

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ALEXANDER GARCIA DE ARAÚJO RAMALHO

TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: um estudo sobre
uma experiência desenvolvida no Instituto Municipal Philippe Pinel no Município do Rio de
Janeiro

RIO DE JANEIRO

2018

ALEXANDER GARCIA DE ARAÚJO RAMALHO



TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: um estudo sobre
uma experiência desenvolvida no Instituto Municipal Philippe Pinel no Município do Rio de
Janeiro

Dissertação de mestrado profissional apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Atenção
Psicossocial, Instituto de Psiquiatria, Universidade
Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à
obtenção do título de mestre em Atenção
Psicossocial

Orientador: Erialdo Nicácio

RIO DE JANEIRO

2018

CIP - Catalogação na Publicação

R375t Ramalho, Alexander Garcia de Araújo
TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO E
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: um estudo sobre uma
experiência desenvolvida no Instituto Municipal
Philippe Pinel no Município do Rio de Janeiro /
Alexander Garcia de Araújo Ramalho. -- Rio de
Janeiro, 2018.
88 f.

Orientador: Erimaldo Nicácio.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa
de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial, 2018.

1. Reabilitação Psiquiátrica. 2. Sistema de Apoio
Psicossocial. I. Nicácio, Erimaldo, orient. II.
Título.

ALEXANDER GARCIA DE ARAÚJO RAMALHO

TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: um estudo sobre
uma experiência desenvolvida no Instituto Municipal Philippe Pinel no Município do Rio de
Janeiro

Dissertação de mestrado profissional apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Atenção
Psicossocial, Instituto de Psiquiatria, Universidade
Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à
obtenção do título de mestre em Atenção
Psicossocial

Aprovada em de de 2018

Erimaldo Nicácio, Doutorado, Professor da UFRJ.

Membro da banca: Ana Paula Freitas Guljor, Doutora em Saúde Pública – ENSP; Professora
ENSP\FIOCRUZ.

Membro da banca: Claudio Gruber Mann, Doutor em Ciências - ENSP; Pesquisador
colaborador do IPUB-UFRJ e da Columbia Global Center – Columbia University-NY

DEDICATÓRIA

A todos os usuários de saúde mental que ainda resistem vivos nos manicômios cariocas e se reinventam diariamente aguardando pela dignidade de um lar.

ARGRADECIMENTOS

Aos pais, Celso Augusto e Miriam Ramalho, por terem plantado e cultivado a semente do amor e do conhecimento em mim, e lutado por toda vida para me possibilitar ter acesso à educação.

À Celso Garcia Ramalho, meu Irmão, pela generosidade de compartilhar conhecimentos e amizade.

À Alessandra Mendes, esposa, mulher guerreira e determinada. Obrigado pela alegria de viver intensamente a vida.

À Alex Mendes e Jéssica Motta, filhos do coração que me fazem repensar sobre a vida a todo momento.

À Linda, filha amada que me faz querer lutar por um mundo justo e sem desigualdades sociais.

À Ana Carla Silva, irmã de coração amiga querida que esteve comigo em várias jornadas e lutas por uma sociedade sem manicômios. Topou o desafio de dirigir o Instituto Philippe Pinel

Ao meu orientador Erimaldo Nicácio, pela paciência, por apostar nesse projeto e permitir que eu pudesse escrever o meu trabalho, gratidão

À Ana Cristina Figueiredo (Coordenadora do mestrado), por não me deixar desistir e incentivar até o fim.

Aos meus professores de graduação e minhas inspirações profissionais no campo da Enfermagem e Saúde Mental, Cristina Loyola e Walcyr de Oliveira (Mestre Gandalf).

À Paulo Amarante que me apresentou à Goffman e Foucault na pós-graduação em Atenção Psicossocial em 1999.

Ao amigo de sempre Sérgio Alarcon, pelos conhecimentos e informações sempre atualizados sobre política e saúde mental.

À Claudio Gruber Mann, o Paulinho do Roupa Nova...(risos), por me incentivar no início de minha vida profissional a nunca deixar de estudar e de me capacitar.

À Pilar Belmonte que sempre me incentivou, e foi uma das pessoas responsáveis por eu ter iniciado o Mestrado.

À Mara Faget, Bianca Bruno, amigas queridas que me ensinaram a escutar e ponderar na vida. Obrigado pelas longas conversas.

À Margareth Araújo, amiga de mestrado e da vida. Obrigado pelas conversas e pelo apoio.

Ao amigo e parceiro de todas as horas Ricardo o administrador que resolve tudo...rs

À amiga Carla Paes Leme pelo incentivo desse trabalho

À Ana Paula Guljor que topou encima da hora avaliar o trabalho, sou muito grato pela generosidade.

Aos amigos e chefes Hugo Fagundes e Madalena Libério que apostaram no ano de 2004 em um futuro gestor de saúde mental.

À artista e amiga Rogéria Barbosa, obrigado por me ensinar a cuidar.

À Ruth Millus Rocha, um ícone da enfermagem brasileira com quem tive o prazer de trabalhar e aprender diariamente.

À toda equipe do Instituto Municipal Philippe Pinel, em especial aos amigos Jurema, Paulo, Márcia (aposentada), Renato, Marcão, Camila, Déborah, Aline Cescon, Ana Felisberto, Sandra Pacheco, Marcos Alves, Maria Clara, Cristiane (Psicóloga), Cristiane (Assistente Social), Maria Luiza, Patrícia Hermida, Luciana (minha nutricionista preferida), Zé Carlos nosso motorista, os vigilantes vascaínos..rs (Marcos, Edson, Alex, Reinaldo e Putão), Sandra (enfermeira), Eduardo Pontes, Rosângela (enfermeira), Marco (enfermeiro), Rogério (enfermeiro), Ana Cecília, Ana Pantoja e Renata (Farmacêuticas), Marquinho e Gustavo, profissionais incríveis que na adversidade conseguem transformar a vida de muitos usuários.

À equipe do IMAS Juliano Moreira, em especial a amiga Luciana Cerqueira; José Roberto, Marcos Lima, Washington Motta, Justino Caputo, Jair Denozor, Rosângela Nery, Bruna Fernanda e Virgínia. Meus diretores que irão fechar esta instituição manicomial.

Aos amigos e colegas enfermeiros e psicólogos da Universidade Estácio, Luciane, Luciana, Rodrigo, Caroline, Paulo, Rosângela, Richard, Nilton e Mariza. Obrigado pela oportunidade de levar conhecimento aos alunos de graduação.

“Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça” (Cora Coralina)

RESUMO

RAMALHO, Alexander Garcia de Araújo. TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: um estudo sobre uma experiência desenvolvida no Instituto Municipal Philippe Pinel no Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

O processo de desinstitucionalização se inicia a partir dos hospitais psiquiátricos, não apenas na tentativa clínica de desconstrução do modelo manicomial, mas na operacionalização da implantação das Residências Terapêuticas, que inicialmente estavam ligadas aos Institutos. Buscamos neste estudo analisar a experiência exemplar ocorrida no Instituto Municipal Philippe Pinel no Município do Rio de Janeiro, a partir de uma revisão histórica da transinstitucionalização e desinstitucionalização da abordagem psiquiátrica nas instituições mundiais e no Brasil. Na tentativa de contribuir com estes processos que se inserem no âmbito da reforma psiquiátrica, apontamos para os desafios e limites das instituições que cuidam da assistência psicossocial do indivíduo no Município do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Reabilitação Psiquiátrica. Sistema de Apoio Psicossocial.

ABSTRACT

RAMALHO, Alexander Garcia de Araújo. TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: um estudo sobre uma experiência desenvolvida no Instituto Municipal Philippe Pinel no Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

The process of deinstitutionalization starts from the psychiatric hospitals, not only in the clinical attempt to deconstruct the asylum model, but also in the implementation of the Therapeutic Residences, which were initially linked to the Institutes. We seek to analyze the exemplary experience at the Philippe Pinel Municipal Institute in the city of Rio de Janeiro, based on a historical review of the transinstitutionalization and deinstitutionalization of the psychiatric approach in the world institutions and in Brazil. In an attempt to contribute to these processes that are part of the psychiatric reform, we point to the challenges and limits of the institutions that care for the individual's psychosocial assistance in the city of Rio de Janeiro.

Keywords: Psychiatric Rehabilitation. Psychosocial Support System.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GT	Grupo de Trabalho
GTD	Grupo de Trabalho sobre Desinstitucionalização
IMPP	Instituto Municipal Philippe Pinel
IPUB	Instituto de Psiquiatria da UFRJ
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NAICAP	Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Psicótica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
POP	Protocolo Operacional Padrão
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RIP	Recepção Integrada em Psiquiatria
RT	Residência Terapêutica
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SSM	Superintendência de Saúde Mental

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Leitos em utilização	36
Tabela 2: Leitos cadastrados no CNES.....	36
Tabela 3: Indicadores do IMPP – Tempo médio de permanência do usuário internado na instituição.	38
Tabela 4: Indicadores do IMPP – Situação geral do hospital.....	39
Tabela 5: Indicadores do IMPP – Atendimentos no setor de emergência.....	39
Tabela 6: Informação de alta dos usuários do período pesquisado.....	42

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	iv
LISTA DE TABELAS	v
INTRODUÇÃO - APRESENTAÇÃO	1
1. Reforma Psiquiátrica: Desinstitucionalização e Transinstitucionalização	11
2. A RAPS Carioca.....	19
2.1 Os grupos de trabalho de Desinstitucionalização	26
2.2 As Residências Terapêuticas	31
2.3 Os Hospícios dos Cariocas	33
3 - Capítulo – O Instituto Municipal Philippe Pinel: Uma Experiência de Transinstitucionalização. .	37
3.1 – Usuários de longa permanência	41
3.2 – Os critérios e ações para desinstitucionalização	46
3.3 – Os efeitos da transinstitucionalização.....	48
3.4 – As perspectivas para saída.....	53
4. Os Casos	55
4.1 Caso E (Transinstitucionalização da Clínica Pedro de Alcântara conveniada com o SUS)	55
4.2 Caso W (Transinstitucionalização do Sanatório Rio de Janeiro, conveniado com o SUS)	58
Considerações finais.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXO A – Roteiros para entrevistas.....	68
ANEXO B – Termo de consentimento e livre esclarecimento.....	70
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP	72

INTRODUÇÃO - APRESENTAÇÃO

Após a Segunda Guerra Mundial, na Europa e Estados Unidos, com a necessidade de uma reconstrução de países, mudanças econômicas e sociais se colocaram para a sociedade e o lugar do Hospital psiquiátrico passou a ser questionado fortemente e várias críticas surgem sobre os métodos, condições e situações e violência sofridas pelos pacientes.

Desviat (2008), aponta que por diferentes vias as mudanças no Hospital ou sua abolição.

O New Deal norte-americano e a revolta contra instituições, que atingiu seu ponto máximo no questionamento sem precedentes da ordem social contemporânea do maio francês de 1968, influíram decisivamente na ruptura do paradigma psiquiátrico construído ao longo do século XIX. (DESVIAT, 2008, p 23).

A proposta democrática com a vitória dos aliados, é difundida e traz perspectivas interessantes, assim como ideias e práticas que se espalham sendo difundidas como uma reforma na Psiquiatria.

A comunidade terapêutica e a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor e a psiquiatria comunitária, a psiquiatria democrática Italiana; são exemplos destas práticas inovadoras que buscam a quebra do paradigma do enclausuramento e da exclusão.

Uma das primeiras experiências reformistas foi à comunidade terapêutica. Forma de intervenção que possuía a lógica organizada na relação com a democracia, com a participação e ação terapêutica de todos os envolvidos da comunidade. Com importante ênfase no trabalho e na comunicação, como ferramentas essenciais do processo de recuperação e reorganização dos seus membros.

A Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, conforme Alves (2009), tinham por objetivo, a promoção da restauração do aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico e a recuperação da função terapêutica da Psiquiatria. Uma tentativa de salvar o manicômio conforme escreveu Manuel Desviat. Contudo havia uma diferença importante entre ambas, pois a Psiquiatria de Setor, não acreditava ser possível realizar tal obra dentro de uma instituição manicomial, promovendo suas ações no âmbito comunitário, e tendo a internação apenas como uma das etapas do tratamento.

A Psiquiatria Democrática Italiana surge com Franco Basaglia na Itália, após este assumir a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, onde se depara com a realidade da exclusão produzida pelo manicômio.

Amarante (1996, p 71), relata que Basaglia ficou bastante impactado com a realidade do manicômio e buscou novas experiências para poder pensar formas de contrapor as ações e práticas instituídas. Basaglia (1991) refere que utilizou experiências de outros países, principalmente a da Comunidade Terapêutica do Inglês Maxwell Jones para pensar a oposição ao lugar do manicômio, contestando suas práticas excludentes. A necessidade de superação da realidade manicomial se fez presente, tendo como única alternativa a extinção do manicômio, que carrega diversas contradições sociais, impondo ao doente mental a discriminação e isolamento como sujeito, fatores que acarretam sua ausência e participação em uma sociedade democrática.

O Hospício é percebido como o lugar que contribui para destituição do sujeito, tirando dele a dignidade, o matando a cada dia impiedosamente, pois os frágeis corpos não suportam resistir muitos anos e se rendem a dominação e a exclusão.

O entendimento de Basaglia sobre a loucura extrapola o diagnóstico e passa a ter relação com o trabalho, a sociedade e as relações da vida social.

Rotelli (2000) nos diz que o manicômio é o lugar de troca social zero, pois a finalidade é destruir qualquer forma de produção social, e relação humana.

Franco Basaglia então passa a propor a desinstitucionalização como forma de negação da psiquiatria como ideologia, que vai desde a negação da instituição manicomial, do poder absoluto do saber médico psiquiátrico, assim como a negação e denúncia da violência aos pacientes dentro e fora da instituição.

Tem início um período de lutas e reivindicações de mudança das práticas institucionais que se dissemina por toda Itália e posteriormente mundo a fora. A relação com a produção e o trabalho, o adoecimento, a situação das famílias e principalmente o lugar dos usuários no mundo contemporâneo são questionados, e pensadas novas formas de manejo. Uma destas novas ações foram as cooperativas sociais de trabalho, propondo a inclusão social e mudança do lugar do louco, passando a agente produtor e subjetivando suas relações com a cidade. Após anos de lutas, em 1978, o Parlamento da Itália aprovou a Lei 180, sobre a Reforma Psiquiátrica, conhecida como Lei Basaglia. Esta posteriormente foi anexada a Lei da Reforma Sanitária.

A lei 180 aponta para uma mudança radical nas formas de cuidado e direciona o modelo indicando ações democráticas, participativas, contribuindo para ressignificação dos conceitos e práticas psiquiátricas. Esta lei influenciou grande parte das nações, inclusive o Brasil.

Na década de 70, os movimentos por uma sociedade sem manicômios cresceram promovendo práticas mais adequadas e que diminuíssem o sofrimento dos pacientes e melhorassem as condições de trabalho dos profissionais, culminou na I Conferência Nacional de Saúde Mental e II Congresso dos Trabalhadores de Saúde Mental, no ano de 1987. Nesse espaço usuários, familiares e profissionais puderam discutir e elaborar documentos visando novas práticas assistências e exigindo o fechamento dos hospitais psiquiátricos. No ano de 1989 o Deputado Federal Paulo Delgado apresentou o projeto de Lei 3657, propondo explicitamente a extinção dos manicômios e a inclusão de novas práticas baseadas em serviços de base territorial. Este projeto tramitou no Congresso Federal e Senado por 12 anos, sendo sancionado em 06 de abril de 2001 como Lei 10.216, ou Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na qual se baseia a atual política Nacional de Saúde Mental. A Lei aprovada não fala claramente na extinção dos hospitais, contudo aponta a necessidade do término destes e a mudança de modelo na assistência ao usuário de saúde mental.

Muito se avançou, então após 17 anos da publicação da lei, contudo continuam em funcionamento na Cidade do Rio de Janeiro três hospitais psiquiátricos municipais (Instituto Municipal Philippe Pinel – IMPP, Instituto Municipal Nise da Silveira – IMNS e Instituto Municipal de Assistência a Saúde Juliano Moreira – IMASJM) que, de acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (acessado em Novembro de 2018), possuem juntos 435 leitos psiquiátricos cadastrados.

Nesse período ocorreu o fechamento de clínicas conveniadas com o SUS, que eram verdadeiros depósitos de seres humanos, lugares em que a expressão da singularidade do sujeito, e as trocas sociais praticamente não existiam.

Em sua tese de doutorado Mayerhoffer (2015), aponta vários avanços no processo de desinstitucionalização que culminaram no fechamento de leitos psiquiátricos na Cidade do Rio de Janeiro: “... Para olharmos o cenário em perspectiva, cabe lembrar que há quase vinte anos o número de leitos psiquiátricos no município do Rio, que hoje é de 1779 leitos 89 cadastrados no CNESNet era de 5636...” (MAYERHOFFER, 2015, p. 97).

É difícil precisar quando teve início este processo de transinstitucionalização na cidade do Rio de Janeiro na contemporaneidade.

Se utilizarmos um marco histórico poderíamos dizer que desde a criação do Hospital Pedro II na Praia vermelha em 1852, quando diversos pacientes foram transferidos da Santa Casa de Misericórdia para lá, a transinstitucionalização já ocorria no Rio. Além disso a criação das colônias agrícolas no fim do século XIX e início do século XX também poderiam

ser consideradas transinstitucionalizações, porém existem aspectos bem diferentes daquela época para a atual; e a função de transferência era outra. O próprio conceito de transinstitucionalização que está atrelado ao de desinstitucionalização só passou a ser discutido e entendido na década de 50.

Contudo em relação ao nosso tempo, podemos datar do final dos anos 90, com o fortalecimento das ações de desinstitucionalização e o respectivo fechamento de clínicas conveniadas com o SUS, este período de início da Transinstitucionalização na cidade.

A enfermaria “lugar de passagem” no Instituto Municipal Nise da Silveira é um bom exemplo. Criada em 2001 para receber usuários do sexo feminino egressos da clínica Dr. Eiras de Paracambi após intervenção Estadual, foi uma das primeiras experiências na cidade demonstrando a posição clara da política de saúde mental do Rio de Janeiro em fechar hospitais públicos-privados que prestavam uma péssima assistência aos usuários de saúde mental.

Fica claro na entrevista abaixo esta direção política adotada.

O processo de desinstitucionalização no Rio ele tem uma concomitância com o momento histórico da implantação dos CAPS e aí a gente tá mais ou menos se referindo ao final dos anos 90, 97, 98, enfim, entre 98 até 2000, é um momento de muita força na política Municipal para poder fazer, criar um ninho de rede no Centro de Atenção psicossocial, com isso mudando o modelo, né, dá atenção hospitalocêntrica pro modelo substitutivo, né, de práticas assistenciais já com a clínica da atenção psicossocial como norte, como direção, mas nesse instante o processo de desinstitucionalização ele não tinha essa nitidez, mas no momento em que a gente foi se havendo como é que termina em um modelo hospitalocêntrico tendo tantos e tantos pacientes internados de uma vida, eu acho que isso promove todo momento onde se precisa pensar que tipo de trabalho, que tipo de assistência à política pública Municipal e política pública nacional teria que ser haver com isso. Pela vista da lei ela vem na 10.216, mas de qualquer forma, eu acho que para a gente no município do Rio isso vai se colocando assim, nesse pós, nessa implantação dos CAPS, acho que em torno de 99, 2000, 2000 poucos primeiros anos entre final dos anos 90 e início dos anos 2000 isso torna uma questão bastante relevante porque senão a gente não conseguiria mudar o modelo de assistência. Acho que esse é o tempo histórico onde eu consigo mapear isso. (Entrevista Gestor 1)

Este processo não ocorreu de forma homogênea na Cidade conforme está colocada por Enara Vieira (2013) em sua tese de mestrado que fala sobre a experiência de desinstitucionalização da Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi:

O Rio de Janeiro ao longo do processo desenvolveu ações diversas para dar conta de seus municípios internados na CSDE-P, bem como os territórios se diferenciaram no acolhimento a estes pacientes. O que foi feito na Colônia Juliano Moreira não foi feito exatamente igual no Instituto Nise da Silveira, por exemplo. E uma mesma instituição trabalhou de formas diferentes em momentos distintos. Não há, desta forma, uma tendência. Aconteceram várias formas de se pensar a

desinstitucionalização ao mesmo tempo, configurando um campo de muita multiplicidade e, portanto com mais possibilidade de criação de paradoxos, pois estes não se constroem em um terreno uniforme. (VIEIRA, 2013, p 71.)

Nos anos seguintes estas ações se sucederam até 2006; após este ano as transferências diminuíram e no ano de 2010, quando ocorreu o fechamento de várias clínicas psiquiátricas conveniadas com o SUS, principalmente a Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi, onde residiam centenas de munícipes cariocas, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS, retomou ativamente este processo, com o recebimento de vários usuários nos Institutos municipais, em detrimento de internações e transferências para clínicas conveniadas.

A Transinstitucionalização para clínicas conveniadas realizadas pelo município do Rio de Janeiro, podem ser divididas em dois momentos, conforme já foi explicitado nos tópicos anteriores. Quando o Rio de Janeiro entrou no processo, por volta de 2006, as transferências eram feitas da mesma forma para clínicas conveniadas, como para os Institutos Municipais. A partir de 2010, com uma reformulação do trabalho, não houve mais transferência para clínicas conveniadas psiquiátricas. Entretanto 24 pacientes que tinham indicação de um cuidado clínico mais intensivo foram transferidos para clínicas de apoio conveniadas com o SUS. As clínicas que receberam foram Jardim América e a SEMEL. (VIEIRA, 2013, pg. 116)

Assim usuários de longa permanência foram transferidos de instituições psiquiátricas para clínicas de “cuidados paliativos” nos bairros de Jardim América e Ramos, com a justificativa de apresentarem quadros crônicos de clínica médica e, portanto, não poderem receber os cuidados adequados em hospitais.

Nessas instituições foram colocados supervisores¹ de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) das respectivas regiões, para que as equipes das clínicas tivessem suporte “Clínico Institucional”. Concomitantemente outros usuários foram para os Institutos Municipais Nise da Silveira e Juliano Moreira (nos núcleos de longa permanência), contrariando a política nacional que preconiza a ida de usuários de longa permanência para retorno familiar ou dispositivos extra-hospitalares, como as residências terapêuticas (RTs).

Conforme a portaria Ministerial 106\00, a principal estratégia de desinstitucionalização dos usuários de longa permanência repousa nos serviços residenciais terapêuticos (SRTs). São moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações de longa permanência em hospitais

¹Supervisor Clínico Institucional: Dispositivo potente de formação permanente para equipe do CAPS, auxilia no pensar as estratégias de cuidado e manejo de casos clínicos e situações institucionais, sem perder seu viés político no campo da reforma psiquiátrica.

psiquiátricos ou de custódia, que não possuam suporte social e ou laços familiares que viabilizem sua inserção social.

A implantação de serviços substitutivos como CAPS que irão dar suporte aos casos é fundamental para que ocorra a saída destes usuários de longa permanência.

O desafio da desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro envolve um grupo de pessoas que se encontravam institucionalizadas antes da implantação dos centros de atenção psicossocial enquanto política pública de saúde mental. (FAGUNDES JUNIOR, 2016, p. 1455).

O cenário atual, aponta para uma preocupação com os usuários que estão nesse processo já que, com os recursos escassos no orçamento municipal, a Cidade vem sofrendo com a baixa ampliação de CAPS e RTs. A tendência então é que estas pessoas permaneçam em instituições hospitalares por mais tempo, talvez pelo resto de suas vidas.

Fagundes Junior, relata grande dificuldade no processo de desinstitucionalização no Rio, justamente devido aos baixos investimentos na ampliação da rede de saúde mental.

A velocidade das políticas públicas, as restrições orçamentárias e a necessidade da expansão da rede de atenção psicossocial acabaram por se constituírem como entraves para a desinstitucionalização da população internada. (*id.*, 2016, p.1455)

Durante as entrevistas realizadas isso fica claro na fala de um dos gestores, que aponta a necessidade imperativa de investimentos na rede de saúde mental para que a desinstitucionalização avance na cidade do Rio de Janeiro.

Então, qual era a proposta, a gente precisa investir nos CAPS, não dá pra fazer desinstitucionalização se não tiver um serviço que eu chame substitutivo ao hospital psiquiátrico. Eu preciso criar condições, projetos terapêuticos que excluam o hospital psiquiátrico desse processo, porque ele já está no hospital, o hospital psiquiátrico já é uma realidade pra essa clientela. Então a gente precisava pensar em políticas públicas alternativas e oficialmente como substitutiva. (Entrevista Gestor 2)

A Cidade do Rio de Janeiro atualmente possui 34 CAPS. Destes, 19 são referência para pacientes adultos desinstitucionalizados ou transinstitucionalizados, um número ainda abaixo das necessidades, dado a história de institucionalização da cidade. Em relação às Residências Terapêuticas o número vem sendo ampliado de fato, existindo atualmente 89, porém considerando a política atual da Superintendência de Saúde Mental em colocar uma média 6 pessoas em cada casa, e não 8 ou 10 conforme as portarias do MS, o número de RTs necessárias a saída dos usuários de longa permanência tende a aumentar. De acordo com

Fagundes Junior (2016), no ano de 2015 seria necessário implantar 75 RTs para atender a todos os usuários com indicação deste dispositivo, na época a média de usuários por casa era de 5,3.

Considerando que em 2015 existiam 62 RTs, e em 2018 até dezembro (conforme dados da Superintendência de Saúde Mental da Cidade do Rio de Janeiro), existem 89, a conta atual para a desinstitucionalização de todos os usuários de longa permanência que podem vir a demandar RT é de 43 unidades, isso sem levar em consideração possibilidades de retorno familiar ou óbitos, visto que existem muitos idosos internados nas instituições de longa permanência.

Outro ponto importante é o pouco suporte dos CAPS, que deveriam acompanhar esses usuários e não conseguem muitas vezes devido ao número reduzido de profissionais, ou a grande cobertura territorial nas regiões onde estão inseridos, o que não garante na totalidade o acompanhamento dos novos egressos de longa internação, conforme observamos abaixo em uma das falas de um dos gestores entrevistados.

Na política de saúde mental, o dispositivo que melhor deve saber trabalhar em rede é o CAPS. Então o CAPS precisa se apropriar, precisava, estar com essa clientela pra fazer a rede territorial. E aí... é, acionar os dispositivos que a gente tem o território: que é a clínica da família, né o próprio CAPS, a busca da família. Mas o que eu fui percebendo também eram as limitações e a fragilidade dos CAPS, para assumir essa clientela, que a gente chama de desinstitucionalização, é o que, eu acho que, um dos impasses foi esse. (Entrevista gestor 2)

O gestor aponta sua preocupação em relação ao funcionamento destes serviços e que sem eles o processo tende a não avançar como deveria, fato que poderia proporcionar uma transinstitucionalização, pois, se os CAPS não conseguem dar conta dos casos, e existe uma necessidade iminente de fechamento de leitos de hospitais psiquiátricos conveniados, a tendência é que a transinstitucionalização ocorra e um risco grande dos hospitais que recebem estes usuários se tornarem protagonistas do cuidado. O relato abaixo reforça esta ideia:

...se a estrutura dos CAPS pudesse ter alcançado, até se tentou, teve uma época que tinham umas supervisões institucionais dentro das clínicas conveniadas que era um braço da superintendência pra tentar operacionalizar, fazer um trabalho ali que antecederesse inclusive qualquer possibilidade de Trans., então assim, eu acho que a gente não conseguiu avançar, isso é uma crítica, acho que a gente não conseguiu, acho que o protagonismo veio através do hospital, mas não é sem preço, pra poder só colocar como é que a estrutura do todo que o hospital representa mesmo falando de um lugar diferente como é que essa estrutura de poder ela se impõe, o poder que eu digo de uma instituição que por ter um mapeamento maior e os CAPS acabam, eles não fizeram, eles poderiam ir pra dentro das clínicas, poderiam que eu digo potencialmente, mas eles não tomaram esse mandato pra si, acho que a gente também não conseguiu enquanto política municipal, embora a

gente tenha feito muita coisa mas eu acho que só uma perna que não foi né e eu acho que ainda hoje uma perna difícil, seja em relação a trans. seja em relação a desinstitucionalização, é uma perna difícil porque se bobear esse protagonismo fica no nome da gente, no nome da gente que eu digo, o nome dos Institutos e que eu acho péssimo porque é um protagonismo que a gente não quer. (Entrevista Gestor 1)

Na realidade a transinstitucionalização que foi pensada como estratégia para acelerar o processo de desinstitucionalização, pode estar sendo o destino final, já que na prática, ainda existem pacientes transferidos que seguem internados. Isso reflete diretamente nos hospitais psiquiátricos municipais, pois as equipes acabam tendo que manejar os casos, pensar os projetos terapêuticos sem a presença efetiva das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, que não conseguem tomar para si o lugar preponderante no processo de desinstitucionalização na Cidade do Rio de Janeiro.

O Instituto Municipal Philippe Pinel, unidade objeto do presente estudo, se constitui em uma unidade pública de saúde, onde foram analisados os dados referentes ao período de 2013 e 2017, além de entrevistas a gestores e profissionais que estão diretamente no trabalho clínico. O Pinel ainda possui emergência psiquiátrica 24h e atende, teoricamente, há 3 regiões da cidade, Zona Sul (AP 2.1), Grande Tijuca (AP 2.2) e recentemente à região 3.1 que compõe os bairros do antigo ramal da Leopoldina (Bonsucesso, Penha, Ramos e ilha do Governador), contudo na prática devido a demanda de outras regiões e municípios recebe usuários fora da região de planejamento. Ao longo de 5 anos foi verificado que o tempo médio de permanência de pessoas internadas decresceu, porém existem usuários ainda de longa permanência na instituição, que trabalha com o critério de 6 meses para considerar o tempo de determinar um usuário em longa permanência institucional.

Durante o período de 2013 à 2017 o IMPP recebeu 19 usuários transinstitucionalizados de diversas clínicas conveniadas com o SUS ou dos outros Institutos Municipais Nise da Silveira e Juliano Moreira, devido a referência territorial e a possíveis “vínculos”. Atualmente, o IMPP possui 10 usuários de longa permanência, sendo que 5 destes ainda são oriundos das transinstitucionalizações.

Importante registrar que estas transferências podem impactar na clínica e acompanhamento dos usuários de saúde mental. A mudança de espaço não pode ser considerada meramente como um ato burocrático, todavia existe a necessidade de fechamento de unidades psiquiátricas que realizam procedimentos violentos e iatrogênicos.

Um bom exemplo ocorreu no IMPP há 2 anos, quando 8 mulheres foram transinstitucionalizadas da Clínica Pedro de Alcântara, conveniada com o SUS que teve que

ser fechada por determinação do Ministério Público. As mesmas chegaram a unidade em péssimas condições de higiene, com diversas patologias clínicas e risco de morte. Uma delas inclusive teve que ir direto para emergência de hospital geral e permaneceu internada por cerca de 1 mês devido á quadro de desidratação grave, nesse contexto transinstitucionalizar acabou sendo a alternativa para se manter a vida das usuárias, pois não haviam equipamentos territoriais que se apropriassem dos casos, que não o “hospício”. Outra mulher infelizmente cerca de 2 meses depois da transferência para o IMPP, veio a óbito na unidade por questões clínicas (cardiológica) que não havia sido passada pela instituição conveniada e muito menos registrada em prontuário da paciente.

O objetivo principal deste trabalho é discutir sobre o processo de transinstitucionalização tal como ocorreu no Rio de Janeiro entre os anos de 2013 a 2017.

Em relação aos objetivos específicos e pensar sobre a transferências de instituições, a permanência e saída de pessoas, que ao longo de suas vidas foram destituídas de direitos: e escolha a moradia, alimentação, roupas, vida. Desta forma investigando alguns casos de desinstitucionalização do Instituto Municipal Philippe Pinel oriundos de outras instituições de saúde mental talvez seja possível pensar melhor sobre todo o processo.

A metodologia utilizada compreende a leitura de prontuários de 2 usuários escolhidos devido a singularidade das histórias, casos de hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS. Além de entrevistas semiestruturadas, com 3 profissionais e 2 gestores do trabalho de desinstitucionalização que é realizado na Instituição.

Esta dissertação terá 4 capítulos: O primeiro irá abordar os conceitos de desinstitucionalização e transinstitucionalização, entendendo que apesar de pouca literatura sobre o segundo tema, existe a perspectiva de produção e discussão de informações a partir dos registros bibliográficos encontrados, articulando com o concito através das experiências de trabalho.

No segundo capítulo, descreveremos a configuração da RAPS no Rio, bem como o funcionamento dos Grupos de Trabalho (GTs) criados na Cidade para discussão dos casos clínicos de usuários de longa permanência para a elegibilidade ou não de inserção nas RTs localizadas no Rio de Janeiro; além das próprias Residências Terapêuticas, dispositivos fundamentais para a inserção de usuários de longa permanência no convívio social, e os hospícios cariocas (Hospitais Psiquiátricos Municipais) que ainda existem e seguem o tratamento aos usuários mantendo práticas assistenciais manicomiais, como o isolamento e a medicalização do sofrimento, daí o termo utilizado: hospícios e não hospitais.

No capítulo terceiro, a discussão será entorno do trabalho realizado no Pinel, a entrada de usuários na instituição, a assistência realizada e os impasses criados, assim como as consequências da permanência na mesma, e as possibilidades inventadas para a saída destes usuários com retorno ao convívio social.

O quarto capítulo, trata de 2 casos clínicos que possuem características diferentes e foram escolhidos por algumas peculiaridades:

Caso 1 - E. oriunda de uma clínica conveniada com o SUS chegou ao IMPP com suposto vínculo familiar que não foi esclarecido na ocasião de sua longa internação anterior, apresenta possibilidade de inserção imediata em residência terapêutica (RT), porém permanece institucionalizada.

Caso 2 - W., um caso grave, com poucos recursos de comunicação e profundas marcas de institucionalização e do pouco cuidado que teve nas clínicas conveniadas por onde passou. Chegou a unidade com quadro clínico descompensado (epilepsia) e em péssimas condições de higiene. Necessitando de um fino trabalho de reinserção social a ser realizado pelo CAPS de referência antes de ingressar em uma RT, como consta em seu projeto terapêutico singular².

O último capítulo traz as considerações finais deste estudo.

² O MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007) descreve o Projeto Terapêutico Singular como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.

1. Reforma Psiquiátrica: Desinstitucionalização e Transinstitucionalização

A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve seu início no final da década de 70, influenciada principalmente pela psiquiatria democrática Italiana, que tem como maior expoente Franco Basaglia, apresentando experiências exitosas de desinstitucionalização, colocando a doença mental em questão e propondo alternativas de cuidado fora das instituições psiquiátricas tradicionais. Esta “revolução” possibilitou a criação de ações voltadas para a reabilitação de pessoas que viveram toda a vida encarceradas nos manicômios.

No Brasil, em período anterior à Reforma Psiquiátrica, a utilização dos manicômios era a única forma de ‘tratamento’ que estava baseada na exclusão e no isolamento social. Milhares de pessoas foram internadas em hospitais psiquiátricos e lá permaneceram sem perspectiva alguma de saída, uma vez que seus vínculos familiares e sociais foram se fragmentando com o passar dos anos. Estes vínculos praticamente deixaram de existir, além disso, a possibilidade de trocas sociais dentro dos manicômios impediam a socialização, tornando o hospício um “lugar zero”, conforme nos diz Amarante: “...É o lugar-zero das trocas sociais...Não há acordo possível com o manicômio, em um lugar que destrói e mata...” (ROTELLI & BASAGLIA, *apud* AMARANTE, 2015)

Nasce então um movimento potente, enfatizando ações voltadas para os direitos dos portadores de transtornos mentais e sua cidadania como principal meta. Contudo o número de pessoas internadas e sem possibilidades de saída dos hospícios é enorme, assim experiências surgem em todo o mundo visando a desinstitucionalização.

O termo Transinstitucionalização que consta no “A Dictionary of Sociology” (SCOTT; MARSHALL, 2009), se refere a:

A process whereby individuals, supposedly deinstitutionalized as a result of community care policies, in practice end up in different institutions, rather than their own homes. For example, the mentally ill who are discharged from, or no longer admitted to, mental hospitals are frequently found in prisons, boarding-houses, nursing-homes, and homes for the elderly.³

³ Um processo pelo qual os indivíduos, supostamente desinstitucionalizados como resultado de políticas de atenção comunitária, acabam, na prática, em diferentes instituições, e não em seus próprios lares. Por exemplo, os doentes mentais que recebem alta ou não são internados em hospitais psiquiátricos são frequentemente encontrados em prisões, pensões, casas de repouso e lares para idosos. (tradução livre).

Vasconcelos (2002), reforça este entendimento escrevendo que na transinstitucionalização ocorre o “deslocamento da clientela psiquiátrica que se encontra para instituições similares de outro tipo, tais como delegacias, penitenciárias, asilos de idosos, casas de enfermagem, (...)”, o que resultaria em transferência dos pacientes de uma instituição para outra, sem que se fizesse a crítica do paradigma psiquiátrico. Já a desospitalização refere-se à retirada dos internos sem nenhuma outra medida, a simples “negligência social”.

Já segundo Vieira (2013) e Guljor (2013), a Transinstitucionalização passa a se constituir como uma transferência entre instituições psiquiátricas sejam elas públicas ou privadas. Em ambos os trabalhos sobre o fechamento da Clínica Dr. Eiras em Paracambi em 2012, as descrições do processo de Transinstitucionalização são semelhantes. A utilização desse processo passa diretamente pela necessidade de fechamento da instituição e é adotada na cidade do Rio de Janeiro para que os usuários possam estar próximos aos serviços territoriais que irão trabalhar a saída destes para RTs ou retornos para suas famílias.

A fala de um dos profissionais entrevistados, aponta para este conceito que foi apropriado pelas práticas institucionais, mas que devido a realidade das redes de cuidado tende a manter a institucionalização dos sujeitos.

...então a imagem que eu tinha era que transinstitucionalização seria uma passagem porém eu vejo que não é assim que se dá, e acaba ficando institucionalizado aqui.
(Entrevista Profissional 3)

A dificuldade em encontrar fontes que fundamentem a palavra e sua significação foi grande, contudo é possível entender que o processo de Transinstitucionalização baseado nas experiências de casos e instituições, faz-nos tentar pensar articulado entre o conceito e prática, a fim de delinear possibilidades para se pensar a transinstitucionalização sem um “juízo de valor”, e sim algo que se apresenta decorrente de uma ação dentro do contexto do momento e das diferentes circunstâncias políticas e temporais.

Na teoria este conceito consiste na saída de usuários internados em uma instituição para outra instituição, ou seja, uma transferência institucional, que pode se dar por um ato burocrático.

Algo inicialmente parecido com a ideia de Desospitalização Americana e diferente da Desinstitucionalização proposta pelos Italianos. Para explicar melhor estes conceitos, é necessário entender seu processo de origem.

No artigo intitulado: Do Romantismo da Loucura até a sua Transinstitucionalização, Ornelas (1999) aponta os principais fatores que impulsionaram a desinstitucionalização:

Com a abertura dos Centros de Saúde Mental resultantes do Act Kennedy, com a Hipótese sobre a origem da loucura da Escola Inglesa, bem como com os Trabalhos psicossociais de Ev. Golfman e as críticas institucionais de F. Basaglia, desenvolveu-se um processo conhecido por Desinstitucionalização Psiquiátrica (ORNELAS, 1989, p. 584)

Os EUA foi o primeiro país a experimentar o processo de desospitalização, posteriormente chamado pelos Italianos de desinstitucionalização, e que teve início na década de 50, sendo provocado por alguns fatores como: 1) pressão social pelos direitos civis e humanos a partir da Segunda Grande Guerra; 2) preocupação em reduzir os custos no tratamento de doentes mentais, transferindo o financiamento do setor do órgão federal para o local; 3) possibilidade do tratamento na comunidade com o surgimento dos psicofármacos e 4) uma convicção de que os pacientes receberiam um tratamento mais humanitário na comunidade do que em hospitais psiquiátricos. (LOVISI, 2000)

Ainda de acordo com Lovisi:

No início da década de 60, a desinstitucionalização psiquiátrica começa a se tornar realidade e o tratamento de doentes mentais naquele país se desloca do hospital para os serviços alternativos de atendimento na comunidade. Essa reorientação do atendimento em saúde mental apresentava três pontos-chave:

- reduzir o número de pacientes internados em hospitais psiquiátricos;
- diminuir o tempo de internação;
- tanto quanto possível, tentar o tratamento na comunidade. (LOVISI, 2000, p. 32)

Para Amarante (1996), a desinstitucionalização nos EUA, nasce como desospitalização com um conjunto de medidas do governo Kennedy. Basicamente a proposta era direcionada por uma lógica de psiquiatria preventivista e comunitária, que criticava o modelo psiquiátrico tradicional focado no hospital como centro das ações de cuidado.

A proposta preventivista e comunitária porém, tem como base, ações para sanear e organizar os serviços, como diminuição de leitos, diminuição no tempo médio de permanência e aumento das altas, todavia, a relação com a “doença mental” permanece, e a tentativa de cura de quem perdeu a razão, apenas é deslocada de um modelo centrado no hospital para outro comunitário.

Para o preventivismo há uma inversão do modelo psiquiátrico, voltado principalmente para a cura e a reabilitação, isto é, para a predominância das atividades assistenciais, enquanto as prioridades deveriam ser as de prevenção e promoção da saúde mental (AMARANTE, 1996; p.19)

Neste modelo a desinstitucionalização fica reduzida a ações administrativas, e não é possível por em questão o lugar do manicômio, pois a discussão do fenômeno da loucura acaba não tendo a dimensão necessária, se diluindo nas urgências tecnicistas e burocráticas, se aproximando do *aggiornamento* proposto por Castel (1978).

O conceito estadunidense de desinstitucionalização de Rotelli, também aponta mais para um processo de desospitalização, pois a desinstitucionalização deve incluir alguns fatores importantes, tais como:

A mobilização como atores, os sujeitos sociais envolvidos;
 A transformação das relações de poder entre os pacientes e as instituições;
 A produção de estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados. (JORGE, 1997, p. 44)

No entendimento dos autores citados, percebemos que não se pode reduzir a desinstitucionalização apenas a saída de pacientes dos hospitais psiquiátricos para serviços de base comunitária, devendo a instituição construir junto com estes atores todo o processo de retorno a sociedade e promover a inclusão social do sujeito, levando em conta as dimensões de cidadania possíveis em sua relação com a vida.

O fato de ser necessário o fechamento dos hospitais psiquiátricos desperta um cuidado para que o principal beneficiado não seja a instituição que busca diminuir leitos ou o tempo de permanência dos pacientes, ou ainda reduzir custos, Pensemos que o usuário é quem deve ser informado e trabalhado sobre as possibilidades de alta e que ainda poderá contar com um suporte, incluindo desde o acolhimento, a escuta, a medicação e a moradia.

Segundo Jorge (1990), Rotelli aponta para os possíveis desdobramentos da política de desinstitucionalização quando pensada como desospitalização, que pode acarretar em *revolving-door*⁴ e, conseqüentemente, em uma falta de cuidado e apropriação dos casos de saúde mental, podendo ainda provocar abandono destes usuários, com efeitos graves como a transinstitucionalização, que resulta simplesmente na mudança de uma instituição para outra.

O termo transinstitucionalização, segundo Marshall (2009), é um processo no qual pessoas em situação de desinstitucionalização acabam, na prática, sendo transferidas para outras instituições e não retornam a seus lares. Ele cita como exemplo a ida de doentes mentais de hospitais psiquiátricos para abrigos, prisões ou casas de repouso para idosos.

⁴ Significa “porta-giratória”. Aqui no texto se refere a um efeito da reforma psiquiátrica que, para além de uma mudança da geografia da assistência / instituições, indica ser necessário um novo planejamento de ações e, assim, do próprio cuidado em saúde mental. A clientela de indivíduos da saúde mental descrita como *revolving door* é caracterizada pela reincidência em internações psiquiátricas, num curto espaço de tempo entre uma internação e outra.

O debate em torno do tema da desinstitucionalização depois de Basaglia se enriquece com novas reflexões. Venturini, (2016), em seu livro “A linha Curva”, nas páginas 67 à 70, descreve vários conceitos sobre desinstitucionalização a partir das referências de autores Italianos, excluindo os escritos de Basaglia. Conceitos muito interessantes que ampliam as possibilidades de percepção e entendimento da palavra:

O primeiro de Vieri Marzi nos traz a desinstitucionalização como potente instrumento para revelar do ponto de vista cognitivo o paradigma problema\solução. O problema só existe se for solúvel. Se o problema não tiver solução sua existência será negada, conseqüentemente é construído um lugar de não recuperação. A proposta não é substituir um modelo por outro e sim um processo transformador, com continuidade e indefinido.

Já Pirella, propõe que a desinstitucionalização mesmo quando se utiliza de ações administrativas, burocráticas e operacionais, age na mudança do estatuto do usuário influenciando sua autoestima.

Otta de Leonardis diz que a experiência da desinstitucionalização, indica uma experiência inovadora, proporcionando estratégias que ela denomina de indiretas, na direção de pensar práticas que contemplam o possível e não o ideal.

Renato Piccione se refere ao termo como “um modelo articulado sobre dois níveis – o manicomial e o territorial – e que se torna explícito por meio da prática”. Seu pressuposto é que a desinstitucionalização indica a necessidade do desmonte do modelo manicomial, promovendo ao sujeito maior autonomia sobre sua vida.

No caso de Tranchina, apresenta uma dimensão ecológica, uma interação circular e global. Chama a atenção para o risco da normalização, na tentativa de calar os sujeitos.

Finalmente, Mário Serrano e Rocco Canosa, evidenciam na desinstitucionalização o direito à cidadania, à produção dos sujeitos e à possibilidade destes de se desconectar dos atos normativos que encontramos nas instituições de saúde.

Baseado nestes conceitos, Ernesto Venturini, expõe uma ambigüidade e propõe que se desinstitucionalize a desinstitucionalização, abolindo o termo por um tempo, até que se tenha maior conhecimento sobre seu significado original. Em seu entendimento o termo para os movimentos antimanicomiais de fato apresenta uma mudança de práticas e emancipação dos sujeitos, porém fora deles soa como um simples fechamento dos hospitais psiquiátricos, como um ato burocrático que visa um mero reducionismo a diminuição de gastos públicos. Assim existem duas desinstitucionalizações, uma revolucionária que modificou profundamente o campo da psiquiatria tradicional e outra falsa, que camufla o real sentido da palavra. A

proposta dele então é distinguir terminologicamente ambas entre desinstitucionalização e desospitalização.

Na verdade, me parece aceitável uma subdivisão abrangente dos modelos em dois grupos principais – a desospitalização e a desinstitucionalização -, considerando que, entre esses dois modelos existe uma descontinuidade ideológica e científica não atribuível a uma simples evolução de processo. Ao contrário, distingo três níveis de desinstitucionalização: o primeiro (o mais baixo), que defino como modelo da habilitação psicossocial; um segundo nível, que identifico como inclusão social e, por fim, o terceiro nível, o da promoção social. (VENTURINI, 2016; p 72)

Ocorre que existem diversas variáveis para constituir e denominar os 3 conceitos: Desospitalização, Desinstitucionalização e Transinstitucionalização.

As experiências de nossa clínica são atravessadas pelas diferentes formas de se fazer e vice versa, casos, lugares, instituições, histórias, política, gestão o tempo todo se entrelaçam abrindo novas possibilidades e criando caminhos possíveis para conceitos já existentes o que algumas vezes podem constituir um paradoxo, ao se utilizar estes conceitos, conforme aponta Vieira (2013) em seu trabalho:

Na ocasião do projeto de qualificação colocamos a questão da transinstitucionalização como uma dicotomia entre problema ou solução, tanto que o título foi: “A transinstitucionalização no caso do fechamento da casa de saúde Dr. Eiras-Paracambi: Solução ou problema” Ao longo da pesquisa de campo houve o encontro com relatos de experiências que traziam a transinstitucionalização de uma forma tão viva e rica, tão de dentro do trabalho, que possibilitou uma mudança de percepção. Através das narrativas dos entrevistados foi possível perceber que não se trata exatamente de uma dicotomia. Não faz sentido perguntar se a transinstitucionalização é um problema ou uma solução, se é boa ou ruim, pois não se chega a uma síntese. Diante disso, saímos da dicotomia e partimos para o paradoxo. Trata-se de uma questão paradoxal, num campo de multiplicidade e com muitas dobras. Não raro os entrevistados defendem suas práticas com argumentos que logo em seguida são alvos de críticas por eles próprios. Da mesma forma, um entrevistado usa um mesmo conceito com interpretações e aplicações diferentes, por vezes opostas. (VIEIRA, 2013, p. 69).

A experiência no Instituto Municipal Philippe Pinel não se constitui de forma tão diferente, pois se apropria por exemplo do conceito de transinstitucionalização na perspectiva do cuidado, principalmente da dimensão da clínica médica, entendendo que a saída dos usuários de uma outra instituição Hospitalar Psiquiátrica possibilita a garantia mínima de vida, conforme relato de um dos entrevistados:

No primeiro momento ao investir nesse cuidado a gente aqui precisou usar um trabalho né muitas vezes antes até dos CAPS acho que é importante no processo de trans. porque a instituição que faz a ponte ela se apropria num primeiro momento da protagonização dos cuidados. Você tem que ver qual era essa história que ninguém sabe quais são os atores dela os cuidados clínicos são pessoas extremamente abandonados então assim eu acho que tem um primeiro tempo da trans. que a protagonização acaba sendo os institutos, acaba sendo o próprio, de um outro hospital mas já olhando a partir de uma lógica diferente para poder num segundo momento inclui-los dentro da desinstitucionalização como um processo que tende realmente a estar de volta a esse território da Cidadania, e nisso a gente encontrou problemas, a saúde, a saúde mental, a Saúde Clínica das pessoas, a gente perdeu pacientes então acho que eu entendo como dois tempos lógicos de um processo mas a trans., eu acho que ela tem uma caracterização e que num primeiro momento protagonismo é do instituto, ou desse hospital, né, que não tá mais na lógica manicomial. (Entrevista Gestor 1)

Um “tempo lógico” seria o entrelaçamento destas diferentes necessidades do sujeito e da instituição, visto que as condições ideais (recursos para ampliação da RAPS na Cidade do Rio de Janeiro) nunca ocorreram de forma satisfatória na cidade por falta de recursos e disponibilidade política da SMS. Assim no contexto atual, os Institutos Municipais acabaram assumindo uma função na transinstitucionalização de suporte “vital” para estas pessoas oriundas de longa permanência das instituições conveniadas com o SUS.

No Brasil, na década de 60, houve o aumento dos hospitais psiquiátricos, principalmente por financiamento do governo, através do Ministério da Saúde; nesse contexto, a contratação de leitos privados permitiu que as clínicas conveniadas ganhassem espaço e o processo de desinstitucionalização de fato só viesse acontecer após a surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM, que culminou na I Conferência Nacional de Saúde Mental em Bauru\SP no ano de 1987, indicando o fim dos manicômios. (YASUI, 2006).

Posteriormente, em 1989, a Casa de Saúde Anchieta (SP) sofreu intervenção da Prefeitura de Santos e o modelo manicomial começou a ser desconstruído. Assim, diversas experiências exitosas foram difundidas e o trabalho de desinstitucionalização pelo país foi caminhando.

No ano 2000, o Ministério da Saúde pública a portaria 106 em 11 de fevereiro, sobre o funcionamento das Residências Terapêuticas e, com isso, impulsiona a saída de muitos usuários dos manicômios existentes no Brasil.

Em 06 de abril de 2001 é assinada a Lei 10.216, após quase 12 anos tramitando no Congresso Nacional e envolvida por uma conjunção de forças e cenário adversos, teve seu texto modificado e assim apresentou um redirecionamento do cuidado baseado nas ações e

serviços comunitários, sem manter a extinção progressiva dos manicômios como no texto original:

O milênio se iniciou com uma vitória de sabor amargo. Após quase doze anos tramitando no Senado Federal, em 2001, ano em que a Organização Mundial de Saúde escolheu como o ano da Saúde Mental, foi finalmente assinada a lei nº 10.216, que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, a chamada lei da Reforma Psiquiátrica. Seu texto final está muito distante do saudável radicalismo do projeto original aprovado em 1989, o qual propunha claramente a “extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços”. No primeiro, temos uma proposta de substituição de modelo e, no outro, de proteção, de direitos e redirecionamento. A mudança não foi apenas semântica, mas de essência. Transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas e apenas aponta para uma proposta de mudança do modelo assistencial. (YASUI, 2006, p.56)

Sendo assim a convivência entre modelos distintos - estrutura hospitalar tradicional, que vem aos poucos sendo desconstruída, e - rede substitutiva que visa a criação de serviços de atenção psicossocial que necessitam ser potencializados para impulsionar e possibilitar a desinstitucionalização dos usuários de longa permanência.

Sabemos que não existem fórmulas mágicas, e para que ocorra a desconstrução do aparato manicomial o trabalho de desinstitucionalização tem que acontecer de forma direta, sem rodeios, sem pinturas ou maquiagens nos hospícios, pois o modo de funcionamento no cuidado ao usuário de saúde mental necessita ser modificado e sua proposta vai muito além de atos técnicos e burocráticos.

Desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) (ROTELLI,200, p. 29).

2. A RAPS Carioca

No Rio de Janeiro em 1995 foi realizado o censo dos hospitais psiquiátricos e a partir daí o planejamento da retirada dos usuários de longa permanência teve seu início.

O censo teve seu papel fundamental na organização da política de saúde mental da cidade, sendo um marco para ações de desinstitucionalização, fazendo com que o Rio incorporasse os preceitos da Reforma Psiquiátrica em sua dimensão mais ampla, a cidadania e dignidade para os usuários trancados nos manicômios.

Na cidade do Rio de Janeiro, vamos lá, quando começa. Na minha perspectiva de trabalho na secretaria municipal de saúde, o processo de desinstitucionalização começa no ano de 1995, que é quando é realizado o primeiro censo na cidade do Rio de Janeiro nos hospitais psiquiátricos. Eu tive a oportunidade, não como profissional da gestão em 1995, mas como profissional da psicologia de fazer, participar, de um grupo de pessoas e profissionais que foram convidados pra serem pesquisadores, de começar esse levantamento. Então, na minha trajetória profissional, na secretaria de saúde eu trabalho nessa perspectiva. O marco pra mim foi de 1995, quando a gente começa a conhecer essa clientela, que se institucionalizou como aquelas pessoas que a gente tem que desinstitucionalizar. Então eu tive o prazer de iniciar esse acesso, de ser uma das pessoas que começou a dar visibilidade à essas pessoas que estavam escondidas nos hospitais psiquiátricos. (Entrevista Gestor 2)

Em 1996, foi implantado o primeiro CAPS carioca, o CAPS II Rubens Correa, no bairro de Irajá, subúrbio do Rio. Posteriormente surgiram CAPS II em Santa Cruz (1997), Campo Grande (1997), Ilha do Governador (1997), Jacarepaguá (1998), Sulacap (1998) e Bangu (2000). Estes serviços estavam baseados na portaria 224 de 1992, que refletia as experiências dos CAPS e NAPS existentes, e que foi aperfeiçoada em 2002 com a publicação da portaria do Ministério da Saúde 336.

A implantação desses serviços possibilitou o trabalho de desinstitucionalização na cidade, com o suporte as famílias e a indicação de retorno familiar para diversos “moradores” das instituições psiquiátricas, além da discussão e mudança no conceito de “doença mental”, fator fundamental para que esta estratégia não se tornasse um ato de Desospitalização apenas.

Ainda de forma incipiente, após o censo, com o mapeamento das instituições psiquiátricas tradicionais, ensejou-se o planejamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de Residências Terapêuticas (RTs).

Durante a década de 90 apesar do planejamento, o número de CAPS e RTs foi insuficiente para o grande número de usuários internados nos hospitais públicos e privados\conveniados com o SUS na cidade, assim a rede acabou realizando ações de

potencialização dos Institutos Municipais que inicialmente eram os responsáveis pelo acompanhamento e escolha dos usuários para as poucas RTs existentes.

A Cidade do Rio de Janeiro fez a opção por realizar prioritariamente o fechamento de manicômios público-privados, os chamados conveniados com o SUS, pois recebiam recursos públicos e prestavam péssimo atendimento, mantendo pessoas internadas por longos períodos sem indicação clínica.

Um dos artifícios criados pela gestão municipal foi a colocação de supervisores nestas clínicas, para que as Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), pudessem ser validadas a cada 3 meses, com isso vários casos de longa permanência se tornaram visíveis e a rede passou a ter que se debruçar em estratégias de saída gradativa destas pessoas.

Assim, mesmo com um número grande de usuários de longa permanência institucionalizados, o trabalho de desinstitucionalização realizado avançou e muitos usuários saíram dos manicômios para retorno familiar.

Outra opção encontrada para o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos foi a transinstitucionalização, transferindo muitos pacientes de hospitais conveniados com o SUS para Clínicas de suporte básico de saúde, com cuidados gerais e de clínica médica e, posteriormente, para hospitais psiquiátricos públicos.

Em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, pela portaria MS nº 3088. O Rio de Janeiro possuía um número de CAPS ainda razoável, com deficiência principalmente no atendimento a usuários de drogas e crianças e adolescentes. Assim o investimento maior ocorreu nestas duas áreas e novos CAPS ad e CAPSi foram implantados, principalmente no período entre 2011 e 2014. A partir de 2015 a ampliação de CAPS para adultos foi retomada e assim, a possibilidade do acompanhamento de casos de longa permanência se ampliou, inclusive com a implantação de novas RTs, porém somente em 2016 consegue alcançar 50% de cobertura dos CAPS na Cidade conforme descreve Fagundes Junior (2016).

O Município do Rio de Janeiro apresenta um índice de cobertura de CAPS de 0,50 por 100.000 habitantes considerada boa pelos parâmetros do Ministério da Saúde, que considera a cobertura muito boa acima de 0,70, boa entre 0,50 e 0,69 e regular/baixa entre 0,35 a 0,49, sempre para 100.000 habitantes. Abaixo destes patamares, a cobertura seria baixa, insuficiente ou crítica. Observar que para este indicador, utiliza-se o cálculo de cobertura ponderada por porte do CAPS. (p.1451)

Além da ampliação dos CAPS e RTs, o trabalho na atenção primária com a implantação de dezenas de clínicas da família em todas as regiões da cidade no período de 2010 à 2016,

favoreceu a capilarização do cuidado em saúde e saúde mental. Assim tanto os usuários como suas famílias passaram a ter suporte em seus territórios:

Para o Rio de Janeiro, espera-se que as ações de saúde mental na atenção primária adotem o modelo de redes de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e de acolhimento. O território de responsabilidade dos CAPS deve seguir o estabelecido pelo Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) da Área de Planejamento em Saúde (AP) onde ele está inserido, seus limites geográficos e população, assim como o rol de ações e serviços devem ser pactuados entre os serviços da rede de saúde local de modo a evitar barreiras ao acesso. É necessário desconstruir a lógica do encaminhamento, entendida como um movimento de desresponsabilização no cuidado ao sofrimento psíquico e estabelecer dispositivos ao alcance da APS para compartilhar o manejo dos casos. (FAGUNDES JUNIOR, 2016, p.1453)

A integração CAPS e ESF nos últimos anos, de fato possibilitou um acompanhamento longitudinal dos casos através da responsabilização dos serviços em conjunto. Assim acessar famílias de pessoas que estavam internadas há longos anos se tornou uma possibilidade real, uma vez que os CAPS não tinham “pernas” para a busca no seu vasto território de inserção. Um bom exemplo foi o caso E. que será apresentado no capítulo 4., onde a busca de familiares pela ESF possibilitou informações importantes para o direcionamento do Projeto Terapêutico Singular -PTS da usuária.

A RAPS carioca atualmente conta com dispositivos nos 7 pontos de atenção conforme a Portaria GM nº 3088 de 23/12/2011.

Na Atenção Básica em Saúde as Clínicas da Família, projeto iniciado em 2009 são o alicerce da atenção primária no Rio de Janeiro. Estas unidades de atenção primária são a porta de entrada do sistema de saúde e trabalham com a lógica da territorialização. As equipes são compostas por médicos de família, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, em algumas ainda existem Odontólogos e Técnicos de higiene bucal. Sua função territorial fez com que diversos casos de saúde mental pudessem ser encontrados e em parceria com os CAPS e demais serviços da rede, foi possível uma melhor assistência nas regiões onde o acesso a serviços públicos era escasso. Outro ponto importante destas unidades, foi o fato de iniciarem uma apropriação dos casos de saúde mental, entendendo que os usuários necessitavam de assistência de forma integral, independente de patologias.

A expansão das Clínicas da Família então contribuiu para que o acesso da população e isso inclui os usuários de saúde mental, fosse ampliada, várias capacitações ao longo dos anos puderam dar respaldo para que médicos e enfermeiros destas unidades construíssem pontes de assistência para a população com transtornos mentais e, em diversas regiões da cidade essas pontes foram fundamentais para que a rede pudesse se estabilizar. Atualmente, o trabalho

entre a ESF – Clínicas de Família e a saúde mental é imprescindível para a manutenção do cuidado aos usuários.

Outro dispositivo importante criado, foi o Consultório na Rua através da portaria do Ministério da Saúde n. 122 de 25 Janeiro de 2012.

Parágrafo único. As eCR integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica.

Art. 2º As eCR são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua.

§ 1º As atividades das eCR incluirão a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

§ 2º As eCR desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

A Cidade do Rio de Janeiro, atualmente conta com 8 equipes que proporcionaram uma penetração do cuidado em uma parcela da população totalmente excluída. Os moradores de rua que muitas vezes tinham seus acessos negados aos serviços de saúde puderam contar em 6 regiões da cidade com equipes volantes prestando assistência direta e realizando articulações com a rede. Destacamos a importância deste trabalho no que diz respeito ao acompanhamento de casos de usuários de álcool e outras drogas, tal a possibilidade de vinculação ao tratamento pela condução através da redução de danos.

Os Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASFs são compostos de 77 equipes implantadas na Cidade do Rio de Janeiro, de acordo com o relatório do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde de 2018, estas equipes possuem profissionais especializados para suporte dos profissionais das equipes de atenção primária e, em geral contam com psiquiatras e psicólogos que auxiliam no manejo dos casos e realizam interconsulta. Contudo na Cidade do Rio de Janeiro, devido a amplitude e características do território, e suas variações, cada região adota uma forma de trabalho com os NASFs, existindo regiões onde o profissional passa a ter agenda regular e de fato atua em consultório ambulatorial sem matricular (dar suporte as equipes da ESF).

Em relação ao ponto estratégico de Atenção Psicossocial, os 34 CAPS compõem a rede e trabalham em 2 eixos principais: Atenção a Crise e Desinstitucionalização.

As ações com os usuários de longa permanência ocorrem com regularidade nas diferentes regiões da cidade e tanto os CAPS II e III são os responsáveis por acompanhar os casos internados, quanto pensar o trabalho para os que ainda seguem institucionalizados.

O trabalho de atenção a crise é potencializado nos CAPS III, serviços 24 horas que possuem leitos para acolhimento diurno e noturno. Na Cidade do Rio de Janeiro, existem 4 para a clientela adulta com transtornos mentais e 4 específicos para usuários de Álcool e Drogas, número ainda insatisfatório e insuficiente para a necessidade real da população, porém as situações de crise também são atendidas nas unidades de emergência da cidade.

A Atenção de Urgência e Emergência se dá prioritariamente nas 6 emergências qualificadas para o atendimento aos usuários de saúde mental, nos seguintes bairros: 1) Botafogo – Instituto Municipal Philippe Pinel, única municipal que ainda permanece em Hospital Psiquiátrico tradicional; 2) Centro - Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro, emergência Estadual tradicional também em Hospital Psiquiátrico; 3) Del Castilho – Policlínica Rodolpho Rocco, primeira emergência a funcionar fora de Hospital Psiquiátrico em 2005, que possui suporte clínico para usuários de saúde mental; 4) Barra da Tijuca – Centro de Emergência Regional\Barra ou CER BARRA, experiência exitosa iniciada em 2012 com atendimento em unidade geral com suporte para usuários de saúde mental; 5) Santa Cruz – Centro de Emergência Regional\Santa Cruz ou CER Santa Cruz, outra unidade especializada em urgência e emergência que atende a população com transtornos mentais; 6) Campo Grande – Hospital Municipal Rocha Faria, emergência com suporte para usuários de saúde mental recém inaugurada (Junho de 2018), que tem como indicação de trabalho ser acompanhada pelos CAPS da região, diminuindo assim as internações, pensando em conjunto possibilidades de cuidado compartilhadas.

Quanto a Atenção em Residencial de Caráter Transitório, o Rio possui apenas 2 Unidades de Acolhimento - UAA, ambas para adultos. Estes dispositivos foram criados pela portaria Ministerial 121 em 25 de Janeiro de 2012, cuja finalidade é oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos aos usuários de Álcool, crack e outras drogas. Pessoas em situação de vulnerabilidade social e pouco suporte familiar, que demandem acompanhamento comunitário contínuo.

O Rio possui em Jacarepaguá, 1 unidade que está ligada ao CAPS ad III Antônio Carlos Mussum e outra em Olaria que atende aos CAPS ad da região Norte, principalmente Raul Seixas, Mirian Makeba e Paulo da Portela. Na cidade não há Unidades de Acolhimento Infantil e ou juvenil.

Outro ponto necessário que necessita ser apresentado são as Comunidades Terapêuticas que estão classificadas neste eixo, porém não fazem parte dos dispositivos da Área de Saúde da Cidade. Atualmente, o Ministério da Saúde propõe o financiamento desses lugares para tratamento de usuários de Álcool e Drogas, contudo o Rio de Janeiro ainda resiste, e tanto a Coordenação Estadual de Saúde Mental, quanto a Superintendência de Saúde Mental Municipal possuem posições claras contra a implantação e financiamento destes espaços.

Os Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral compõem o quinto ponto da Atenção, o Hospitalar, e na “cidade maravilhosa” são 54 localizados em várias regiões: 15 no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla em Acari, 15 no Hospital Municipal Evandro Freire na Ilha do Governador, 05 no Hospital Municipal Lourenço Jorge na Barra da Tijuca e 19 no Hospital Municipal Pedro II em Santa Cruz. Estes leitos servem de suporte para a rede principalmente em situações de clínica médica e saúde mental.

Existem ainda leitos de psiquiatria na Cidade, embora não façam parte da RAPS de acordo com a portaria 3088\11, mas é importante q sejam citados, pois estes leitos ainda são ocupados por usuários em crise e em longa permanência institucional.

As Estratégias de Desinstitucionalização são divididas entre as Bolsas de Desinstitucionalização Municipal (Lei 3.400\02) e a Federal (Lei 10.708\03). Além do Programa de Serviços Residências Terapêuticas (Portaria do Ministério da Saúde 106\00).

As bolsas possuem um caráter de reparo social, indenizatório, pelos anos em que os usuários permaneceram encarcerados nos hospitais, para ter acesso a bolsa é necessário que a pessoa tenha permanecido internada durante 2 anos ininterruptos, anteriormente somente após a publicação das portarias, atualmente a portaria já foi modificada e com a declaração da instituição, é possível dar entrada no benefício, desde que a pessoa permaneça em tratamento regular em um serviço territorial, normalmente isso ocorre em CAPS, mas existem situações onde usuários que seguem tratamento em Ambulatórios de Saúde Mental ou Unidades Básicas de Saúde seguem recebendo suas bolsas e tornando-se sujeitos ativos em um mundo Capitalista, onde a valorização do outro ocorre pelo seu poder de compra. Estas bolsas são avaliadas por uma comissão na Superintendência de Saúde Mental que mensalmente se reúne para acompanhar os relatórios trimestrais que são encaminhados pelos serviços. A potência do recurso financeiro fez com que muitos usuários tivessem a possibilidade de sair dos manicômios cariocas para estarem em seus lares, seja através do retorno familiar ou em uma Residência Terapêutica.

O último ponto de Atenção está ligado as estratégias de reabilitação psicossocial, sendo destacados os Centros de Convivência e os projetos de arte, trabalho e cultura.

Na Cidade Carioca existem 2 espaços potentes que foram criados a partir de experiências dentro dos Manicômios e um terceiro que nasce no território, porém sendo que atualmente todos trabalham em rede e com a finalidade de produzir relações sociais. No Instituto Municipal Nise da Silveira, o Trilhos do Engenho, Centro de Convivência arte e cultura realiza trabalhos em parceria com os CAPS da Zona Norte, ampliando a rede de recursos comunitários para os usuários de saúde mental tanto das residências terapêuticas, quanto dos CAPS e ambulatórios. Existe nessa região ainda o trabalho do ponto de Cultura que é responsável pelo Bloco Loucura Suburbana, atividade regular em seu barracão de produção de fantasias, samba, dança e produção de subjetividade. Na mesma linha em Botafogo o Bloco Tá Pirando, Pirado, Pirou parte do ponto de cultura da Zona Sul para produzir arte, samba e inclusão social, mobilizando usuários, familiares, profissionais e pessoas ligadas ao mundo do samba, na construção de espaços potentes de relações sociais.

Localizado na Colônia Juliano Moreira, atual Instituto Municipal de mesmo nome, se encontra o Museu Bispo do Rosário de Arte Contemporânea, um outro dispositivo importante de produção de relações entre os sujeitos. Entre os vários espaços do Museu, se destaca o Polo Experimental, onde ocorrem diversas oficinas voltadas para a comunidade onde usuários de saúde mental convivem com a população local sem a lógica da exclusão, um espaço para que todos possam exercer sua cidadania, com escolhas de ações, passeios e festas, idas ao teatro, pensando a autonomia dos sujeitos a cada dia e suas relações com o passado de institucionalização.

A terceira experiência potente ocorre na Zona Oeste no bairro de Campo Grande, localizado em uma lona cultural, o espaço dividido com diversas ações comunitárias é um exemplo da potência do trabalho em rede, e da possibilidade de reinserção social de usuários longamente internados que ao saírem para suas famílias ou para residências terapêuticas, buscam seus caminhos para a reinserção social.

2.1 Os grupos de trabalho de Desinstitucionalização

Devido ao grande número de usuários institucionalizados no passado a coordenação de saúde mental, através da experiência realizada pelo Instituto Municipal Nise da Silveira que posteriormente se estendeu para outras regiões da cidade, instituiu *grupos de trabalho de desinstitucionalização* ou *GTD*, para a discussão dos casos elegíveis a fim de integrar as residências terapêuticas na cidade do Rio. Atualmente cerca de 270 pessoas se encontram internadas em situação de longa permanência nos Institutos Municipais cariocas de acordo com os dados da Superintendência de Saúde Mental. Dos 3 Institutos Municipais, Nise da Silveira e Juliano Moreira são os que concentram o maior número de usuários institucionalizados, assim foi necessária a maior ampliação da RAPS nas Zonas Norte e Oeste da cidade. Além dos Institutos nas décadas de 90 e 2000 o número de hospícios privados que recebiam recursos públicos do SUS se concentrava justamente nestas regiões, se destacando a Zona Oeste, que era chamada de “parque manicomial do rio”.

A implantação dos 7 primeiros CAPS no Rio de Janeiro ocorreu de 1996 à 2000 e todos foram inaugurados nas regiões entorno destes 2 Institutos, e dos demais hospitais conveniados, justamente com o propósito de receber e acompanhar os usuários oriundos das internações, principalmente as longas. Desta forma o trabalho de desinstitucionalização avançou na capital carioca e várias estratégias foram criadas para designar quem iria para qual residência.

O processo de desinstitucionalização então, se inicia nos hospitais psiquiátricos, não apenas na tentativa clínica de desconstrução do modelo manicomial, mas na operacionalização da implantação das RTs, que inicialmente estavam ligadas a estes Institutos.

Uma vez que estas instituições possuíam recursos e atuavam na direção da desconstrução, surgiu a necessidade de um diálogo mais efetivo e democrático com a rede de saúde mental, daí a proposta de grupos de trabalho para discussão de casos de desinstitucionalização e a utilização de critérios técnicos para entrada do usuário nas RTs.

Os grupos são operados de diferentes formas nas várias regiões da cidade; em geral os CAPS são os responsáveis por agendar e realizar a pauta dos casos, contudo ocorre ainda o protagonismo do hospital em uma das áreas.

Após as apresentações dos casos, ocorrem discussões para definição da elegibilidade do usuário, um dos primeiros critérios a ser avaliado é o pertencimento deste ao território; se

possui referências familiares, ou algum reconhecimento geográfico da região. Posteriormente se verifica a possibilidade de retorno familiar e as possíveis relações de afeto, ligações com parentes, vizinhos, ou seja, a relação com ao lugar.

Verificada esta possibilidade questões mais burocráticas são verificadas, como benefícios, pensões, rendimentos de aposentadoria, etc. Ponto que se favorável, pode indicar a possibilidade de inclusão de cuidador e ou acompanhamento em casa alugada pelo próprio usuário com suporte da equipe técnica do CAPS (incluindo as equipes das RTs).

Para facilitar e orientar o trabalho, foram elaborados pela Superintendência de Saúde Mental protocolos clínicos com a indicação dos casos e a conduta a ser seguida. O último e atual, foi publicado e distribuído para as unidades de saúde em 04 de Maio de 2018. Nele constam informações sobre o processo de trabalho de desinstitucionalização na Cidade do Rio de Janeiro.

A Superintendência de Saúde Mental, através do seu Núcleo de Desinstitucionalização (Núcleo DESINS), acompanha a discussão dos casos e o trabalho que está sendo feito pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), atento ao andamento das ações, propondo estratégias que ajudem no desenvolvimento do projeto de desinstitucionalização, inclusive podendo propor mudanças no mesmo. Trata-se de uma reflexão constante sobre o andamento do processo, e sempre passível de revisões e mudanças de rumo. (SMS Rio, POP Desinstitucionalização, 2018).

Conforme este Protocolo da SSM, o Grupo de Trabalho sobre Desinstitucionalização – GTD, se constitui da seguinte forma:

O GT de Desinstitucionalização é o espaço institucional que busca, efetivamente, consolidar os projetos de Desinstitucionalização locais com a participação de todos os profissionais envolvidos com cada caso.

Seguem alguns norteadores do GTD:

- a) Os casos institucionalizados devem, prioritariamente, ser apresentados e discutidos no GTD do seu CAPS, sem prejuízo a efetivação dos demais projetos terapêuticos individuais com o protagonismo do CAPS articulado à RAPS local;
- b) O acompanhamento do projeto de desinstitucionalização de cada um dos pacientes não pode estar restrito somente aos encontros mensais;
- c) O GTD não se restringe somente à desinstitucionalização para os recursos abertos no Serviço Residencial Terapêutico (SRT), ou seja, não é “GT de SRT”, sendo fundamental sua regularidade em todas áreas programáticas;

d) O CAPS em conformidade com a clínica e de forma articulada com os demais parceiros da rede, sugerirá no GTD, quais pacientes estão indicados para o SRT, bem como apontará o nível de complexidade necessário para garantia do cuidado. O critério principal deve respeitar a indicação clínica deste coletivo, sempre orientados pela legislação;

e) A ordem de encaminhamento para o SRT deve ser discutida impreterivelmente dentro do GTD;

f) É tarefa do GTD estabelecer a estimativa de tempo para a desospitalização do paciente.

Entende-se então, que estas diretrizes tendem a potencializar as ações dos CAPS nos territórios, empoderando as relação com os Hospitais Psiquiátricos e colocando os Centros de Atenção Psicossocial como protagonistas das ações, esta proposta de trabalho aponta para a direção que não se pode reduzir o trabalho da desinstitucionalização aos encaminhamentos ou a elegibilidade de usuários para Residências Terapêuticas, devendo a discussão ocorrer entorno do Projeto de vida para e do usuário institucionalizado.

Contudo, também é nesse espaço onde as discussões e as propostas de utilização das vagas em RTs são pensadas, assim necessário se faz, a utilização de critérios clínicos, estabelecidos pelo grupo e balizados pela legislação vigente, sobre RTs (Portarias 106 de 11 de fevereiro de 2000 e 3090 de 23 de dezembro de 2011), Bolsas (Lei Municipal nº 3400 de 17/05/2002; Lei Federal nº 10.708 de 31 de julho de 2003) e desinstitucionalização em geral (Lei nº 10.216/01; Portaria GM/MS nº 3.088/2011).

O trabalho de desinstitucionalização na Cidade possui uma organização metodológica e ocorre em 3 etapas, a primeira se dá anterior ao GT, ainda no Hospital Psiquiátrico ou em Hospital Penitenciário de Custódia, quando as equipes destas instituições em conjunto com as equipes dos CAPS iniciam o trabalho junto ao usuário, de forma compartilhada e progressiva, visando estimular e promover a autonomia destes sujeitos. O caso vai sendo organizado e trabalhando os diferentes pontos de atenção no território com informações sobre a história pregressa e relações sociais, até que esteja “maduro” o suficiente para a discussão no GT.

Nessa etapa ainda é de responsabilidade do Hospital, o registro de todas as informações em ficha de acompanhamento de processos de desinstitucionalização, o CENSO; assim como a retirada de toda a documentação do usuário, como certidão de nascimento, identidade e CPF. Outra ação não menos importante é a verificação de direito de benefícios, como LOAS\BPC ou Bolsa de Desinstitucionalização e Programa de Volta para Casa.

Na segunda etapa então, o caso é levado para discussão no GT, e a metodologia ocorre da seguinte forma conforme o POP de Desinstitucionalização 2018:

O processo de desinstitucionalização exige a participação e co-responsabilização dos diferentes dispositivos envolvidos, no local legitimado para discussão e construção das estratégias para a saída do paciente, conforme segue:

a) Apresentação do caso no GTD visando à construção do projeto de desinstitucionalização do paciente, junto ao seu CAPS de referência, considerando sua singularidade, seus recursos materiais, assim como os recursos do território.

b) A partir da discussão em GTD, os profissionais envolvidos nesse processo, se organizarão frente às necessidades do caso, o que inclui realizar trabalhos no território, como por exemplo, parcerias com a Atenção Primária ou outros dispositivos assistenciais.

c) A ordem de encaminhamento de um paciente para SRT é estabelecida dentro do GTD, a partir de uma discussão processual entre os participantes deste fórum.

d) É fundamental realizar uma estimativa de tempo para a desospitalização do paciente a fim de projetar a sua saída. Os pacientes têm urgência em sair do hospício!

Na terceira e última etapa, ocorre a preparação da saída deste usuário, sendo a partir da alta hospitalar sua inserção se dará com o retorno para a família (primeira opção a ser tentada caso haja algum vínculo possível); ou ida para alguma RT; ou ainda uma moradia assistida; ou outra possibilidade possível dentro da história de cada usuário.

O CAPS então irá assumir totalmente o caso, e não mais partilhando ações com o hospital psiquiátrico, assim seguindo o PTS já elaborado anteriormente na ocasião quando em processo das etapas anteriores.

O POP Desinstitucionalização é um protocolo bem claro quanto a função dos CAPS nesse processo.

Cabe ao CAPS, em conformidade com a clínica:

a) Elaborar PTS para todos os pacientes institucionalizados, do seu território de referência, que considere, prioritariamente, a saída do regime de internação;

- b) Trabalhar o processo de Desinstitucionalização no território de referência do paciente, seja com familiares ou outras indicações fornecidas por ele, utilizando os recursos necessários;
- c) O CAPS, em conformidade com a clínica, sugerirá quais pacientes estão indicados para o SRT, e apontará o nível de complexidade necessário para garantia do cuidado neste dispositivo. A indicação deve ser impreterivelmente via GT de Desins;
- d) Articular com a Atenção Primária a inserção de todos os pacientes que são de sua referência;
- e) Ampliar e consolidar a rede de apoio, de caráter psicossocial, a ser constituída a partir de ações inter/transdisciplinares e intersetoriais de forma articulada;
- f) No caso de indicação para o SRT deve-se incluir o paciente em idas à nova moradia e ao território, visando maior integração da vida na cidade, na aquisição de seu enxoval, utensílios pessoais domésticos e mobiliários da casa, e outras atividades de potencialização de autonomia possível.

Esta organização propõe um fluxo de trabalho baseado no GT como norteador das ações, facilitando os encontros e as discussões sobre os casos clínicos e atuando de forma democrática nas escolhas e proposições para pensar cada caso.

2.2 As Residências Terapêuticas

Em 11 de Fevereiro de 2000, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Serviço de Residências Terapêuticas, através da Portaria 106, a primeira ação formal e normativa sobre dispositivos territoriais de cuidados para a promoção da desinstitucionalização no Brasil. A referência se dá pelo fato desta portaria ser anterior a Lei 10.216 de 2001 e a Portaria 336 de 2002 que implementa os CAPS no país. Simbolicamente o fato das RTs estarem oficializadas como primeiro dispositivo, fala da direção de trabalho voltada para a desinstitucionalização e a extinção de práticas de exclusão social.

As Residências Terapêuticas funcionam inseridas nos territórios, nas cidades, nas comunidades, agindo como um potente agregador de relações sociais, construindo e fortalecendo as redes da vida. O usuário passa a se relacionar com vizinhos, ir a padaria, ao mercado, a praça, ao shopping e ter sua vida social, ampliando as relações com a subjetividade, um contraponto ao manicômio e a troca social zero da exclusão hospitalar.

Nestes espaços onde o morar é primordial, existe uma preocupação para que não se tornem lugares de “tratamento” e sim de relações de vida, onde a construção do cotidiano ocorra de forma natural sem a patologização das relações, onde a prática clínica precisa ser repensada e o habitar se torne uma relação de transferência de relações e não de imposições de métodos ou protocolos hospitalares. A Residência Terapêutica por se constituir um dispositivo institucional reformista, cujo teor clínico ainda é discutido, pois diversas vezes é controverso em si mesmo, possui momentos de metamorfose, no qual a casa se transforma em serviço e o serviço em casa. O cuidado realizado no dia a dia destes espaços apresenta situações ímpares que somente através do trabalho da atenção psicossocial conseguem ser manejados de forma democrática, preservando a individualidade dos sujeitos.

A elegibilidade de um usuário de saúde mental para RT ocorre a partir do tempo de permanência institucional, de acordo com a Portaria 106\00, este deve possuir no mínimo 2 anos de internação consecutiva, em hospitais psiquiátricos ou de custódia e tratamento psiquiátrico. A partir daí as discussões em GT e os fluxos já apresentados podem nortear a indicação do usuário para este dispositivo.

Em 23 de dezembro de 2011, a nova portaria nº 3.090, foi publicada pelo Ministério da Saúde apresentando a tipologia das RTs, assim como o número de moradores em cada casa e a quantidade e formação dos profissionais para a realização do cuidado diário. Foram estabelecidos tipos de complexidade para as residências, sendo: o Tipo I de baixa

complexidade (com 1 cuidador diarista) – destinada a pessoas com maior grau de autonomia no manejo das atividades da vida diária, sejam elas, o cuidado de si, do seu ambiente, a inserção afetiva, social e/ou comunitária; o Tipo II de média complexidade (com 1 cuidador diarista e 2 cuidadores plantonistas dia) - o acompanhamento se intensifica, tanto devido à diminuição no coeficiente de autonomia geradas por condições físicas ou psíquicas; o Tipo II de alta complexidade (com 1 cuidador diarista, 2 cuidadores plantonistas dia, 2 cuidadores plantonistas noite, além de 1 técnico de enfermagem) - para àquelas pessoas com maior grau de dependência e que, portanto, necessitam de cuidados intensivos e contínuos.

A Portaria ainda estabelece um número mínimo de 4 usuários para RT Tipo I e II, e máximo de 8 moradores para RT Tipo I e 10 moradores para Tipo II. Contudo, conforme o POP Desinstitucionalização 2018, por considerar a experiência de trabalho, na Cidade do Rio de Janeiro se preconiza o número de 6 usuários por residência, independente da tipologia. Quanto a equipe de trabalho, podemos entender a complexidade das ações através da organização da equipe, de acordo com o Protocolo de desinstitucionalização de 2018.

Além dos cuidadores e técnicos de enfermagem, especificados acima por Tipo e Complexidade das RT, as equipes são compostas também por um coordenador técnico – vinculado a cada CAPS de referência – que responde por 10 RT ou 80 moradores e acompanhante terapêutico - que responde por 12 moradores.

Na Cidade do Rio de Janeiro existem atualmente (2018) segundo informações da Superintendência de Saúde Mental, 89 Residências Terapêuticas, com a proposta de ampliação para as regiões da zona sul, norte e oeste no ano de 2019. Assim a perspectiva de saída de usuários que ainda estão nos hospitais psiquiátricos e não possuem vínculos familiares se torna maior, e progressivamente a viabilidade de fechamento destes lugares de exclusão passa a se tornar realidade.

2.3 Os Hospícios dos Cariocas

Ao falar dos hospitais cariocas precisamos apresentar o contexto com que eles foram criados, pois a Cidade do Rio de Janeiro historicamente deu início a todo o processo de enclausuramento, segregação e destituição do lugar de sujeitos, implantando o primeiro manicômio, tudo que hoje a reforma psiquiátrica tenta reverter. O mesmo chão que proporcionou tanto sofrimento as pessoas com transtornos mentais, hoje abriga o hospital objeto desse trabalho que visa a discussão de práticas e possibilidades de viver fora do enclausuramento.

Em 1852 foi inaugurado então o primeiro hospício carioca, brasileiro e da América Latina, localizado na praia vermelha (atualmente corresponde ao Palácio Universitário da UFRJ, ao Instituto de Psiquiatria – IPUB e ao Instituto Municipal Philippe Pinel), zona sul do Rio de Janeiro, sendo um marco do alienismo no Brasil, o hospício de Pedro II tinha a proposta de uma psiquiatria excludente (isolamento social) e normatizadora (tratamento moral).

Após sua inauguração, o Hospício de Pedro II funciona, por largo período, como um hospital geral europeu do século XVIII: uma instituição para o acolhimento de doentes, órfãos e desenganados de toda sorte, com um funcionamento caritativo e religioso e apenas secundariamente medicalizado. Seus primeiros 45 anos de funcionamento são marcados pelo conflito de autoridade entre médicos e religiosos. (Teixeira e Ramos, 2012, p.368).

Nesta perspectiva o Hospício ascende com uma divisão importante entre religião e ciência e a briga pelo poder passa a ser o principal nas relações de trabalho, assim o “saber médico” se apresenta e se impõe e a partir de 1875 com o aprofundamento da internação como tratamento e de práticas medicalizantes.

Os projetos dos novos alienistas eram basicamente quatro: primeiramente, a ampliação e modernização da estrutura física e dos equipamentos do Hospício de Pedro II; em segundo lugar, sua completa medicalização, com o aumento e especialização do corpo clínico e a obtenção, por parte dos médicos, do pleno poder administrativo sobre a instituição; em terceiro, o estabelecimento de um alienismo acadêmico, mediante a criação de uma cátedra dedicada às moléstias mentais na Faculdade de Medicina e de cursos regulares de clínica psiquiátrica no hospício; e, por fim, a ampliação da prática privada dos alienistas, com o surgimento de novas casas de saúde dedicadas ao tratamento de doentes mentais e de atendimento de consultório. (*id.*, 2012, p.369).

É nesse contexto que as teorias e práticas se estabelecem com a indicação cada vez maior de lugares de exclusão, de técnicas violentas e de violação de direitos. É nesse terreno

que marcou profundamente nossa história que os hospitais cariocas estão construídos. Um terreno físico com uma marca subjetiva que temos que conviver até os dias de hoje.

Durante a direção de João Carlos Teixeira Brandão, são criadas as colônias de São Bento e Conde de Mesquita na Ilha do Governador, de acordo com VENÂNCIO (2011), “Esses locais foram criados com o duplo objetivo de aliviar a superlotação de internos no Hospício de Pedro II, e testar novas modalidades de tratamento psiquiátrico que prescreviam o trabalho agrícola como forma de acelerar a recuperação dos doentes”.

Este aspecto da história nos chama a atenção, principalmente por apontar que a proposta de transferências nessa época estava vinculada a uma lógica de exclusão; o conceito de desinstitucionalização só foi abordado na década de 50 conforme já apresentado anteriormente, o relato abaixo reforça que as transferências tinham um caráter excludente e de isolamento.

Nos primeiros anos após a Proclamação da República foram criadas as primeiras colônias para pacientes homens, a de São Bento e a de Conde de Mesquita, em terrenos e edificações do antigo Asilo de Mendigos dos beneditinos, na Ilha do Governador. Com o decreto n.508, de 21 de junho de 1890, essas Colônias foram destinadas exclusivamente aos alienados indigentes, vindos do Hospício Nacional de Alienados, para se dedicarem a trabalhos agrícolas. Os edifícios e a área agrícola das colônias da Ilha do Governador logo se mostraram insuficientes, indicando a necessidade um novo edifício para abrigar os alienados vindos do Hospício. O médico João Augusto Rodrigues Caldas assumiu em 1909 a direção dessas colônias, e tratou de conseguir sua transferência para outro local, para as terras da Fazenda do Engenho Novo. Em 1912 essas terras foram desapropriadas, e depois de longos processos jurídicos, as obras foram iniciadas em 1921, e em 1924 a Colônia de Psicopatas-Homens, em Jacarepaguá foi inaugurada para atender os pacientes indigentes principalmente originários das colônias da Ilha do Governador (VENANCIO, 2011).

Com a criação das colônias do Engenho de Dentro e Jacarepaguá o grande hospício que em 1911 passou ser chamado de Hospital Nacional do Alienados, aos poucos começou a perder sua função e em 1944 foi fechado, sendo doado o espaço para a antiga Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro.

No mesmo ano da mudança de nome do grande hospício, foi criada a Colônia das Alienadas do Engenho de Dentro (Atual Instituto Municipal Nise da Silveira), e posteriormente em 1924 a colônia de Psicopatas-Homens de Jacarepaguá (atual Instituto Municipal de assistência a Saúde Juliano Moreira), ambos recebendo pacientes oriundos da Praia Vermelha (Hospital Nacional dos Alienados).

Já o atual Instituto Municipal Philippe Pinel, surge como um resquício do Hospital Nacional dos Alienados.

Na Praia Vermelha restou o Pavilhão de Observação - que passou a se chamar Instituto de Psicopatologia - e o Instituto de Neurosífilis, hoje Instituto Philippe Pinel. (FACCHINETTI, 2010)

No final da década de 50, estes hospitais psiquiátricos tinham como características a superlotação, deficiência de profissionais, maus-tratos, e condições de hotelaria péssimas, que a dos piores presídios. Eles seguiram realizando sua função de internação na cidade, e já na década de 60 com o incentivo do Governo Federal concorriam com os hospitais “conveniados” que recebiam recursos públicos para realizar internações e diminuir as demandas para os então hospitais psiquiátricos federais.

Posteriormente com o movimento da reforma psiquiátrica, já tratado no capítulo I, temos uma importante mudança no lugar destes hospitais psiquiátricos, que irão passar a ter uma função estrutural da rede de saúde mental da Cidade do Rio. Através de recursos financeiros, irão sustentar e manter a implantação de serviços substitutivos, como CAPS e RTs.

Foram nesses hospícios onde a inventividade e a resistência dos profissionais nos anos 70 e 80, puderam criar uma série de estratégias no cuidado aos usuários de saúde mental.

No fim da década de 90, precisamente em 1999, os hospitais psiquiátricos foram “transformados” em Institutos Municipais, visando a fomentação de estratégias voltadas para a desinstitucionalização e apoio a rede substitutiva, além da concentração de recursos financeiros e de pessoal destas unidades, possibilitava um investimento para fora dos muros e a perspectiva de desconstrução dos manicômios, conforme proposto pela reforma psiquiátrica.

Atualmente os 3 Institutos Municipais estão em processo de fechamento, com equipes multiprofissionais trabalhando em parceria com os CAPS das diferentes regiões da Cidade na construção de Projetos Terapêuticos que proporcionem a saída dos usuários de longa permanência, seja para retorno familiar ou residência terapêutica.

A tabela abaixo, apresenta a situação atual dos Institutos Municipais em relação ao número de leitos que estão efetivamente sendo utilizados, uma vez que o CNES nem sempre se encontra atualizado com regularidade, assim podemos ver uma diferença entre as tabelas 1 e 2.

Tabela 1: Leitos em utilização

Unidade	n. leitos crise	n. leitos longa	n. total
Instituto Municipal Juliano Moreira*	59	205	264
Instituto Municipal Nise da Silveira	60	55	115
Instituto Municipal Philippe Pinel	58	10	68
Total	177	270	447

*Leitos de crise estão no Hospital Jurandir Manfredini que faz parte do IMASJM

Fonte: Censo SMS - https://smsrio.org/subhue/painel/hosp/censo_hospitalar.php#close

(Acesso em 01\12\18)

Tabela 2: Leitos cadastrados no CNES

Unidade	n. leitos CNES
Instituto Municipal Juliano Moreira*	240
Instituto Municipal Nise da Silveira	124
Instituto Municipal Philippe Pinel	71
Hospital Jurandir Manfredini	80
Total	515

Fonte: CNESNet

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=47&VTipo_Leito=6&VListar=1&VEstado=33&VMun=&VComp=

(Acesso em 01\12\18)

A diferença de 68 leitos no total das tabelas pode evidenciar o processo de desinstitucionalização na cidade, com o fechamento progressivo dos leitos destes Institutos, o que apresenta uma boa perspectiva apesar das dificuldades já apresentadas, com baixo investimento na rede.

3 - Capítulo – O Instituto Municipal Philippe Pinel: Uma Experiência de Transinstitucionalização.

O Pinel, como normalmente é chamado o hospital psiquiátrico, é oriundo do pavilhão de neurosífilis que existia dentro do Hospital Nacional dos Alienados, em 1927 o pavilhão se transformou no Instituto de Neurosífilis, apesar da extinção do grande hospício na década de 40, o Instituto seguiu até 1965 quando foi reinaugurado com o nome de hospital Pinel. No ano de 1994 ainda pertencendo ao governo federal recebeu o nome de Instituto Philippe Pinel e em 1º de Janeiro de 2000 passou a ser do Município do Rio de Janeiro.

A instituição teve seu protagonismo nas décadas de 80 e 90 com propostas como ambulatório para crianças e adolescentes (NAICAP) antes da criação dos CAPSi, grupos de recepção ambulatoriais, serviço especializado para atendimento a usuários de álcool e drogas (UTA), emergência integrada com equipe multiprofissional (RIP), além de fomentar encontros e capacitação regular para profissionais de saúde mental.

Todo este “protagonismo” transformou o Pinel em um hospital famoso, onde grande parte dos profissionais tinham interesse em realizar sua formação. A perspectiva progressista da instituição atraía muitos de várias categorias profissionais e várias partes do país.

A experiência que apresento é baseada no recorte dos anos de 2013 à 2017, período em que estive como diretor geral da unidade, tendo saído em maio de 2018. Nesse tempo foi possível entender a organização do hospício e perceber suas diversas faces.

Como o objetivo da dissertação se refere a desinstitucionalização e a Transinstitucionalização, a proposta que sejam discutidos estes aspectos, porém necessário de faz relatar algumas vivências institucionais pois através delas será possível dialogar com os temas e com os casos que serão apresentados no capítulo 4.

Ao chegar na instituição em maio de 2013, o principal enfrentamento foi desvendar a “caixa preta” que era o Instituto, pois pouco se sabia de informações, funcionamento, organização e fluxos.

Haviam muitos questionamentos sobre o que iria ocorrer com o hospital pois os profissionais por estarem em uma unidade “de ponta”, também se consideravam assim. Pois bem e diante desse contexto de um hospital “perfeito” com informações que pouco circulavam, vai se detectando números e dados que preocupam.

O Pinel apesar de toda pactuação com a Superintendência de Saúde Mental, encaminhava usuários para clínicas conveniadas, realizando uma Transferência de usuário

agudos. A instituição provocava o que vou chamar de “Transferência Iatrogênica”, pois sem perceber os efeitos futuros do ato, os usuários transferidos acabaram retornando anos depois já como longa permanência institucional, quando estas clínicas foram fechadas, só que por terem sido abandonados a própria sorte, pois as instituições conveniadas eram verdadeiros depósitos de seres humanos, os mesmos apresentavam sérios comprometimentos clínicos, motores, psíquicos e sociais.

Esta prática foi suspensa imediatamente ao ser detectada, passando o hospital a não transferir para clínica conveniada com o SUS nenhum paciente psiquiátrico, assim o trabalho passou a ser interno, na perspectiva de pensar estratégias de cuidado e manejo de casos, pois também haviam situações de longa permanência institucional e casos de transinstitucionalização que o serviço havia recebido no início de 2013, na ocasião 5 novos leitos haviam sido criados para receber pacientes provenientes de Rio Bonito. O hospital possuía então 107 leitos cadastrados no CNES, todos ativos.

Alguns dados nas tabelas abaixo irão ajudar a entender o processo de reorganização da assistência em relação ao atendimento a crise e a direção do trabalho de desinstitucionalização do instituto municipal.

Tabela 3: Indicadores do IMPP – Tempo médio de permanência do usuário internado na instituição.

INDICADORES \ ANO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tempo Médio de Permanência Hospitalar (em dias)	24,9	23,9	22,6	26,8	20,2	16,5	16,4

Fonte: Tabnet e Direção IMPP\indicadores Gerenciais

O tempo médio decresceu devido a implementação de uma lógica psicossocial na instituição e a responsabilização dos CAPS em sua função territorial e de acolhimento a crise.

Em 2016 o CAPS III Franco Basaglia foi implantado em espaço anterior utilizado pela parte administrativa do IMPP. Com isso as internações da região rapidamente diminuíram e os casos de longa permanência puderam ser trabalhados. A integração entre CAPS e o Instituto foi primordial para que o fluxo de atendimentos no setor de emergência não se transformassem em internações psiquiátricas. Deste modo a instituição começou a “murchar” em relação a utilização de sua capacidade, alguns leitos puderam ser fechados e a capacidade

de altas aumentou (tabela 4). O tempo de permanência médico caiu de 26,8 dias em 2014 para 16,4 dias em 2017.

Estes dados mostram a eficácia dos serviços substitutivos como o CAPS III, e apontam na necessidade conforme já discutido de ampliação da rede destes serviços; o mesmo CAPS recebeu 2 RTs e pode dar prosseguimento com maior efetividade dos casos de desinstitucionalização que estavam há anos no Pinel, inclusive casos de transinstitucionalização de clínicas conveniadas.

Tabela 4: Indicadores do IMPP – Situação geral do hospital

INDICADORES\ANO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total de Leitos	114	118	107	101	95	95	71
Total de leitos ativos	114	118	107	101	95	95	71
Total de Internações	1580	1424	1464	1109	1436	1193	1124
Taxa de Ocupação Hospitalar %	74,0	74,9	89,6	90,6	84,2	86,1	85,1

Fonte: Tabnet e Direção IMPP\indicadores Gerenciais

A tabela 5 apresenta uma queda importante no número de atendimentos total e média mensal na emergência da instituição, uma vez que como até 2015 havia ambulatório, muitos usuários utilizavam a emergência como um local para “troca de receitas”, sem dar continuidade efetiva a seus tratamentos e serem acompanhados longitudinalmente. O ambulatório então passou a ocorrer nos Centros Municipais de saúde da região, sendo descentralizado do hospital e os usuários de outras regiões da cidade e de outros municípios forma redirecionados, ou para ambulatórios, ou para CAPS nos casos e maior complexidade.

Tabela 5: Indicadores do IMPP – Atendimentos no setor de emergência

EMERGÊNCIA\ANO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total de Atendimentos na Emergência	10.760	9.989	10.059	7.849	7.375	7.276	7.201
Média de Atendimentos na Emergência por Mês	896,67	832,42	838,25	654	614,58	606,3	606
Média de internações por Mês	122,3	121,2	122,8	100,3	121	125	114,2
Média Percentual de internações por Mês %	13,8	14,6	14,8	15,3	19,7	20,6	18,8

Fonte: Tabnet e Direção IMPP\indicadores Gerenciais

O percentual de internações aumentou, pois o número de leitos diminuiu de forma significativa, em 2014 eram 101 leitos e em 2017 passou a 71, apesar disso a média de internações por mês diminuiu.

O Pínel passou a se tornar uma instituição de acolhimento a crise, contudo ainda com usuários de longa permanência internados.

No próximo capítulo vamos discutir como ocorreu o processo de atendimento e enfrentamento destas questões institucionais, e quais as ações e condições adotadas para que a instituição pudesse manejar os caso de longa permanência institucional.

3.1 – Usuários de longa permanência

O Instituto Municipal Philipe Pinel, adotou no ano de 2013, a estratégia de entender que usuários de longa permanência, são pessoas que permanecem mais de 6 meses internados na instituição. A intenção foi tentar reorganizar o trabalho em 2 eixos: o primeiro com usuários de curta e média permanência, provenientes da emergência do hospital ou de emergências da cidade, que em crise demandem atendimento na agudização de seus quadros e evitar que estes permaneçam um longo tempo na instituição.

Infelizmente mesmo com esta estratégia, ao longo de 5 anos a instituição produziu “novos usuários de longa permanência”, no total foram 19 usuários (utilizando o critério de mais de 6 meses de internação).

O segundo eixo se refere aos casos de desinstitucionalização, onde com adoção deste critério, foi possível trabalhar melhor os casos junto aos serviços da região, mesmo assim devido a precariedade de alguns municípios e estados, algumas transinstitucionalizações foram realizadas.

O trabalho com os CAPS passa a ser fundamental e a discussão com os mesmos, tem a proposta de pensar o PTS, ao mesmo tempo um trabalho interno também ocorre de resgate da história de cada sujeito.

...É , então nossa atuação é em direção de trabalhar a autonomia do paciente e fazer a inserção dele com o CAPS, tensionar o projeto terapêutico na articulação com o CAPS, tem um trabalho dentro do hospital na articulação mas também tem um trabalho para fora, mas vejo que recai muita coisa também sobre o hospital, naquele início de geralmente tirar identidade de começar algo que a princípio é... começa numa coisa de uma identidade o documento mas, que também formação de identidade, cidadania, de falar de si...então, vejo que a gente vai, junto com isso, e ele também da pessoa poder contar sua história. Eu acho que tanto na desinstitucionalização quanto na desinstitucionalização é uma possibilidade de quando a pessoa chega de poder recontar histórias, também é isso trabalha com essa novidade de poder recontar o que aconteceu, e poder ir costurando essas coisas em uma relação com o CAPS. Então tem um trabalho interno e um tensionamento com o CAPS, pra formar esse projeto terapêutico junto, e não só de saída, como há agora eu tenho que frequentar o CAPS , mas fazer junto com o território, por exemplo as saídas na comunidade, eu vejo minha atuação nesse sentido. Interna, mas também nesse tensionamento com o CAPS também. (Entrevista Profissional 3)

Nesse período 61 usuários receberam alta para: residência terapêutica\ moradia assistida (27); retorno familiar (26); transintitucionalização para abrigo, hospital ou clínica (08) e CAPS III (01) conforme a tabela abaixo:

Tabela 6: Informação de alta dos usuários do período pesquisado

	Idade	Data da Internação	AP	Bairro	Serviço de Referência	Situação atual	Projeto Terapêutico
1	21 anos	18/10/2012	3.1	I. do Governador	CAPS II Ernesto Nazareth	Alta em 10/07/13	Retorno Familiar
2	sem informação	06/09/2012	Estado	Nova Iguaçu/RJ	CAPS Nova Iguaçu	Alta em 04 /07/13	Abrigo Tom Jobim
3	63 anos	11/05/2011	Estado	Araruama/RJ	CAPS II Araruama	Alta em 30 /07/13	Retorno Familiar
4	35 anos	12/01/2012	Estado	Magé/RJ	Equipes/IMPP	Alta em 09/08/13	Retorno Familiar
5	66 anos	19/10/2012	2.1	Laranjeiras	CAIS/IMPP	Alta em 06/09/13	Moradia Assistida
6	40 anos	08/11/2012	3.2	Engenho de Dentro	STA/IMPP	Alta em 13/09/13	Clinica de Repouso Privada
7	sem informação	19/02/2013	2.1	J. Botânico	CMS Píndaro de Carvalho	Alta em 20/09/13	Retorno para sua moradia
8	57 anos	13/05/2012	2.1	Rocinha	CAPS III Maria do Socorro	Alta em 20/09/13	Retorno Familiar
9	sem informação	01/10/2013	4.0	Jacarepaguá	Equipes/IMPP	Alta em 06/01/14	RT em Jacarepaguá
10	54 anos	14/03/2013	2.1	Botafogo	Equipes/IMPP	Alta em 02 /04/14	Retorno para sua moradia
11	87 anos	31/01/2014	4.0	Jacarepaguá	CAPS Bispo do Rosário	Alta em 09/04/14	RT em Jacarepaguá (Taquara)
12	28 anos	16/10/2013	4.0	Itanhangá	Eq.B IMPP/CAPS ABR	Alta em 29/04/14	Aluguel de quarto na AP 4.0
13	74 anos	12/09/2013	2.1	Copacabana	Eq.B IMPP/	Alta em 06/05/14	Abrigo da SMDS
14	54 anos	16/07/2012	2.2	Tijuca	CAPS UERJ	Alta em 09/05/14	Moradia Assistida
15	43 anos	06/08/2013	2.2	Tijuca	Eq.A IMPP/CAPS UERJ	Alta em 12/05/14	Retorno Familiar
16	61 anos	11/05/2011	2.1	Rocinha	CAPS III Maria do Socorro	Alta em 20/05/14	Retorno Familiar
17	54 anos	15/10/2013	Outro	Caçapava/SP	Eq.B IMPP	Alta em 17/07/14	Abrigo em Caçapava/SP
18	61 anos	01/09/2011	2.1	Copacabana	Equipes/IMPP	Alta em 20/07/14	Retorno Familiar
19	75 anos	07/07/2011	2.2	Tijuca	Equipes/IMPP	Alta em 30/07/14	Abrigo no Rocha
20	58 anos	09/09/2013	2.1	Glória	Eq.B IMPP/CAIS-CAPS	Alta em 29/09/14	Moradia Assistida
21	49 anos	20/07/2009	Estado	São Gonçalo/RJ	Equipes/IMPP	Alta em 03/11/14	Transinstitucionalização para Hospital em São Gonçalo
22	62 anos	31/05/2014	2.2	Tijuca	CAPS UERJ	Alta em 01/12/14	Retorno Familiar
23	40 anos	12/06/2014	3.2	Cachambi	EAT	Alta em 01/12/14	Retorno Familiar
24	16 anos	03/04/2014	2.2	Tijuca	CAPSi CARIM	Alta em 03/12/14	Retorno Familiar com suporte do CAPSi
25	62 anos	11/05/2011	2.2	Tijuca	CAPS II UERJ	Alta em 12/12/14	Residência Terapêutica do CAPS UERJ
26	65 anos	13/06/2013	2.2	Andaraí	CAPS II UERJ	Alta em 12/12/14	Residência Terapêutica do CAPS UERJ
27	67 anos	24/09/2013	2.2	Tijuca	CAPS II UERJ	Alta em 16/12/14	Moradia Assistida (imóvel pp) com suporte de cuidador
28	65 anos	24/09/2013	2.2	Tijuca	CAPS II UERJ	Alta em 16/12/14	Moradia Assistida (imóvel pp) com suporte de cuidador
29	63 anos	27/06/2012	2.1	Botafogo	CAPS II UERJ	Alta em 05 /01/15	Residência Terapêutica do CAPS UERJ
30	48 anos	31/01/2014	2.1	Vidigal	CAPS III MSS	Alta em 22/01/15	Residência Terapêutica do CAPS III MSS
31	59 anos	03/01/2015	2.2	Prç. da Bandeira	CAPS II UERJ	Alta em 02 /07/15	Retorno Familiar
32	51 anos	31/01/2015	2.1	Copacabana	CAIS/IMPP	Alta em 25/08/15	Retorno Familiar
33	42 anos	15/01/2014	2.2	Grajaú	CAPS II UERJ	Alta em 01/09/15	Residência Terapêutica do CAPS UERJ
34	34 anos	03/01/2015	3.3	Irajá	CAPS II Rubens Corrêa	Alta em 29/09/15	Transinstitucionalização para IMNS
35	46 anos	15/07/2014	2.1	Botafogo	CAIS-CAPS	Alta em 30/09/15	Retorno Familiar
36	54 anos	28/09/2015	2.2	Grajaú	CAPS UERJ	Alta em 20/12/15	Retorno Familiar

37	67 anos	02/07/2014	2.2	Tijuca	CAPS II UERJ	Alta em 21/01/16	Residência Terapêutica
38	62 anos	07/12/2013	VP	Sit. de rua	Equipes/IMPP	Alta em 27/01/16	Alugou sua casa
39	41 anos	23/12/2012	5.1	Realengo	CAPS F Basaglia e CAPS Lima B	Alta em 28/04/2016	Alugou quarto no Centro
40	51 anos	13/06/2014	3.3	Madureira	CAPS II Rubens Corrêa	Alta em 03/05/2016	Retorno Familiar
41	57 anos	27/07/2012	2.1	Copacabana	CAPS III Franco Basaglia	Alta em 19/08/2016	Residência Terapêutica
42	43 anos	10/03/2015	2.1	Flamengo	CAPS III Franco Basaglia	Alta em 19/08/2016	Residência Terapêutica
43	36 anos	15/05/2015	2.1	Copacabana	CAPS III Franco Basaglia	Alta em 29/08/2016	Retorno Familiar
44	39 anos	31/03/2016	Estado	Belford Roxo	CAPS Belford Roxo	Alta em 08/09/2016	Retorno Familiar
45	36 anos	13/09/2016	2.1	Laranjeiras	CAPS Franco Basaglia	Alta em 12/10/2016	Residência Terapêutica
46	32 anos	06/04/2016	3.3	Guadalupe	CAPS Linda Batista	Alta em 18/10/2016	Retorno Familiar
47	61 anos	12/10/2013	2.1	Catete	CAPS III Franco Basaglia	Alta em 09/11/2016	Residência Terapêutica
48	52 anos	14/09/2016	2.1	Copacabana	CAPS Franco Basaglia	Alta em 09/11/2016	Residência Terapêutica
49	49 anos	17/09/2008	2.1	Catete	CAPS Franco Basaglia	Alta em 10/11/2016	Residência Terapêutica
50	46 anos	21/01/2013	5.1	Bangu	CAPS II Lima Barreto	Alta em 29/11/2016	Residência Terapêutica
51	43 anos	29/07/2015	2.2	Andaraí	CAPS II UERJ	Alta em 14/12/2016	Retorno Familiar
52	anos	11/11/2016	2.1	Copacabana	CAPS Franco Basaglia	Alta em 20/12/2016	Retorno Familiar
53	48 anos	03/08/2016	2.1	Laranjeiras	CAPS Franco Basaglia	Alta em 29/12/16	Residência Terapêutica
54	52 anos	25/05/2016	Estado	São Gonçalo/RJ	CAPS de São Gonçalo	Alta em 25/01/2017	Retorno Familiar
55	59 anos	12/07/2016	2.1	Catete	STA/IMPP	Alta em 03/02/2017	Retorno Familiar
56	36 anos	06/04/2016	1.0	Rio Comprido	CAPS III Franco Basaglia	Alta em 22/03/2017	Residência Terapêutica
57	60 anos	21/08/2016	1.0	Centro	CAPS III Franco Basaglia	Alta em 16/05/2017	CAPS III Franco Basaglia
58	53 anos	19/09/2016	3.3	Pavuna	CAPS Dircinha e Linda Batista	Alta em 24/05/2017	Transinstitucionalização para IMNS
59	65 anos	05/09/2016	2.1	Glória	CAPS III Franco Basaglia	Alta em 29/05/2017	Abrigo no Recreio
60	39 anos	15/05/2014	Estado	Volta Redonda/RJ	CAPS II Usina dos Sonhos	Alta em 12/06/2017	Retorno Familiar
61	37 anos	24/09/2015	1.0	Rio Comprido	HD CPRJ	Alta em 06/09/2017	Retorno Familiar

Durante as entrevistas realizadas, foi possível detectar este processo de mudança institucional conforme narrado pelo gestor abaixo, que sintetiza a forma de condução e organização do processo.

Bom, durante o processo aqui no Pinel, tomando não só agora, eu, como na direção geral, mas nosso trabalho que começou em 2013 eu acho que a gente chegou no instituto com o instituto com um quantitativo de pacientes ainda bastante importante na época, que eu tô falando de meados de 2013 e eu acho que a gente passou a ter uma certa dedicação, né, da construção dos projetos terapêuticos e assim, é quase como se a gente tivesse criado a estratégia para poder diminuir o hospício Pinel, acho que algumas ações de planejamento institucional foram feitas e isso acho que a gente perseverou, eu acho que com relação a desinstitucionalização eu acho que tinha sim, um foco de poder entender que se a gente conseguisse produzir os projetos terapêuticos e fazer uma articulação com a rede, incluindo os CAPS nessa relação de protagonismo, porque se não o protagonismo não teria ficado só com a instituição manicomial acho que a gente fez um passo, né, parece que foi importante, que foi de fato produzir e incluir os CAPS dentro dos projetos terapêuticos, dos PTS visando, enfim, criar singularmente uma saída para cada um dos quase 60 pacientes que estavam aqui. então acho que isso foi uma coisa que a gente foi percorrendo, que a gente conseguiu diminuir importantemente, mas eu acho que tem do ponto de vista das práticas e da política e o que a gente fez aqui eu acho que tem uma coisa que me parece bastante significativa que é de fato chamar os CAPS para protagonizar essa essa virada. (Entrevista Gestor 1)

Através da fala podemos perceber a organização baseada na lógica da atenção psicossocial, com a responsabilização dos CAPS no acompanhamento deste processo. Com isso o trabalho junto aos usuários de longa permanência passa a ter uma característica não apenas territorial, mas longitudinal entre os CAPS e o Instituto. Esta relação se estende ao cotidiano dos serviços, a alcança a dimensão de mudar a direção do caso e intervir nas situações de transinstitucionalização, pois de acordo com a conjuntura política da cidade carioca as instituições psiquiátricas públicas possuem uma responsabilidade no recebimento de casos de longa permanência.

A estratégia do fechamento de clínicas conveniadas com o SUS, impôs esta necessidade e responsabilidade aos institutos, mas não sem consequências. Estas iremos abordar no próximo capítulo. Assim o IMPP seguiu recebendo usuários de seu território de referência.

Quando eu vim trabalhar no Pinel, na gestão, a gente não tinha, tinha alguns usuários que eram de longa permanência, poucos, que eu lembro, e na perspectiva de fechar as últimas clínicas conveniadas na Prefeitura do RJ a superintendência de saúde mental colocou também para o Pinel a responsabilidade de receber alguns usuários que seriam, nessa época que chama RAPS Centro Sul, então, o Pinel como sendo um Instituto de referência pra RAPS Centro Sul, então nós ficamos responsáveis principalmente por receber uma clientela vinda do Sanatório Rio de Janeiro, que seria da 1.0 ou dá “dois um”, não lembro se tinha da “dois dois” e o Pedro de Alcântara, que eram as mulheres, na qual quase todas vieram como 1.0, ou seja, referenciadas a área do centro. Como no centro não tem unidade municipal de responsabilidade né, o CPRJ ele não responde política de desinstitucionalização do município do Rio de Janeiro, então essa clientela veio pro Pinel que é responsável pela, que é referência, não responsável, na verdade, mas é a unidade de referência para emergência e pra internação da 1.0. Isso foi se tornando uma realidade. Bom, então essa clientela vai chegando, a gente tinha uma tradição de ter leitos de atenção à crise prioritariamente, a gente ainda tem, mas essa clientela, ela vai assumindo um mandato a partir também da responsabilidade dos CAPS. Uma discussão e uma direção de trabalho, que a gente na direção do Pinel tomou era de que pra receber,

uma condição importante pra gente, entendeu, Diretor Alex, pra receber essa clientela, a gente deveria responsabilizar o CAPS por isso, a gente não ia receber só por receber. Então o que eu percebi nesse período é que cada direção do instituto condicionou ou não condicionou o modo como receberia essa clientela dentro dos hospitais psiquiátricos. Na direção do Pinel, a gente entendeu que não é natural uma pessoa ir de um hospital psiquiátrico pra outro hospital psiquiátrico, mesmo que seja saindo de uma clínica conveniada para uma unidade municipal. Temos de acordo que é preciso fechar a clínica conveniada, mas também temos uma direção de trabalho de fechar o hospital psiquiátrico municipal. Então para esta pessoa ser transinstitucionalizada é preciso ter uma responsabilidade da política municipal, é de que tenha um serviço que possa fazer um trabalho com elas para que possam de fato sair do hospital psiquiátrico, então nessa condição, é da discussão da política pública, a gente recebeu é parte dessa clientela que dizia respeito a parte desse território de responsabilidade do Instituto Philippe Pinel. a RAPS Centro-Sul, 1.0, 2.1 e 2.1. (Entrevista Gestor 2)

O Pinel passa a receber usuários transinstitucionalizados com a condição do caso ser apropriado pelo CAPS de referência com um PTS que possa viabilizar ações de cuidado visando sua saída institucional, e para os que permanecem a necessidade de intensificar estas ações, com idas ao território, passeios, atividades externas, sempre pensando para fora. A necessidade de relação com outros dispositivos como a ESF, em um cuidado integral, pois os usuários, principalmente os oriundos de clínicas conveniadas apresentavam condições clínicas muito ruins. Na fala do gestor 1 podemos entender o caminho seguido.

Eu acho que as possibilidades de um paciente que foi transinstitucionalizado estão na medida e na proporção do investimento que a unidade que os recebe faz, a unidade, a rede de saúde, é porque eu volto a insistir que eu acho que tem um primeiro instante que a gente instituto, essa outra instituição de um lugar diferente protagoniza, e o protagonismo é incluir os demais serviços nessa ação de cuidado que seria chamar o CAPS, chamar a assistência básica, e inclui-lo de uma forma mais cidadã, quais são as possibilidades de fato de poder entrar no processo de “desins.”, acho que a “trans.” as possibilidades que ela traz são boas, um caminho (Entrevista Gestor 1)

3.2 – Os critérios e ações para desinstitucionalização

Estabelecendo relações mais claras no processo de cuidar, o IMPP está diretamente implicado em desinstitucionalizar todos os usuários internados, assim na perspectivas de seus profissionais receberem usuários de transinstitucionalização ou trabalhar com quem se encontra na unidade segue a mesma direção.

Um dos critérios utilizados, o tempo pode assumir uma outra dimensão em relação ao sujeito quando se trata de internação psiquiátrica, e transformar a relação do sujeito com o espaço ao seu redor, seu território de vida, passa a ser reduzido ao “lugar” da instituição, e o tempo como critério, também passa a ser algo subjetivo na instituição.

Um usuário com pouco tempo de internação pode se tornar institucionalizado? Se não pensarmos nas estratégias de saída e articularmos ações com os CAPS ou serviços externos, esse tempo que seria de dias pode se tornar de meses ou de anos, o risco da institucionalização se apresenta assim que usuário é internado na instituição psiquiátrica.

Tem algo que é do tempo de permanência aqui, mas é curioso, pois acho que é para além disso. Fico pensando, o paciente já está há 3 meses aqui, tá institucionalizado, e o que a gente faz. Vai ter que fazer um trabalho diferenciado né, ter um pouco mais de atenção... mas tem situações assim que estão menos tempo, mas o paciente já está institucionalizado, então como é que a gente vai trabalhar isso. Acho que tem que ser no caso a caso, ver suporte familiar. Tem a questão do tempo, mas acho que tem para além do tempo. (Entrevista Profissional 3)

Para mim todos precisam, todos que estão internados no Hospital Psiquiátrico precisam ser desinstitucionalizados, contando que ele tenha e essa rede né, tentar construir essa rede, que pode começar pela família quando os vínculos ainda não se esgarçaram, ou então pela residência terapêutica, mas para mim todo usuário... Talvez um usuário precise de mais cuidado que o outro, mas não existe um perfil de usuário, na minha opinião que precisa ficar institucionalizado. Todo usuário precisa ser desinstitucionalizado. (Entrevista Profissional 1)

No meu entender todo mundo que tá institucionalizado precisa ser desinstitucionalizado. (Entrevista Profissional 2)

Outro critério utilizado é simplesmente o fato de estar internado em hospital psiquiátrico, entendendo que a relação com a institucionalização está diretamente ligada a instituição total, conforme Goffman (1992) nos apresenta. A perda da identidade, e dos direitos, do lugar de cidadão. Na Institucionalização Identificamos opressores e oprimidos, caracterizados na equipe hospitalar e pelo grupo dos internados. Os primeiros modelam e os segundos são objetos de procedimentos modeladores.

Podemos observar isso através do difícil acesso à transmissão de informação quanto a organização dos espaços internados, trocamos as pessoas de lugar, de cama. Mudamos os horários, e geralmente os pacientes não têm conhecimento das decisões quanto ao seu destino.

Existem dois mundos, o social e o cultural, que são diferentes, mas seguem lado a lado sempre em contato de forma oficial, mas com pouca ou as vezes nenhuma interrelação. A divisão entre equipe dirigente-internado acaba sendo uma consequência da direção burocrática quando existem um grande número de pessoas internadas.

Os usuários de instituições totais normalmente tem seus dias e ações determinados, assim como suas necessidades essenciais acabam sendo planejadas pela equipe.

Apesar do IMPP trabalhar na proposta da reforma, estes “hábitos” ainda estão entranhados na conduta de profissionais, o que reforça a direção de que a única alternativa é, e sempre será a saída da instituição.

Uma das entrevistadas aponta para a necessidade dos CAPS atuarem intensamente nesse processo, além da articulação com a atenção primária, e da assistência social na promoção de ações voltadas para inclusão e cidadania, a fim de proporcionar a saída dos usuários.

A minha atuação como profissional, é tentar inserir as pessoas que estão sendo desinstitucionalizadas na rede de saúde mental quando elas não tem nenhum serviço, é a princípio, o que eu utilizo é o CAPS. Entendendo que a pessoa que está internada necessita de um acompanhamento no CAPS, podendo também ser construída uma rede também com atenção básica. Hoje eu acho que a assistência tem um papel também importante nessas questões de desinstitucionalização, em relação a benefício, ao cuidado também junto com os CAPS e outros serviços de saúde no território dessas pessoas. Eu acho que o meu papel é um pouco tentar fazer, e ajudar nessa articulação, possibilitando a saída dessa pessoa do Hospital Psiquiátrico.(Entrevista Profissional 1)

3.3 – Os efeitos da transinstitucionalização

No início do trabalho, esse tópico sempre foi o que mais instigou a discussão sobre transinstitucionalização, longo do tempo de estudo e após a audição e transcrição das entrevistas a percepção sobre os “malefícios” e “benefícios” criou uma questão importante a ser pensada. Será que o melhor caminho é entender que é bom ou ruim a transinstitucionalização? Pois bem, irei tentar descrever pelos caminhos das narrativas dos profissionais e gestores, deixando que cada um utilize suas experiências para apresentar as possibilidades, ou não, que a transinstitucionalização pode oferecer.

Na perspectiva do profissional 3, a transinstitucionalização deveria ser uma “passagem” pela instituição que o recebeu, uma vez que utilizando o entendimento de que a facilidade de acesso dos serviços substitutivos aquela unidade devido ao território, deveria impulsionar as ações de desinstitucionalização, agilizando os casos e reatando laços familiares. Porém a realidade para ela não se faz dessa forma, conforme seu relato.

...eu entendo como num momento de passar, fechou então a gente vai para retorno familiar, mas o que eu to percebendo, por exemplo...o que mais me veem , são os casos que eu estou percebendo são os casos que acompanho de perto, por exemplo, o T. veio ...transinstitucionalizado, fechou o lugar ele veio a gente vai preparar a saída para ir para uma RT, e ai tá aqui há 5 anos, então a imagem que eu tinha era que transinstitucionalização seria uma passagem porém eu vejo que não é assim que se dá, e acaba ficando institucionalizado aqui. (Entrevista Profissional 3)

Outro aspecto apresentado por este mesmo profissional, diz respeito ao fato de que no Pínel coexistem usuários de longa permanência juntamente com usuários agudos, o que na sua visão pode levar a uma despotencialização do trabalho de desinstitucionalização, visto que a demanda do usuário em crise acaba sendo “maior”.

...ele corre o risco de ficar esquecido, os pacientes que são mais calmos... é um risco grande de ficar esquecido no hospital, condenado, e isso dentro de um hospital que agora é de crise, é um risco, a gente tem que ficar sempre lembrando que tem um terceiro andar,..e ir lá e eles descender...é um esforço. Senão a gente fica preso nas urgências e nas demandas que vão aparecendo, é um trabalho de muito desafio, assim acho a transinstitucionalização pode condenar sim. (Entrevista Profissional 3).

A relação com os CAPS, também é apontada como fator importante nesses efeitos; o fato do trabalho realizado por eles, a cada dia estar mais enfraquecido e com menos potência, irá influenciar no tempo de permanência do usuário na instituição.

...enfim não é natural, que de fato os CAPS tem condições de assumir essa clientela, e nem é natural que os hospital psiquiátrico tenha condições de assumir essa clientela... (Entrevista Gestor 2)

Ao mesmo tempo que existem críticas e questionamentos, o trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial nas enfermarias contribui para uma ótima perspectiva, e nesse momento a transinstitucionalização passa a ter um sentido de criar possibilidade de vida para o usuário, pois o aproxima do serviço.

...outra situação por exemplo, quando é o CAPS Rocinha... e vir o paciente para cá pois o trabalho do CAPS fica mais...a intensividade fica maior, por exemplo: O CAPS Rocinha faz um grupo morar com vários pacientes que no futuro irão para o CAPS Rocinha, então é justificado estar aqui para ter intensividade, da frequência do CAPS, facilitar, se eles estivessem no Manfredini seria mais complicado o CAPS chegar. E aí acho que faz sentido, exemplo desse trabalho deu mais vida pra enfermaria, assim, tem alguns pacientes que vão para a mesma RT e o CAPS vem e faz um trabalho com eles aqui dentro, a ideia seria que depois pudesse fazer no espaço fora, mas assim eles já começam a trabalhar a saída em conjunto, aí faz sentido de já estar trabalhando o grupo aqui dentro. (Entrevista Profissional 3)

Um outro profissional com diferente vivência, aponta que sua percepção foi modificada quanto aos efeitos que a transinstitucionalização pode ter para os usuários, ela relata que o fato da transferência “apenas” tirar de um hospital e colocar em outro com um ato burocrático (entendimento sobre transinstitucionalização pautado no conceito teórico inicial), com o tempo foi percebendo que devido a necessidade de aproximação com o território, um novo olhar se faz para este processo.

No começo desse processo de trabalho, quando eu trabalhava dentro dos hospitais psiquiátricos para fazer esse processo de desinst. eu achava muito ruim essa questão da Trans., por que mudava a pessoa de um lugar, mas não tirava essa pessoa do hospital né não dava um lugar a ela no território. Mas hoje, e de algum tempo para cá eu já comecei a entender que as vezes é necessário que essa trans seja feita para que as pessoas estejam mais perto do território delas, onde vai poder acontecer esse processo de desinstitucionalização. Mesmo assim eu ainda acho que se pudesse haver desinstitucionalização antes da Trans, era menos agressivo assim para o usuário. (Entrevista Profissional 1)

Para um dos gestores entrevistados, existem pontos sobre a transinstitucionalização que beneficiam os usuários, como o fato destes em geral saírem de hospitais conveniados em péssimas condições de cuidado, principalmente em relação a condição clínica.

...as condições que essa clientela chega pra gente, são condições difíceis, o que a gente percebia é que de fato não havia uma política pública onde essas pessoas eram amparadas, então, uma situação que me marcou, foi a possibilidade do óbito, a gente não estava acostumado com o óbito, então a gente teve uma pessoa, uma senhora que veio a óbito, por questões clínicas, a gente perdeu uns dos dois ou três pacientes que chegaram e gravemente, eles tinham problemas clínicos graves precisaram ficar internados, então é um dos impasses é: Essa clientela sai de um hospital, de uma clínica conveniada né, muito precarizado clinicamente também, na verdade questão psiquiátrica não era questão principal a questão principal ela se dá pela vulnerabilidade psicossocial daquele sujeito, mesmo dentro do Hospital Psiquiátrico. Então é as questões clínicas dessa clientela estavam colocando as em riscos... (Entrevista Gestor 2)

Não basta a transferência de uma instituição para outra, é necessário a construção de uma rede de serviços, onde cada um exercendo sua função terá condições de articular o trabalho. No contexto atual onde a cidade vive uma mudança de modelo, os CAPS novamente são evocados para articular o cuidado ampliado pois seu poder de penetração no território e sua capacidade de resolutividade colocam o hospital psiquiátrico como mero coadjuvante no processo de desinstitucionalização, porém para os profissionais e gestores entrevistados no Pinel, existe uma relação de “despertencimento” destes serviços no trabalho.

Essa nossa aposta de trazer essa clientela para ficar no Pinel, era de que as rede substitutiva né, o CAPS, articulando o serviço do território assumisse integralmente a sua responsabilidade, e a gente não precisasse protagonizar o projeto terapêutico, a gente acompanharia o projeto terapêutico mas não protagonizando. Mas o que eu percebi que, ainda hoje o Hospital Psiquiátrico a equipe do Hospital Psiquiátrico, ela protagoniza projeto terapêutico, ela fica atrás do CAPS, ela fica pedindo para o CAPS vir com mais regularidade, ela... é a questão do documento dos pacientes... (Entrevista Gestor 2)

O hospital tendo que se haver com os casos passou a articular capacitações para sua equipe técnica e conseqüentemente se apropriar ainda mais dos casos, discussões sobre rede, território, SUS começaram a fazer parte do cotidiano do Pinel, as diretrizes da reforma psiquiátrica, com a participação dos usuários em assembleias e atividades coletivas; ao mesmo tempo a cobrança em relação ao trabalho dos CAPS seguiu, pois o entendimento do protagonismo destes serviços sempre foi a direção da instituição.

...então é, uma das coisas que foram importantes assim para qualidade do nosso trabalho no Hospital Psiquiátrico, Pinel, foi qualificar nossa equipe técnica na enfermaria para trabalhar voltar do modelo de atenção psicossocial. Então essa possibilidade de... capacitar, de trazer de dar visibilidade às nossas equipes, no Hospital Psiquiátrico, do sentido do SUS, da importância do SUS, dos princípios dos princípios e diretrizes que são fundamentais para qualificar assistência, e apresentar a política da reforma psiquiátrica naquilo que ela tem de primordial, ... que é valorizar os recursos do território de trabalhar com o conceito da atenção psicossocial, isso foi importante para que as nossas equipes no hospital... é qualificassem o trabalho junto a nossa clientela, ao mesmo tempo ao se aproximar e trabalhar com essa clientela, não desistissem de cobrado CAPS essa responsabilidade sobre essa clientela. (Entrevista Gestor 2)

Todavia esta lacuna deixada pelos CAPS passou a ter consequências importantes para os usuários com a permanência destes na instituição psiquiátrica.

...o que eu vejo internamente, é um paciente que que transinstitucionaliza aqui dentro. Então quando eu falo da transinstitucionalização eu falo da institucionalização da doença, e não é a doença psiquiátrica é a doença institucional. Esse tempo todo a gente vê esse sujeito se reinventando aqui dentro, é porque ele não consegue sair. Então ele se ele se... à crise dele ele melhora, fica em crise melhora, fica em crise, dentro do mesmo contexto o tempo todo. É o que eu chamo também de uma Institucionalização dele pelo... (Entrevista Gestor 2)

Os usuários passam então a sobreviver institucionalmente diante de um “adoecimento institucional e tentam preservar sua saúde, um bom exemplo disso está na fala do gestor que se segue.

...por exemplo conversando com uma paciente com a S. e aí ela estava me dizendo, mas ela sempre diz isso... há muito tempo... segunda-feira eu vou eu vou... segunda-feira eu vou ter alta, eu vou para casa, acho que é da minha sobrinha ou da minha tia na Rua Uruguai, é eu tô muito chateada, porque a fulana, lá na enfermaria tá dizendo para família dela, que ela é maltratada, e eu não concordo. Vocês trabalham muito bem, a comida aqui é boa, tudo aqui é bom, mas segunda-feira eu vou embora, eu vou embora daqui, mas eu não concordo que ela fale mal de vocês. E essa usuária que ela fala que fala mal da gente para família, é justamente a usuária que não quer sair daqui. E que em todas as condições que se criam para ela sair, ela se recusa a sair, porque a família diz para ela não sair. E aí eu falei pra S. vamos pensar... talvez a M. fale isso para família, para família ficar com terror no hospital e tira la. Porque o que ela quer é voltar para família, essa família não aceita ela, então ela não tá falando isso para família por mal. Ela pode estar falando isso como uma estratégia... aí eu entendo que isso é saúde. (Entrevista Gestor 2)

A discussão avança na direção de pensar se o hospital deve ser o lugar do cuidado, uma vez que provoca adoecimento tanto dos usuários quanto dos profissionais, em uma trama de significantes que constroem uma relação e laços que jamais deveriam existir, pois o cuidado deve ser em liberdade. Quando o CAPS pede ao hospital que se qualifique para atender ao usuário e estabeleça relações de transferência com ele, ele está criando uma anomalia relacional e institucional com esse sujeito, que fará transferência com quem o mantém preso, e não com quem propõe a sua liberdade.

Existe uma contradição importante nesse momento; pois o pensamento que de quem deveria colocar o outro em liberdade é na verdade aprisionador.

Os manicômios passam a se tornar os lugares de parceria e não mais os locais de apavoramento, de questionamento, que fechamento. E ai o passo para se “pintar” o hospício e dizer que a internação pode ser terapêutica no manicômio é tênue.

Atualmente o mesmo serviço que possui em suas paredes a fase “a liberdade é terapêutica”, tanto pode ser um manicômio, como um CAPS.

As contradições provocadas pelo processo de transinstitucionalização são fortes e marcam profundamente as relações entre os serviços, pois o usuário para ser liberto precisa ter um suporte fora da instituição psiquiátrica e aí muitas vezes o impasse se estabelece.

Discursos como: “Ele não está preparado para sair”, são ditos sem o menor bom senso; pois sabemos que ninguém está preparado para ficar no manicômio. Assim um dos princípios fundamentais da reforma, a liberdade do cidadão e sua possibilidade de escolha são ignorados, em nome de uma autoridade profissional que regula e regulamenta sobre a vida de pessoas enclausuradas há anos.

Finalmente é preciso dizer que independente das experiências e efeitos da transinstitucionalização, o hospital nunca será um bom lugar de se estar, e muito menos as pessoas se prepararam para permanecer ou serem internadas nele.

Precisamos terminar com falas demagógicas que apresentam teorias acadêmicas fantásticas, mas que na efetividade da vida pouco produzem para a liberdade desses sujeitos que a todo dia se reinventam nas crises para suportar a permanência nesses espaços de exclusão social e segregação.

Precisamos entender que a vida acontece onde existem pessoas “inda” vivas.

...Então enfim eu acho que mais adoecido nesse processo de institucionalização e de transinstitucionalização, mas adoecido ainda é a institucionalização da reforma psiquiátrica. (Entrevista gestor 2)

3.4 – As perspectivas para saída

Apesar de permanecerem internados em um hospital psiquiátrico, 5 dos 19 usuários transinstitucionalizados para o hospital Pinel, seguem no trabalho de desinstitucionalização, sendo que todos aguardam vaga em residência terapêutica para poderem finalmente saírem da instituição psiquiátrica.

Sendo assim algumas perguntas se fazem necessárias em relação as perspectivas de saída. Qual a possibilidade concreta de um usuário transinstitucionalizado ter acesso a RTs? Sabemos que apesar das dificuldades a rede vai crescendo, não na velocidade e necessidade dos serviços e das pessoas institucionalizadas, mas ela avança. Hoje são 89 Rts com possibilidade de 511 vagas, sendo que 89,82% das vagas estão ocupadas, assim 9,78% das vagas estariam disponíveis, isso em números absolutos (segundos dados da Superintendência de Saúde Mental do Município do RJ - 2018), correspondem há 50 vagas.

Estas 50 vagas são disputadas por 270 pessoas que ainda se encontram institucionalizadas nos 3 institutos municipais, o que nos deixa com a seguinte situação:

- 50 pessoas irão para as 50 vagas
- 220 pessoas ficarão internadas a espera de novas residências terapêuticas
- dessas 220 pessoas estão as 5 que foram transinstitucionalizadas para o IMPP

Esta apresentação nos mostra que a chance de um destes usuários ir para uma RT no momento é de 1,1%, então será que existe algum ganho para este usuário? Se imaginarmos que estas pessoas poderiam estar ainda em hospitais conveniados, quais seriam suas chances?

Isso é difícil...rs. Eu acho que é isso, eles estão mais perto dos serviços...e as “trans.” também que eu acompanhei, foram “trans.” de hospital privado, conveniado ao SUS e ela foram para hospitais públicos. Eu acho que elas tem mais chance de sair do hospital público, que sair do hospital conveniado, que quer manter elas lá...então hoje elas tem mais perspectivas pois a equipe desses hospitais também trabalham nesse movimento de fazer esta articulação com o território para saída destas pessoas.(Entrevista Profissional 3)

De acordo com a fala deste profissional estar em um hospital público aumenta a chance de saída do usuário, pois sabemos que as clínicas conveniadas não realizam articulação com território, busca de familiares, retirada de documentações e diversas outras ações que requerem um tempo e trabalho no acompanhamento regular do caso, isso o hospital público realiza.

Temos como exemplo o caso de E. conforme o relato da profissional que a acompanha.

Então , eu acho que E. ganhou apesar de ainda estar no hospital, já virou longa permanência aqui no Pinel, mas acho que ela ganhou, ela saiu de uma situação onde ela era ninguém, assim ela vem para cá muito mal, sem ... não sei nem se ela tinha documento, mas hoje ela já tem o benefício dela, ela já sai, ela comprou roupa, e ela tem uma peruca que ela sai para fazer as compras dela. Ela quebrou o fêmur aqui dentro, foi para o tratamento Clínico, voltou, tem... hoje ela tem hoje uma cuidadora, que que é previsto para essa casa que ainda não existe, para essa residência terapêutica que ela vai, que é super bacana, que vem aqui, que conversa com E. e que que possibilita ela a ter uma construção dessa possibilidade de sair, de sonhar. Ela consegue falar as coisas para ela por essa pessoa, que às vezes ela não fala para própria equipe do hospital. Acho que o processo de desinstitucionalização de E. já começou assim, já existe, apesar de infelizmente ainda não ter a casa para ela morar. Mas eu vejo que ... eu não sei se é uma coisa também meio de vaidade nossa, mas os pacientes que chegaram da Pedro de Alcântara como E. e W. a própria N., tiveram mais dignidade nessa transinstitucionalização, elas ganharam com isso.

O fato de estar em um instituto municipal que possui um trabalho em consonância com a reforma psiquiátrica possibilitou a E. realizar algumas ações que ela não teve oportunidade na clínica conveniada. A retirada de documentação, seu benefício, recurso com o qual passa a ter autonomia para comprar suas roupas, perucas e demais coisas que tiver interesse. A perspectiva da alta de fato pode não estar tão próxima, mas um mínimo de dignidade é possível dar a estas pessoas.

No outro caso de W. que possui dificuldades de fala, mesmo assim demonstra afeto podemos perceber o trabalho realizado de integração e ressocialização.

O próprio usuário ele diz isso. O W., não consegue falar isso em palavras, mas ele mostra isso no corpo, hoje ele veio e me deu um abraço, olhou na minha bolsa para ver se tinha um picolé que eu sempre trago um picolé para ele, ai foi logo olhar na bolsa.(Entrevista Profissional 1)

Certamente estas ações deveriam ser realizadas extra muros, mas com tudo que já foi apresentado a perspectiva passa a ser de uma melhora clínico-social, pensando as possibilidades de reinserção , ainda sem a casa, sem a moradia; mas o trabalho não se encerra por este fato. O que muitas vezes pode parecer uma frustração, em outra perspectiva aparece como um ganho para o usuário.

Articulações com o desenvolvimento social ou a habitação são propostas há anos todavia, a saúde segue se responsabilizando por todos os casos de desinstitucionalização, mesmo que estes casos tenham suas altas impedidas pela falta de moradias.

Eu acho que se tivesse como a gente conseguir fazer essa rede com assistência, ajudava a gente..., talvez não tivesse tanto processo ainda de Desinstitucionalização, fica só na saúde. (Entrevista Profissional 1)

4. Os Casos

4.1 Caso E (Transinstitucionalização da Clínica Pedro de Alcântara conveniada com o SUS)

E., 60 anos, ambos os pais falecidos, se encontra internada no Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP), desde 31/03/2016. Sua chegada na instituição ocorreu por transferência do Hospital Pedro de Alcântara, localizado no Rio Comprido (HPA), na época um hospital psiquiátrico conveniada com o SUS. Nesta unidade esteve internada desde 2010 e sua transferência para o Pinel ocorreu devido ao processo de descredenciamento dos leitos do Sistema Único de Saúde, a partir de determinação do Ministério Público Estadual, após a constatação das péssimas condições do cuidado ofertado pelo referido hospital.

Em relação ao quadro psíquico, a usuária possui história pregressa de vagar pelas ruas, em péssimas condições de higiene, apresentando quadro de desorganização do pensamento, com discurso delirante principalmente em relação a familiares, onde a mesma afirmava ter referências e moradia. Estes relatos sobre a família foram pesquisados, e se mostraram inconsistentes, pois foram realizadas visitas domiciliares nos endereços fornecidos pela usuária e nada foi encontrado sobre os nomes de familiares que ela forneceu.

E., teve passagem por várias instituições como o próprio IMPP, o IPUB e Clínica da Gávea, e quando não estava internada era atendida no PAM do Matoso, ambulatório de Saúde Mental localizado na Praça da Bandeira. A usuária relata que recebia visita dos irmãos, mas com o tempo pararam de aparecer. Conta que apesar de ter família vivia nas ruas e dormia debaixo da marquise da igreja evangélica no bairro de Rio Comprido/RJ. Após sua chegada no IMPP foi realizado contato com o Ministério Público e descoberto que havia se iniciado processo de curatela. A partir disso, foi possível encontrar e acionar a irmã da paciente, a Sra V. Através de contato telefônico, Sra V. informou não poder receber E. em sua casa, uma vez que não possuía condições financeiras para arcar com os cuidados da irmã, e a paciente não recebia nenhum tipo de benefício para se manter.

Ainda durante o processo de busca por referências familiares, foi realizado contato com a Clínica da Família Estácio de Sá solicitando auxílio para localização de possíveis referências familiares da paciente. Uma visita domiciliar foi realizada no endereço informado pelo MP, sendo constatado através do relato de vizinhos, que a mãe de E. faleceu há 10 anos e não haviam mais familiares residindo no endereço.

A equipe do IMPP realizou contato com a Delegacia de Busca de Paradeiros no intuito de levantar novas informações familiares, sendo informada que no banco de dados do órgão constava que a irmã da paciente havia falecido, porém não informaram a data do óbito. Existem outros registros no Detran RJ de 03 irmãos, contudo com informações desatualizadas há pelo menos 20 anos.

E. é analfabeta, apresenta déficit cognitivo para compreender informações simples que se agravou com os longos períodos de internações. Por diversas vezes ela repete que recebia “visita da mãe aos finais de semana quando esteve internada no HPA, e de uma tia, mas que os irmãos não a visitam há muito tempo”.

Ao longo de sua internação, observamos remissão parcial de sua sintomatologia, no entanto permanecendo o discurso delirante, sem condições para atividades laborativas. Seu quadro psiquiátrico atual se classifica pela CID X com F20.5, Esquizofrenia Residual.

A usuária se vinculou bastante à equipe responsável por seu acompanhamento e passou a se apropriar das intervenções propostas no projeto terapêutico que foi elaborado em conjunto com o CAPS UERJ.

E. tem indicação para morar em uma residência terapêutica, que a auxiliaria a construir sua autonomia e seu status de sujeito de direitos.

Sendo assim em dezembro de 2016, o caso foi levado para discussão no Grupo de trabalho (GT) realizado no CAPS UERJ, devido as possíveis referências territoriais, então foram definidos as referências técnicas e realizada a matrícula da usuária no serviço de saúde mental. Porém o CAPS UERJ não conseguiu dar andamento ao projeto terapêutico elaborado, ficando a equipe do IMPP conduzindo por um bom tempo o seguinte PTS:

- Inserção na Clínica da Família da área de referência.
- Retirada do Rio Card.
- Saídas acompanhada para realizar atividades de autocuidado e contato com a cidade.

A dificuldade do CAPS UERJ em se apropriar do caso e a pouca perspectiva de inserção da usuária em RT da região fez com que a direção técnica do IMPP levasse o caso para discussão com a Superintendência de Saúde Mental do município do rio de janeiro, onde na ocasião foi realizada a proposta de mudança do “território”, uma vez que os vínculos tanto familiares quanto do serviço que iria acompanhar eram muito frágeis; como a usuária possuía totais condições de saída rápida do hospital, ficou decidido que a unidade poderia discutir o caso em outras regiões (outros GTs).

Assim foi feito, e após longas discussões foi possível articular que um o CAPS III Maria do Socorro, unidade relativamente próxima ao hospital psiquiátrico, para que pudesse acompanhar o caso e inserir E. em sua próxima Residência Terapêutica a ser implantada.

Durante todo o período de internação E. sempre se colocou em uma posição de querer ir para “casa”, não entende o motivo de não poder ir embora já que suas amigas saíram para retorno familiar ou para “casas terapêuticas”, nome que E. se refere as RTs. Por várias vezes sentava em um banco próximo a saída do Hospital e quando alguém passava dizia: “olha! Eu estou esperando meu filho vir me buscar para ir para casa!”, ou então falava: “Tô aqui de alta, moço”.

Em novembro de 2017, foi juntamente com a Assistente Social do Pinel realizar uma apresentação na Jornada Científica da região, onde pode falar sobre sua internação e perspectiva de ida para uma “casa terapêutica”, um mês depois esta apresentação, sofreu queda da própria altura na enfermaria psiquiátrica onde está internada, tendo fraturado o fêmur; foi transferida para hospital geral, e permaneceu cerca de 20 dias para realização de cirurgia ortopédica. Ao retornar estava imobilizada, sem condições de locomoção.

E. realizou cuidados de enfermagem e fisioterapia e se restabeleceu, com o suporte do CAPS Maria do Socorro, uma cuidadora foi designada especificamente para acompanhar o caso e promover saídas constantes ao território, a fim de construir possibilidades e manejos com E. fora do hospital psiquiátrico.

A usuária já possui benefício liberado e tem ido realizar suas compras, atualmente adquiriu uma peruca, que utiliza em todas as suas saídas da instituição.

O relato de uma das profissionais que a acompanha demonstra bem o desejo de saída de E. que segue em processo de desinstitucionalização, aguardando a tão sonhada vaga na “casa terapêutica”.

E. acho que é a mesma coisa, ela continua procurando a família né, ela tem essa coisa que a minha família não, fulano saiu. E a minha família não veio, mas eu acho que ela tá no processo para ser desinstitucionalizada, é um processo demorado, que também depende da rede extramuros. (Entrevista profissional 1).

4.2 Caso W (Transinstitucionalização do Sanatório Rio de Janeiro, conveniado com o SUS)

Com o movimento de fechamento da instituição conveniada com o SUS, Sanatório Rio de Janeiro, teve início nossa história com W.

Exatamente no dia 11/11/2016 quando foi transinstitucionalizado para o Instituto Municipal Philippe Pinel, precisamente às 11:35h, o mesmo era atendido no setor de emergência da unidade. Após chegar em uma ambulância acompanhado por profissionais da Superintendência de Saúde Mental e um familiar, foi realizada a anamnese e W. admitido na instituição. Em seu prontuário consta o seguinte registro médico na guia de internação hospitalar: “Paciente vem em movimento de transinstitucionalização do Sanatório Rio de Janeiro para trabalho de desinstitucionalização e reinserção social no IMPP e CAPS”. Diagnóstico F. 20, sem consciência de morbidade, profissão ignorada, diversas internações, se apresentando confuso, com lesões dermatológicas por todo o corpo, internação involuntária.

Este era W., na época com 58 anos de idade, que teve praticamente toda sua vida marcada por internações em hospitais psiquiátricos ou em clínicas conveniadas com o SUS.

Esta história de internações teve início aos 12 anos de idade. Nascido em Alagoas; não consegui mais informações sobre sua infância. Era como não tivesse existido. Os registros só falam de W. quando já internado. Um menino invisível, sem história.

No dia de sua admissão ainda foi avaliado pela médica da enfermagem que registrou: “Paciente com déficit cognitivo, comportamento desorganizado. Apresenta feridas\lesões em membros superiores. Escabiose!” e prescreve ivermectina 2 comprimidos e 1/2, 1 dose V.O.

O registro de enfermagem estava da seguinte forma: “Paciente admitido no setor, procedente do PS (Pronto socorro como é chamada a emergência da unidade), acompanhado do seu sobrinho e do téc. de enfermagem. Sem pertences, sem documentos, sem vestes próprias, porém com as vestes do hospital, com lesões subcutâneas por todo o corpo, segue em observação”.

Durante o período da tarde a médica é chamada e nova evolução é realizada, desta vez da seguinte forma: “Paciente com comportamento inadequado, segurando as pessoas, o que aumenta o risco de contágio a outros pacientes (escabiose). Por essa razão deverá permanecer em isolamento. Já fiz ivermectina 2 cps e 1/2 hoje”.

Ainda no mesmo dia, as 16:30h, o registro de enfermagem informa: “Paciente foi encaminhado ao banho de aspersão, com uso de medicação prescrita, foi separada sua roupa, pois o mesmo se encontra com escabiose. Segue em observação”.

Às 21h novo registro: “Paciente encontra-se dormindo”.

Posteriormente já na madrugada possivelmente (no registro não consta o horário), novo relato da enfermagem: “Paciente permanece confuso, desorganizado, porém apresenta dificuldade de respirar e deambular, não responde bem as solicitações verbais e com secreção amarelada. Segue em observação”.

Já pela manhã recebe a visita do residente médico que o avalia e faz o seguinte registro: “Encontro paciente no início da manhã adormecido, não responsivo, mas responde discretamente ao chamado, com o avançar da manhã apresenta melhora do seu estado vigil, apesar de ainda sonolento”, realiza o exame clínico registrando alteração pulmonar, e em seguida, segue o registro... “paciente obedece nossas solicitações para que posicione, movimentar seus braços, inclusive realizando força contrária evitando”(ilegível). O médico residente então faz seu último registro suspendendo a medicação diurna e aumentando a noturna (Clorpromazina passa para 200mg) e prescreve contenção mecânica com faixa em quatro pontos em seu leito, cabeceira elevada até melhora da sonolência, para evitar queda.

Posteriormente o mesmo profissional retorna para nova avaliação e registra que o usuário W. não apresenta melhora da sonolência e do nível de consciência. Detecta alteração pulmonar e solicita “vaga zero”, ou seja que o paciente seja transferido com urgência para avaliação clínica para verificar quadro de *delirium*, e descartar possível quadro infeccioso.

Às 14:55h o usuário W. é transferido para o CER Leblon.

Em tempo, o solicitante médico, ainda deixa outro registro sobre sua preocupação com o quadro clínico de W. pouco antes da ambulância chegar e este ser transferido.

Este então foi o relato das primeiras 24hs de W. na instituição psiquiátrica, este foi o primeiro registro no “manicômio”.

W. retorna 16 dias depois, ainda confuso, mas apresentando um quadro aparentemente melhor, porém com a saúde claramente fragilizada, certamente decorrente do período em que esteve internado na clínica conveniada.

Seguiu sob os cuidados hospitalares e em 30/11/16, a direção da unidade comparece ao primeiro GT (Grupo de Trabalho), para discussão do caso no CAPS Franco Basaglia, são escolhidas as referências profissionais do usuário no CAPS, e discutidas algumas questões, como seu benefício que se encontra bloqueado pelo longo tempo de não utilização, é realizado

contato com o primo de W. que inicialmente se disponibiliza a receber o usuário em sua própria casa. No mesmo dia que seu caso é discutido, W. é contido ao leito por estar confuso, com frases desconexas e atitude delirante, permanece assim praticamente por todo o dia.

Seguem os dias e os relatos da difícil abordagem a W., até que em 17\12\16, é realizado um relato onde ele se encontra sentado no chão do pátio interno do hospital sorrindo e balbuciando os sons no ritmo da música que tocava no rádio. Bingo! W. está vivo!

A equipe segue em sua intervenção terapêutica e o ano de 2016 termina.

No ano seguinte W. segue com sua melhora clínica, contudo ainda tendo que ser hospitalizado por intercorrências em relação a sua pressão arterial e alteração pulmonar.

Sobre a história familiar seu prontuário nos revela que ao longo da internação novas informações vão surgindo, a medida em que o trabalho da equipe do IMPP avança no cuidado. W. possui uma irmã adotiva que possuía sua curatela, seu benefício na verdade foi suspenso pois o Ministério Público havia entrado com ação de destituição de curatela da irmã, pois a mesma não prestava mais contas dos gastos desse benefício, além de nunca mais ir visitar W. na clínica conveniada.

O CAPS Franco Basaglia se apropriou do caso e passou a acompanhar o processo de curatela na justiça.

O outro membro da família de W. é o sobrinho; este reside em Copacabana e inicialmente havia se disponibilizado em receber o usuário em sua residência e assumir os cuidados, contudo, pouquíssimas vezes foi visitar W. e aos poucos a equipe foi percebendo que na verdade existe pouca disponibilidade desse sobrinho.

Em abril de 2018, aparece no Instituto Pinel uma sobrinha para visitar W., a mesma foi questionada sobre os motivos de após tanto tempo aparecer na unidade de uma hora para outra. Esta refere que não sabia sobre o paradeiro do tio após o fechamento da clínica conveniada, e diz que ficou sabendo após contato com a irmã de W.

Quando perguntado sobre a possibilidade em receber W. em sua casa, a mesma é categórica em afirmar que apenas quer visitar o tio, que não tem interesse na curatela (benefício).

Os longos anos de internação psiquiátrica foram cruéis com W., a falta de uma autonomia mínima, de uma organização de ações, são peculiares em sua vida cotidiana.

No momento W. está em processo de desinstitucionalização, sendo acompanhado pelo CAPS Franco Basaglia e aguarda vaga em uma residência terapêutica, assim como os outros 270 usuários ainda internados nos institutos municipais da cidade do rio de janeiro.

Seu projeto terapêutico singular, consiste em saídas frequentes no território, fato que no início apresentou certa resistência de W. devido aos anos em que esteve institucionalizado, porém ao longo do tempo foi se permitindo a ter a possibilidade de circular pelas ruas do bairro de botafogo.

W. se apresenta mais tranquilo, sem as confusões de pensamento relatadas no início, não é mais contido ao leito, sua higiene corporal melhorou significativamente, contudo ainda necessita de orientações e acompanhamento para realizar atividades básicas de vida.

O processo segue com o entrelaçamento do trabalho entre CAPS e hospital, o que tem potencializado as ações de cuidado.

Considerações finais

A desinstitucionalização na prática, engloba a transinstitucionalização como um processo que vai se metamorfoseando à medida em que ela está inserida no contexto político e histórico da região onde as unidades de saúde estão localizadas. Com a Reforma Psiquiátrica as ações de desinstitucionalização se expandiram e a necessidade de relações entre serviços muitas vezes distintos e com propostas diferentes, teve que ser costurada, ora com linhas finas e frágeis, ora com linhas grossas resistentes. Assim a rede foi sendo tecida, fio à fio, ponto à ponto, nó à nó; em um entrelaçar de linhas que hoje sustentam o que chamamos de RAPS.

A cidade do Rio de Janeiro historicamente foi o berço da psiquiatria no Brasil, e de tal forma produziu inúmeras instituições manicomiais, sejam elas públicas, como Hospital Pedro II em 1852, passando pela colônias agrícolas, até chegar aos atuais institutos municipais; assim como as clínicas privadas, que foram fomentadas em uma época onde a lógica do enclausuramento como lucro financeiro era preponderante. Estas se espalharam como ervas daninhas sendo alimentadas pela violência, os maus tratos, o sangue e vida de muitos usuários de saúde mental. A “indústria” da loucura por décadas se apropriou dos corpos quase sem vida de pessoas cheias de vida.

A partir da década de 70, com o processo de transformação do modelo manicomial em um modelo inclusivo, democrático e cidadão diversas pessoas puderam ter finalmente sua liberdade e saíram desses manicômios.

Novas possibilidades de cuidado se descortinam e serviços potentes nos territórios passam a acolher, e respeitar as singularidades. Os CAPS, as RTs, as moradias protegidas, e os próprios manicômios passam a questionar suas práticas, sendo que os público-privados, entram em colisão com a atual política de saúde mental e perdem seu credenciamento a partir do fechamento dos seus leitos.

A transinstitucionalização surge como uma possibilidade de vida para quem tenta sobreviver aos horrores da clausura; pois infelizmente os investimentos no campo da saúde mental são reduzidos e não acompanham o fechamento dessas “casas de horror conveniadas”. A cada dia que passa mais pessoas eram internadas e abandonadas nas instituições. Estas pessoas com seus vínculos afetivos e familiares rompidos, foram transferidas de instituição para instituição, como no caso de E. e W., os dois que ainda se encontram internados no Instituto Municipal Philippe Pinel, são carretéis que tentam enrolar os fios da rede e deslizam entre eles ainda sem conseguirem suas casas, suas famílias, suas vidas.

A experiência do Pinel se apresenta como uma agulha de fenda pequena, por onde um desses fios da rede tenta ser trançado, ora a agulha dá um ponto com fio fino, ora dá o ponto com fio grosso, e os carreteis vão deslizando pelos fios esticados. Assim a rede vai sendo tecida, assim as possibilidades de vida vão aumentando, assim a saúde mental se equilibra num emaranhado de nós.

A realização desse trabalho visa registrar a experiência “pineliana”, não aquela do homem Pinel, que no século XVIII, deu nome ao hospital psiquiátrico, mas sim a da política de saúde mental, reafirmada na lei 10.216, na qual o manicômio se reinventa para poder antes de findar, proporcionar possibilidades de saída de todos os usuários lá internados.

A experiência “pineliana atual” pode apresentar alguns efeitos do processo de transinstitucionalização e dialogar com as possibilidades articuladas a partir do esforço de profissionais comprometidos com a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Patrícia. **Desinstitucionalização: Notas sobre um processo de trabalho**. Rio de Janeiro: Cadernos do IPUB, 2006; XII(22), 93-110.

ALVES, C. F de O. et.al. **Uma breve historia da reforma psiquiátrica**. Neurobiologia, 72 (1),jan/mar,2009.Disponível em: http://www.neurobiologia.org/ex_2009/Microsoft%20Word%20-%2011_Ribas_Fred_et_al_Rev_OK_.pdf Acesso em 06 de maio de 2018.

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente -outras histórias para loucura e psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo. Org. **Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade**. Coleção Loucura & Civilização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

AMARANTE, Paulo. **Teoria e Crítica em Saúde Mental: Textos Seleccionados**. São Paulo: Zagodoni, 2015.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Monica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.2067-2074. Acesso em 12 Outubro de 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232018000602067&script=sci_abstract&tlng=p t

BANDEIRA, Marina. **Desinstitucionalização ou Transinstitucionalização: Lições de alguns países**. In: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psiquiatria. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, vol. 49, n07, 1991.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal,Edições 70, LDA, 1975.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). 2000. **Portaria nº 106**, de 11 de fevereiro de 2000. Altera a Portaria nº 106/ GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Diário Oficial da União 2000; 14 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Diário Oficial da União 2002; 20 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **HumanizaSUS**: clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 121**, de 25/01/2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Unidades de Acolhimento. Diário Oficial da União 2011; 25 jan.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 122**, de 25/01/2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União 2011; 25 jan.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 3090**, de 23/12/2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos sejam definidos em tipo I e II. Diário Oficial da União 2011; 24 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 3088, de 23 de Dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União 2011; 26 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 08 de jul. 2018.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica – a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

CNESNet. Acesso em 01 de Dezembro de 2018. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=47&VTipo_Leito=6&VListar=1&VEstado=33&VMun=&VComp=

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FACCHINETTI, Cristiana; RIBEIRO, Andrea; CHAGAS, Daiana Crus; REIS, Cristiane Sá. **No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados**. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl. 2, p.733-768, dez. 2010. Acesso em 21 Outubro de 2018. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000600031#back24

FAGUNDES JUNIOR, Hugo Marques; DESVIAT, Manuel and SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. **Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.5, pp.1449-1460.

- GOFFMAN, Erving. **Manicômios Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- GULJOR, Ana Paula Freitas. **O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. 347f.
- JORGE, Marco Aurelio Soares. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1997. 117 p.
- LOVISI, Giovanni Marcos. **Avaliação de distúrbios mentais em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói**. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000. xiv,167 p.
- SCOTT, John; MARSHALL, Gordon. **A Dictionary of Sociology**. Third edition. New York: Oxford University Press, 2009.
- MAYERHOFFER, Francisca Mariana Abreu. **A função psicanalisante como condição de singularidade em uma experiência política de desinstitucionalização**. Tese de Doutorado, Psicologia, UERJ, 2015. 204 f.
- OLIVEIRA Alice Guimarães Bottaro; CONCIANI, Marta Ester. **Serviços residenciais terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de saúde mental em Cuiabá- MT**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(1):167-178.
- ONOCKO Campos et al. **Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos**. [Projeto de Pesquisa]. Campinas/SP; Rio de Janeiro/RJ; Porto Alegre/RS: UNICAMP/UFF/UFRJ/UFRGS, 2008.
- ORNELAS, José. **Do Romantismo da Loucura à sua Transinstitucionalização**. In: Análise psicológica. ISPA - Instituto Universitário, Portugal, 1989.
- PINHEIRO, Roseni et al. **Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS\UERJ-ABRASCO, 2007.
- RAPHAEL, Steven; STOLL, Michael. **Assessing the Contribution of the Deinstitutionalization of the Mentally Ill to Growth in the U.S. Incarceration Rate**. The Journal of Legal Studies, Vol. 42, No. 1 (January 2013), pp. 187-222. Acesso em: 31 de mar. 2018.
- ROSARIO, Nilson. **Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2007.

ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Superintendência de Saúde Mental. **POP Desinstitucionalização**. Rio de Janeiro, 04 de maio de 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, **Senso Hospitalar**. Acesso em 01 de dezembro de 2018. Disponível em: https://smsrio.org/subhue/painel/hosp/censo_hospitalar.php#close

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro; RAMOS, Fernando A. de Cunha. **As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II**. Revista latino americana psicopatologia. fundam. vol.15 no.2 São Paulo Jun. 2012

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002. Acesso em 21 Outubro de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>

THOMPSON, Paul. **A voz do passado: história oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Dispositivos residenciais em saúde mental, um campo aberto para os trabalhadores sociais: revisão de estratégias, tipologia e principais desafios políticos, teóricos e práticos**. In: Vasconcelos EM, organizador. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez; 2002. p. 97-124.

VENANCIO, Ana Teresa A. **Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX**. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, Supl.1, p. 35-52, dez. 2011.

VENTURINI, Ernesto. **A Linha Curva – o espaço e o tempo da desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

VIEIRA, Enara de Carvalho. **A Transinstitucionalização no caso do fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi: uma questão paradoxal**. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2013. 137f.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: Desafios da reforma psiquiátrica Brasileira**. Tese de Doutorado – ENSP/FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2006.

ANEXO A – Roteiros para entrevistas

ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA A PESQUISA - GESTOR

Transinstitucionalização: um estudo sobre uma experiência desenvolvida no Instituto Municipal Philippe Pinel no Município do Rio de Janeiro, que tem como objetivo central: Investigar o processo de transinstitucionalização no município do RJ através de casos e os desafios impostos por esse modelo.

Parte I – Identificação:

Nome: _____ (pode ser fictício – exemplo

Gestor I) Idade _____ Sexo _____

Formação _____

Período (anos) em que esteve na gestão da saúde mental na cidade _____

Função exercida na gestão municipal _____

Parte II - Roteiro:

- Em relação a política municipal de saúde mental, quando iniciou o processo de desinstitucionalização na cidade do RJ.
- Em sua gestão como ocorreu este processo.
- Quais foram os impasses.
- O que você entende por transinstitucionalização.
- Quando foi necessário realizar esta ação e quais os fatores que levaram a isso.
- Quais as perspectivas para um usuário transinstitucionalizado.

ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA A PESQUISA – PROFISSIONAL DE SAÚDE

Transinstitucionalização: um estudo sobre uma experiência desenvolvida no Instituto Municipal Philippe Pinel no Município do Rio de Janeiro, que tem como objetivo central: Investigar o processo de transinstitucionalização no município do RJ através de casos e os desafios impostos por esse modelo.

Parte I – Identificação:

Nome: _____ (pode ser fictício – exemplo
Profissional I) Idade _____ Sexo _____
Formação _____
Período (anos) em que trabalha no campo da saúde mental do RJ _____
Função exercida na unidade em que trabalha _____

Parte II - Roteiro:

- Como você atua em relação aos casos de desinstitucionalização na cidade do RJ.
- Quais os critérios que utiliza para avaliar se um usuário necessita ser desinstitucionalizado.
- O que você entende por transinstitucionalização.
- Quando foi necessário realizar esta ação e quais os fatores que levaram a isso.
- Quais as perspectivas para um usuário transinstitucionalizado.

ANEXO B – Termo de consentimento e livre esclarecimento



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: Transinstitucionalização e Desinstitucionalização: um estudo sobre uma experiência desenvolvida no Instituto Municipal Philippe Pinel no Município do Rio de Janeiro, que tem como objetivo central: Investigar o processo de transinstitucionalização no município do RJ através de casos e os desafios impostos por esse modelo.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder a questionário semiestruturado, com perguntas sobre o tema da pesquisa, que serão gravadas. A qualquer momento você pode desistir de participar, retirando seu consentimento. A recusa, desistência ou suspensão da sua participação na pesquisa não acarretará em prejuízo. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os riscos desta pesquisa são sentir se constrangido com alguma pergunta. O (A) responsável pela realização do estudo se compromete a optar por não insistir com a pergunta e deixar a opção de resposta para o entrevistado. Em caso de dano comprovadamente oriundo da pesquisa você terá direito a indenização através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Se você aceitar participar, estará contribuindo para conhecermos melhor a Rede de Saúde Mental e os processos de desinstitucionalização na Cidade do Rio de Janeiro.

Os dados coletados em entrevistas, serão utilizados apenas nesta pesquisa e tem por finalidade auxiliar na construção de uma discussão sobre a política de Desinstitucionalização e Transinstitucionalização na cidade do Rio de Janeiro, estes serão mantidos em arquivo físico e/ou digital sob a guarda do pesquisador por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa OU serão mantidos permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, para utilização em pesquisas futuras].

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Alexander Garcia de Araújo Ramalho
Pesquisador responsável
E-mail: agaramalho@hotmail.com
Cel: 98909-1759

Comitê de Ética em Pesquisa – Instituto de Psiquiatria da UFRJ

Endereço Av. Venceslau Brás 71, fds – Prédio da Direção – 2º andar – sala do
CEP. 22.290-140 – Campus Praia Vermelha - Botafogo – Rio de Janeiro.

Telefone/fax: 55 (21) 3938-5510

Secretaria Municipal de Saúde - Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 - Centro – RJ -
CEP: 20031-040 - Telefone: 2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br
ou cepsmsrj@yahoo.com.br

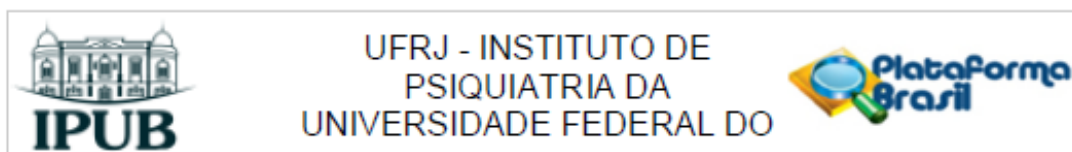
Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 201 .

Assinatura do(a) Participante	Impressão do dedo polegar Caso não saiba assinar
Nome em letra de forma do Participante	
Assinatura do(a) Pesquisadora	
Nome em letra de forma do Pesquisador	

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Transinstitucionalização: conceitos, impasses e desafios. Um estudo sobre casos de transinstitucionalização encaminhados para o Instituto Municipal Philippe Pinel no Município do Rio de Janeiro (2013 a 2017)

Pesquisador: ALEXANDER GARCIA DE ARAUJO RAMALHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84519618.7.0000.5263

Instituição Proponente: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB/

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.869.432

Apresentação do Projeto:

Estudo vinculado ao Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial IPUB-UFRJ.

Abordagem qualitativa em relação a estudo da política de desinstitucionalização realizada na cidade do Rio de Janeiro, com levantamento em uma instituição psiquiátrica que recebeu vários usuários de outras unidades psiquiátricas entre 2013-2017

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar o processo de transinstitucionalização no município do RJ através de casos e os desafios impostos por esse modelo.

Objetivo Secundário:

Identificar origem do termo de transinstitucionalização

Identificar fatores que motivaram a ida dos

usuários internados de longa permanência para o Instituto Municipal Philippe Pinel

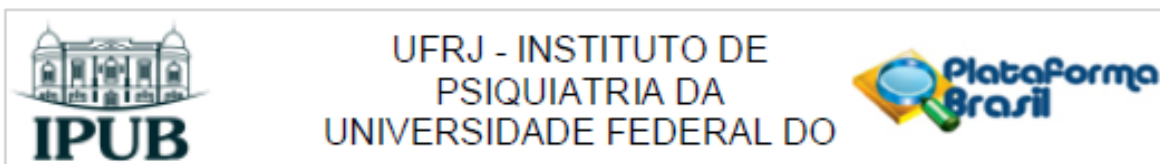
Identificar os critérios utilizados para o encaminhamento para o hospital psiquiátrico

Avaliar o impacto para o usuário de saúde mental na mudança de uma instituição manicomial para outra

Verificar a situação atual dos usuários que foram

transinstitucionalizados para o Instituto Municipal Philippe Pinel de 2013 até 2017 se de fato já

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS
Bairro: Botafogo **CEP:** 22.290-140
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-5510 **Fax:** (21)2543-3101 **E-mail:** comite.etica@ipub.ufrj.br



Continuação do Parecer: 2.869.432

saíram da instituição psiquiátrica e para que lugares foram encaminhados e/ou se retornaram para famílias ou foram para RTs

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos em primeira versão de avaliação

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

adequada aos estudos stricto sensu com retorno ao cenário de trabalho

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos devidamente apresentados

Recomendações:

todas as recomendações emitidas em primeira versão, através do parecer 2.651.631, foram atendidas.

ei-las:

cronograma:foi atualizado e está compatível a execução do estudo

orçamento:revisado e adequado

entrevistas semiestruturadas anexadas

declaração de isenção de custos anexada e assinada

Carta de anuência institucional assinada

Carta da Superintendente de Saúde Mental da Secretaria de Saúde Municipal de Saúde do Rio de Janeiro assinada

TCLE refeito e explicita passo a passo de coleta e assegura o participante

Termo de autorização para consulta aos prontuários, anexado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há

Considerações Finais a critério do CEP:

é necessário que ao término de pesquisa, encaminhe-se, via plataforma Brasil, o relatório final de pesquisa, explicitando os principais resultados do estudo, para conhecimento do sistema CEP-CONEP e encerramento do protocolo.

o não envio deste documento incorre em má prática de pesquisa e ainda submete o pesquisador, a possíveis sanções previstas na atual legislação.

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS
 Bairro: Botafogo CEP: 22.290-140
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3938-5510 Fax: (21)2543-3101 E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br



UFRJ - INSTITUTO DE
PSIQUIATRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.869.432

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

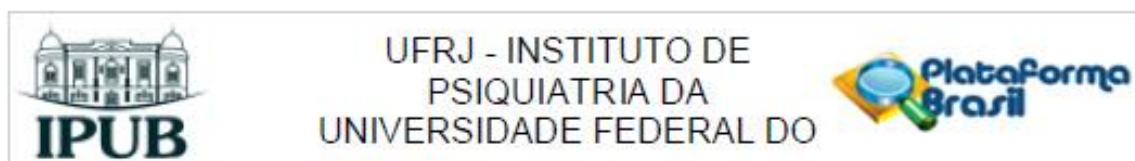
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_961490.pdf	31/08/2018 13:55:04		Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevistas_para_gestor_e_profissional_de_saude.pdf	30/08/2018 13:19:33	ALEXANDER GARCIA DE ARAUJO RAMALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpesquisaAlexander.pdf	30/08/2018 13:18:50	ALEXANDER GARCIA DE ARAUJO RAMALHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_da_unidadeassinada.pdf	30/08/2018 12:25:17	ALEXANDER GARCIA DE ARAUJO RAMALHO	Aceito
Orçamento	cronogramaeorcamento.PDF	30/08/2018 11:58:25	ALEXANDER GARCIA DE ARAUJO RAMALHO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartadeapresentacao.pdf	30/08/2018 11:56:23	ALEXANDER GARCIA DE ARAUJO RAMALHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuenciaSSM.pdf	30/08/2018 11:54:48	ALEXANDER GARCIA DE ARAUJO RAMALHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuenciaprontuario.pdf	30/08/2018 11:52:59	ALEXANDER GARCIA DE ARAUJO RAMALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	05/03/2018 17:30:36	ALEXANDER GARCIA DE ARAUJO RAMALHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_da_unidade.pdf	05/03/2018 17:28:17	ALEXANDER GARCIA DE ARAUJO RAMALHO	Aceito
Outros	declaracao_de_custos.pdf	05/03/2018 17:12:03	ALEXANDER GARCIA DE ARAUJO RAMALHO	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto_Mestrado.pdf	05/03/2018 17:10:22	ALEXANDER GARCIA DE ARAUJO RAMALHO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	05/03/2018 17:01:42	ALEXANDER GARCIA DE ARAUJO RAMALHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS
 Bairro: Botafogo CEP: 22.290-140
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3938-5510 Fax: (21)2543-3101 E-mail: comite.etica@pub.ufrj.br



Continuação do Parecer: 2.869.432

Não

RIO DE JANEIRO, 03 de Setembro de 2018

Assinado por:
Rosa Gomes dos Santos Ferreira
(Coordenador)

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS
Bairro: Botafogo CEP: 22.290-140
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-5510 Fax: (21)2543-3101 E-mail: comite.etica@pub.ufrj.br