se recorrer mais a internação psiquiátrica?
4. Você acredita que houve um tratamento diferente pelo CAPS que contribuiu para não precisar mais recorrer à internação psiquiátrica? Se sim, descreva-o.
5. Tendo em vista que não se recorre mais para a internação psiquiátrica, que desafios para o cuidado no âmbito comunitário existem neste momento no caso?

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da Pesquisa: *“Atenção psicossocial e o desafio dos processos de desinstitucionalização: um estudo de caso”*

Nome do Pesquisador: *Paulo Lannes Fernandes*

Nome da Orientador(a): *Prof. Maria Cristina Ventura Couto*

- 1. Apresentação do pesquisador:** *O pesquisador é mestrando do Programa de Mestrado Profissional em atenção psicossocial, do Instituto de Psiquiatria, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). A presente pesquisa será apresentada como dissertação para conclusão do curso.*
- 2. Natureza da pesquisa:** *o Sr. (Sra.) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem a finalidade de descrever e analisar as situações no âmbito comunitário que foram decisivas para indicar repetidas vezes a internação hospitalar psiquiátrica de um caso acompanhado pelo CAPS e morador de um SRT do município do Rio de Janeiro. Pretende também, ao analisar a evolução do caso, extrair e delimitar o que se configurou como incompatível para a continuidade do tratamento no âmbito comunitário; delinear o que estava ausente ou insuficiente na estrutura dos dispositivos comunitários que, se contemplados, permitiriam que o caso pudesse continuar em tratamento no âmbito comunitário. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.*
- 3. Participantes da pesquisa:** *Dois (2) participantes serão entrevistados, sendo dois acompanhantes terapêuticos, um técnico de enfermagem e um cuidador, todos estes trabalhando no Serviço Residencial Terapêutico em que o paciente mora, além de dois psicólogos e dois psiquiatras do dispositivo comunitário de tratamento do caso.*

4. **Envolvimento na pesquisa:** *ao participar deste estudo, o Sr. (Sra.) permitirá que o(a) pesquisador(a) possa lançar luz sobre o fenômeno das reinternações psiquiátricas em pleno funcionamento da atenção psicossocial a partir de um caso paradigmático pelo Sr. (Sra.) conhecido. O Sr. (Sra.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o Sr. (Sra.). Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone ou endereço eletrônico do(a) pesquisador(a) ou da orientadora do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.*
5. **Sobre as entrevistas:** *As entrevistas serão individuais e realizadas em um espaço onde haja privacidade. Gravaremos cada entrevista, procederemos à respectiva transcrição e análise delas. O material será arquivado por um período de cinco anos, sob a responsabilidade do pesquisador(a).*
6. **Benefícios:** *O estudo pretende trazer contribuições para qualificar a assistência no campo da atenção psicossocial. O pesquisador se compromete em fazer uma devolutiva, por meio da apresentação de pesquisa, nos serviços em que coletou os dados e em outros que concernem ao campo, assim contribuindo para melhoria da assistência nos serviços da atenção psicossocial na cidade do Rio de Janeiro.*
7. **Riscos:** *Por se tratar de uma pesquisa que utilizará como instrumento de coleta de dados a entrevista, poderão haver riscos de cunho psicológico para os participantes. O pesquisador se compromete a estar atento a tais riscos e interromper imediatamente o processo de pesquisa caso os identifique, ajudando imediatamente o participante a se restabelecer e verificar se é efetivamente desejo deste em participar da pesquisa. Caso se verifique que não é, a pesquisa será interrompida imediatamente.*
8. **Confidencialidade:** *todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o pesquisador e a orientadora terão conhecimento dos dados. No texto da Dissertação ou em artigos publicados os entrevistados não serão identificados.*
9. **Pagamento:** *o Sr. (Sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada lhe será pago por sua participação.*

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, preencha, por favor, os itens que se seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, estou ciente das informações acima e firmo este '**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**', concordando em participar desta pesquisa. Fico ciente também de que uma via deste termo permanecerá comigo e a outra via será arquivada com o pesquisador responsável.

_____, ____ de ____ de ____

Nome do(a) Participante da Pesquisa

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

Assinatura do(a) Pesquisador(a) – Paulo Lannes Fernandes

Telefone: (21) 99163-1848

E-mail: paulo.lannes.fernandes@hotmail.com

Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizaev.do?id=K4299928J5>

Endereço: Avenida Venceslau Brás 71, Fundos, Botafogo. Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas em Saúde Mental (NUPPSAM), IPUB/UFRJ (Prédio de Gabinete de Direção). Aberto de segunda a sexta-feira das 9h às 17h. Fone: (21) 3938-5516.

Assinatura da Orientadora – Prof. Maria Cristina Ventura Couto

Telefone: (21) 99607-4360

E-mail: cris.ventura13@yahoo.com.br

Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4511427U2>

Endereço: Avenida Venceslau Brás 71, Fundos, Botafogo. Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas em Saúde Mental (NUPPSAM), no IPUB/UFRJ (Prédio de Gabinete de Direção). Aberto de segunda a sexta-feira das 9h às 17h. Fone: (21) 3938-5516.

**Da Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Psiquiatria da UFRJ
(IPUB/UFRJ) – Instituição Proponente**

Coordenador(a) do CEP/IPUB: Profa. Rosa Gomes dos Santos Ferreira

Endereço: Avenida Venceslau Brás, 71 (Fundos), Botafogo, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 22.290-140
(localizado no prédio de Gabinete de Direção)

Telefone: (21) 3938-5510

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br

**Comitê de Ética (CEP) da Secretaria de Saúde Municipal do Rio de Janeiro – Instituição Co-
Participante**

Endereço: Rua: Evaristo da Veiga 16, 4º andar, sala 401, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20031-040

Tel.: (21) 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br