UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA EM PSICOLOGIA DA SAÚDE - NEPPS

Reinternação psiquiátrica no campo da Atenção Psicossocial:
a perspectiva dos pacientes reinternantes

Vanessa Machado

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, como parte das
exigências para a obtenção do título de Doutor
em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2012

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA EM PSICOLOGIA DA SAÚDE - NEPPS

Reinternação psiquiátrica no campo da Atenção Psicossocial:
a perspectiva dos pacientes reinternantes

Vanessa Machado

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia. Linha de pesquisa: Construção do enfrentamento no processo saúde-doença.

Orientador: Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

RIBEIRÃO PRETO - SP

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Machado, Vanessa

Reinternação psiquiátrica no campo da Atenção Psicossocial: a perspectiva dos pacientes reinternantes / Vanessa Machado ; orientador Manoel Antônio dos Santos. – Ribeirão Preto, 2012.

242 f.

Tese (Doutorado) – Departamento de Educação e Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Reinternação psiquiátrica. 2. Atenção Psicossocial.
3. Desinstitucionalização. 4. Reabilitação psicossocial.

Apoio financeiro:

Esta Tese de Doutorado foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), mediante concessão de Bolsa de Doutorado no período de agosto de 2008 a novembro de 2012.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Machado, Vanessa

Reinternação psiquiátrica no campo da Atenção Psicossocial: a perspectiva dos pacientes reinternantes

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das
exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área:
Psicologia.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Este estudo foi subvencionado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio de concessão de Bolsa de Doutorado, e é parte de um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado *Avaliação de internações psiquiátricas na região de Ribeirão Preto - SP entre 1998-2004 e suas relações com a rede extra-hospitalar de saúde mental*, que foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo número 2006/51738-6, sob coordenação do Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos.

AGRADECIMENTOS

Aos participantes da pesquisa que me autorizaram a testemunhar suas andanças.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, por orientar meus passos na longa trajetória do Doutorado e acreditar em meu potencial como pesquisadora.

À Profa. Dra. Amábile Rodrigues Xavier Manço, por me apontar um caminho e estimular minha caminhada.

Às professoras Dra. Sônia Barros e Dra. Cristina Amélia Luzio que, por ocasião do Exame de Qualificação, me alertaram sobre alguns desvios e me incentivaram a persistir na trilha escolhida.

Aos colegas integrantes do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (NEPPS-USP-CNPq), por compartilharem comigo esse percurso.

Aos funcionários do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, que acompanharam e apoiaram minha trajetória.

Aos colegas da Luta Antimanicomial, cúmplices da louca caminhada.

Aos alunos da disciplina de Psicopatologia da UNIP que, com seu fôlego, me impulsionaram em um novo compasso nesta jornada.

Ao Mauro, por percorrer comigo meus caminhos tortos.

Aos meus filhos, Ian e Davi, que deram novo sentido a minha vida.

Aos meus pais que, mesmo de longe, miram meus passos.

Aos amigos que fazem a caminhada menos árdua e solitária.

À Silmia, por me encorajar na travessia.

À CAPES, que me proporcionou bolsa de Doutorado, suprimento necessário para que eu pudesse me dedicar integralmente ao desenvolvimento da pesquisa.

Temos o direito a ser iguais sempre que a diferença nos inferioriza; temos o direito a ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza.

Boaventura de Souza Santos (1990, p. 63)

RESUMO

Machado, V. (2012). *Reinternação psiquiátrica no campo da Atenção Psicossocial: a perspectiva dos pacientes reinternantes*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

As concepções sobre a loucura, bem como as formas de tratá-la, vêm sofrendo consideráveis transformações de acordo com a cultura e as épocas. A partir da década de 1990, foi oficializada a Reforma Psiquiátrica no Brasil, dando início à política de desinstitucionalização e reinserção social. Todavia, ainda são verificados alguns desafios, entre estes, as reinternações no setor de internação breve em um hospital psiquiátrico, o que traz sérias consequências, como a propensão a uma nova modalidade de institucionalização. Este estudo teve como objetivos: analisar o fenômeno da reinternação psiquiátrica no contexto da Atenção Psicossocial, a partir da visão dos pacientes reinternantes em um hospital psiquiátrico público; compreender o processo de reinternação psiquiátrica ao qual o paciente está sujeito; investigar o cenário assistencial e sociofamiliar e suas interferências no fenômeno da reinternação psiquiátrica; explorar, junto aos pacientes, a existência de perspectivas que vislumbrem saídas às repetidas internações psiquiátricas. Inicialmente, com vistas a sintetizar e analisar a produção científica nacional e internacional acerca do fenômeno da reinternação psiquiátrica, no contexto da desinstitucionalização, foi realizada uma revisão integrativa da literatura publicada em fontes de pesquisa de impacto que detectou deficiência de estudos que investigassem variáveis psicossociais envolvidas na problemática, bem como ausência da perspectiva do paciente sobre o assunto. O presente estudo fundamentou-se na Atenção Psicossocial, enquanto corpo teórico-prático e ético, e orientou-se pela reabilitação psicossocial como categoria analítica. A Atenção Psicossocial emerge no atual contexto de transição paradigmática, a partir da crise do paradigma da racionalidade científica, e baseia-se no pensamento da complexidade. Para a coleta dos dados, foi aplicado um roteiro de entrevista semiestruturada a 22 pacientes reinternantes no hospital investigado, bem como coletadas informações sociodemográficas constantes dos seus prontuários. Os dados colhidos foram submetidos à análise de conteúdo, por meio da qual foram construídas as seguintes categorias temáticas: Funções e disfunções do tratamento hospitalar: os sentidos da internação psiquiátrica; Tratamento ambulatorial: repetir ou inovar?; A medicação e seus impasses: benefícios e limites percebidos; Família – laços e embaraços: uma convivência possível?; A dimensão social extramuros: construindo lugares possíveis; O momento da alta: o que está por vir daqui para frente. A partir da análise dos dados, constatou-se uma combinação de carências: ausência de apoio familiar desejável, inexistência de trabalho ou de ocupação agradável, dificuldade na apropriação do espaço de moradia, falta de redes de apoio ou de laços sociais, insuficiência dos serviços extra-hospitalares e a ineficiência da assistência que resultam na não adesão ao tratamento, incluindo o medicamentoso. Este cenário favorece o isolamento social e contribui para que, nos momentos de crise, não havendo possibilidade de acolhida do sofrimento no serviço, o hospital seja o recurso mais utilizado pelo paciente. Assim, a coexistência de modelos antagônicos, hospitalar e comunitário, produz um novo fenômeno, que, no entanto, reproduz o velho: a reinternação psiquiátrica que leva à reedição da institucionalização. Nessa direção, a reinternação psiquiátrica, como fenômeno atual, desvela o processo ainda inconcluso e não consolidado da Reforma Psiquiátrica, bem como confirma que a efetiva desinstitucionalização só ocorre com a devida substituição do modelo hospitalar pelo modelo de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: reinternação psiquiátrica, Atenção Psicossocial, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial.

ABSTRACT

Machado, V. (2012). *Psychiatric readmission in the field of Psychosocial Care: the perspective of readmitted patients*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Conceptions about madness, as well as how to treat it, have been undergoing considerable changes according to culture and period. From the 1990s, the Psychiatric Reform was official in Brazil, starting the policy of deinstitutionalization and social reintegration. However, a few challenges are still observed, including the readmissions in the sector of brief hospitalization in a psychiatric hospital, which has serious consequences, such as the propensity to a new form of institutionalization. This study aimed to: analyze the phenomenon of psychiatric readmission in the context of Psychosocial Care, from the perspective of readmitted patients in a public psychiatric hospital; understand the process of psychiatric readmission to which the patient is likely to be submitted; investigate the assistance, social and familial scenario and their interference in the phenomenon of psychiatric readmission; explore, together with the patients, the existence of perspectives that envisage other possibilities to repeated psychiatric hospitalizations. Initially, in order to synthesize and analyze the national and international scientific production about the phenomenon of psychiatric readmission in the context of deinstitutionalization, an integrative review of the literature was conducted in research sources of impact. It was found a deficiency of studies that investigate psychosocial variables involved in the problem, as well as an absence of the patient's perspective on the subject. The present study was based on the Psychosocial Care, as a theoretical, practical and ethical reference, and was also guided by psychosocial rehabilitation as an analytical category. The Psychosocial Care emerges in the current context of paradigmatic transition, from the crisis of the scientific rationality's paradigm, and it is based on the thought of complexity. To collect data, a semi-structured interview was applied to 22 readmitted patients in the investigated hospital, as well as the collection of their social and demographic information contained in their hospital records. Data were submitted to content analysis, through which the following thematic categories we developed: Functions and dysfunctions of hospital treatment: the meanings of psychiatric hospitalization; Outpatient treatment: repeat or innovate?; Medication and its impasses: perceived benefits and limits; Family – ties and embarrassments: a possible coexistence?; The extramural social dimension: building possible places; The time of discharge: what is to come hereafter. From the data analysis, it was found a combination of deficiencies: lack of desirable family support, lack of pleasant work or occupation, difficulties in the appropriation of the living space, lack of support networks or social ties, lack of outpatient care services and assistance's inefficiency, that result in noncompliance with treatment, including medication treatment. This scenario favors social isolation and contributes to that, in times of crisis, when there is no possibility of acceptance of suffering in the service, the hospital becomes the most used tool by the patient. Thus, the coexistence of opposing models, hospital and community, produces a new phenomenon, which, however, reproduces the old one: the psychiatric readmission that leads to the repetition of the institutionalization. Accordingly, the psychiatric readmission, as current phenomenon, reveals the unfinished and unbound process of the Psychiatric Reform, and confirms that the effective deinstitutionalization occurs only with proper replacement of the hospital model for the Psychosocial Care model.

Keywords: psychiatric readmission, Psychosocial Care, deinstitutionalization, psychosocial rehabilitation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos artigos, segundo as bases indexadoras consultadas.....	73
Tabela 2 -	Distribuição dos artigos selecionados e recuperados, segundo o idioma	74
Tabela 3 -	Número atribuído ao artigo, título, autores e ano de publicação do artigo, base de dados indexadora e local de desenvolvimento do estudo	75
Tabela 4 -	Síntese do perfil sociodemográfico dos participantes	115
Tabela 5 -	Distribuição numérica e percentual dos participantes em função do sexo, faixa etária, estado civil, grau de instrução, cor, situação ocupacional e recebimento de benefício social	117
Tabela 6 -	Síntese do perfil da rede sociofamiliar dos participantes	118
Tabela 7 -	Distribuição numérica e percentual dos participantes em função da rede sociofamiliar	118
Tabela 8 -	Síntese do perfil clínico dos participantes, de acordo com os dados dos prontuários médicos.....	119
Tabela 9 -	Distribuição numérica e percentual dos participantes em função dos sintomas psiquiátricos, da classificação diagnóstica, das condições que justificaram a última internação, do setor de internação, do número total de internações no HSTRP, do uso incorreto da medicação e serviço ambulatorial de seguimento.....	121
Tabela 10 -	Sistematização da análise dos dados: categorias, subcategorias e elementos de análise	123

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Distribuição anual da taxa de reinternação no HSTRP, durante os anos de 2000-2009 (Ribeirão Preto, SP, 2000-2009)	66
Figura 2 -	Distribuição dos artigos selecionados e recuperados, segundo o ano de publicação.....	74
Figura 3 -	Cenário do estudo	104
Figura 4 -	Mapa conceitual.....	111

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ARSM	Ambulatório Regional de Saúde Mental
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CSE	Centro de Saúde Escola
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
EPIB	Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve
EPQU	Enfermaria Psiquiátrica
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HSTRP	Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe
MedLine	<i>United States National Library of Medicine</i>
NSM	Núcleo de Saúde Mental
PTI	Projeto Terapêutico Individual
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
UE	Unidade de Emergência
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	27
1 INTRODUÇÃO	31
1.1 Da loucura à doença mental.....	33
1.2 Rompendo com a institucionalização	36
1.2.1 As experiências europeia e norte-americana	36
1.2.2 O conceito de desinstitucionalização.....	41
1.3 A desinstitucionalização no caso brasileiro.....	44
1.3.1 Contextualização histórica da Reforma Psiquiátrica.....	44
1.3.2 Legislação e políticas públicas em saúde mental	47
1.3.3 Estratégias da Reforma Psiquiátrica	49
1.3.4 Dispositivos da Reforma Psiquiátrica	60
1.4 Delimitação do problema	63
2 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	69
3 OBJETIVOS	83
3.1 Objetivo geral	85
3.2 Objetivos específicos.....	85
4 MÉTODO	87
4.1 Fundamentação teórica.....	89
4.2 Categoria analítica	96
4.3 Cenário local.....	97
4.3.1 A rede de serviços de saúde do município de Ribeirão Preto	97
4.3.2 O Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto	101
4.4 Tipo de estudo	105
4.5 Participantes	106
4.5.1 Critérios de inclusão e exclusão	106
4.5.2 Seleção dos sujeitos	107
4.6 Procedimento	107
4.6.1 Instrumento.....	107
4.6.2 Cuidados Éticos	109
4.6.3 Coleta de dados.....	109
4.6.4 Análise dos dados	110
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	113
5.1 Funções e disfunções do tratamento hospitalar: os sentidos da internação psiquiátrica ..	124
5.1.1 Percepção da garantia de condições físicas e ordenadoras da sobrevivência.....	124
5.1.2 Reconhecimento da provisão de profissionais continuamente: assistência e vínculo ...	125
5.1.3 Possibilidade de convivência com os pares.....	126
5.1.4 Percepção de proteção subjetiva e exílio voluntário	127

5.1.5 O caráter fechado, restritivo e ocioso da hospitalização	131
5.1.6 Mal-estar ao compartilhar o espaço com pacientes em condições mais graves.....	133
5.1.7 Posicionamento contrário à internação: o estigma e as perdas	134
5.2 Tratamento extra-hospitalar: repetir ou inovar?.....	137
5.2.1 Percepção da qualidade da assistência recebida	138
5.2.2 As preferências individuais por modalidades específicas de tratamento	139
5.2.3 O CAPS como lugar de “doente mental”	140
5.2.4 Percepção sobre o sofrimento mental e os efeitos/adesão ao tratamento	143
5.2.5 Limitações do tratamento extra-hospitalar.....	145
5.2.6 Reconhecimento de recursos extra-hospitalares em substituição à internação.....	151
5.3 A medicação e seus impasses: benefícios e limites percebidos	156
5.3.1 Os efeitos colaterais da medicação	157
5.3.2 A negação ou a dificuldade em admitir a gravidade do transtorno mental.....	158
5.3.3 Confusões ou esquecimentos e mau uso da medicação	160
5.3.4 Vínculo médico-paciente e adesão à medicação.....	161
5.4 Família, laços e embaraços: uma convivência possível?	163
5.4.1 Mudanças no papel da família	165
5.4.2 Percepção da presença do apoio familiar.....	166
5.4.3 Percepção da falta de apoio familiar	167
5.4.4 Dificuldades de solicitar o apoio do familiar	170
5.4.5 Relações familiares ambivalentes	172
5.4.6 Os limites do cuidado.....	173
5.4.7 A incompreensão dos familiares	174
5.4.8 O significado atribuído à internação pelo familiar.....	179
5.5 A dimensão social extramuros: construindo lugares possíveis.....	181
5.5.1 Isolamento e ociosidade marcantes.....	181
5.5.2 Dificuldades na inserção social e laboral	183
5.5.3 Vislumbrando inserções sociais possíveis	186
5.5.4 Inventando soluções possíveis	189
5.6 O momento da alta: o que está por vir daqui por diante	191
5.6.1 Expectativas e busca de satisfação.....	191
5.6.2 Medo, incertezas e inseguranças.....	192
5.6.3 Os projetos como saídas possíveis.....	194
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	197
REFERÊNCIAS	203
APÊNDICES E ANEXOS	231
APÊNDICE A	233
APÊNDICE B	239
APÊNDICE C	240
ANEXO A.....	241
ANEXO B.....	242

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Meu primeiro contato com o campo da saúde mental ocorreu por intermédio da arte, quando realizei um estágio extracurricular no Centro de Convivência do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP). Na oportunidade, conheci alguns militantes que, inspirados pelo ideário da Reforma Psiquiátrica, trabalhavam na perspectiva sociocultural e artística de abordagem do sofrimento mental. Desde então, optei por estágios na área, passando pelos ambulatorios e chegando às enfermarias de um hospital psiquiátrico, onde muita dor e pouca arte existiam.

Em 2000, ingressei no Aprimoramento Profissional da FUNDAP no HSTRP, durante o qual me dirigi à pesquisa como possibilidade de investigar as perguntas que me intrigavam. Posteriormente, realizei o mestrado (Machado, 2003) e publiquei artigos (Machado & Caldana, 2005; Machado, Manço & Santos, 2005), todos no campo da saúde mental. Paralelamente à produção acadêmica, enquanto funcionária pública, trabalhei como psicóloga de programas sociais, o que me exigia resistir aos constantes pedidos de diagnóstico e normalização da população, realizando atendimento psicoterápico com pacientes encaminhados por diversas fontes e com as mais variadas problemáticas e gravidade.

Em seguida, trabalhei como assistente técnica de direção do HSTRP, o que, por outro lado, me possibilitou experimentar os embates e desafios do complexo cotidiano da assistência à saúde mental, dessa vez, de outro ângulo, não menos desafiante – o do planejamento e acompanhamento da organização da assistência. Participei de discussões, a respeito das dificuldades encontradas na atenção hospitalar, que me possibilitaram compreender a inte-relação com os demais serviços de saúde mental da rede. A partir das discussões, concluíamos que um dos problemas que se fazia necessário superar era o da reinternação psiquiátrica.

Nesse momento, retomei a militância no campo da saúde mental, participando como membro titular da Comissão Municipal da Reforma Psiquiátrica e da diretoria da Associação Loucos pela Liberdade. Ampliando os ângulos por onde eu avistava a questão, participei de outros embates e tentativas de construção de um novo olhar, sobre o sofrimento mental, que pudesse contribuir para a criação de uma nova abordagem e, especialmente, de uma verdadeira rede de Atenção Psicossocial. Além disso, em contato constante com familiares de usuários, testemunhei episódios dramáticos e anseios pelo acesso aos serviços de qualidade. Em algumas dessas situações, a questão ressurgia em forma de apelo: nossos filhos não moram mais no hospital, mas é para lá que eles retornam quando estão em crise.

Atuando junto a um grupo de pesquisadores, composto por professores de duas unidades da USP (FMRP e FFCLRP) e coordenado pelo Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, participei do desenvolvimento do projeto “Avaliação de internações psiquiátricas na região de Ribeirão Preto - SP entre 1998-2004 e suas relações com a rede extra-hospitalar de saúde mental”, inserido no Programa de Políticas Públicas da FAPESP (processo nº 2006/51738-6). Os achados demonstraram a importância da reinternação no conjunto das internações psiquiátricas, confirmando a preocupação já apontada pelas equipes de assistência e pelos familiares, a partir de suas constatações no dia a dia (Santos, Machado, Barros, Del-Bem, 2009). Ainda, como desdobramento da pesquisa mencionada, foram feitas investigações quantitativas sobre reinternação psiquiátrica e tempo de permanência hospitalar que apontaram características demográficas e sociais associadas a esses fenômenos (Machado & Santos, 2011).

Assim, atravessada pela minha atuação em psicologia, experiência como pesquisadora e participação social enquanto militante, ingressei no Programa de Doutorado em Psicologia da FFCLRP-USP, com perguntas que, junto com meus colegas, formulei: Qual o cenário sociocomunitário e assistencial que estaria levando a um novo tipo de institucionalização? Como os próprios sujeitos compreendem o processo de reinternação pelo qual estão passando? Como analisar o fenômeno da reinternação psiquiátrica no contexto da desinstitucionalização?

No desenvolvimento da pesquisa, contei com a concessão de bolsa-doutorado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), o que me permitiu dedicação especial ao trabalho. Nos últimos anos do doutorado, surgiu a oportunidade de lecionar a disciplina de Psicopatologia em um curso de graduação em Psicologia, levando-me a retornar aos serviços de saúde mental, agora, na qualidade de supervisora dos alunos em formação. Essa experiência me possibilitou exercitar a transmissão de conhecimentos que venho adquirindo ao longo dos anos, bem como contribuir com a construção de uma nova forma de ministrar uma disciplina, que, por tanto tempo, esteve marcada, unicamente, pelo olhar médico.

Enfim, foi a partir da minha trajetória profissional que delimitei o problema investigado, trilhei os caminhos da análise e, assim, busco contribuir com a construção de uma Atenção Psicossocial e criação de formas possíveis de se (con)viver com o sofrimento mental.

Para a apresentação do presente estudo¹, no capítulo 1, desenvolvemos uma discussão introdutória sobre a temática investigada. Assim, nesse capítulo, abordamos a trajetória da apropriação da loucura pela medicina, as críticas à internação, os movimentos reformistas europeus e norte-americano, o surgimento do conceito e das primeiras experiências de desinstitucionalização, bem como o contexto brasileiro no qual a psiquiatria e, posteriormente, a saúde mental se constituiu, no que se refere, especialmente à política pública e às ações propostas pela Reforma Psiquiátrica. A partir de então, delimitamos o problema estudado e justificamos sua importância no cenário brasileiro. No segundo capítulo, apresentamos detalhadamente os procedimentos e os resultados da revisão integrativa da literatura, realizada a partir da pesquisa em cinco bases de dados que concentram publicações científicas nacionais e internacionais. No terceiro capítulo, sintetizamos os objetivos, gerais e específicos, do trabalho. No quarto capítulo, apresentamos o percurso metodológico percorrido, incluindo a fundamentação teórica baseada na Atenção Psicossocial, a escolha pela reabilitação psicossocial como categoria analítica, a descrição do cenário local, os critérios de seleção dos participantes e os procedimentos do estudo: instrumento, coleta e análise de dados. No quinto capítulo, apresentamos os resultados, mediante a exposição de recortes de falas dos entrevistados, seguidos da discussão e análise dos dados, o que articulou material coletado e leituras de autores sustentados pelo paradigma escolhido. E, enfim, concluímos o trabalho com algumas considerações finais.

¹ A apresentação formal desta Tese foi orientada pelas normas da *American Psychological Association*, APA, 6ª edição.

1 INTRODUÇÃO

Os tempos mudam, no devagar
depressa dos tempos
João Guimarães Rosa (1988, p. 35)

1.1 Da loucura à doença mental

Neste primeiro tópico, será abordada a trajetória que a chamada loucura percorreu até ser apropriada pela medicina, quando se tornou doença mental. Entende-se que essa questão é crucial para compreender o atual lugar social que a mesma ocupa, bem como apreender as formas com que foi e é tratada, especialmente, no que se refere a sua histórica institucionalização e à proposta de sua desinstitucionalização. Assim, um longo percurso foi trilhado em direção à transformação da loucura no estatuto da doença mental. De peregrina passou à encarcerada, quando, então, foi apropriada pela medicina, enquanto objeto de estudo e intervenção.

Ainda distante do enclausuramento, na Antiguidade clássica a loucura foi concebida de três formas: de acordo com o “modelo mitológico”, foi considerada fruto de intervenção dos deuses, um estado transitório e momentâneo, que, portanto, não implicava necessidade de uma doutrina de cura, nem condições para criação de estigmas sociais; o “modelo psicodinâmico” compreendeu a loucura como produto de conflitos passionais entre desejo e norma; e o “modelo médico” a tratou como efeito das disfunções somáticas causadas por eventos afetivos, inaugurando a teoria organicista e a ideia da loucura como doença orgânica (Pessotti, 1994).

Na Idade Média, foi difundida a concepção demonista, segundo a qual qualquer bizarrice do comportamento teria uma etiologia diabólica. O louco foi, então, considerado possuído e, em consequência, perseguido (Pessotti, 1994). De acordo com Foucault (1995), próximo à Renascença, surgiu a concepção de que a loucura estaria mais próxima da verdade do que a razão. Essa ascensão da loucura como via de acesso à verdade despertou o fascínio dos homens.

Contudo, no apogeu da Era Moderna, as vozes da loucura, libertadas durante a Renascença, foram amputadas e reduzidas ao silêncio. Descartes (1596-1650) instaurou a filosofia moderna, mediante o desenvolvimento do método racional-reducionista, baseado na ordenação, dominação e manipulação da natureza, o que fez aprofundar a fenda entre razão e

loucura (Pinho, 2009). Sendo assim, a loucura passou a ser marcada pela impossibilidade do pensamento (Foucault, 1995) e, mediante a noção de erro, suas produções foram concebidas como ausência da razão (Delorenzo, 2007).

A partir da metade do século XVII, com o esvaziamento dos leprosários, as verbas foram transferidas para o hospital geral, local que passou a abrigar todos os segregados sociais. A internação, no princípio, não tinha justificativas médicas ou terapêuticas, uma vez que o hospital geral não era uma instituição médica, mas uma instância reguladora que respondia à demanda social por controle da ociosidade e mendicância (Delorenzo, 2007). Nesse contexto, o louco, bem como os indigentes, os homossexuais e os indolentes, passou a ser perseguido e confinado como estratégia que permitia assegurar a tranquilidade pública (Barros, 1994; Foucault, 1995). Sendo assim, a internação bania o indivíduo do espaço social e reunia em um único local todo o conjunto de comportamentos transgressores e censurados moralmente.

No final do século XVIII, surgiu a concepção dialética de que haveria um elemento intermediário entre o homem razoável e o louco; a loucura, sendo reversível, deveria ser reparada para que se retomasse a razão (Delorenzo, 2007). À medida que se constituiu a medicina mental, a figura do médico assumiu a responsabilidade de desmascarar a loucura e libertar suas vítimas do sofrimento, o que, segundo Barros (1994), permitiu instaurar uma espécie de subordinação regulada. Por outro lado, segundo comenta (Salles, 2005), a defesa da liberdade, inspirada pela Revolução Francesa (1789-1799), motivou o desacorrentamento dos chamados loucos e a instauração de uma terapêutica.

As casas de internamento assumiram, a partir desse momento, uma nova função: a de cura (Foucault, 1995). Pinel e Tuke foram os responsáveis pelo movimento inicial dessa mudança, criando casas de repouso ou asilos encarregados de tratar unicamente insanos. De acordo com Pessotti (1996), para Pinel o asilo seria o ambiente ideal de observação sistemática dos sintomas, assim como o de sua reeducação. A psiquiatria alienista francesa, portanto, foi caracterizada pelo exercício da delimitação do espaço institucional, pela classificação das doenças, pela imposição de uma relação específica entre paciente e médico e pelo tratamento moral (Castel, 1978).

Desse modo, conforme discute Amarante (2003), a prática do isolamento viabilizada pela internação nada mais foi do que uma estratégia de produção do conhecimento, a partir do método das ciências naturais. Ao isolar o louco, possibilitava-se a observação fidedigna do objeto de estudo em seu estado puro. Ao mesmo tempo, na construção da disciplina da

psiquiatria, o isolamento tornou-se intervenção terapêutica, uma vez que favorecia a reeducação moral do internado.

Nesse contexto, em que o médico se debruça sobre a loucura, dando-lhe contornos de objeto e capturando-a com o conhecimento racional, é que ela ganha novo destino: de doença mental (Delorenzo, 2007). Contudo, embora vista como reparável, a doença mental se manteve contaminada pela negatividade essencial da loucura, considerada desmedida e desprovida de valor. As práticas asilares, como a reeducação e a domesticação, caracterizaram-se por tentativas de imposição de uma racionalidade que permitiria a recondução do alienado ao convívio social, mais uma vez recusando o saber e a verdade existentes na loucura (Delorenzo, 2007).

Na primeira metade do século XIX, a acelerada proliferação dos manicômios foi marcada por uma acentuada deformação e perda dos princípios fundamentais do tratamento moral que passou a ser aplicado de modo restrito como uma medida de repressão e imposição da ordem. Assim, quanto menos demonstrou ser um recurso terapêutico, mais a internação em manicômio passou a ser utilizada como uma medida de segregação e custódia (Pessotti, 1996).

Na segunda metade do século XIX, as preocupações anatomopatológicas da medicina ressoavam na psiquiatria que, a partir de então, passou a buscar no cérebro os determinantes neuronais da doença mental. Com a teoria da degenerescência hereditária do médico francês Bénédict Augustin Morel (1809-1873), disseminou-se a concepção da hereditariedade e da incapacidade permanente produzida pela doença mental, bem como as ações terapêuticas profiláticas e higienistas (Luzio, 2010).

Nesse contexto, difundidas principalmente pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926), despontaram as teorias organicistas da psiquiatria biológica que marcou o surgimento da psiquiatria moderna na passagem dos séculos XIX/XX (Luzio, 2010). O modelo de Kraepelin, que fundamenta a psiquiatria contemporânea, foi orientado pela nosologia, que diz respeito à descrição precisa dos sintomas, e pela nosografia, que se refere ao sistema de classificação; ou seja, o modelo foi caracterizado pela rigorosidade e objetividade da observação e sistematização da sintomatologia e evolução do quadro psiquiátrico (Pereira, 1998). Os modelos organicistas continuaram reafirmando a necessidade da internação para o tratamento das pessoas com transtorno mental, uma vez que da institucionalização dependia o ensino dos estudantes, que tinha como objeto o doente confinado, a formulação diagnóstica, que se baseava na observação da doença em ambiente

fechado, bem como o próprio fortalecimento da psiquiatria, que retinha o conhecimento sobre o transtorno mental (Saraceno, 1999).

Conforme aponta Pinho (2009), ao efetivar a transformação da loucura em doença mental e incumbir-se de seu tratamento, a psiquiatria ocupou-se com a normalização da doença como objeto de saber, bem como ampliou seu campo de atuação e intervenção, o que caracterizou a estruturação da saúde mental como projeto político. Contudo, como aborda Pinho (2009), enquanto campo de saber e prática, a psiquiatria foi marcada pelas suas próprias contradições, uma vez que, na medida em que se aprimorava, era confrontada com suas limitações. Somente no período pós-Segunda Guerra Mundial (1939-1945) é que os questionamentos sobre a institucionalização da psiquiatria e da doença mental tomaram corpo, tema a ser discutido no próximo tópico.

1.2 Rompendo com a institucionalização

Embora desde sua criação a instituição psiquiátrica tenha sido alvo de críticas e tensões, é apenas no século XX, especialmente no segundo pós-guerra, que se consolidaram críticas severas ao modelo segregacionista. Naquele contexto sócio-histórico, o panorama mundial, farto do totalitarismo e dominação, fortaleceu-se em defesa de relações mais humanizadas ou, pelo menos, em prol da modernização e humanização das instituições totais (Barros & Bichaff, 2008).

1.2.1 As experiências europeia e norte-americana

Uma análise do sistema de atenção à saúde mental no Brasil, bem como de seus desafios, como é o caso da reinternação psiquiátrica, requer o conhecimento das experiências internacionais e, assim, a compreensão de como estas têm influenciado o que veio a se constituir como desinstitucionalização brasileira nas suas peculiaridades.

Entre as várias experiências de desinstitucionalização, destacam-se alguns grandes modelos que marcaram este cenário de questionamento e revisão da atenção psiquiátrica (Amarante, 1994). Em um primeiro momento, houve uma crítica com relação à estrutura e ao

funcionamento do asilo, que, entendido como cronificador da doença, deveria ser humanizado e democratizado para, assim, resgatar seus fins e funções sociais. Surgem dessa crítica a psicoterapia institucional francesa e a comunidade terapêutica inglesa. Em seguida, houve um redimensionamento da psiquiatria, que, ampliando seu espaço de intervenção, passou a se responsabilizar pela saúde mental da comunidade em geral, resultando nas ações da psicoterapia de setor francesa e na psiquiatria comunitária e preventiva norte-americana. A psiquiatria democrática italiana e a antipsiquiatria inglesa, por sua vez, marcaram uma ruptura com o saber e o aparato psiquiátrico (Barros & Bichaff, 2008; Rosa, 2011).

A psiquiatria de setor, vislumbrada na segunda metade dos anos de 1940, foi resultado da idealização de psiquiatras franceses que colocaram em questão a própria estratégia da internação como recurso terapêutico. Ao proporem a revisão do hospitalocentrismo, os psiquiatras almejavam estender seu campo de atuação à população em geral, como uma medida preventiva semelhante à psiquiatria comunitária anglo-saxônica (Passos, 2009).

Esse processo de revisão desenvolveu-se gradualmente, a partir de inovações que implicaram alguma alteração na atenção ao paciente hospitalizado. Entre as inovações, a ergossocioterapia foi a primeira. Essa estratégia se caracterizou pelo conjunto de atividades laborais destinadas aos internos. Na verdade, tratava-se mais de uma ocupação do tempo e obtenção de mão de obra gratuita. O desenvolvimento dos neurolépticos, na década de 1950, mostrou-se a princípio revolucionário, uma vez que substituiu técnicas mais arcaicas e agressivas, como o eletrochoque, permitiu o desuso dos recursos carcerários dos hospitais, que passaram a ser mais tolerantes com a circulação supervisionada dos internos, bem como viabilizou o aumento das altas hospitalares. Contudo, em pouco tempo, os efeitos secundários do uso prolongado do medicamento, o surgimento do fenômeno da reinternação e sua ineficácia na prevenção provaram que o suposto milagre medicamentoso apresentava inquestionáveis limitações (Passos, 2009).

Por fim, a terceira inovação foi a psicoterapia institucional, da qual François Tosquelles foi pioneiro ainda durante a Segunda Guerra Mundial. A proposta era de que o próprio hospital se tornasse instrumento de intervenção terapêutica com vistas à ressocialização dos internos, tal como se fundamentam as comunidades terapêuticas. Embora a psicoterapia institucional tenha sido empregada pela psiquiatria do setor como uma modalidade de revisão do hospital, ambas divergem, distanciam-se e tomam rumos diferentes ao longo do tempo (Passos, 2009).

Organizados em defesa de um interesse comum, o fortalecimento de sua autoridade e responsabilidade técnica, os psiquiatras solidificam os princípios da psiquiatria de setor. A

palavra de ordem era saúde mental e seu cuidado, em oposição à doença mental e todo seu aparato, como o internamento e as práticas hierarquizadas de assistência. Com isso, mostravam que prevenção, profilaxia, cura e pós-cura eram procedimentos indissociáveis que, portanto, implicavam consequências na organização do sistema de saúde. Propunham, então, que a política de setor, a partir do esquadramento geográfico, disponibilizasse uma equipe única, responsável pelo cuidado integral de uma população específica residente de uma localidade delimitada e coberta por um sistema de saúde completo (Passos, 2009). Pinho (2009) reconhece a psiquiatria de setor, juntamente com a psiquiatria comunitária, como o primeiro movimento reformista que se deu no campo extra-hospitalar.

Esse modelo foi oficializado na França em 1960, por meio da recomendação ministerial que orientou que fossem delimitados espacialmente os setores sanitários, o que, posteriormente, foi nomeado de territorialização. Passados alguns anos da implantação da política de setor, segundo Passos (2009), nota-se que, embora tenha havido uma efetiva ampliação da assistência, esta permaneceu operando segundo os moldes tradicionais, uma vez que o hospital continuou sendo a instância central da qual emanam as decisões e as políticas assistenciais e que coordena a rede de estruturas externas de cuidado.

Na Itália, nos séculos XVII e XVIII, tal como na França, houve grande dispersão dos manicômios estruturados no modelo pineliano, com a diferença de que no território italiano não havia uma legislação única (Barros, 1994). As poucas tentativas de reformas legislativas alcançaram pouca repercussão na assistência psiquiátrica que seria verdadeiramente colocada em causa somente a partir das experiências transformadoras que tiveram início na década de 1960, quando Franco Basaglia assumiu a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia.

Inicialmente, Basaglia introduziu nesse hospital os moldes de funcionamento da comunidade terapêutica, desenvolvida por Maxwell Jones na Inglaterra, a partir de 1953. Esse modelo propunha a transformação da dinâmica institucional, mediante abordagem pedagógica, práticas de psicodrama, desconstrução das relações hierarquizadas e ações participativas e coletivas que visavam à convivência em grupo e, por conseguinte, à reeducação social (Campos & Barros, 2000; Salles, 2005).

Aglutinando outros jovens profissionais, pouco a pouco, foram sendo experimentadas ações mais ousadas, a partir da autocritica com relação ao modelo da comunidade terapêutica e da crescente participação dos internos nas discussões travadas sobre a assistência (Passos, 2009). Além disso, segundo Pinho (2009), ao longo da década de 1970, o movimento de reforma italiano sofreu influências da psiquiatria comunitária e da psiquiatria de setor.

Esse movimento resultou na proposta de superação dos manicômios e sua substituição por centros de saúde. Contudo, essa proposta foi recusada, dando consequência a uma das manifestações mais organizadas de resistência: o pedido de demissão em massa por parte dos funcionários do hospital de Gorizia, alta compulsória de todos os pacientes e divulgação de uma carta aberta à população (Nicácio, 1989).

Como se nota, a ausência de uma política nacional centralizadora e a radicalidade do conjunto de suas propostas conduziram o processo italiano de desinstitucionalização ao enfrentamento de diversos embates e conflitos. Por outro lado, por meio de atividades realizadas pelo paciente na comunidade e da reconstituição da relação cotidiana com a família e com a cidade, favoreceu-se, gradualmente, que os rígidos limites estabelecidos entre o dentro e o fora dos muros se tornassem mais permeáveis e, assim, que a população fosse envolvida no processo (Passos, 2009).

Nesse cenário, foi se constituindo a psiquiatria democrática que se diferenciava das demais iniciativas reformistas por implicar uma ruptura corporativista e se caracterizar como uma radical proposta de mudança no modelo de assistência vigente. Mediante uma verdadeira crítica da ordem social existente, a psiquiatria democrática centrou sua luta contra a ideologia manicomial e o poder-saber da psiquiatria tradicional, em defesa da cidadania dos doentes mentais (Basaglia, 1995).

Em 1971, Basaglia é convidado pelo prefeito de Trieste a assumir a direção do hospital psiquiátrico da cidade. Nessa instituição, ele liderou sua completa supressão em 1977, fato até então inédito. Em 1978, apesar das alterações na versão original, foi aprovada pelo Parlamento Italiano a Lei 180, conhecida como Lei Basaglia, que marcou o final de um período do processo de desinstitucionalização iniciado nos anos de 1960 na província de Gorizia e o princípio da fase da “instituição inventada” (Barros, 1994).

A partir da negação dos aparatos manicomiais, o desafio que se seguiu, portanto, foi a permanente construção e invenção de recursos que “possam responder (não solucionar) em movimento às necessidades e possibilidades concretas e complexas dos sujeitos com os quais se relaciona” (Nicácio, 1989, p. 100). A psiquiatria democrática, portanto, advertiu que uma verdadeira mudança implicava não somente o fechamento do hospital e a construção de novos serviços, mas uma desconstrução social do lugar da loucura e a recusa de todas as formas de imposição do poder nas suas diversas expressões: política, científica, técnica, econômica e social.

Como já mencionado, as regulamentações que recomendavam a política de setor na França tratavam da organização administrativa do sistema de saúde e da indicação de redução

da internação. Muito diferente, contudo, foi a reforma italiana, desde o princípio fortemente marcada pela alteração da condição legal e civil do chamado doente mental. Reflexo disso foi a incorporação da Lei 180 ao corpo de lei sanitária nacional, que atribuiu ao Estado o dever do cuidado em serviços abertos. Embora essa lei tenha se aplicado de maneira desigual em todo o território italiano, em nenhum local buscou-se reafirmar a dominância do hospital psiquiátrico (Passos, 2009).

Como evidenciado anteriormente, da política de setor francesa originou-se o termo territorialização. No entanto, no contexto italiano, o conceito ganhou outra dimensão. Não mais se restringia ao esquadramento geográfico e agregou o valor de espaço social com cultura própria e particularizada que conta com recursos físicos e institucionais diferenciados. Assim, a partir da experiência italiana, o uso da territorialização implica a mobilização e articulação dos recursos preexistentes, bem como a consideração das características e necessidades específicas de determinada comunidade (Passos, 2009).

Na década de 1970, na Inglaterra, um grupo de psiquiatras, com David Cooper e Ronald Laing entre os expoentes, promoveu uma verdadeira radicalização do questionamento a respeito do saber psiquiátrico, da função de tutela exercida pela instituição psiquiátrica e da relação hierarquizada entre profissionais e pacientes (Amarante, 1995; Barros & Egry, 2001). Recusando o modelo teórico da psiquiatria, bem como o tratamento químico e físico, a antipsiquiatria voltou-se à abordagem existencial da loucura e ao reconhecimento do discurso da louco como possibilidade terapêutica (Luzio, 2010). De uma forma mais ampla, denunciava os recursos de invalidação que abolia as minorias, bem como os valores sociais e culturais opressores, entre eles a valorização excessiva da família como regulador social.

O termo desinstitucionalização, incorporado e ampliado pelos italianos, surgiu na década de 1960, nos Estados Unidos. Nesse contexto, a palavra equivalia à política econômico-administrativa de racionalização dos recursos financeiros, por meio da redução do número de leitos e das altas hospitalares, ou seja, de desospitalização (Barros, 2004; Melman, 2006). Questões econômicas, como o alto custo das internações, das medicações e da equipe psiquiátrica, somadas ao crescente aumento das taxas de transtornos mentais e cronificações, impulsionaram medidas de desospitalização nesse país (Birman & Costa, 1994).

Tal como a política de setor francesa, a psiquiatria comunitária norte-americana desdobrou-se da psiquiatria social que se difundiu pelo mundo a partir do segundo pós-guerra como tentativa de solucionar os males da instituição psiquiátrica (Birman & Costa, 1994). Nesse contexto, em 1963 foi oficializado nos EUA um novo programa que inaugurava o termo saúde mental. O programa, que incorporava os princípios da psiquiatria comunitária,

era fundamentado na abordagem preventiva da doença mental desenvolvida por Gerald Caplan. A proposta constituía em, por meio da prevenção primária da doença, promover a saúde mental e prevenir a doença mental; com a prevenção secundária visava-se a diagnosticar e tratar precocemente e, por fim, quando necessário, mediante a prevenção secundária reabilitava-se e reintegrava a pessoa à vida social (Caplan, 1980).

Ao se considerar a possibilidade de prever os fatores que levariam à doença mental, a ideia era prevenir momentos de crise e intervir rapidamente em tais situações, a fim de se evitar a manifestação e cronificação do transtorno mental. Com isso, ampliou-se a população-alvo de intervenção da psiquiatria, que passou a estender seus conhecimentos e intervenções à comunidade em geral, por meio do manejo das causas das doenças mentais, entendidas como circunstâncias sociais e pessoais prejudiciais ao desenvolvimento de uma comunidade mentalmente sadia.

Segundo Caplan (1980, p. 42), o pressuposto da abordagem preventiva era de que “muitas perturbações mentais resultam de inadaptação e desajustamento, e que, pela alteração do equilíbrio de forças, é possível conseguir uma adaptação e um ajustamento saudáveis”. Destarte, nesse contexto, reafirmou-se a valorização da divisão entre normal e anormal em um enfoque adaptativo e manipulável (Barros & Egry, 2001), o que resultou no incremento de políticas públicas como as de Bem-Estar Social e Educação Geral (Birman & Costa, 1994).

Mediante a criação de equipamentos de saúde mental extra-hospitalares, acreditava-se que as intervenções preventivas tornavam o hospital psiquiátrico obsoleto (Amarante, 2007). Essa medida, porém, além de não resolver o problema norte-americano das internações hospitalares que continuaram apresentando taxas crescentes de admissão de psicóticos, criou um novo problema. O psiquiatra, ao “caçar os neuróticos, as minorias e os desviantes na ‘Comunidade’” (Birman & Costa, 1994, p. 61), perpetuava o ideal de curabilidade e o mandato social atribuído à psiquiatria. Assim, conservava-se a lógica institucional e, portanto, recriavam-se formas mais aceitáveis de antigos modelos de marginalização e segregação (Passos, 2009).

1.2.2 O conceito de desinstitucionalização

Conforme discutido, modelos de desinstitucionalização têm orientado o processo de transposição da centralidade dos cuidados na instituição hospitalar em direção à assistência

referenciada na comunidade. Contudo, quando analisada mais atentamente, as diferentes práticas apresentam nuances e linhas divisórias importantes que expressam e definem sua fundamentação. Nesse sentido, a diferenciação entre desospitalização e desinstitucionalização tem sido explorada na literatura como fator decisivo nos resultados da reestruturação do sistema de atenção à saúde mental.

Ao apontar que a desospitalização é apenas um dos elementos imprescindíveis da desinstitucionalização, Basaglia já havia advertido quanto à distinção entre ambas (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003; Lancetti, 1989). Enquanto medida administrativa, a desospitalização é a política que se restringe à redução do número de admissões hospitalares, do tempo de permanência, do número de leitos e à alta hospitalar (Amarante, 2007). Logo, não questiona o lugar social que o sofrimento mental ocupa na sociedade, tampouco propõe transformações das relações reificadas de poder, que caracterizam o paradigma psiquiátrico.

A desinstitucionalização, por outro lado, transcende a desospitalização e implica a desconstrução do saber e de práticas psiquiátricas, a invenção de ações territoriais, bem como a construção de novos conceitos (Amarante, 1994). Uma vez reconhecida a necessidade de se recomplexar o olhar sobre a questão da loucura e seu cuidado, a produção de uma nova prática em saúde mental abre-se para a criação de diferentes discursos, não mais exclusivos à psiquiatria (Koda, 2003).

A desinstitucionalização alvitra a desconstrução do aparato manicomial, incluindo a trama de saberes e práticas, os paradigmas que fundamentam e autorizam a instituição psiquiátrica clássica, bem como as relações hierarquizadas de poder (Lobosque, 2001; Rotelli & Amarante, 1992). A mudança paradigmática, nesses termos, foi proposta, inicialmente, por Basaglia, quando, em Trieste, a partir do fechamento dos manicômios, provocou uma problematização sobre a questão do sofrimento mental. A sociedade, convocada a se deparar com a loucura do outro, pôde ressignificar a relação paciente-comunidade e, além disso, confrontar-se com a própria loucura (Roza, 2006).

Sendo assim, não se trata da mera abertura dos portões, humanização e modernização dos hospitais ou seu fechamento. Por outro lado, também não se restringe à criação de estruturas territoriais que podem conviver e importar o modelo hospitalar (Passos, 2009). A desinstitucionalização, destarte, envolve o contínuo movimento de construção de um conjunto de saberes e práticas, bem como o questionamento político de problemáticas como a exclusão. Nas palavras de Alverga e Dimenstein (2005, p. 63), “desinstitucionalizar não tem fim, não tem modelo ideal, precisa ser inventado incessantemente”, uma vez que a instituição não está

dada, mas é um contínuo inventar (Rotelli, 1990). Nesse sentido, desinstitucionalizar seria, em última instância, o processo de reabilitação do contexto social (Saraceno, 1999).

A política de desospitalização, por se restringir à transferência de serviços psiquiátricos para a comunidade, tem resultado na criação de um novo tipo de cronicidade (Rotelli & Amarante, 1992). Nesse cenário, os pacientes, chamados de “novos crônicos”, embora não estejam mais sujeitos a internações de longa permanência, passam por reincidentes internações em leitos de internação breve (Desviat, 1999). Nos países que adotaram essa política, como nos Estados Unidos, nota-se que são mantidos “os locais de internação como escoadouros temporários, mas sempre recorrentes, daqueles casos difíceis que constituem os novos crônicos: jovens marginalizados, improdutivos, percorrendo uma modalidade ‘nova’ de carreira institucional, apenas mais fragmentada que a antiga carreira manicomial” (Passos, 2009, p. 150). Assim, é comum que a redução no período de internação seja acompanhada do aumento de recidivas, caracterizado como *revolving door* (Rotelli, 1990).

Nesse cenário de exclusão social, evidencia-se o movimento de desospitalização que produz um novo problema, e não uma reforma de fato (Barros & Bichaff, 2008). O fenômeno da transinstitucionalização revela um recuo frente à verdadeira desinstitucionalização, provocando o deslocamento dos antigos internos de hospitais psiquiátricos às novas instituições, como delegacias, asilos de idosos e albergues (Rotelli, 1990). Da mesma forma, a ação, que se limita à modernização dos hospitais e à multiplicação de serviços externos, reproduz a lógica autoritária do sistema institucional e substitui a antiga cronificação asilar por recorrentes reinternações mais curtas (Passos, 2009).

Comumente, essas consequências têm sido interpretadas com sérias distorções, o que leva à conclusão equivocada de que o investimento nas internações se mostra necessário (Nicácio, 1989). A não consideração do fenômeno da transinstitucionalização, somado à desarticulação dos serviços de tratamento e assistência social e aos cortes orçamentários, gera grave viés na avaliação do processo de reforma psiquiátrica, que pode ser falsamente interpretado como sinônimo de desassistência (Barros & Bichaff, 2008).

Nota-se, assim, que a reforma psiquiátrica aconteceu por caminhos e propósitos diferentes no mundo, o que resultou em distintos desenhos dos modelos assistenciais, bem como implicou impactos sociais variados. Após breve exposição desse panorama mundial, a seguir será discutida a experiência brasileira de institucionalização e da reforma psiquiátrica.

1.3 A desinstitucionalização no caso brasileiro

1.3.1 Contextualização histórica da Reforma Psiquiátrica

No Brasil, foi somente a partir da chegada da família real que os chamados loucos passaram a ser objeto de intervenção do Estado. Em 1852, concretizando o projeto de agrupá-los em um espaço próprio e destinado ao tratamento, foi fundado o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e da América Latina, o Hospício de Pedro II. Esse hospital foi vinculado à Santa Casa de Misericórdia até 1890, quando, sob direção de Teixeira Brandão, passou a se chamar Hospício Nacional de Alienados (Amarante, 1994). Em anexo ao hospício, foram criadas colônias destinadas a resolver o problema de superlotação; o modelo de colônias foi implantado em outras localidades no território brasileiro, como o Asilo de Alienados do Juqueri, criado por Franco da Rocha em 1898 e a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro em 1911, entre outros (Salles, 2005).

Assim, nessa época, o cuidado psiquiátrico desenvolvido no Brasil fundava-se no modelo higienista francês, baseado nas práticas pedagógicas, no tratamento moral e na reclusão em grandes asilos no formato de hospitais-colônias (Barros & Egry, 2001). Nesses hospitais, a princípio, instituiu-se o trabalho agrícola aos internos como suposta modalidade de tratamento, o que gradualmente evidenciou sua verdadeira função: segregar os doentes mentais em locais distantes da cidade (Pinho, 2009). Juliano Moreira, substituto de Teixeira Brandão na direção da Assistência Médico-Legal aos Alienados, embora orientado pelo modelo biologicista da psiquiatria alemã, dá continuidade à criação de novos asilos, bem como busca a legitimação jurídico-política da psiquiatria no país durante toda sua gestão, 1903-1930 (Amarante, 1994).

Na Era Vargas, seguindo a mesma lógica segregacionista de cuidado, houve reforma e ampliação das instalações existentes e a vasta criação de novos hospitais, financiados pelo governo federal (Couto & Alberti, 2008; Rosa, 2011). A descoberta do eletrochoque, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias e, posteriormente nos anos 50, dos neurolépticos contribuíram para a centralização do poder nas mãos da psiquiatria que se utilizou mais frequentemente do asilamento como forma de tratamento (Amarante, 1994). Esse movimento culminou em um cenário caótico: superlotação dos hospitais psiquiátricos, insuficiência do número e qualificação dos recursos humanos, precariedade das infraestruturas, maus-tratos aos pacientes e, por conseguinte, violação de direitos humanos (Barros & Egry, 2001; Rosa, 2011).

Sob o regime dos governos militares (1964-1985), a assistência psiquiátrica brasileira esteve marcada fortemente pela política de privatização dos hospitais psiquiátricos prestadores de serviços (Luzio, 2003). Nesse período, o setor foi permeado pela malversação e corrupção dos fundos públicos, o que culminou no interesse mercantilista nas internações indiscriminadas, designado como “indústria da loucura” (Aquino, 2001; Lobosque, 2001). Com isso, como afirmam Barros e Egry (2001), “observou-se, então, o florescimento de leitos em hospitais psiquiátricos privados e o afluxo maciço de doentes para a rede privada” (p. 49). As poucas experiências que propunham a reestruturação da assistência psiquiátrica eram locais e marginais, uma vez que sofriam forte oposição do setor privado que contaminava o aparelho estatal (Amarante, 1994).

A insatisfação com o autoritarismo e com a política militar mobilizava inúmeras organizações sociais que tentavam encontrar saídas ao regime imposto pelos militares em 1964. No início da década de 1970, nasce no meio acadêmico o processo político da Reforma Sanitária, que, mediante questionamentos da relação entre Estado e sociedade civil, fomentou uma prolífica produção intelectual e práticas alternativas ao modelo hegemônico (Yasui, 2006). Reivindica-se, assim, a reorganização da assistência à saúde, por meio da criação de um sistema único e nacional que atendesse às demandas dos cidadãos (Pinho, 2009).

O conjunto de princípios da Reforma Sanitária foi sintetizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que teve suas proposições teóricas e metodológicas incorporadas à Constituição Federal de 1988 e à Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/1990). A partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), por fim, houve significativas alterações no contexto geral das políticas públicas de saúde, marcadas pela descentralização e controle social na gestão dos programas assistenciais e pela priorização de ações preventivas no cuidado à saúde da população (Menezes, Campos, Seixas & Silva, 2009).

Além disso, como um dos princípios do SUS, a integralidade da assistência passa a pressupor que o cuidado à saúde seja realizado mediante a articulação das ações e dos serviços, de acordo com as necessidades da população. Juntamente com a integralidade, o controle social, a regionalização, a hierarquização das ações e o direito à informação imprimiram nova configuração ao modelo de assistência e, com isso, lançaram desafios aos profissionais, gestores e usuários² dos serviços de saúde. Diante de tal panorama, portanto, foi

² Segundo Houaiss e Villar (2001), “usuário” significa aquele que possui ou desfruta de alguma coisa por direitos de uso. O termo foi introduzido pela legislação que regulamenta a implantação do SUS e é adotado pelo campo da saúde mental em um sentido particular, na medida em que representa um deslocamento no lugar social das pessoas com sofrimento mental (Amarante, 2007).

imposta a necessidade de mudanças na forma de pensar a relação entre profissionais e usuários, bem como nas formas de se prestar o cuidado (Pasini & Guareshi, 2010).

No cerne da Reforma Sanitária, situou-se a Reforma Psiquiátrica que se caracterizou como um “processo político de transformação social” que, a partir de suas reflexões críticas, causou corte epistemológico, construiu intervenções de cuidado contra-hegemônicas, alcançou a legalização de propostas e produziu efeitos no campo sociocultural (Yasui, 2006, p. 26). Assim, nesse cenário de efervescência de movimentos sociais politizadas, a Reforma Psiquiátrica passou a trilhar seus próprios rumos, embora sempre articulada aos demais movimentos (Barros, 2004; Luzio & Yasui, 2010).

Desse modo, com quase 20 anos de atraso em relação ao debate internacional, fortaleceu-se no país a mobilização de profissionais, intelectuais e estudantes em torno do enfrentamento da problemática colocada pelas internações psiquiátricas (Passos, 2009). Em 1978, surge o primeiro movimento organizado de questionamento na área da saúde mental, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que rapidamente passa a agregar outros segmentos da sociedade (Amarante, 2007).

Nesse momento de intensa mobilização e participação social, em que se reinvidicava a redemocratização do regime político, as vindas de Basaglia ao Brasil, em 1978 e 1979, contribuíram para que o pensamento crítico acerca do saber e das instituições, influenciado pela experiência prática e teórica italiana, fosse tomando corpo no país (Amarante, 2007). Com isso, segundo Passos (2009), “a psiquiatria democrática se tornou uma das maiores influências, ou mesmo a principal referência, do processo brasileiro de reforma” (p. 29).

Em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual foi aprovada a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e sua substituição por leitos em hospitais gerais ou por serviços alternativos à institucionalização psiquiátrica. No mesmo ano, foi realizado o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, no qual, a partir da participação de usuários de serviços de saúde mental e seus familiares, foi solidificado o Movimento de Luta Antimanicomial. Com o lema “por uma sociedade sem manicômios”, o movimento posicionou-se decididamente contra o papel exercido pelos hospitais psiquiátricos, penetrando vários campos dos cenários social, político, jurídico, técnico-assistencial, teórico-conceitual e sociocultural (Amarante, 1995, 1999).

A elaboração da Declaração de Caracas, em 1990, que preconizou a reestruturação da assistência psiquiátrica e a promoção de serviços substitutivos à internação, repercutiu favoravelmente e selou o compromisso do Brasil no que diz respeito à reestruturação da assistência psiquiátrica (Paula, 2009; Salles, 2005). Em 1992 aconteceu a II Conferência

Nacional de Saúde Mental, que contando com uma ampla e efetiva participação de diferentes atores sociais, tornou-se marco histórico do processo de transformação do modelo assistencial (Barros & Egry, 2001). Segundo Gradella Junior (2009), é nesse contexto de intensa discussão, envolvendo os mais diferenciados atores sociais, que se fortalece a dimensão subjetiva, de produção de vida e respeito à diferença em torno do sofrimento mental, em oposição aos conceitos de desrazão, erro ou periculosidade.

Assim, resultante de ampla discussão, envolvimento e organização social, a chamada Reforma Psiquiátrica tornou-se discurso oficial na década de 1990, sendo incorporada pelo Estado brasileiro como Política Nacional de Saúde Mental que adota a Atenção Psicossocial como modelo de assistência à saúde mental. Barros (2004) sintetiza a Reforma Psiquiátrica:

um processo complexo e histórico que compreende a transformação de saberes, práticas e valores sociais e culturais e, fundamentalmente, inclui o desenho de novo modelo de serviços que tem como premissa essencial a afirmação de direitos de cidadania dos usuários (p. 57).

Nesse sentido, ao longo dos anos, é formulada e aprovada uma legislação nacional que regulamenta as políticas públicas em saúde mental e orienta a transformação do modelo de assistência, mediante o estabelecimento de estratégias operacionais e regulamentação da criação de novos dispositivos de Atenção Psicossocial.

1.3.2 Legislação e políticas públicas em saúde mental

Nesse contexto, entrou em vigor um conjunto de normas federais que regulamentam a implantação da Reforma Psiquiátrica no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A Atenção Psicossocial proposta pela Reforma Psiquiátrica, portanto, enquanto desdobramento da Reforma Sanitária e componente do SUS, incorporou os princípios filosóficos e organizativos de universalidade, acessibilidade, igualdade, equidade, integralidade, descentralização, municipalização, intersetorialidade e controle social (Luzio, 2010).

Em 2000, foi aprovada a Portaria MS nº 106, criando os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) que visam à desospitalização de pacientes de longa permanência hospitalar (Brasil, 2004). Em 6 de abril de 2001, após 12 anos de tramitação, foi finalmente aprovada a Lei de Reforma Psiquiátrica - nº 10.216 que redireciona o modelo de assistência

psiquiátrica, priorizando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e, nos casos em que os recursos extra-hospitalares se mostraram insuficientes, recomenda que a internação breve seja realizada em instituições que ofereçam assistência integral e não apresentem características asilares (Brasil, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), até então experiências pontuais implementadas em alguns municípios, foram regulamentados pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece as modalidades destes serviços (CAPS I, CAPS II e CAPS III), definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional (Brasil, 2004). Para os municípios com mais de 200.000 habitantes, indica-se que exista o CAPS III, serviço ambulatorial de atenção contínua, durante as 24 horas, segundo estabelece a Portaria nº 336 (Brasil, 2004). Os CAPSs, que constituem o principal eixo da Política Nacional de Saúde Mental, devem atender à população com transtornos mentais graves e operar de modo integrado com os demais serviços de saúde.

A Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, instituiu o Programa “De Volta para Casa”, beneficiando os pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações com um auxílio-reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de assistência (Brasil, 2005a). Segundo dados do Ministério da Saúde, existem 3.635 beneficiários do programa. Apesar dos avanços nos últimos anos, o número de beneficiários ainda se mostra baixo, o que pode ser justificado por dificuldades, tais como: problemas com a documentação dos pacientes, crescimento em ritmo insuficiente das SRTs, dificuldades para a redução pactuada e planejada de leitos psiquiátricos (Brasil, 2011).

Ao “De Volta para Casa”, soma-se um conjunto de direitos, como a concessão dos benefícios assistenciais, a disponibilização de medicação (inclusive as de alto custo), o transporte público gratuito e a universalização da assistência à saúde que objetiva ampliar as possibilidades de reintegração social e aprimorar a qualidade de vida dos portadores de sofrimento mental (Castro, 2009).

Diretrizes ministeriais recentes regulamentaram a estratégia de matriciamento, por meio da qual a assistência à saúde mental é integrada à atenção básica em saúde (Brasil, 2003). O Ministério da Saúde (Brasil, 2003) entende o matriciamento como um arranjo organizacional que oferece suporte técnico às equipes básicas das Unidades de Saúde ou dos Programas de Saúde da Família, compartilhando a responsabilidade sobre a condução dos casos. Nesse sentido, o papel do CAPS no matriciamento é construir ações de saúde mental, junto às equipes de atenção básica, para o atendimento de casos menos graves, os quais, embora igualmente importantes, não se conformam como demanda para os CAPSs (Leão, 2010).

Assim, a partir da retaguarda assistencial, do suporte técnico-pedagógico oferecido pela equipe de saúde mental e do compartilhamento de responsabilidades, as equipes básicas têm ampliado seu potencial de intervenção junto à população que assiste (Godoy, Viana, Vasconcelos & Bonvini, 2012; Leão, 2012; Paula, 2009). A partir dessa concepção, confirma-se que a rede básica é o território estratégico de intervenção e de efetivação das práticas de saúde e que apenas com a utilização desse recurso seria possível redefinir o sistema hospitalocêntrico, com vistas à construção de um modelo redebasicocêntrico (Merhy, 2007).

Dessa forma, no momento atual, a preocupação e os investimentos voltam-se à construção de uma rede de atenção à saúde mental extra-hospitalar, de base comunitária e territorial, substitutiva ao modelo hospitalocêntrico (Brasil, 2005a). Nesse sentido, a política atual aponta para a importância da inclusão do usuário no contexto sociofamiliar, solidificada pelo fortalecimento de sua rede de apoio social, que passa a ser, inclusive, uma das ações-alvo dos serviços de atenção à saúde mental.

1.3.3 Estratégias da Reforma Psiquiátrica

Ao considerar o início tardio da Reforma Psiquiátrica no Brasil, é possível compreender que esta vem incorporando ações das diversas experiências mundiais, como a territorialização, herdada do modelo francês, os centros de saúde mental com influências do modelo preventivista norte-americano e, especialmente, como já antecipado, os fundamentos teóricos e práticos da reforma italiana. Assim, as práticas da Atenção Psicossocial decorrem de uma diversidade de movimentos sociais, científicos e teóricos que orientaram as transformações do modelo assistencial em saúde mental (Amarante, 1999).

Com vistas a superar os modelos mais reformistas, a Reforma Psiquiátrica brasileira, enquanto “processo social complexo” (Rotelli, 1990, p. 18), que conduz à construção da Atenção Psicossocial, comporta quatro dimensões: a dimensão teórico-conceitual que se refere ao campo de construção do saber; a dimensão técnico-prática que engloba a criação de serviços e práticas de acolhimento, cuidado e construção de sociabilidade; a dimensão jurídico-política que envolve o exercício da cidadania dos sujeitos; e a dimensão sociocultural que convida a sociedade a participar da discussão sobre a temática (Amarante, 2007).

Dessa forma, a Atenção Psicossocial, que resulta da Reforma Psiquiátrica, ambiciona a um processo de transição paradigmática que ultrapassa a simples reestruturação dos serviços

de saúde mental e implica o permanente e infindável processo de invenção de novas práticas. Segundo Luzio (2010), a Atenção Psicossocial pode ser compreendida como “o desenvolvimento de ações diversificadas, criativas e entrelaçadas em uma rede, bem como a mobilização de todos os atores sociais envolvidos – trabalhadores e usuários – como sujeitos sociais e protagonistas de suas histórias” (p. 72). Há, com isso, um empenho no redirecionamento do tratamentos, de modo a promover oportunidades de vivência socializadora e reconstrutora de relações sociais saudáveis (Tesser & Souza, 2012).

O termo estratégia é definido como “a arte de aplicar com eficácia os recursos de que se dispõe ou de explorar as condições favoráveis de que porventura se desfrute, visando ao alcance de determinados objetivos” (Houaiss & Villar, 2001, p. 1262). Esse conceito, desdobrado ao campo da saúde, refere-se ao modo com que uma ação é implementada a fim de resolver determinado problema. Para alcançar a eficácia, contudo, deve extrapolar o setor saúde e envolver o campo social como um todo (Giovanella, 1990).

Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica estabelece algumas estratégias de Atenção Psicossocial à saúde mental, que, segundo Yasui (2006), podem ser sintetizadas em: território como organizador da rede, responsabilidade com relação à demanda do território, acolhimento, diversidade de estratégias de cuidado articuladas em rede. Essas estratégias serão descritas na sequência.

No contexto brasileiro, influenciado pelas práticas italianas, a noção de território é crucial na organização da assistência e transcende ao mero esquadrinhamento geográfico de um espaço. Diz respeito aos múltiplos modos de apropriação de uma comunidade e da produção de sentido por ela efetuada às suas práticas cotidianas, o que resulta na importância de se incorporar à prática todos os saberes constituídos pelos usuários, familiares e profissionais. Assim, território remete a “uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam” (Amarante & Giovanella, 1994, p. 145).

Em permanente transformação, o território se compõe por recursos naturais e materiais, bem como pelo uso e sentido social destes para a comunidade, o que lhe garante particularidade única em termos de necessidades, potencialidades e produção de um saber (Brasil, 2005a). Sendo assim, o território, constituído de organização, instituições e ações, é espaço de habitação, apropriação e produção humana, onde todos que o ocupam são atores sociais. Neste sentido, é no território que a cidadania se dá em graus variados de efetivação. Por essa razão, intervenções no território potencializam as ações de cuidado, uma vez que permite a criação de estratégias de estabelecimento de redes de sociabilidade e a ampliação do

exercício da cidadania, no sentido do reconhecimento da cultura e da busca de liberdade (Leão, 2010).

Enquanto rede, entendem-se organizações orientadas pelas ações interdisciplinares, com objetivos comuns, conquistados por meio da construção coletiva de respostas para uma determinada demanda local. Além disso, caracteriza-se pela conexão de atores variados, como indivíduos, coletividades e organizações que articulam ações coletivas, tomam decisões e compartilham responsabilidades em prol da solução dos problemas locais (Nascimento, 2007). Ao se propor a assistência à saúde mental em serviços substitutivos, haja vista a complexidade que envolve o sofrimento mental, o trabalho em rede torna-se fundamental.

Segundo Silva (2005), uma das mais significativas contribuições italianas na Reforma Psiquiátrica brasileira é o conceito e operador prático “tomada de responsabilidade”. Uma das dimensões desse conceito é a “tomada de responsabilidade do serviço pelo território”, que se refere à responsabilidade integral dos serviços em responder pela totalidade das necessidades e cuidados em saúde mental de uma população determinada. A assunção dessa responsabilidade aponta para a importância do desenvolvimento de um repertório de técnicas que favoreçam a busca de saídas possíveis, em oposição à lógica do encaminhamento para outros setores, especialidades ou níveis de complexidade.

Um desdobramento dessa primeira responsabilidade é aquele a que Silva (2005) designa como “aumento do grau de responsabilidade do profissional no processo de trabalho em saúde” (p. 312), uma vez reconhecida a necessidade de o trabalhador se implicar no incremento da qualidade das suas práticas em saúde. Nesse sentido, uma das estratégias utilizadas é o profissional referência, que ao agregar o conceito de vínculo encarrega-se de planejar e acompanhar as ações terapêuticas destinadas a determinado usuário.

Somadas às anteriores, Silva (2005) acrescenta duas dimensões de responsabilização: a do próprio usuário como responsável pela sua condição e a dos familiares e comunidade como consequência da descentralização dos cuidados. Assim, a implicação do usuário compõe o processo terapêutico, enquanto possibilidade de saída da posição de vítima que destitui o lugar de sujeito e que pode levar ao descompromisso com o próprio tratamento (Dassoler & Palma, 2012). Por outro lado, a Reforma Psiquiátrica implicou a descentralização dos encargos com os cuidados e sua extensão aos familiares e comunidade em geral que foram convidados a conviver com o sofrimento mental. Nesse sentido, a participação e o controle social, por meio, por exemplo, dos conselhos de direito (Conselhos de Saúde e Conselhos de Reforma Psiquiátrica), viabilizaram uma maior implicação e engajamento da

população na formulação e acompanhamento das políticas públicas, bem como na sua execução, por meio de parcerias com organizações não governamentais (ONG).

O ato de acolher, de acordo com o Dicionário Houaiss (Houaiss & Villar, 2001), significa “oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico. Ter ou receber (alguém) junto a si. Receber, admitir, aceitar. Dar crédito, levar em consideração” (p. 61). Incorporado como estratégia pelo setor saúde, o acolhimento do usuário ultrapassa a prática da triagem e a oferta do serviço, bem como atravessa todo o percurso do cuidado (recepção, atendimento propriamente dito e alta ou encaminhamento) e revela-se na qualidade do processo relacional estabelecido entre o trabalhador de saúde e o usuário, que inclui a escuta atenta das particularidades de cada sujeito (Camargo-Borges & Japur, 2008; Luzio, 2010).

Sendo assim, o trabalho centrado no vínculo entre usuário e trabalhador mostra-se indissociável, uma vez que possibilita o comprometimento da equipe, a corresponsabilização dos problemas, além da produção da autonomia. Por essa razão, o vínculo amplia a eficácia das ações da saúde e favorece a participação do usuário no seu tratamento, de onde se conclui que acolhimento e vínculo são dimensões essenciais na produção do cuidado (Campos, 1997; Merhy, 2007).

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento, enquanto diretriz operacional, implica desdobramentos na organização e no funcionamento dos serviços de saúde que passam a se caracterizar como usuário-centrado. Nessa perspectiva, o acolhimento funda-se nos princípios: (1) acessibilidade universal que garanta o atendimento a todos que procurem pelo serviço; (2) priorização do trabalho em equipe multiprofissional que se encarregue da escuta do usuário e comprometa-se em resolver seu problema de saúde; e (3) qualificação da relação trabalhador-usuário por meio de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

A inserção da equipe multidisciplinar na atenção à saúde mental diversifica e amplia as possibilidades de intervenção. Além de favorecer o diálogo entre as diferentes disciplinas, contribui para que se tornem mais viáveis as invenções de novas modalidades de práticas em saúde mental. Quanto mais diversificadas e arrojadas forem as modalidades oferecidas, maior é a possibilidade de combinação entre elas, na medida em que se respeitam as necessidades particulares dos usuários.

Atendendo à interface entre o múltiplo e o singular, o trabalho nos serviços de saúde mental deve se pautar na construção do Projeto Terapêutico Individual (PTI). Conforme apontam Saraceno, Fratura e Bertolote (1993), a ausência do PTI é considerada um “evento

sentinela”, fato considerado inadmissível nos serviços substitutivos de saúde mental. Segundo Yasui (2006), o PTI:

é ao mesmo tempo, particular, referido a uma subjetividade específica, mas não é um projeto solitário, isolado, pois se articula, na multiplicidade de suas ações a outros projetos, com outras subjetividades, com propostas de produção de encontros em diversos espaços com diversos cuidadores. Só o diverso e o múltiplo para “dar conta” da complexidade do singular que se apresenta na demanda daqueles que buscam os serviços de saúde mental (p. 139).

Yasui (2006) afirma que a elaboração do PTI envolve a pactuação de diferentes atores: usuário, seu familiar, integrantes da equipe e profissionais de outros serviços ativados a partir da necessidade do usuário, no que diz respeito à negociação da divisão de responsabilidades e à solução de interesses convergentes. Sendo assim, o PTI vai além do âmbito puramente individual e passa a considerar as necessidades e recursos da rede social e familiar que cerca o paciente (Cunha, 2005). O profissional de referência tem a função de gerenciar e efetivar o PTI, bem como a de alargar as fronteiras de intervenção mediante articulação com os diferentes setores da rede. Nesse sentido, cabe considerar o apontamento de Figueiredo (2009) de que a rede deve ser tecida a partir da particularidade de cada paciente, combinando os serviços e as instituições que possam corresponder aos seus interesses e necessidades. Além da rede de serviços existente, portanto, há a rede a ser tecida a partir do diálogo e da articulação dos diferentes recursos disponíveis.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2007) reconhece que somente o potencial da rede de atenção à saúde mental é capaz de responder à complexidade das demandas e garantir a resolutividade dos problemas. Com isso, admite-se que a Reforma Psiquiátrica não se faz isoladamente, mas por meio do intercâmbio de saberes e fazeres construídos por todos os atores sociais envolvidos na integralidade e na intersectorialidade das ações (Yasui, 2006).

A integralidade do cuidado pressupõe a abordagem das diversas dimensões da situação-problema na qual o usuário se encontra, mediante ações diversificadas, criativas e entrelaçadas em uma rede (Luzio, 2010). Da noção de integralidade, desdobra-se a de intersectorialidade, entendida como a “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social” (Junqueira & Inojosa, 1997). Ao se considerar a insuficiência de ações e políticas fragmentadas, o investimento nas políticas setoriais mereceu destaque na IV Conferência de Saúde Mental, ocorrida em julho de 2010,

que ampliou o debate para além das fronteiras do setor saúde e incluiu diversos segmentos na discussão.

Ao considerar os aspectos mencionados, especialmente no que se refere à integralidade das ações de cuidado e à tomada de responsabilidade do serviço pelo território, cumpre reconhecer a atenção à crise como uma das estratégias fundamentais da Atenção Psicossocial (Amarante, 2007). A Atenção Psicossocial compreende a crise como um “momento complexo de radicalização do sofrimento ou da singularidade do modo de existência”, o que rompe radicalmente com o sentido restrito da agudização sintomatológica, concepção do modo asilar da psiquiatria tradicional (Luzio, 2010, p. 90). Enquanto experiência singular e disruptiva, produz uma experiência dolorosa, marcada pela solidão, incerteza, temor e estranhamento. Por outro lado, pode ser um momento de produção de mudanças, uma vez que contém elementos criativos, que expressam a particularidade do sujeito e seu desejo (Luzio, 2010).

Assim, a própria crise é tomada como uma situação complexa que, além da sintomatologia grave e aguda, pode incluir uma grave ruptura na relação sociofamiliar, recusa do tratamento, recusa obstinada do contato e situações de alarme no contexto sociofamiliar (Dell’Acqua & Mezziana, 2005). Concebida na sua complexidade, portanto, a intervenção no momento da crise deve considerar todos os elementos envolvidos, como a história do paciente, seus laços sociais, sua relação com o serviço de saúde, seus problemas de origem material e financeira (Luzio, 2010).

Da mesma forma, à complexa situação existencial, experimentada na sua radicalidade nos momentos de crise, devem corresponder um conjunto de instrumentos e recursos para abordá-la. Sendo assim, o serviço deve ter condições de compreender os múltiplos sinais de agravamento do sofrimento, organizar diferentes modalidades de aproximação e tornar mais precoce a intervenção que deve reunir em si a prevenção, o tratamento e a reabilitação. Admitindo o potencial criativo da crise e garantindo que o serviço apresente condições de intervenção nesses momentos, o acolhimento à crise, como o proposto para os CAPSs III, contribui para o crescimento do paciente e assegura a continuidade dos seus vínculos existenciais e históricos (Dell’Acqua & Mezziana, 2005).

Ainda, é fundamental reconhecer a importância da reabilitação psicossocial enquanto estratégia da Atenção Psicossocial. Essa prática teve origem na década de 1940, nos Estados Unidos, a partir de encontros de egressos de hospitais psiquiátricos, que, posteriormente, se organizaram em associações civis e criaram novos programas voltados a trabalhos protegidos, oficinas terapêuticas e moradias. Estas ações, inicialmente de cunho comunitário, passaram a

receber intervenções e financiamento do governo americano nos anos de 1970 (Desviat, 1999).

A partir de então, de acordo com Saraceno (1999), houve um crescente interesse pela reabilitação psicossocial. A razão desse interesse, segundo o autor, deveu-se a três configurações. Em decorrência do processo de desospitalização, emergiu a demanda tanto de “entretenimento extramanicomial” (Saraceno, 1999, p. 24) quanto de melhora da qualidade da assistência psiquiátrica, que conduziu à oferta de cuidados profissionais que pudessem aliviar a sobrecarga familiar no cuidado destinado ao paciente e de atividades alternativas à solidão e à ociosidade, sendo assim, complementares às intervenções tradicionais. A segunda razão que justificou o interesse pela reabilitação foi o crescimento da afirmação de direitos dos portadores de sofrimento mental, que impulsionou medidas inclusivas. E, por fim, os resultados de alguns estudos convergiram ao apontar que a cronicidade, até então atribuída à evolução do próprio transtorno mental, estaria associada a uma complexidade de variáveis contextuais, sociais e familiares. Com isso, a reabilitação responderia à necessidade de uma estratégia que interviesse nas variáveis que não eram contempladas pelas intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas.

Saraceno (1999), a partir do conceito de reabilitação física, proposto nos anos de 1980 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), afirma que reabilitar seria prover o conjunto de ações destinadas a diminuir as desabilitações (limitações ou perdas de capacidades operativas decorrentes das hipofunções) e as deficiências (desvantagens, resultantes de uma hipofunção e/ou desabilitação que restringe ou impede o desempenho e capacidades do sujeito). Mediante tal elaboração, o autor descreve quatro modelos conceituais e operativos utilizados, ao longo do tempo, na reabilitação psiquiátrica.

O primeiro modelo é de orientação behaviorista, disseminado especialmente nos Estados Unidos (EUA). O *Social Skill Training* (SST) trabalha a partir da teoria da aprendizagem e tem como finalidade promover a aquisição, a generalização e a manutenção das habilidades necessárias às relações interpessoais. Mediante os princípios da reabilitação física, este modelo trabalha com técnicas psicoterápicas comportamentais, que se constituem da promoção de aprendizagem dentro do *setting* terapêutico, excluindo, assim, as situações sociais da vida real do paciente (Saraceno, 1999).

O segundo modelo é o psicoeducativo, caracterizado, especialmente, pelas intervenções sobre os aspectos verbais e não verbais da comunicação entre pacientes e familiares. O pressuposto básico é de que famílias com alto nível de emoção expressa tendem a provocar menor grau de adaptação social e maior chance de recaída no paciente, o que

justificava os programas de educação e orientação aos familiares. De acordo com Saraceno (1999), ao limitar-se à prevenção de recaída, ou seja, à remissão sintomática, o modelo descaracteriza-se como reabilitador, uma vez que não intervém sobre as debilidades e deficiências.

O modelo de Spivak trabalha a partir da noção de cronicidade, que seria um processo de distanciamento recíproco entre o paciente e os outros, provocado pelos efeitos da dessocialização e da progressiva diminuição da competência social do paciente. A reabilitação, nesses termos, intervém na neutralização da cronicidade, por meio da articulação social entre paciente e seu meio, de modo a desenvolver as competências necessárias para o sucesso social. Contudo, o tratamento permanece focalizado na adaptação do paciente às demandas do contexto, a partir da ação de um agente externo – o terapeuta (Lussi, Pereira & Junior, 2006).

Por fim, o modelo de reabilitação proposto por Ciompi baseia-se no pressuposto de que a cronificação é produzida socialmente. Os episódios agudos do transtorno mental, segundo esse modelo, resultam de uma grave crise do desenvolvimento, que pode conduzir à falência existencial (cronicidade) ou ao amadurecimento (reabsorção no processo natural da vida), a depender das respostas do contexto social que, inclui, as expectativas dos envolvidos. Uma vez que admite a cronicidade como resultado de processos sociais, o modelo valoriza o “campo social”, especialmente os eixos casa e trabalho, como cenário de intervenção (Saraceno, 1999).

Como se nota, ao longo do tempo, o conceito de reabilitação psicossocial vem sendo constituído e construído, não sem heterogeneidades teóricas que conduzem a práticas variadas. Essa situação não é diferente no território nacional. Conforme afirma Guerra (2004), o campo da reabilitação psicossocial é retratado, no Brasil, especialmente, em duas publicações: *Reabilitação psicossocial no Brasil*, de Ana Pitta, publicado em 1996 e *Libertando identidades: da reabilitação à cidadania possível*, de Benedetto Saraceno, publicado em 1999.

O primeiro livro apresenta os paradoxos de uma prática baseada em um corpo teórico não concluído e consensual (Guerra, 2004). Kinoshita (2001), ao comentar sobre reabilitação psicossocial, aponta para as noções de poder contratual, participação em trocas sociais, e autonomia, capacidade de gerar normas para a própria vida. Saraceno (1999, 2001), por sua vez, ao renunciar ao mito da autonomia, que implica a hiperseleção entre os pacientes incluídos em programas reabilitadores, aponta para a reabilitação como processo que viabilize a ampliação das possibilidades de negociação entre pessoas que se apresentem com os mais

variados graus de habilidade; além disso, faz uma crítica às práticas terapêuticas caracterizadas como “clínicas”, avaliando-as insuficientes nos seus efeitos reabilitadores. Por outro lado, Bezerra (2001) é contundente ao afirmar que a clínica é imprescindível no campo da reabilitação psicossocial e, para tanto, utiliza o conceito de clínica ampliada para apontar o caminho da produção de uma rede de subjetividades articulada à cultura. Em sentido semelhante, Goldberg (2001) afirma que tratamento e reabilitação devem ser indissociáveis e praticados pela mesma equipe de uma instituição. Benetton (2001), ainda, questiona o termo reabilitação, que, ao carregar consigo toda a força do prefixo *re*, convida a intervenções que esperam restituir o estado anterior ao adoecer, o que, segundo o autor, seria algo impossível de ser alcançado.

Em trabalhos mais recentes, Hirdes (2001) e Hirdes e Kantorski (2003) apontaram a importância das intervenções reabilitadoras focarem-se nas atividades práticas da vida cotidiana, como o cuidado com o próprio corpo, a gestão da casa, o trabalho e o lazer. Nesse sentido, afirmam que a vida real deve ser o verdadeiro laboratório da reabilitação que deve centrar-se nas possibilidades e necessidades particulares de cada paciente.

Saraceno (1999), nas suas discussões, busca constituir um corpo teórico da reabilitação psicossocial, no qual se destaca a dimensão política e social do processo reabilitador. Para tanto, utiliza o modelo de redes múltiplas de negociação, que é tecida mediante a criação e propagação das oportunidades de trocas materiais e afetivas. Na medida em que as redes são articuladas, ampliam-se a participação e o poder contratual dos sujeitos. Como se nota, o autor, ao trabalhar com o conceito de “participação” no lugar de “autonomia”, abre a possibilidade para que pessoas com diferentes graus de habilidades façam “trocas permanentes de competências e interesses” (Saraceno, 1999, p. 113).

Com relação ao poder contratual, ou contratualidade, Kinoshita (2001) parte da hipótese de que as relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente conferido a cada indivíduo, como condição para qualquer processo de intercâmbio. Este valor pressuposto, que configura o poder contratual da pessoa na comunidade, pode ser dimensionado pelo grau de recursos e habilidades que o usuário possui em relação àqueles que são demandados na efetivação de trocas sociais.

Saraceno (1999) define os eixos sobre os quais se apoia o aumento da capacidade contratual: o *habitat*, a rede social e o trabalho. O *habitat*, ou a morada, se refere à apropriação e subjetivação do espaço vital de moradia por parte do usuário. Saraceno opõe o “habitar” ao “estar”, uma vez que o segundo se associa à nula ou precária propriedade do espaço, tal como se nota em alguns casos de pacientes que, embora possuam uma “casa”,

apresentam baixo poder contratual ao habitá-la. Com isso, a contratualidade seria representada pela capacidade de tornar o “estar” em “habitar”, no sentido da apropriação material e simbólica do espaço e dos objetos.

O cenário “rede social” diz respeito às trocas sociais vivas que acontecem na comunidade ou à invenção de lugares nos quais estas trocas sejam viáveis. Incluem aqui as relações familiares, primeira rede social disponível que, por ser mais inteligível, são foco de intervenções em saúde mental. Visando à expansão da rede social, as práticas reabilitadoras abandonam a concepção da família como cúmplice ou vítima da psiquiatria e a admitem como protagonistas do processo da reabilitação do paciente (Saraceno, 1999).

Saraceno (1999) compreende o trabalho como possibilidade de articulação dos interesses, necessidades e desejos do usuário, por meio do qual mercadorias e valores sociais possam ser produzidos. Nessa vertente, há de se considerar o quanto o trabalho se constitui como elemento de um projeto para um sujeito, ou seja, sua função de produção de sentido econômico, social e psicológico. Esta concepção rompe com a lógica do trabalho como entretenimento, exploração de mão de obra barata, disciplina ou de ergoterapia, tal como ocorria nas instituições psiquiátricas, e contribui para a constituição de novos arranjos, como as cooperativas e as empresas sociais.

A reabilitação, ao envolver esses três eixos, portanto, possibilita a constituição de valores subjetivos e de redes de relações sociais, bem como a produção de valores de troca e do sentido do fazer humano. Sendo assim, na perspectiva de Saraceno (2001), reabilitação psicossocial não equivale à limitada ideia de aprendizagem de habilidades, em que o foco é retirar o usuário de um estado de “desabilidade” para (re)introduzi-lo no estado de “habilidade”.

Por outro lado, Saraceno (1999) questiona a prática da reabilitação dentro do espaço hospitalar, uma vez que este dispõe de uma estrutura de funcionamento marcadamente desabilitante, que impede o próprio viver nas suas inúmeras dimensões. Nesse contexto, a cotidianidade não tem legitimidade, uma vez que atos rotineiros, como comer, dormir, caminhar, são circundados às normas que implicam na restrição de tempo e espaço.

Enfim, nas palavras de Saraceno (1998), pode-se definir reabilitação psicossocial como:

não mais como uma técnica de tratamento, mas como estratégia que promova relações que tornem possível que a experiência de intermitência do sofrimento do sujeito não determine sua invalidação, mas que possibilite a recuperação de sua capacidade de

gerar sentido e consequentemente valor social, restabelecendo sua contratualidade como cidadão (p. 26)

Reconhecendo a amplitude do conceito, Saraceno (1999) aponta quatro variáveis que determinam os resultados do processo de reabilitação: sujeitos, contextos, serviços e recursos.

Com relação aos sujeitos, Saraceno discute a importância de se reconhecer quais são as verdadeiras informações que dizem respeito a eles, ou, quais são seus “patrimônios de riscos e proteção”. Questiona, enfim, a pobreza do diagnóstico psiquiátrico, fundamentado e construído por um método que utilizou a observação dos sintomas do doente confinado; e, com isso, aponta a necessidade de se considerar o contexto do paciente, sua vida e suas relações sociofamiliares, suas interações operativas, sua vida material e as respostas que recebe do mundo. Sendo assim, ao lado dos sujeitos, insere a dimensão do contexto social e, por conseguinte, a possibilidade de favorecer trocas afetivas e promover mudanças no contexto de vida sociofamiliar e material. Ainda, nesta variável, inclui o contexto legal no qual o sujeito se encontra, que diz respeito ao conjunto de normas para além daquelas que regulamentam diretamente o tratamento, fazendo referência àquelas que sustentam indiretamente os direitos associados à reabilitação, à moradia e ao trabalho assistido. Nesse sentido, Saraceno (1999) conclui:

a construção do direito de cidadania como eixo prioritário não é uma escolha somente ética, mas também técnica: somente o cidadão pleno poderá exercitar as suas trocas (e com essas trocar também a loucura), como as habilidades relacionais, uma vez que não haverá direito nem acesso ao exercício de relação ou estas se darão como relações desprovidas da materialidade que as torna reais. (p. 94).

O serviço, enquanto “conjunto dos lugares comunicantes e dos recursos intercambiáveis que se encontram à disposição de uma população em lugar geográfico” (Saraceno, 1999, p. 96), é outra variável que interfere no curso do processo reabilitativo. Para ser de qualidade e, assim, oferecer programas reabilitativos confiáveis, o serviço deve ser flexível e diversificado para adaptar-se às necessidades e particularidades dos usuários e às especificidades das variadas situações, bem como possuir permeabilidade de saberes e recursos.

Recursos, para o autor, dizem respeito não só aos recursos propriamente existentes no serviços, mas aos multiplicadores dos mesmos, como os profissionais, os usuários, seus familiares, a comunidade em geral e as instituições formais e não formais. Este conjunto, além de ser recursos existentes, é fonte inexaurível de recursos potenciais, ou seja, de

possibilidades de descoberta e produção de novos recursos. Nesse sentido, à medida que não se reduzem ou ocultam recursos potenciais, podem ser criados recursos novos e respostas inovadoras a partir da escassez de recursos institucionais ou da pouca estrutura do sistema de atenção à saúde. Assim, o “peso” ou o “custo” comumente atribuído aos usuários, familiares e comunidade podem ser revertidos em fonte de recurso e parceria.

Com a finalidade de promover Atenção Psicossocial, as estratégias da Reforma Psiquiátrica articulam e organizam os diversos dispositivos existentes no sistema de saúde mental que, como mencionado anteriormente, se caracterizam como territoriais e comunitários.

1.3.4 Dispositivos da Reforma Psiquiátrica

O termo dispositivo originalmente foi discutido por Foucault (1992) que o definiu como:

um conjunto heterogêneo que engloba discurso, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre os elementos (p. 244).

Para Foucault (1992), os dispositivos constituem-se de três características principais: (1) respondem a uma urgência localizada em determinado momento histórico; (2) organizam-se por um conceito multilinear, ou seja, por linhas transitórias predispostas a variações; (3) articulam-se a outros dispositivos como condição de existência. Sendo assim, é de natureza essencialmente estratégica e, por esta razão, muitas vezes, o termo é adjetivado, resultando no conceito “dispositivo estratégico”.

O conceito foi incorporado pelo campo da saúde com vistas a complexar a noção de serviços e a propor que os mesmos transcendam a função de simples execução de procedimentos médicos. Conforme afirma Campos (1999), os dispositivos seriam recursos que, articulados, resultariam em alteração no funcionamento das organizações a ponto de produzir inovação.

Nessa vertente, a dimensão técnico-assistencial da Reforma Psiquiátrica implica inovação dos serviços de atenção à saúde mental, que, como dispositivos estratégicos, passam

a se configurar como espaços de cuidado e acolhimento que contribuem para a sociabilidade e a produção de subjetividades (Amarante, 2007). Segundo Costa-Rosa (2000), trata-se de dispositivos integrais territorializados de Atenção Psicossocial, sendo que o termo “integral” se refere tanto à questão do território quanto à questão do ato propriamente terapêutico.

Dentre os dispositivos da Atenção Psicossocial, o CAPS se destaca pelo seu caráter de articulação estratégica da rede de serviços de saúde mental no território. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2005a), os CAPSs têm o papel de prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, a fim de evitar internações em hospitais psiquiátricos, promover a inserção social dos usuários em ações intersetoriais, regular a porta de entrada da rede de atenção à saúde mental e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica de saúde. Centrados, especialmente, no atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, devem ser substitutivos aos hospitais psiquiátricos, e não complementares. De acordo com Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental, a média nacional do indicador CAPS/100.000 habitantes é de 0,66, proporção considerada “boa” segundo os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011).

Na sua concepção, o CAPS não deve ser configurado como simplesmente um serviço, mas um espaço de articulação de ações de cuidado à saúde mental em rede, por meio da integração de uma diversidade de estratégias que ultrapassam as fronteiras do próprio serviço (Yasui, 2006). Por essa razão, Yasui (2006) observa que esse dispositivo não se satura na implantação do serviço, uma vez que se trata de um meio e não de um fim em si. Contudo, conforme discute Luzio (2010), muitos CAPSs ainda funcionam como meros serviços, nos quais perpetuam modos de funcionamento semelhantes aos de um ambulatório de especialidades, como a valorização da medicação, ações fragmentadas e relações verticalizadas.

Os Serviços de Residências Terapêuticas (SRTs), destinados especialmente a egressos de longa permanência hospitalar, são decisivos na consolidação do processo de desinstitucionalização. Embora sejam um equipamento de saúde, regulados por leis do SUS, os SRTs apresentam uma dimensão privada expressa na noção de moradia e habitação, o que comporta um aspecto diferenciado dos demais dispositivos (Furtado et al., 2010). Assim, o cotidiano de um SRT deve ser o de uma vida comum, em oposição ao viver institucionalizado, bem como convida os cuidadores a inventar uma nova forma de relação e cuidado, diferente da tutela implícita nas práticas de internamento (Palombini, Barboza, Fick & Binkowski, 2010; Suiyama, Rolim & Colvero, 2007). Segundo dados do Ministério da Saúde, existem 570 SRTs no Brasil, o que indica uma baixa cobertura, justificada pelos

mecanismos insuficientes de custeio, pelas dificuldades políticas no processo da desinstitucionalização, pela precária articulação entre o programa de SRT e a política habitacional, entre outros fatores (Brasil, 2011).

Concebido no campo da cultura e inserido na cidade, os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO) desempenham papel importante na inserção social dos usuários de serviço de saúde mental. Alguns Centros de Convivência, a princípio espaços de sociabilidade e produção cultural, aos poucos foram se organizando como experiências de geração de renda, por meio da formação de cooperativas que têm os próprios usuários como sócios (Luzio, 2003). Mais recentemente, foi regulamentada, por meio da Portaria Interministerial nº 353 de 07/03/2005, a Economia Solidária, política oficial do Ministério do Trabalho e Emprego, que tem a finalidade de coordenar atividades econômicas e produtivas, de distribuição e consumo, mediante cooperação entre as pessoas e grupos. (Leão, 2010).

Essa inovação tem desenvolvido empreendimentos coletivos e autogestionários em diversos setores do mercado que rompem com a noção de trabalho como ocupação do tempo e provam sua potencialidade em produzir emancipação e ampliar o poder de efetivar trocas sociais (Brasil, 2005b, 2007). De acordo com Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental, existem 51 CECCOs no Brasil, 21 deles instalados na região Sudeste; além disso, há 640 experiências mapeadas de geração de renda e trabalho para pessoas portadoras de sofrimento mental (Brasil, 2010, 2011).

Embora os esforços da atual Política de Saúde Mental centrem-se na atenção em serviços comunitários, a internação psiquiátrica em hospitais gerais compõe o princípio da integralidade. A Portaria Ministerial nº 224, de 1992, dispõe sobre a garantia da continuidade assistencial nos diferentes níveis de complexidade assistencial, determinando que o número de leito psiquiátrico em hospital geral não deve ultrapassar 10% da capacidade hospitalar, chegando ao máximo de 30 leitos, além de normatizar o espaço, atividades terapêuticas e profissionais envolvidos. Assim, o hospital geral, ao constituir a rede de serviços de saúde mental, deve estar interligado a outros serviços de acompanhamento, dentro das ações em saúde de promoção, prevenção e recuperação (Machado & Colvero, 2003).

Conforme exposto, ao se considerar a dimensão técnico-assistencial proposta pela Reforma Psiquiátrica, pode-se concluir que os serviços de saúde mental apresentam importante potencial para se afirmarem como dispositivos estratégicos. Contudo, alerta Luzio (2010), para tanto, há de se reconhecer que para um CAPS, bem como para os demais equipamentos, se assegurar como dispositivo estratégico não é suficiente que a equipe seja

capaz de inventar novas formas de tratamento e gestão, mas também que o sistema de saúde proporcione condições necessárias para a viabilização da proposta da Atenção Psicossocial.

1.4 Delimitação do problema

Como apontado anteriormente, a internação breve é um recurso utilizado e, inclusive, previsto por lei, para os casos em que a terapêutica extra-hospitalar se mostrar insuficiente. Contudo, adverte-se que ela dure o menor tempo possível, sendo utilizada com o objetivo de proteger o paciente durante o momento de crise, no qual este coloque em risco sua própria integridade física ou a de outras pessoas. Tão logo o quadro tenha se estabilizado, recomenda-se que o paciente receba alta hospitalar e dê continuidade ao seu tratamento em um serviço extra-hospitalar, no qual possa se recuperar efetivamente.

Ao considerar as mudanças na abordagem da saúde mental, que passou a se caracterizar por um modelo de atenção comunitária em oposição ao modelo hospitalocêntrico, o tempo de permanência hospitalar tem se tornado um dos mais importantes indicadores de qualidade da assistência (Barros, 2008).

A literatura disponível apresenta discrepâncias nos valores deste indicador. Estudos (Dalgalarondo, 1993) realizados, entre dezembro de 1986 e novembro de 1988, identificaram que o tempo médio de permanência em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral era de 19,4 dias, período relativamente menor do que o observado em hospital psiquiátrico. Na década de 1990, a média nacional do tempo de permanência de internação psiquiátrica era de 18,6 dias, sendo que, nos hospitais psiquiátricos, essa média era maior (24 dias) do que as internações psiquiátricas em hospitais gerais (14 dias) (Ribeiro, Siano, Procópio, Santos & Alves, 2000). Outras investigações (Souza, Souza & Caetano, 2005) identificaram ainda um tempo médio de internação de 31,85 dias. Já os estudos de Botega e Schechtman (1997) mostraram que o tempo médio de internação em hospitais psiquiátricos era de cerca de 20 dias.

No cenário internacional, Brener et al. (1999) encontraram um tempo médio de 30 dias. Os estudos de Liberman, McPhetres, Elliot, Egerter & Wiitala (1993) relatam 23 dias de tempo médio de internação. Enquanto que Hibbard & Trimboli (1982) encontraram a média de 21 dias e, na pesquisa de Caton & Gralnick (1987), o tempo de internação variou de 21 a 70 dias.

Estudo de Barros (2008) abordou as internações ocorridas entre os anos de 1998 e 2004, nos três serviços que oferecem hospitalização psiquiátrica no município de Ribeirão Preto, ou seja, no HSTRP, na Unidade de Emergência e nas Enfermarias de Psiquiatria, os dois últimos pertencentes ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (UE e EPQU/EPIB, respectivamente). O estudo concluiu que, na UE, prevaleceram internações que duraram menos de dois dias, no HSTRP as que duraram menos de 20 dias e nas EPQU/EPIB predominaram as internações que duraram mais de 20 dias, possivelmente justificadas com a gravidade e comorbidade dos casos.

Ao centrar-se no HSTRP, levantou-se que, no ano de 2005, o tempo médio de permanência hospitalar no setor de internação breve foi de 27,50 dias e no setor exclusivo para tratamento de dependentes químicos essa média foi de 11,44 dias. No ano de 2006, no setor de internação breve, a média foi de 24,26 dias e no setor de dependentes químicos de 11,85 dias. Em 2007, o tempo médio de permanência foi de 31,36 dias para pacientes em internação breve e 11,03 para dependentes químicos. E no ano de 2008, o setor de internação breve contabilizou um tempo médio de permanência hospitalar de 34,80 dias e no setor de dependentes químicos a média foi de 10,33 dias.

Considerando que mais de 50% das internações psiquiátricas, no referido hospital, correspondem a pacientes com mais de uma internação, identificou-se o tempo médio de internação psiquiátrica em uma amostra de 141 pacientes com mais de uma admissão. Para esta amostra, chegou-se a um tempo médio de permanência hospitalar de 33,54 dias para os pacientes internados no setor de internação breve e 14,50 dias para os pacientes internados no setor de dependentes químicos. Esses dados sugerem um possível aumento no tempo médio de permanência hospitalar quando se trata de pacientes reinternantes, os quais, segundo alguns estudos, tendem a apresentar sintomatologia mais grave, ser refratários ao tratamento, não contar com uma rede de apoio sociofamiliar fortalecida e encontrar dificuldades em aderir ao tratamento (Barros, 2008; Chalub, 1995; Gastal et al., 2000; Holcomb & Ahr, 1987).

A reinternação psiquiátrica, por outro lado, aponta para o fato de que, embora os pacientes não estejam em internação permanente, há casos em que se verifica a evolução de uma nova configuração do quadro crônico, caracterizado por um sofrimento mental de grau elevado, grave e persistente, atingindo um nível de limitação que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais (Ribeiro, 2003). Os pacientes reinternantes, frequentemente definidos como “hospitalistas”, são aqueles que, diante de suas condições psíquicas e sociais, bem como das condições de assistência e recursos comunitários, ficam

sujeitos a sucessivas internações em hospitais psiquiátricos, caracterizando uma nova forma de institucionalismo (Junior & Neto, 1981; Ribeiro, 1986).

O fenômeno da reinternação psiquiátrica tem sido denominado de “porta giratória” ou *revolving door* por alguns autores (Alonso, 2000; Bandeira, 1991; Geller, 1982; Santos, 2007); ainda, nos estudos norte-americanos, o paciente reinternante tem sido designado como *frequent users* (Lay, Lauber & Rässler, 2006). Esse fenômeno explicita que, embora se tenha reduzido o tempo das internações, que em outros tempos era de longa permanência, a institucionalização dos pacientes acontece por meio de internações, relativamente breves, que passam a transitar por diferentes hospitais (Mello & Furegato, 2007; Parente et al., 2007; Passos, 2009). Alguns autores associam o fenômeno à política de saúde mental que se restringe à desospitalização (Rotelli, 1990) ou, ainda, ao processo de reforma psiquiátrica ainda em implantação (Gastal et al., 2000).

Na literatura não há consenso quanto à definição operacional exata do que se considera “reinternação”, isto é, a partir de quantas internações e em qual período de tempo se caracterizaria tal fenômeno. Sendo assim, nas diversas pesquisas, o fenômeno é padronizado de forma variável. Neste estudo, foram considerados pacientes reinternantes aqueles que, ao longo de sua vida, apresentaram mais de uma internação no hospital psiquiátrico no qual se desenvolveu a investigação.

Ainda assim, a taxa de reinternação tem sido utilizada como um indicador de qualidade do serviço hospitalar, contudo, revela o funcionamento dos serviços ambulatoriais nos quais os pacientes dão continuidade ao seu tratamento (Morgado & Lima, 1994). Por outro lado, o indicador “taxa de reinternação” não se refere simplesmente à gravidade clínica do transtorno mental, não se equivalendo, destarte, ao conceito de reincidência, uma vez que nem toda reincidência leva à internação e, por outro lado, nem toda reinternação se deve unicamente por motivos clínicos. O uso do indicador, portanto, reflete, além das condições do paciente, fatores sociofamiliares e de organização da rede de serviços de saúde mental que devem, assim, ser analisados em conjunto (Parente et al., 2007).

Estudos desenvolvidos no município de Ribeirão Preto (Barros, 2008) mostraram que, em um período de seis anos, esta taxa foi de 33%, quando computada a totalidade das internações realizadas no HSTRP, nas EPQU/EPIB e na UE. Investigação de Castro, Furegato & Santos (2010), realizada no HSTRP, identificou que 34% do total de admissões realizadas em um período de dois anos (janeiro de 2006 a dezembro de 2007) representava reinternações.

Com vistas a apresentar um panorama geral das reinternações anuais, foi realizado um levantamento preliminar junto ao banco de dados do HSTRP. Os resultados apontaram que o fenômeno da reinternação se manteve superior a 50%, ao longo dos anos, como pode ser verificado na Figura 1. Cabe lembrar que essa porcentagem excedeu a encontrada por Casto, Furegato e Santos (2010), possivelmente, porque esse último estudo considerou o período de 2 anos, ou seja, um paciente que tenha sido reinternado nos anos de 2006 e 2007 foi considerado apenas uma vez.

Figura 1. *Distribuição anual da taxa de reinternação no HSTRP, durante os anos de 2000-2009 (Ribeirão Preto, SP, 2000-2009)*

Ao serem considerados esses dados, constata-se que, além dos custos orçamentários para o serviço de saúde, ou seja, o comprometimento na relação entre os custos dos recursos utilizados e os benefícios obtidos, a situação que se desenha nesse retrato sumário implica sérias consequências para o paciente que pode evoluir para um quadro de institucionalização e, com isso, sofrer perdas funcionais, sociais e psíquicas, além de se expor a um alto índice de rejeição sociofamiliar que tem sido associado a pessoas com repetidas internações psiquiátricas (Sgambati, 1983).

Por outro lado, Castro, Furegato e Santos (2010), ao observarem os casos de reinternação no setor de internação para pacientes do sexo feminino do HSTRP, notaram que, além do agravamento da sintomatologia clínica, outros fatores motivam a recorrência das internações, a saber: falta de suporte sociofamiliar, baixa adesão ou abandono do tratamento ambulatorial, ausência de medicamentos na rede, interrupção do tratamento ambulatorial por falta de médicos, pouco conhecimento sobre a doença e o tratamento.

A concepção do presente estudo, portanto, foi inspirada em discussões realizadas com a equipe do HSTRP. Os profissionais manifestaram a necessidade de que fossem investigados os casos de reincidência no serviço, caracterizados como “reinternações”. Trata-se de uma

questão amplamente debatida e problematizada junto aos profissionais que trabalham na instituição por se tratar de uma dificuldade que limita o alcance das intervenções e, consequentemente, o efetivo desenvolvimento do processo de desinstitucionalização.

Assim, o presente estudo se **justifica** na medida em que se percebe que, embora exista uma sofisticada legislação em saúde mental, a rede de serviços se depara com a dificuldade de atingir um alcance mais efetivo, amplo e duradouro de suas intervenções. Diante de tal situação, a reinternação psiquiátrica configura-se como uma nova modalidade de institucionalização, avessa às propostas da atual política de saúde mental.

2 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Como discutido anteriormente, a política de desinstitucionalização psiquiátrica vem se solidificando no cenário mundial da assistência à saúde mental. Apesar das peculiaridades quanto à forma e ao ritmo da implantação desta política nos diversos países, o fenômeno da reinternação psiquiátrica impõe desafios ao novo modelo e desperta o interesse de ser explorado por estudos nacionais e internacionais.

A fim de reunir, sintetizar e analisar a produção científica nacional e internacional publicada em fontes de pesquisa de impacto, acerca do fenômeno da reinternação psiquiátrica no contexto da desinstitucionalização, utilizou-se como método de pesquisa a revisão integrativa da literatura. O desenvolvimento da revisão integrativa contou com as seguintes etapas descritas por Scorsolini-Comin e Santos (2008): delimitação da questão temática, estabelecimento dos critérios de amostragem, análise e interpretação dos resultados, síntese e apresentação da revisão.

Tendo em vista a problemática de interesse deste estudo, a questão temática que norteou a presente revisão integrativa foi: Quais os fatores associados ao fenômeno da reinternação psiquiátrica, no contexto da desinstitucionalização, e suas implicações para a assistência em saúde mental?

O levantamento dos dados foi realizado na *Internet*, considerando que o sistema de identificação bibliográfica disponível nesse recurso é o meio de difusão da produção científica mais relevante e atualizado para o pesquisador interessado em investigar o estado da arte de uma determinada questão (Peres & Santos, 2006). Com a preocupação em assegurar a maior abrangência e pertinência da revisão da literatura, optou-se por utilizar cinco bases de dados como fonte do levantamento: *United States National Library of Medicine* (MedLine), Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Publicações Médicas (PubMed) e *Publication in Psychology* (PsycINFO). As quatro primeiras bases são de acesso público e concentram publicações relativas à área da saúde, PsycINFO é uma base de dados internacional que abrange artigos com temas relacionados à psicologia, educação, psiquiatria e às ciências sociais.

A partir da delimitação da questão temática e da consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCSs), foram definidos os descritores que foram, em seguida, reagrupados por meio da combinação entre eles. Assim, foram pesquisadas as seguintes combinações dos unitermos: *patient readmission* e *mental disorders*, *patient readmission* e *mental health*, *patient readmission* e *deinstitutionalization*, *patient readmission* e *health policy*.

Nesta pesquisa bibliográfica, foram considerados como parâmetros de busca os seguintes critérios de inclusão: 1) artigos que abordassem os fatores associados à reinternação

psiquiátrica, bem como estudos que avaliassem programas desenvolvidos em resposta a esse problema; 2) artigos redigidos nas línguas inglesa, portuguesa ou espanhola; 3) artigos publicados entre 1997 e 2010; 4) artigos que apresentassem resultados empíricos ou originados de estudos de revisão da literatura.

Como critérios de exclusão foram estabelecidos os seguintes limites: 1) apresentação sob formato de dissertação, tese, capítulo de livro, editorial, resenha, comentário ou crítica; 2) artigos de reflexão sobre reinternação em termos gerais, ou seja, não exclusivos à psiquiatria; 3) artigos sobre reinternação psiquiátrica que abordassem exclusivamente crianças e adolescentes; 4) artigos que tratassem de outras questões temáticas que não a delimitada neste estudo, 5) artigos que tenham considerado exclusivamente pacientes de longa permanência hospitalar.

Com vistas à definição final sobre a elegibilidade de cada estudo, os artigos selecionados foram lidos cuidadosamente por dois revisores. As discrepâncias entre os revisores foram discutidas e resolvidas por consenso.

A coleta de dados compreendeu a busca por artigos nas bases indexadoras e foi realizada no período de 10 de março de 2010 a 10 de abril de 2010. Foram realizadas buscas nas cinco bases de dados, utilizando as combinações dos descritores e o limite de data de publicação delimitado anteriormente (1997 a 2010), à exceção do modelo SciELO que permitiu empreender a busca até o ano de 2008.

O levantamento inicial reuniu 157 artigos, havendo repetições entre eles, tanto nas diferentes combinações de descritores quanto nas diferentes bases de dados. Na Tabela 1, é apresentado o total dos artigos encontrados (aqueles identificados pela busca), selecionados (aqueles que correspondiam aos critérios de inclusão) e recuperados (aqueles que correspondiam aos critérios de inclusão e que permitiam acesso na íntegra) em cada base de dados, bem como o número dos artigos resultantes, após a exclusão das repetições existentes em cada base. Assim, na base MedLine, foi encontrado um total de 63 artigos que, após exclusão das repetições, somaram 48 unidades; destes 48 trabalhos, foram selecionados 24 artigos que, com a retirada dos repetidos, reduziram-se para 17; foi possível recuperar um total de 16 artigos que redundaram em 11 artigos sem repetições. Na base PubMed, foram encontrados 82 artigos que, após exclusão das repetições, somaram 58 unidades; foi selecionado um total de 29 artigos que, após supressão dos repetidos, reduziram-se para 18; foram recuperados 19 artigos que resultaram em 11 artigos sem repetições. Na base PsycINFO, foram encontrados 11 artigos sem repetições; foram selecionados oito artigos, dos quais foram recuperados quatro. Na base LILACS, foi encontrado, selecionado e recuperado apenas um artigo. Na base SciELO, não foram encontrados artigos. Entre as exclusões, por não corresponderem aos critérios de inclusão, houve nove artigos publicados em

línguas não admitidas pelos critérios de exclusão (cinco em alemão, dois em francês, um em dinamarquês e um em sueco), um em formato de dissertação de mestrado, 28 que não tratavam da temática delimitada reinternação geral no contexto da reforma do sistema de saúde norte-americano, reinternação em casos de doença em termos gerais, reinternação exclusivamente de crianças e adolescentes e/ou usuários de substâncias psicoativas, condições de pacientes egressos de internação psiquiátrica, comparação de custos com assistência em saúde mental, discussão sobre o conceito de recaída, avaliação de tratamento para pacientes com grave transtorno mental e usuários de substâncias psicoativas, estudo sobre violência sexual no contexto da deficiência mental, recursos materiais de UTI pediátrica, impacto das restrições hospitalares, gestantes em tratamento para dependência química, custo do seguro pós-parto e 16 artigos que não disponibilizavam o acesso do texto na íntegra.

Assim, no total foram encontrados 157 artigos que, após a exclusão dos repetidos, reduziram-se para 118; 62 artigos foram selecionados e, excluindo-se as repetições, restaram 44 artigos; por fim, 40 artigos foram selecionados, os quais, após a exclusão dos repetidos, reduziram-se a 27.

Tabela 1. *Distribuição dos artigos, segundo as bases indexadoras consultadas*

Base	Artigos encontrados		Artigos selecionados		Artigos recuperados	
	Total	Sem repetição	Total	Sem repetição	Total	Sem repetição
<i>MedLine</i>	63	48	24	17	16	11
<i>PubMed</i>	82	58	29	18	19	11
<i>PsycINFO</i>	11	11	8	8	4	4
<i>LILACS</i>	1	1	1	1	1	1
<i>SciELO</i>	–	–	–	–	–	–
Total	157	118	62	44	40	27

Desse modo, foram recuperados 27 artigos que, contudo, se repetiam entre as diferentes bases indexadoras. Após a exclusão final das repetições, restaram 16 artigos que compuseram a amostra do estudo e, portanto, o *corpus* da análise.

De acordo com a Figura 2, o número de artigos publicados acerca da reinternação psiquiátrica mostrou-se relativamente contínuo ao longo dos anos, embora não tenham sido selecionados estudos publicados nos últimos anos. Considerando que o problema ainda é identificado na assistência à saúde mental, pode-se concluir que novas investigações se mostram necessárias.

Figura 2. *Distribuição dos artigos recuperados, segundo o ano de publicação*

Quanto ao idioma no qual os artigos selecionados foram escritos, a Tabela 2 mostra que prevaleceram os de língua inglesa, o que sugere a escassez de investigações em âmbito nacional, publicadas nas bases e descritores pesquisados.

Tabela 2. *Distribuição dos artigos selecionados e recuperados, segundo o idioma*

Idioma	Artigos recuperados
Inglês	14
Português	2
Espanhol	—
Total	16

A Tabela 3 contém uma apresentação geral dos artigos recuperados, incluindo a numeração atribuída aos estudos, o título e respectivos autores, as bases de dados nas quais os artigos foram indexados, o ano de publicação dos artigos e o local onde foram realizadas as investigações. A maior parte dos artigos ($n = 11$) encontrou-se indexada na base MedLine, dos quais apenas um não estava disponibilizado no PubMed. Predominaram, de forma importante, as investigações desenvolvidas nos Estados Unidos (EUA), o que aponta a relevância da produção científica norte-americana a respeito do assunto. Foram encontradas, ainda, duas publicações derivadas de investigações realizadas na Finlândia e uma referente a pesquisas realizadas em cada um dos seguintes países: Japão, Suíça, África do Sul e Israel. A diversidade cultural e a discrepância econômica, social e científica desses países sugerem que o fenômeno da reinternação psiquiátrica é um problema que tem sido investigado nos diferentes estágios do processo da desinstitucionalização. Publicações mais antigas predominaram em países pioneiros no processo da desinstitucionalização, como EUA e

Finlândia e, com publicações mais recentes, na Suíça, embora o período de coleta de dados da pesquisa desenvolvida nesse país tenha ocorrido entre 1995 e 1996. Países que iniciaram tardiamente o processo de transformação da assistência psiquiátrica, como Brasil, África do Sul e Israel, apresentaram, em geral, publicações mais recentes.

Tabela 3. *Número atribuído ao artigo, título, autores e ano de publicação do artigo, base de dados indexadora e local de desenvolvimento do estudo*

Nº	Título. Autores. Ano	Base de dados	Local
1	A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. Swartz, M.S., Swanson, J.W., Hiday, V.A., Wagner, H.R., Burns, B.J., Borum, R.; 2001	MedLine PubMed	EUA
2	Associated factors of rehospitalization among schizophrenic patients. Suzuki, Y., Yasumura, S., Fukao, A., Otani, K.; 2003	PsycINFO	Japão
3	Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. Amaral, M.A.; 1997	MedLine	Brasil
4	Best practices: Population density as a factor in the rehospitalization of persons with serious and persistent mental illness. Husted, J., Jorgens, A.; 2000	MedLine PubMed	EUA
5	Chronicity reconsidered: improving person-environment fit through a consumer-run service. Chinman, M.J., Weingarten, R., Stayner D., Davidson, L.; 2001	MedLine PubMed	EUA
6	Cost-effectiveness of assertive community treatment teams. Essock, S.M., Frisman, L.K., Kontos, N.J.; 1998	MedLine PubMed	EUA
7	Crisis discharges and readmission risk in acute psychiatric male inpatients. Niehaus, D.J., Koen, L., Galal, U., Dhansay, K., Oosthuizen, P.P., Emsley, R.A., Jordaan, E.; 2008	MedLine PubMed	África do Sul
8	Mental health review tribunals. A follow-up of reviewed patients. Myers, D.H.; 1997	MedLine PubMed	EUA
9	O fenômeno de <i>revolving door</i> em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro. Parente, C.J.S., Mendes, L.P.F., Souza, C.N.S., Silva, D.K.M., Silva, J.C., Parente, A.C.B.V., Parente, A.C.M.; 2007	LILACS	Brasil
10	Patterns of psychiatric hospital service use in Finland: a national register study of hospital discharges in the early 1990s. Korkeila, J.A., Lehtinen, V., Tuori, T., Helenius, H.; 1998	MedLine PubMed	Finlândia
11	Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. Lay, B., Lauber, C., Rässler, W.; 2006	PsycINFO	Suíça
12	Predictors of psychiatric rehospitalization for persons with serious and persistent mental illness. Song, L.Y., Biegel, D.E., Johnsen, J.A.; 1998	PsycINFO	EUA
13	Re-hospitalization of first-in-life admitted schizophrenic patients before and after rehabilitation legislation: a comparison of two national cohorts. Grinshpoon, A., Abramowitz, M.Z., Lerner, Y., Zilber, N.; 2007	MedLine PubMed	Israel
14	The effects of public managed care on patterns of intensive use of inpatient psychiatric services. Geller, J.L., Fisher, W.H., McDermeit, M., Brown, J.M.; 1998	MedLine PubMed	EUA
15	Understanding those who seek frequent psychiatric hospitalizations. Montgomery, P., Kirkpatrick, H.; 2002	MedLine PubMed	EUA
16	Utilization of psychiatric in-patient care among new patients in a comprehensive community-care system: A 3-year follow-up study. Saarento, O., Nieminen, P., Hakko, H., Isohanni, M., Väisänen, E.; 1997	PsycINFO	Finlândia

Em seguida, procedeu-se à leitura dos 16 artigos recuperados, atentando-se aos seguintes itens: numeração do artigo, objetivos, método (incluindo tipo de estudo, sujeitos, instrumentos, análise) e principais resultados (APÊNDICE A).

A designação do tipo de estudo desenvolvido nos artigos fundamentou-se na classificação proposta por Polit, Beck e Hungler (2004): quantitativos (experimentais, quase experimentais e não experimentais) e qualitativos (etnografia, fenomenologia e *grounded theory* – teoria fundamentada nos dados). Predominaram os estudos do tipo quantitativo (n = 14), especialmente os quase experimentais (n = 9), seguidos dos não experimentais (n = 3) e experimentais (n = 2). Foram encontradas apenas duas investigações com enfoque qualitativo, uma revisão das publicações sobre reinternação psiquiátrica (artigo 15) e um artigo que utilizou a metodologia qualitativa para subsidiar a discussão sobre os dados resultantes de um estudo quantitativo (artigo 3). À exceção do estudo de revisão da literatura e de uma investigação que abordou a população geral, os demais artigos incluíram pacientes com transtorno mental grave, com história de tratamento ambulatorial e/ou internações psiquiátricas.

Para a coleta dos dados, nos estudos revisados foram utilizadas, predominantemente, informações de fontes secundárias, como levantamento documental de prontuários médicos dos pacientes e banco de dados de movimentação dos pacientes nos serviços de saúde mental, incluindo os serviços hospitalares e os serviços de atenção comunitária. Em um dos artigos, foram aplicadas entrevistas com pacientes, familiares e profissionais de saúde (artigo 1). Duas escalas de avaliação foram aplicadas aos pacientes em um dos artigos examinados: *Clinical Global Impressions* e *Global Assessment of Functioning* (artigo 2).

Quanto à análise dos dados, predominaram as análises estatísticas do tipo Regressão, incluindo logística (artigos 10, 12, 13, 16), múltipla (artigos 2, 12), mista (artigo 6), Cox (artigo 7) e de Poisson (artigo 10). Também foram aplicadas análises estatísticas com o objetivo de realizar comparações entre as variáveis, como a Análise de Variância - ANOVA (artigos 5, 6, 11, 13) e a Análise de Variância Multivariada - MANOVA (artigo 12); em quatro artigos foram empregadas as correlações bivariadas (artigos 1, 2, 4, 5); além da análise de sobrevivência (artigo 7) e Log-linear (artigo 8) e o método de relacionamento probabilístico (artigo 11). Em quatro artigos, não foram mencionados os tipos de análise empregados (artigos 3, 9, 14, 15).

Os resultados encontrados, nos estudos revisados, verificaram associação entre características sociodemográficas e clínicas e taxa de reinternação. Suzuki, Yasumura, Fukao e Otani (2003) identificaram a baixa escolaridade como um fator de risco para a reinternação,

coincidindo com o estudo de Lay et al. (2006). Embora o último tenha sido desenvolvido na Suíça e o primeiro no Japão, ambos permitem inferir que pacientes com múltiplas admissões hospitalares tendem a ser, preponderantemente, aqueles que se encontram privados de direitos de cidadania, como o acesso e continuidade à educação. A privação desses direitos pode, inclusive, ser justificada pelos prejuízos cognitivos e sociais decorrentes da evolução crônica do transtorno mental entremeada com períodos de agudização dos sintomas, pelo efeito colateral de diminuição da atenção e concentração provocada pelo uso contínuo de medicações e até mesmo pelos períodos de ausência devido às crises e hospitalizações.

A faixa etária jovem também foi associada à reinternação psiquiátrica em três investigações (Geller, Fisher, McDermeit & Brown, 1998; Parente et al., 2007; Song, Biegel & Johnsen, 1998), o que parece ser um dado preocupante, já que sugere a precocidade da situação de institucionalização instalada na vida do sujeito que tem seu itinerário terapêutico marcado por seguidas internações desde jovem. Com relação ao sexo, houve discrepância nos achados da literatura. Os artigos de Parente et al. (2007) e de Song et al. (1998) apontam associação entre sexo masculino e reinternação, enquanto no estudo de Geller et al. (1998) essa associação é confirmada com o sexo feminino. O diagnóstico também foi uma característica que apresentou associação estatisticamente significativa com a taxa de reinternação, especialmente o diagnóstico de esquizofrenia, apontado em cinco artigos (Amaral, 1997; Lay et al., 2006; Parente et al., 2007; Saarento, Nieminen, Hakko, Isohanni & Vääsäonem, 1997; Song et al., 1998), o de transtorno de personalidade, verificado em dois artigos (Geller et al., 1998; Saarento et al., 1997) e o de transtornos mentais e comportamentais, devidos ao uso de substâncias psicoativas, que foi confirmado em um artigo (Parente et al., 2007). A condição de morar sozinho foi relacionada a maiores taxas de reinternação no estudo de Lay et al. (2006), o que sugere a importância do apoio material e emocional das pessoas envolvidas no co-habitar.

A hipótese de existência de correlação entre reinternação e densidade populacional, testada por Husted e Jorgens (2000), não foi comprovada, embora, no mesmo estudo, tenha sido identificado que municípios mais populosos apresentaram maior taxa de primeiras admissões e maior tempo de permanência, bem como maior custo médio com a internação por habitante. Esses dados sugerem que pessoas que vivem em área rural tendem a ser hospitalizadas com menor frequência, o que é justificado pela menor disponibilidade de hospital psiquiátrico ou pela maior tolerância da sociedade local, ou ainda, pela mais rápida identificação dos sintomas do paciente, por parte dos profissionais e familiares que intervêm de modo mais rápido.

O padrão de internações anteriores, investigado em alguns dos artigos revisados, apresentou associação com a reinternação psiquiátrica. Estudo desenvolvido na África do Sul identificou que a atual política de alta precoce estabelecida nesse país, como recurso para responder às pressões da demanda por leito, tem levado a um maior risco de readmissão dos pacientes sujeitos a essa medida (Niehaus et al., 2008). Na mesma direção, o estudo de Lay et al. (2006) apontou que pacientes egressos de hospitalização que tiveram altas não regulares, ou seja, não justificadas por melhora clínica, como as resultantes de abandono, pedido ou evasão, tendem a apresentar maior taxa de reinternação. Ambos os estudos apontam para a importância do tempo necessário à recuperação completa e à estabilização do quadro clínico, durante a internação do paciente, que só então estaria seguramente em condições de receber alta. Segundo os achados desses artigos, pacientes prematuramente egressos de internações estariam mais sujeitos a recaídas e, conseqüentemente, demandariam nova admissão hospitalar em um breve espaço de tempo.

Song et al. (1998) apontaram forte associação positiva entre número de internações anteriores e risco de readmissões futuras, sugerindo que há um ciclo vicioso envolvido na reinternação psiquiátrica, qualificada como um fenômeno que tende a se retroalimentar. As características da primeira internação psiquiátrica, especificamente, apresentaram associação com a reinternação em dois estudos (Lay et al., 2006; Saarento et al., 1997). Estudo desenvolvido por Lay et al. (2006) identificou que idade mais precoce e melhora tênue dos sintomas, na primeira internação, guardam relação com maior número de admissões posteriores. O fato de o primeiro contato com o serviço de saúde mental resultar em internação integral também foi associado à reinternação futura (Saarento et al., 1997). Esses achados permitem inferir a importância de se evitar a primeira internação, especialmente nos casos em que não há uma história pregressa de tratamento em saúde mental e quando o paciente é jovem; adicionalmente, apontam o caráter peculiar que a primeira internação assume no itinerário terapêutico do paciente, sugerindo que a primeira admissão deva receber atenção e cuidado diferenciados por parte da equipe multidisciplinar.

Com relação ao tratamento hospitalar, a investigação de Myers (1997) sobre os pacientes que receberam alta, após avaliação do Tribunal de Revisão de Alta que tem o poder de revogar internações compulsórias nos EUA, não constatou associação entre esse tipo de alta e a taxa de reinternações, mostrando que este é um procedimento viável e que realmente funciona em defesa dos direitos dos pacientes. Os achados dos estudos de Geller et al. (1998) mostraram que pacientes reinternantes apresentavam maior tempo de internação quando

admitidos em hospitais que eles não haviam utilizado nos últimos 12 meses, sugerindo que, nessa situação, a melhora do paciente é mais lenta.

O tratamento ambulatorial realizado pelos pacientes reinternantes também foi explorado por alguns dos artigos revisados. Estudo de Suzuki et al. (2003) concluiu que não ter feito consulta, nos dois meses anteriores à internação, e ter feito consultas frequentes nos últimos dias são variáveis associadas à maior taxa de reinternação, o que sugere que faltas às consultas levam à piora do quadro, resultando em repetidas consultas que logo são seguidas de reinternação. No mesmo sentido, Song et al. (1998) mostraram, em seu estudo, que pacientes que utilizam menos os serviços ambulatoriais, medido em horas de uso, tendem a apresentar maior risco de reinternação. Por outro lado, estudo realizado no Brasil não identificou correlação entre comparecimento do paciente às consultas do tratamento ambulatorial e reinternação (Amaral, 1997).

Algumas modalidades específicas de tratamento ambulatorial foram avaliadas por três dos estudos revisados. Em geral, estas modalidades foram elaboradas para atender exclusivamente pacientes reinternantes ou com risco de readmissão hospitalar, com internações prolongadas, prejuízo funcional nas atividades do dia a dia e na vida comunitária, transtornos mentais graves e persistentes, especialmente diagnósticos de esquizofrenia e transtorno de humor. Estudo de Swartz et al. (2001) investigou a intervenção de *involuntary outpatient commitment*, aqui traduzida por engajamento ambulatorial involuntário, implantada na Carolina do Norte, EUA, com o intuito de prevenir reinternações e comportamentos violentos de pacientes com grave transtorno mental e com histórico de reincidentes internações. Os resultados desse estudo mostraram a eficiência da intervenção, haja vista a redução da admissão hospitalar, a melhora na adesão ao tratamento ambulatorial, a menor probabilidade de cometer ou ser vítima de violência e menor índice de detenção judicial. Avaliação preliminar do programa *Welcome Basket's*, composto e gerido pelos próprios usuários mediante princípios de apoio mútuo e de participação comunitária, sugeriu a potencial eficácia de programas deste tipo na prevenção da reinternação (Chinman, Weingarten, Stayner & Davidson, 2001). Em outro artigo (Essock, Frisman & Kontos, 1998), foi feita uma comparação entre a relação custo-efetividade entre *case management* e Tratamento Assertivo na Comunidade, sendo que o último se diferenciava pela disponibilidade de assistência por um período mais amplo e com maior número e diversidade de profissionais envolvidos no tratamento do paciente. Os resultados indicaram que os pacientes inseridos no Tratamento Assertivo na Comunidade passavam mais tempo

desospitalizados e, portanto, apresentavam menor número de internações, sem, contudo, custo adicional ao sistema de saúde.

De forma geral, os achados publicados apontam para a importância do seguimento ambulatorial, como as consultas regulares, a frequência às atividades do plano terapêutico e a participação nas diferentes modalidades de atendimento. Os resultados mostram, também, a necessidade de que a população de risco, isto é, com transtorno mental grave e persistente, bem como prejuízos sociais e funcionais que aumentam a vulnerabilidade a reinternações, receba atenção diferenciada do sistema de saúde.

Dois estudos, desenvolvidos em países com contextos socioculturais bem diferentes, avaliaram o impacto da nova política de assistência à saúde mental, especialmente no que se refere às internações. Grinshpoon, Abramowitz, Lerner e Zilber (2007) desenvolveram estudo em Israel, onde a reestruturação da saúde mental aconteceu tardiamente, a partir de 2000. Comparando pacientes egressos entre 1990 e 1991 e entre 2000 e 2001, identificaram que, entre os pacientes com permanência hospitalar maior do que seis meses, houve diminuição significativa da taxa de readmissão nos egressos do período de 2000 a 2001. No caso de pacientes com permanência menor do que seis meses, não houve diferença significativa, quando comparados os dois grupos. Esses dados apontam que, a partir da reestruturação da assistência em saúde mental, teria havido uma redução na readmissão no grupo dos pacientes internados por um período mais prolongado (maior que seis meses), em comparação àqueles que são submetidos a internações mais curtas (menos que seis meses). A investigação de Korkeila, Lehtinen, Tuori e Helenius (1998), na Finlândia, país que iniciou o processo de desinstitucionalização nos primórdios da década de 1990, comparando as altas ocorridas nos anos de 1990 e 1993, apontou que houve aumento significativo das readmissões, o que explica a manutenção do número de pacientes admitidos, embora tenha havido diminuição do número de leitos.

Por fim, um dos artigos recuperados reporta os resultados de uma revisão sistemática da literatura acerca dos estudos que examinaram taxa de reinternação (Montgomery & Kirkpatrick, 2002). Segundo os estudos analisados nesse artigo, em geral, estima-se que cerca de 40-50% dos egressos retornam ao hospital em um período de até um ano. Esses estudos apontam múltiplas variáveis envolvidas no fenômeno, com achados contraditórios. Os autores da revisão apontam que algumas limitações teóricas e metodológicas dos estudos dificultam a identificação dos preditores da reinternação, lembrando que se trata de um fenômeno que tem natureza multidimensional e que, portanto, não pode ser interpretado a partir de uma única chave explicativa.

Concluindo, os estudos revisados abordaram o fenômeno da reinternação psiquiátrica, após a reestruturação da assistência à saúde mental, focalizando os fatores clínicos, sociodemográficos e as características do serviço de saúde mental associados à reinternação, bem como programas desenvolvidos especificamente para pacientes vulneráveis a readmissões hospitalares.

Em geral, os resultados encontrados nos artigos apontaram como fatores determinantes do desfecho, funcionando como preditores da reinternação do paciente: não adesão ou participação irregular no tratamento ambulatorial; a alta precoce na internação anterior; diagnóstico de esquizofrenia e transtorno de personalidade, associados ao uso de substâncias psicoativas. Segundo os resultados de alguns artigos, os riscos de reinternação aumentam quando a primeira internação ocorre em idade mais jovem, o primeiro contato com o serviço de saúde mental resulta em internação e quando durante a primeira internação há pouca melhora dos sintomas, o que aponta a importância da primeira internação no desfecho do tratamento do paciente. Entre os dados sociodemográficos investigados, de acordo com os resultados dos artigos, os pacientes reinternantes apresentam faixa etária variando de jovem à meia-idade (20 a 49 anos); o sexo masculino é apontado por dois artigos como fator de risco para reinternação e o sexo feminino por um artigo; estado civil solteiro, baixa escolaridade e residir sozinho também foram identificados como fatores de risco para reinternação em um dos artigos selecionados. Predominaram estudos desenvolvidos e publicados em periódicos internacionais, principalmente nos Estados Unidos, e com enfoque de pesquisa quantitativa.

Mediante o estudo realizado nesta revisão, verifica-se que foi pouco explorado o ponto de vista do paciente em relação a suas reinternações, bem como a interface com o contexto sociocomunitário e familiar no qual ele mantém suas relações sociais e o cuidado com sua saúde. Nota-se, ainda, que a literatura na área carece de investigações que abordem a multiplicidade das variáveis envolvidas no problema. É atentando para a necessidade de preencher esta lacuna, portanto, que o presente trabalho se propõe a discutir a reinternação psiquiátrica, a partir da perspectiva do próprio paciente, ator privilegiado nas investigações sobre seu próprio envolvimento nos serviços de saúde mental e no seu contexto sociofamiliar. Com isso, o presente estudo tem a **finalidade** de contribuir com a construção do conhecimento sobre o fenômeno da reinternação psiquiátrica, analisada a partir do ponto de vista dos pacientes reinternantes.

É imperioso investir em novos estudos que permitam avaliar o impacto futuro da transformação do modelo de atenção em saúde mental. Afinal, vive-se um período de transição entre modelos que se pautam por pressupostos distintos. O desafio atual é integrar as

diversas medidas em uma estratégia coerente que preserve as vantagens do novo sistema implementado, ao longo das últimas décadas.

Esse é um horizonte propício para o debate em torno dos rumos das políticas públicas de saúde, considerando a forma como elas incidem na prática de acolhimento das pessoas com sofrimento mental e os diferentes horizontes a que elas conduzem. Para qualificar esses debates, é necessário que as discussões sejam subsidiadas por pesquisas robustas que avaliem os efeitos das políticas e que contribuam para o aprimoramento no uso intensivo dos recursos extra-hospitalares.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Analisar o fenômeno da reinternação psiquiátrica no contexto da Atenção Psicossocial, a partir do ponto de vista dos pacientes reinternantes em um hospital psiquiátrico.

3.2 Objetivos específicos

- Compreender o processo de reinternação psiquiátrica ao qual o paciente está sujeito.
- Investigar o cenário assistencial e sociofamiliar e suas interferências no fenômeno da reinternação psiquiátrica.
- Explorar, junto aos pacientes, a existência de perspectivas que vislumbrem saídas às repetidas internações psiquiátricas.

4 MÉTODO

O que deseja quando quer “conhecimento”? Nada além disso: alguma coisa estranha deve ser posta em conexão com algo *conhecido*.

Friedrich Nietzsche (2001, p. 243)

4.1 Fundamentação teórica

O paradigma da racionalidade científica, no decorrer do século XX, tem sofrido inúmeros questionamentos em suas verdades que a conduziram à crise epistemológica. Conforme aponta Santos (2000), essa crise, que o paradigma da modernidade tem atravessado, se deve tanto por um processo de superação quanto por um processo de obsolescência, na medida em que a modernidade cumpriu algumas de suas promessas e, por outro lado, não conseguiu cumprir outras, como a de progresso que, na verdade, tem levado a humanidade à destruição. Quando as soluções proporcionadas pelo paradigma vigente não mais respondem aos problemas, a comunidade científica é impulsionada a constituir novos paradigmas, ou, nas palavras de Santos (2000) “a forma como a crise é identificada condiciona a direção de uma viragem epistemológica” (p. 55).

A racionalidade científica da sociedade moderna, construída desde o século XVI, ao recusar o caráter racional a todas as formas de conhecimento que não se balizam pelos seus princípios epistemológicos, bem como ao negar as evidências da experiência imediata, caracteriza-se como um modelo totalitário. A partir da radical separação entre o ser humano e a natureza, atribui ao primeiro a autoridade de observar, conhecer e controlar os fenômenos naturais por meio de uma rigorosa lógica incorporada da matemática. Daí decorrem duas consequências: conhecer é quantificar, ou seja, o rigor científico pronuncia-se pelo rigor das medições; conhecer implica dividir e classificar para, posteriormente, testar as relações entre os elementos. Assim, partindo do pressuposto de que o resultado se repete independentemente do lugar e do tempo, as relações causais possibilitam a previsão de eventos futuros e, portanto, a intervenções sobre eles (Santos, 2000).

A medicina moderna, ao admitir a doença como um fenômeno da natureza, incorporou em seus métodos de trabalho os princípios da racionalidade científica. Esse movimento rendeu desdobramentos na prática da psiquiatria que sempre buscou se afirmar como um

conhecimento científico (Yasui, 2006). Sendo assim, a doença mental passou a ser digna de observação, na incessante busca dos elementos causais, de classificação, como pressuposto de rigor científico, e de intervenção, haja vista o tributo de previsibilidade.

Por outro lado, é no contexto da ciência moderna, sintetizada no pensamento positivista, no século XIX, que surgem as ciências sociais em duas vertentes. A primeira delas esforçou-se em aplicar ao estudo social os mesmos princípios epistemológicos dos estudos da natureza; a segunda reivindicou um estatuto metodológico próprio, uma vez reconhecido que a ação humana é subjetiva e o comportamento humano, diferente dos fenômenos naturais, não pode ser descrito ou explicado por métodos objetivos. Embora ambas as vertentes da ciência social se constituam no campo da ciência moderna, a segunda vertente aponta para crise no pensamento da racionalidade científica (Santos, 2000). Os antigos obstáculos científicos das ciências sociais são, atualmente, o que alavanca o avanço das ciências naturais, ou ainda, o seu ponto de mutação. Mediante a fusão entre as ciências naturais e sociais, antes campos apartados, emerge um novo saber (Leite & Machado, 2011).

Segundo Santos (2000), a crise do paradigma da racionalidade científica moderna é resultado de quatro condições teóricas. A primeira foi flagrada pela “teoria sobre a relatividade da simultaneidade” de Einstein, que, ao apontar o caráter local das medições, revolucionou as concepções de espaço e tempo. A segunda foi apresentada pela mecânica quântica, que, ao assinalar a impossibilidade de se observar ou medir um objeto sem interferir ou alterá-lo, concluiu que a simples medição de um objeto o altera, abalando, assim, a noção de neutralidade e de separação entre sujeito e objeto do conhecimento. A terceira condição diz respeito ao enfraquecimento do rigor da matemática, enquanto instrumento da racionalidade científica moderna, decorrente do “teorema da incompletude” e do “teorema sobre a impossibilidade” de Gödel que demonstrou que existem sentenças sobre as quais não se pode decidir se são verdadeiras ou falsas, já que não podem ser provadas ou refutadas. Por fim, a quarta condição se deu por meio do conhecimento da microfísica, da química e da biologia, especialmente, da “teoria das estruturas dissipativas” do físico-químico Ilya Prigogine que promoveu uma ruptura com o determinismo e abriu para a imprevisibilidade da lógica de auto-organização em situações de não equilíbrio.

Ao desvelar a crise da racionalidade científica, o corte epistemológico empregado pelo pensamento complexo revela a transição paradigmática entre o paradigma científico e o paradigma social emergente. Nas palavras de Santos (1987): “sendo uma revolução científica que ocorre numa sociedade ela própria revolucionada pela ciência, o paradigma a emergir dela não pode ser apenas um paradigma científico (o paradigma de um conhecimento prudente), tem de ser

também um paradigma social (o paradigma de uma vida decente)” (p. 37). Assim, Santos (2000) expõe a transição paradigmática, por meio da qual podem apenas ser vislumbrados os sinais do “conhecimento prudente para uma vida decente” (p. 107). O autor apresenta quatro características essenciais para o reconhecimento de um paradigma emergente:

Todo conhecimento é autoconhecimento

Enquanto a ciência moderna recusou o homem como sujeito empírico, levando à disjunção dicotômica sujeito/objeto, o paradigma emergente assume a implicação do sujeito no processo de produção de conhecimento, que comporta, assim, um caráter autobiográfico e autorreferenciável. O objeto, portanto, é uma continuidade do sujeito e, sendo assim, a ciência cria, e não descobre. Com isso, caracteriza uma razão de outra natureza, a da subjetividade e emancipação, uma vez que o conhecimento apenas tem sentido se implicar autoconhecimento; e o desenvolvimento tecnológico somente obtém valor, quando agrega sabedoria à vida (Leite & Machado, 2011).

Todo conhecimento científico-natural é científico-social

As contribuições das teorias de Prigogine introduziram na matéria conceitos antes concebidos exclusivamente no universo do humano, como historicidade e autonomia, superando a dicotomia homem/natureza, vivo/inanimado, natural/artificial. A superação da dicotomia ciências naturais/ciências sociais revaloriza os estudos humanísticos e, assim, coloca a concepção humanística das ciências sociais como agente catalisador.

Todo conhecimento é local e total

Ao recusar a delimitação rigorosa do objeto e o policiamento das fronteiras entre as disciplinas, como se esforça a ciência moderna, o paradigma emergente constitui-se a partir do diálogo entre diferentes disciplinas e conhecimentos que abordam o ser humano. Além disso, o conhecimento se constitui em torno de temas que, em um determinado momento, são adotados por grupos sociais como projeto de vidas locais. Sendo assim, o paradigma emergente propõe a completa ruptura com a especialização do conhecimento, de modo que a sua fragmentação será temática e não disciplinar (Leite & Machado, 2011).

Todo conhecimento científico visa a constituir-se em senso comum

O senso comum, abominado pela ciência moderna, passa a ser a finalidade do conhecimento. O conhecimento científico, portanto, não mais mantém sua forma autônoma e

isolada que lhe garantia a superioridade de seu valor sobre qualquer outra modalidade de conhecimento. Com isso, não se pretende desprezar o conhecimento produzido pela tecnologia, mas sim que esse conhecimento se traduza em autoconhecimento e o desenvolvimento tecnológico se traduza em saberes sobre a vida.

No contexto de emergência de um novo paradigma de pensamento e oferecendo contribuições teóricas importantes, encontra-se a noção de complexidade, desenvolvida, entre outros, por Edgar Morin. Essa noção aborda a articulação entre o objeto do conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, bem como entre a unidade e a multiplicidade, no intuito de reparar os cortes produzidos pelas diferentes disciplinas na redução de seus objetos. Em oposição à totalização unificante e multidimensional, no pensamento complexo, e não completo, comporta o princípio da incompletude e da incerteza (Yasui, 2006).

De acordo com Morin (2000), este pensamento “parte de fenômenos, ao mesmo tempo, complementares, concorrentes e antagonistas, respeita as coerências diversas que se unem em dialógicas e polilógicas e, com isso, enfrenta a contradição por várias vias” (p. 387). Além disso, o pensamento complexo é “capaz de reunir, contextualizar, globalizar, mas ao mesmo tempo de reconhecer o singular, o individual, o concreto” (Morin, 2003, p.77). Dessa forma, à medida que coloca em cena o próprio sujeito da ciência, a noção de complexidade responde ao desafio de desconstrução de conceitos tomados como verdades absolutas, problematizando a ambição científica de descobrir a verdadeira realidade do objeto (Amarante, 2003).

Na perspectiva proposta por Morin (2001), a ciência é vista como transdisciplinar e seu progresso está articulado à abertura para a inventabilidade e a criação. O autor destaca três princípios interligados que auxiliam na compreensão sobre a complexidade: o dialógico que possibilita a dualidade no seio da unidade, mediante associação simultânea de termos complementares e antagônicos, como ordem e desordem; a recursão organizacional que se refere à ruptura com a ideia linear de causa e efeito, de produto/produtor, de estrutura/superestrutura, já que o produzido retorna sobre o que produziu num ciclo autoconstitutivo; e o hologramático que traz a concepção de que não apenas a parte está no todo, mas o todo está na parte.

Morin (2001), ainda, abaliza que, a partir do momento em que o sujeito empreende uma ação, esta escapa às suas intenções na medida em que interage com o meio. Com isso, alerta para o caráter aleatório e incerto de uma ação, haja vista os inúmeros imprevistos que a atravessarão. Essa concepção trouxe implicações importantes na ciência, apontando novas perspectivas para a construção do conhecimento.

A Atenção Psicossocial como processo de transição paradigmática

Neste cenário, ao considerar os avanços teóricos e práticos ocorridos nas duas últimas décadas no campo da saúde mental, Costa-Rosa (2000) define o Modo Psicossocial, posteriormente designado como Paradigma Psicossocial, como um dos novos paradigmas emergentes, em oposição ao modo asilar da psiquiatria tradicional. Sendo assim, o Modo Psicossocial (Costa-Rosa, 2000), ou, ainda, a Atenção Psicossocial (Costa-Rosa et al., 2003; Luzio, 2010) é um processo de transição paradigmática e não somente uma mudança na forma de se prestar a assistência em saúde mental. Desse modo, o presente estudo fundamenta-se na Atenção Psicossocial, enquanto corpo teórico-prático e ético, que emerge no atual contexto de transição paradigmática e baseia-se, em essência, no pensamento da complexidade.

Como um processo de transição que almeja à construção de novo paradigma, a Atenção Psicossocial implica um constante movimento de transformação, que, por sua vez, demanda o envolvimento de diversos atores sociais, na sua multiplicidade de interesses, concepções e propostas. Nesse movimento, busca-se a ruptura com a racionalidade psiquiátrica, que, ao promover a apropriação da loucura pelo discurso médico, toma-a como doença mental (Luzio, 2010).

Logo, ao buscar a superação do modelo psiquiátrico hegemônico, a Atenção Psicossocial adota as noções de transição paradigmática e complexidade e assume as críticas do paradigma da ciência moderna realizadas por Santos (1987), Morin (2002), entre outros. Além disso, compartilha a constituição de um novo paradigma no campo das ciências, que se caracteriza como uma prática social, por meio da qual uma ação pode transformar a realidade e, simultaneamente, ser transformada (Luzio, 2010).

Conforme apontam Costa-Rosa et al. (2003), “a princípio o termo psicossocial designa experiências de reforma da Psiquiatria, agregando a seu objeto aspectos psíquicos e sociais” (p. 18), mas à medida que incorpora as críticas dos movimentos de reforma psiquiátrica, adquire uma implicação ética e passa a designar as inovações práticas advindas da nova lógica de compreensão do sofrimento mental.

Como um novo paradigma, a Atenção Psicossocial é constituída por duas esferas distintas e indissociáveis, a político-ideológica e a teórica-técnica. Na primeira esfera, a finalidade é construir um lugar social para a loucura, diferente daquele da exclusão, onde foi alocada por meio de conceitos como anormalidade, periculosidade, incapacidade e defeito. Na esfera teórica-técnica, busca-se a elaboração de nova teoria e prática capaz de viabilizar os objetos propostos pela primeira esfera. Para analisar as características das transformações que implicam a mudança do paradigma, Costa-Rosa (2000) propõe que sejam considerados quatro parâmetros:

Concepção do objeto e dos meios de trabalho

O modo asilar toma a doença como objeto a partir da visão de determinações orgânicas e, com isso, o meio fundamental de trabalho é a medicalização, centrada essencialmente na figura do médico, e sua instituição típica é o hospital psiquiátrico. O modo psicossocial, por outro lado, ao considerar a existência do sujeito, incluindo sua rede social, implica-o no tratamento. Sendo assim, a implicação subjetiva é a condição a ser buscada nas ações terapêuticas, que, então, caracterizam-se por um trabalho interprofissional por meio do qual se viabiliza o diálogo das visões e ações. Os dispositivos institucionais típicos do modo asilar, enquanto meio de trabalho, são os CAPS, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospital-Dia, Ambulatórios de Saúde Mental, equipes multiprofissionais de saúde mental inseridas em Centros de Saúde e Setores para Tratamento em Saúde Mental inseridas em hospitais gerais. A partir desses parâmetros diferenciais, as metas radicais do modo psicossocial são: desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural.

Concepção das formas da organização institucional

No modo asilar, os organogramas são verticais, com sentido único de poder institucional, o que conduz à estratificações de poder e saber. Em oposição, no modo psicossocial, o organograma deve ser horizontal e descentralizado, inclusive subordinado aos conselhos de fiscalização e cogestão de controle social. Nesse caso, as metas radicais do modo psicossocial são: participação, autogestão e interdisciplinaridade.

Concepção das formas do relacionamento com a clientela

A relação com a clientela no modo asilar sintetiza-se na relação entre doentes e sãos, em consequência das variantes sabedoria e ignorância, razão e insensatez. A instituição provê, portanto, suprimentos a este déficit fundamental da população carente, imobilizada e silenciada. No modo psicossocial, no qual a relação é entre sujeitos, o espaço é aberto ao diálogo e à interlocução, por meio do reconhecimento da integralidade, tanto em termos terapêuticos como em termos de território. Dessa forma, as metas radicais do modo psicossocial são: interlocução, livre trânsito de usuários e população e territorialização com integralidade.

Concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos

No modo asilar a remoção dos sintomas, na vertente da adaptação, é a finalidade terapêutica, que, acaba por conduzir à medicalização e à cronificação institucional. Embora,

no modo psicossocial, se considere a supressão sintomática, esta não é a finalidade, mas o reposicionamento subjetivo, que marca o aspecto ético da prática em saúde mental. Desse modo, entende-se que usuário não apenas sofre os efeitos dos conflitos que o atravessam, mas o reconhece como um dos agentes implicados no sofrimento e como agente da possibilidade de mudanças. As metas radicais do modo psicossocial, segundo os parâmetros terapêuticos, são: implicação subjetiva e sociocultural e singularização.

Percebe-se, portanto, a presença da contradição entre os dois modos, o que altera radicalmente suas características fundamentais, marcando modos antagônicos de funcionamento (Costa-Rosa, 2012). Apenas o estatuto de simples diferença entre ambos é insuficiente para garantir a contradição, ou, nas palavras de Costa-Rosa (2000), a alternatividade. Por meio do conceito de alternatividade como contradição, é possível determinar o cerne dos modos alternativos. Nesse sentido, por exemplo, um ambulatório é diferente de um hospital, mas não são necessariamente alternativos; apenas será alternativo se, dentro dos parâmetros expostos, negar e superar a lógica asilar.

Com isso, pode-se concluir que os dois modos, por metabolizarem os polos de contradição, não são estáticos. O instituinte, ou seja, o inovador do modo psicossocial, encontra-se em constante risco de recair na repetição do instituído pelo modo asilar. Assim, nas palavras de Costa-Rosa (2000):

diremos que uma determinada instituição, para ser representativa do paradigma que se propõe realizar, tem de ter superado aquela a que pretende ser alternativa quanto ao momento da universalidade (discursos, onde estão incluídas a dimensão político-ideológica e ética) e quanto ao momento de particularidade (práticas, consideradas segundos os parâmetros que compõem o paradigma de ação), de tal modo que se alcance o estatuto de singularidade (práxis) (...). Estamos longe, portanto, de supor qualquer visão paradisíaca em que se possa exercitar o paradigma psicossocial sem que ele se veja simultaneamente fustigado por pulsações que lhe sejam antagônicas (p. 166).

No mesmo sentido em que se concebe a Atenção Psicossocial como um paradigma emergente, Amarante (2007) aponta a existência de uma dimensão teórico-conceitual nas novas práticas em saúde mental, trazidas pela Reforma Psiquiátrica, que implica ruptura epistemológica com a racionalidade científica hegemônica da sociedade moderna. O campo epistêmico da Reforma Psiquiátrica, segundo Amarante (2003), se inscreve na produção de um novo saber e operadores conceituais, decorrente do exercício de desconstrução de conceitos fundantes da ciência (neutralidade, verdade, relações causa/efeito, separação sujeito/objeto) e da psiquiatria (doença mental/saúde mental, anormalidade/anormalidade). Uma vez que a racionalidade psiquiátrica reduziu seu objeto de conhecimento à doença

mental, o desafio do movimento de ruptura é recomplexar as relações entre conhecimento e objeto, a partir da compreensão do processo saúde/doença (Amarante, 1999).

Sendo assim, a doença passa a ser tomada como apenas um dos vários aspectos do existir humano. Basaglia, inspirado na fenomenologia de Husserl, propôs colocar a doença entre parênteses, em oposição à psiquiatria que, ao ocupar-se da doença, colocou o sujeito entre parênteses. Mediante essa inversão epistêmica, abriu-se a possibilidade de construção de um novo tipo de relação com o sofrimento mental, ao mesmo tempo em que se apontou para o duplo da doença mental, isto é, àquilo “que se sobrepõe à doença, que surge em consequência do processo de institucionalização, que homogeneiza, objetiva e serializa (...) é a face institucionalizada da doença mental” (Amarante, 1996, p. 85). Ao se desnaturalizar o conceito de doença mental, considera-se a complexidade envolvida no sofrimento mental.

A partir dessa discussão, pode-se pensar na Reforma Psiquiátrica enquanto um processo incluso, no qual se travam lutas entre aspectos contraditórios. Nesse cenário, a desinstitucionalização, que vem se instituindo como algo inovador, convive com práticas velhas e já instituídas, como a reinternação psiquiátrica que se apresenta como uma nova institucionalização. A reinternação psiquiátrica no contexto da desinstitucionalização, portanto, é prova de que o velho ainda imprime suas marcas no novo.

4.2 Categoria analítica

Para nortear a análise qualitativa dos dados que emergiram do campo empírico, foi utilizado como categoria analítica o conceito de Reabilitação Psicossocial, uma vez que, tratando-se de uma população marcada por uma nova modalidade de institucionalização, reabilitar torna-se um fundamental para a inserção social. Assim, este estudo apoia-se na “dupla conceitual desinstitucionalização-reabilitação” para analisar os dados resultantes das entrevistas aplicadas aos participantes (Saraceno, 1999, p. 133).

No que se refere às categorias analíticas, compreende-se que estas expressam as relações sociais essenciais e oferecem sustentáculo ao conhecimento do objeto. Sendo assim, operam como balizas que orientam a análise do problema delimitado e a construção do conhecimento (Minayo, 2008).

No presente estudo, o conceito de reabilitação psicossocial foi abordado a partir da perspectiva discutida por Saraceno (1999), que o articula com a ideia da participação do

usuário em um modelo inclusivo, mediante uma rede múltipla de negociação, que supere a lógica meramente produtiva. Nesse sentido, reabilitação psicossocial caracteriza-se como uma estratégia que visa à ampliação do poder contratual do usuário, ou seja, as oportunidades de trocas de recursos e afetos. O efeito “habilitador”, portanto, está condicionado à dinâmica de troca e abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade e para os serviços.

A partir dessa perspectiva, a reabilitação psicossocial supera a noção de técnica, uma vez que se caracteriza como uma estratégica com suas dimensões ética, política e social. Nesse vertente, tal como discutido anteriormente, Saraceno (1999) propõe que a reabilitação, enquanto um processo de reconstrução do exercício da cidadania e do poder contratual, se desenvolva em torno de três cenários: *habitat*, rede social e trabalho com valor social. Além disso, afirma que os resultados do processo reabilitador são determinados por quatro variáveis, as quais devem ser avaliadas: sujeitos, contextos, serviços e recursos.

Sendo assim, segundo Saraceno (1999), posição adotada como norteadora deste estudo, estas variáveis estariam diretamente associadas à evolução do sofrimento mental, bem como aos resultados da reabilitação psicossocial. Ampliando-se as variáveis que constituem os fatores de risco e de proteção, reconhece-se que os aspectos clínicos do sofrimento mental não são, necessária ou exclusivamente, os responsáveis pela cronificação e empobrecimento subjetivo. A partir dessa noção, importa investigar as variáveis mais amplas e, assim, traçar estratégias de ação mais complexas e efetivas.

4.3 Cenário local

Com vistas a contextualizar o cenário assistencial no qual a presente pesquisa foi desenvolvida, a seguir será apresentada a rede de serviços de saúde do município estudado.

4.3.1 A rede de serviços de saúde do município de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto, com uma população estimada de 563.107 habitantes (IBGE, 2010), é um dos 26 municípios do Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII. Dividida em cinco

Distritos de Saúde, a rede municipal de saúde conta com 47 unidades de Atenção Básica à Saúde. Destas unidades, 13 se organizam de acordo com a Estratégia Saúde da Família (com 23 Equipes de Saúde da Família cadastradas), uma oferece atendimento de especialidades infantis (Posto de Assistência Médica II) e cinco unidades oferecem o serviço de Pronto-Atendimento 24 horas (UBDS- Unidade Básica e Distrital de Saúde).

Quanto aos serviços de Atenção Secundária, o município mantém 11 serviços sob sua gestão, dos quais seis atendem à área de saúde mental, dois estão relacionados às DST/Aids, um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador – Regional (CEREST) , um Núcleo de Gestão Ambulatorial (NGA) e um Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NADEF) (Ribeirão Preto, 2010).

No que se refere ao cuidado à saúde mental, existem dois Ambulatórios de Saúde Mental, um Núcleo de Saúde Mental e três Centros de Atenção Psicossocial – (II, III, álcool e drogas). Por fim, a assistência hospitalar é composta por 14 unidades, sendo nove conveniadas ao SUS e cinco não conveniadas. A assistência hospitalar psiquiátrica conta com os leitos do Hospital Santa Tereza e do Hospital das Clínicas, que totalizam 310, além de 16 vagas em hospital-dia.

Em 1994, no município de Ribeirão Preto, foi regulamentada a Lei da Reforma Psiquiátrica, de nº 6820/1994, que preconiza a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos, a substituição dos leitos psiquiátricos em serviços hospitalares e a extinção gradativa de internação psiquiátrica no limite de cinco anos (Ribeirão Preto, 1994).

A partir desse marco, iniciou-se no município o processo de reavaliação dos serviços de saúde mental, culminando, em 1995, no fechamento de um hospital psiquiátrico privado, no cancelamento dos leitos de um hospital filantrópico e na concomitante ampliação dos serviços extra-hospitalares (São Paulo, 1997a). Essas medidas levaram a uma diminuição no número de internações realizadas na região. Em 1991, ocorreram 3.503 internações, enquanto em 1996 esse número caiu para 1.239 internações, correspondendo a uma redução de 64,6% (Barros, 2008). Além disso, nesse período também houve uma redução na Taxa de Ocupação dos leitos, oscilando entre 60% e 70% (São Paulo, 1997b).

Atualmente, o sistema de referência e contrarreferência da assistência à saúde mental ao adulto do município de Ribeirão Preto dispõe dos seguintes equipamentos (Barros, 2008):

Rede de Serviços Ambulatoriais

- Ambulatório Regional de Saúde Mental de Ribeirão Preto (ARSM)

Primeiro serviço ambulatorial criado em Ribeirão Preto. É responsável pelo atendimento à saúde mental da maior proporção populacional do município, compreendida pelos Distritos Norte, Sul e Leste (55% dos habitantes da cidade). O ARSM conta com uma equipe multidisciplinar, contudo não realiza semi-internação. Este serviço pode encaminhar os pacientes diretamente para o HSTRP, embora seja mais comum o encaminhamento para a UE-HCFMRP.

- Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II)

É responsável pelo atendimento da população do Distrito Central de Ribeirão Preto, que corresponde a aproximadamente 20% dos habitantes da cidade. Este serviço apresenta uma divisão no seu funcionamento e na sua instalação física, contando com um espaço ambulatorial e com um espaço de semi-internação, embora sejam próximos um do outro. Ambos os espaços possuem equipes multidisciplinares e têm autonomia para realizar encaminhamentos para o HSTRP, no entanto são mais frequentes os encaminhamentos para a UE-HCFMRP.

- Núcleo de Saúde Mental (NSM)

Este Núcleo é ligado ao Centro de Saúde Escola (CSE) da FMRP-USP, desse modo, embora integrado à rede municipal de serviços de saúde mental, é administrado por essa faculdade. O NSM atende ao Distrito Oeste, que compreende aproximadamente 25% da população de Ribeirão Preto. A equipe desse núcleo é menor e menos diversificada que as equipes dos demais serviços do município, predominando os atendimentos individuais. Tal como os outros serviços, o NSM pode realizar encaminhamentos direto para o HSTRP, mas prevalecem os encaminhamentos para a UE-HCFMRP.

- Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad)

O CAPS ad é o único serviço de referência para atendimento a pacientes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas no município. A instituição é vinculada ao Sanatório Espírita Vicente de Paulo e presta serviços à Secretaria Municipal de Saúde, integrando, assim, a rede municipal de assistência à saúde mental. O serviço conta com uma equipe multidisciplinar e recebe pacientes encaminhados por outros serviços, assim como pacientes com demanda espontânea. Apenas em 2008, o CAPS ad passou a ter autonomia para fazer

encaminhamentos diretos de seus pacientes para o HSTRP, antes disso e, prevalecendo até hoje, os encaminhamentos eram feitos à UE-HCFMRP.

- Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III)

Inaugurado em setembro de 2008, é referência para a população do município. Em outubro de 2010, atendendo à solicitação do município para credenciamento do CAPS III ao Ministério da Saúde, o serviço recebeu vistoria técnica de uma equipe, formada por representantes municipais e estaduais da Vigilância Sanitária e da Secretaria da Saúde. Na ocasião, a equipe constatou algumas irregularidades que, por meio de um relatório técnico, foram comunicadas ao secretário municipal da saúde, estabelecendo um prazo de seis meses para regularização. No momento, a DRS XIII aguarda solicitação do município para realização de nova vistoria. Sendo assim, atualmente, o CAPS III não se encontra reconhecido pelo Ministério da Saúde³.

Rede Hospitalar

- Urgência/Emergência Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (UE- HCFMRP- USP)

É o único serviço de referência para emergência em psiquiatria da DRS XIII, contando com seis leitos de observação para pacientes de ambos os sexos e funcionando 24 horas por dia. A grande maioria das internações não ultrapassa 48 horas, sendo que, dentro desse período, os pacientes podem receber alta, ser encaminhados para seguimento ambulatorial ou, quando necessário, para internação integral. As emergências psiquiátricas podem ser atendidas, inicialmente, nos serviços ambulatoriais do município de origem ou, quando o serviço não existe, na UE-HCFMRP. Sendo constatada a necessidade de internação, é feito encaminhamento à UE-HCFMRP, que faz a internação no próprio HCFMRP ou encaminha para o Hospital Santa Tereza.

- Enfermaria de Psiquiatria do HCFMRP-USP (EPQU)

Situa-se em um dos andares do HCFMRP *campus* e conta com 16 leitos para pacientes de ambos os sexos, com transtornos psiquiátricos graves ou refratários, além de pacientes com comorbidades clínicas. A equipe é multidisciplinar, composta por funcionários fixos da unidade e por alunos e residentes que cumprem estágio no serviço.

³ Informação fornecida por Eliane de Paula Silveira Mello, Articuladora Regional de Saúde Mental da DRS XIII, Ribeirão Preto, em 5 de setembro de 2011.

- Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve do HCFMRP-USP (EPIB)

Também se localiza no prédio HCFMRP *campus* e possui oito leitos para internações breves que, geralmente, não ultrapassam 15 dias. Criada em 2000 com a proposta de atender aqueles pacientes que poderiam ser beneficiados com uma internação breve, tendo em vista uma rápida estabilização do quadro, constituindo, assim, um suporte para a UE-HCFMRP.

- Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP)

Dado que se trata do hospital onde a presente pesquisa se desenvolveu, a descrição detalhada de seu histórico e seu atual modo de funcionamento será feita a seguir.

4.3.2 O Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto

Fundado em 1944, o Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto se localizava nas proximidades da Estação Santa Tereza da Companhia Mogiana de Estrada de Ferro (Saeki, 1994), o que o levou a ser conhecido como Hospital Santa Tereza e, em 2001, a ter seu nome alterado oficialmente.

O HSTRP, estabelecimento da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, surgiu como resposta às críticas de superlotação do Hospício de São Paulo, posteriormente designado como Juqueri. Seu funcionamento iniciou não somente com os pacientes transferidos do Juqueri, mas também com os funcionários desse último hospital, uma vez que a distância do HSTRP da cidade (6 km) dificultava o acesso, bem como, possivelmente, o medo da doença mental prejudicava a contratação de recursos locais (Saeki, 1994). Em pouco tempo, o HSTRP passou a atender à população do município de Ribeirão Preto e região, levando a sua superlotação que atingiu mais de mil pacientes internados no início da década de 1970 (Saeki, 1994).

Na década de 1980, no interior do HSTRP começa a haver, por parte dos funcionários e diretoria, questionamentos sobre o modo como a assistência era realizada. Esse movimento conduziu o hospital à redução do espaço asilar, fortalecimento de terapêuticas de reabilitação e o estímulo ao (re)estabelecimento dos vínculos extra-hospitalares (Guimarães & Saeki, 2001). Nesse contexto, dentro do hospital foram criadas estruturas nos moldes de casas, como o Núcleo de Convívio e a Vila Terapêutica, que, ao mostrarem resultados positivos inspiraram experiências mais ousadas. Assim, em 1988, foi inaugurada a primeira Pensão Protegida,

mediante convênio entre a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e entidade não governamental.

Desde então, o HSTRP promove a reinserção social dos pacientes de longa permanência hospitalar, designados como “moradores”, por meio de progressivas altas de pacientes que passam a morar nas SRTs. Além disso, empenha-se na localização de familiares e, quando possível, no restabelecimento dos vínculos, bem como no preparo da família para receber o paciente, resultando em um número considerável de altas. Além do atendimento aos pacientes moradores, remanescentes da antiga política de institucionalização, o hospital, referência para os municípios pertencentes à DRS XIII, possui, ainda, setores para internação breve.

Em 2009, após avaliação e revisão do Projeto Terapêutico Institucional do HSTRP e, tendo em vista a melhoria dos serviços prestados, deu-se início a uma série de reestruturações nos setores de assistência aos pacientes, bem como à reorganização dos recursos humanos e, em consequência, à readequação do espaço físico⁴.

Assim, o programa de atendimento aos moradores, que, atualmente conta com 100 pacientes⁵, foi redistribuído estruturalmente mediante transferência interna, subdividindo-se em: **Programa de Moradias Assistidas** que atende os pacientes com maiores comprometimentos clínicos e psiquiátricos que requerem cuidado e assistência intensiva, a assistência prestada neste programa consiste em proporcionar melhor qualidade de vida e garantia da cidadania mediante reabilitação psicossocial; **Programa de Moradias Protegidas** que tem a finalidade de promover a desinstitucionalização, por meio da reinserção sociofamiliar ou em Residências Terapêuticas. O Programa de Moradores, ainda, conta com dois convênios que contribuem para a finalidade de reabilitação e reinserção social. O convênio com a organização não governamental Sociedade Espírita Caminho da Luz (SECAL) viabiliza o funcionamento das Residências Terapêuticas. E o convênio firmado com o Centro Ann Sullivan do Brasil possibilita o atendimento aos pacientes moradores com deficiência intelectual.

Por se tratar de um hospital público com reconhecido trabalho de reinserção social, o HSTRP, com frequência, recebe pacientes de instituição fechada por intervenção estatal, bem como pacientes advindos de manicômios judiciais quando cessada a periculosidade que determinou a medida de segurança. Estes também são inseridos em programas de reabilitação e, na medida do possível, recebem altas para viverem com familiar ou em SRT.

⁴ Informações extraídas do “Relatório de Produto”, material produzido pela Assistência Técnica do HSTRP, em julho de 2010.

⁵ Agosto de 2010.

Também em decorrência da revisão da assistência, o setor de internação breve para pacientes em crise aguda vem sofrendo algumas reestruturações. Atualmente, todos os pacientes encaminhados para internação breve são recebidos em uma Unidade de Acolhimento, onde, no período máximo de 72 horas, são examinados e triados para a unidade de tratamento adequada ao caso; nesse local, ainda, são feitos o acolhimento e o primeiro atendimento aos familiares. A Unidade de Tratamento, propriamente dita, se subdivide nos seguintes setores:

Programa Geral de Agudos, com 26 leitos, sendo 14 leitos para pacientes do sexo masculino e 12 leitos para pacientes do sexo feminino, apresenta a maior rotatividade e recebe casos atendidos outras vezes, tem por objetivo a redução dos sintomas, a maior conscientização sobre o transtorno mental e o atendimento familiar de orientação e suporte.

Programa de Atenção Psicossocial, unidade mista com 16 leitos, atende pacientes com maior refratariedade clínica ou com algum tipo de problemática social e, consequente, aumento no tempo de permanência na internação. O Programa realiza acompanhamento familiar e promove a inserção do paciente em atividades extra-hospitalares de seu interesse, a fim de evitar suas constantes reinternações.

Programa de Primeiras Internações, com 17 leitos para ambos os sexos, atende pacientes com até três internações e história de tratamento psiquiátrica de até cinco anos. A unidade, que possui enfermarias pequenas que preservam a individualidade do paciente, tem por objetivo a diminuição dos riscos de internações futuras mediante trabalho de conscientização da situação e maior adesão ao tratamento ambulatorial.

Programa de Dependentes Químicos, separada em dois setores: 13 leitos (oito masculino e cinco feminino) para internação breve e voluntária e 14 leitos para pacientes do sexo masculino com comorbidades. Ambas têm o objetivo de desintoxicação e abstinência assistida.

Todos os programas do HSTRP contam com duas equipes multidisciplinares, nos períodos da manhã e tarde, e médicos e profissionais de enfermagem em período integral. Conforme organização do sistema de referência e contrarreferência, no momento da alta hospitalar, todos os pacientes são contrarreferenciados para os serviços do município de

origem ou para os serviços de rede extra-hospitalar do município de Ribeirão Preto, com consulta já agendada e medicação em dose suficiente até a data do retorno. Ou seja, todos os egressos do HSTRP são orientados a procurar o serviço ambulatorial na data da consulta previamente agendada pela equipe deste hospital.

No período de coleta de dados da presente pesquisa⁶, o setor de internação breve era subdividido da seguinte forma: Agudos Feminino (com 30 leitos), Agudos Masculino (com 30 leitos) e Dependentes Químicos (com 20 leitos). A descrição do cenário do estudo no período em que os dados foram coletados encontra-se sintetizada na Figura 3.

Figura 3. Diagrama do cenário da assistência em saúde mental do município de Ribeirão Preto, SP.

⁶ Outubro a dezembro de 2008.

4.4 Tipo de estudo

Com vistas a atender aos objetivos expostos, foi feita a escolha da abordagem qualitativa, uma vez que oferece recursos para o entendimento mais apurado sobre a complexidade do problema delimitado.

Para tanto, orienta-se por três princípios propostos por González-Rey (2002). O primeiro princípio baseia-se na concepção de que a produção do conhecimento é construtiva-interpretativa, isto é, o conhecimento resulta de interpretações e reconstruções geradas no desenvolvimento do processo; não se tratando, portanto, de constatações estanques. O segundo princípio, ao conceber o caráter interativo do processo de produção de conhecimento, prioriza a dimensão da relação entre pesquisador e sujeito no cenário da pesquisa. E, por fim, o terceiro princípio reconhece na significação da singularidade a legitimidade da produção do conhecimento, o que justifica que a pesquisa qualitativa não se valida por meio da quantidade de sujeitos estudados, e sim por meio da qualidade de suas expressões.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2008), permite descrever a experiência humana tal como é vivida, mediante a busca da compreensão do significado que as experiências têm para o sujeito. As investigações qualitativas tentam ultrapassar o alcance descritivo do conteúdo manifesto da mensagem, para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda.

De acordo com Fortin (2009), o objetivo das investigações qualitativas é explorar e interpretar os múltiplos aspectos do problema a partir do ponto de vista dos participantes sobre suas experiências. Nesta direção, Usher (1996) afirma que investigador e investigado apresentam em comum o fato de serem concomitantemente “intérpretes” e “construtores de sentidos” (p. 19). Logo, ao se considerar a entrevista como uma situação relacional, a expressão e a produção das práticas discursivas são compreendidas como resultado da interação entrevistado-pesquisador, ambos ativos no processo de coprodução de sentidos (Spink & Menegon, 2000).

Considerados esses aspectos, entende-se que a abordagem qualitativa é a forma mais apropriada para a apreensão da questão de interesse, já que permite que o pesquisador conheça, por meio do próprio paciente, a respeito de sua experiência e do que lhe é realmente significativo, favorecendo, assim, a obtenção de dados mais próximos da realidade subjetiva.

De acordo com Goldenberg (2004), a representatividade dos dados na pesquisa qualitativa está relacionada com a sua capacidade de viabilizar a compreensão do significado

e a “descrição densa” do problema estudado e não a sua representatividade numérica. Desse modo, a quantidade é substituída pela intensidade e pela imersão profunda.

Dentro da abordagem qualitativa foi realizado um estudo exploratório, que se direciona à maior familiaridade com o problema, de modo a torná-lo mais explícito e a facilitar a construção de premissas (Gil, 1993). Sendo assim, portanto, foca-se na discussão, no aprimoramento e na construção do conhecimento a respeito da temática investigada. Enquanto exploratória, esta pesquisa desenvolve-se por meio, primeiramente, de uma revisão da literatura, seguida de entrevista com os sujeitos envolvidos no problema e, por fim, da análise dos dados e da construção do conhecimento.

4.5 Participantes

Participaram do estudo 22 pacientes residentes no município de Ribeirão Preto, reinternantes no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP).

4.5.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram definidos como critérios de inclusão: residir no município de Ribeirão Preto; apresentar reinternação no setor de internação breve do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP), no período de 15 de outubro a 15 de dezembro de 2008; encontrar-se no momento da alta médica do hospital; apresentar condições cognitivas necessárias à compreensão da pesquisa e da entrevista; apresentar condições de comunicação verbal preservada e aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

Enquanto critérios de exclusão, foram estabelecidos: não residir no município de Ribeirão Preto; apresentar apenas uma internação no HSTRP; não apresentar condições cognitivas e de comunicação e não aceitar participar da pesquisa.

4.5.2 Seleção dos sujeitos

Ao longo dos dois meses de coleta dos dados (15 de outubro a 15 de dezembro de 2008), houve 33 admissões de pacientes residentes em Ribeirão Preto e que eram reinternantes no HSTRP. Destes, cinco pacientes recusaram-se a participar da pesquisa, quatro não apresentaram condições cognitivas e/ou verbal para participar da entrevista e, ainda, houve dois pacientes que saíram de alta do hospital antes que a pesquisadora pudesse contatá-los. Assim, foram entrevistados 22 pacientes.

4.6 Procedimento

4.6.1 Instrumento

Roteiro de entrevista semiestruturada

Ao considerar a abordagem qualitativa utilizada, foi feita a opção pelo instrumento que possibilitasse abordar as experiências dos sujeitos a partir de seus próprios pontos de vista (Bogdan & Biklen, 1999). Assim, a fim de viabilizar a verbalização do sujeito foi utilizado um roteiro temático de entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados.

De acordo com Minayo (2008), a entrevista permite apreender o ponto de vista dos atores sociais a respeito dos objetivos da pesquisa. A entrevista semiestruturada, segundo Triviños (1992), se desenrola a partir de um roteiro com questões básicas que possibilitam a formulação flexível das perguntas, bem como a maior liberdade nas respostas. Trata-se de questões relativamente abertas que visam a suscitar verbalizações que expressem o modo de pensar, agir, sentimentos e crenças em relação a determinado assunto. Para tal, é importante que o roteiro seja amplo, o que permite captar as informações desejadas, assim como, garantir que todos os tipos de dados sejam obtidos com todos os sujeitos. Além disso, embora parta de questionamentos básicos, a entrevista semiestruturada permite a inclusão de novas interrogativas a partir das respostas dos informantes (Triviños, 1992).

Destarte, ao mesmo tempo em que esse tipo de entrevista possibilita explorar mais amplamente uma questão de interesse do pesquisador, preserva a liberdade e a espontaneidade das respostas do entrevistado, necessárias ao enriquecimento da investigação. A escolha pelo uso da entrevista semiestruturada se deve, portanto, ao fato de que esse instrumento permite obter informações mais completas e profundas, bem como melhor explorar questões individuais com o entrevistador, por meio da adaptação das perguntas para uma melhor compreensão do entrevistado (Triviños, 1992).

A entrevista semiestruturada foi orientada por um roteiro, por meio do qual o investigador explorou a temática ao longo da entrevista (Gil, 1993). Neste estudo, o roteiro de entrevista foi elaborado de acordo com as preocupações apontadas por Minayo (2008): compreensão do caso individual, da especificidade do grupo e da comparabilidade dos sujeitos. O roteiro temático de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) foi elaborado a partir da literatura da área e da consideração dos pressupostos e objetivos do estudo. Com isso, foi constituído por temas norteadores, que visavam à investigação do cenário assistencial e sociofamiliar, bem como o envolvimento dos pacientes com os serviços, seu tratamento e a rede sociofamiliar. Também contou com um tema norteador que explorou o momento da alta, tal como as expectativas do paciente e a possibilidade da construção de saídas às múltiplas internações.

Análise documental

Com vistas à complementação dos dados, foram levantadas algumas informações constantes dos prontuários dos pacientes entrevistados. Assim, as informações referentes ao sexo, idade, estado civil, cor, grau de instrução, número de internações, classificação diagnóstica foram extraídas do Boletim de alta do HSTRP; as informações sobre as “condições que justificaram a última internação”, da folha de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)-SUS da última internação; as informações sobre os “sintomas que motivaram a última internação” foram consultadas na folha de AIH-SUS da última internação.

Pré-teste do instrumento

O roteiro de entrevista foi previamente testado com três pacientes. O instrumento foi aplicado a pacientes que não fizeram parte do grupo investigado, em sala reservada da instituição hospitalar. A escolha dos respondentes foi por conveniência. O critério para responder ao instrumento foi a concordância da pessoa abordada em participar do estudo como colaborador. Solicitamos, também, para o respondente apontar dificuldades na compreensão das questões, estando livre para críticas. Nesse momento foram avaliados aspectos relacionados à facilidade de compreensão dos termos empregados, bem como adequação da ordem em que as questões eram aplicadas. Esse pré-teste detectou a necessidade de efetuar algumas adaptações no roteiro, o que foi contemplado na versão final do instrumento.

4.6.2 Cuidados Éticos

O presente estudo, em observância aos aspectos éticos dispostos nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Brasil, 1996), foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Saúde-Escola da FMRP-USP, na época com o título “Fatores associados à reinternação psiquiátrica” (protocolo nº 229) (ANEXO A). Com a mesma preocupação ética, foi estabelecido contato com os participantes, explicitando a natureza e os objetivos da pesquisa, que somente teve início diante de sua autorização por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Nos casos em que o paciente era curatelado, foi feito contato com seu representante legal e este também assinou o Termo. As entrevistas foram gravadas e registradas integralmente mediante autorização dos sujeitos. Durante a apresentação dos resultados, foi mantido o respeito ao sigilo e à confidencialidade das informações fornecidas, preservando-se o anonimato dos participantes. Para tanto, foram atribuídos aos entrevistados a identificação da letra *E* e um número, de acordo com ordem da realização das entrevistas.

4.6.3 Coleta de dados

Foi realizado contato diário, nos períodos da manhã e da tarde, com os setores de internação breve do HSTRP, a fim de identificar possíveis altas médicas previstas de pacientes que correspondiam aos critérios de inclusão da pesquisa. Quando identificada tal situação, no momento anterior à alta já programada, o paciente era contatado e convidado a participar da pesquisa. Esse procedimento foi realizado nas dependências do próprio hospital, em local apropriado e com condições de conforto e privacidade assegurados.

As entrevistas foram audiogravadas. O material coletado foi transcrito integralmente e na íntegra, de acordo com as normas estabelecidas por Preti (1993) (ANEXO B). O tempo médio de duração das entrevistas foi de 30 minutos, com duração mínima de 11 minutos e máxima de 58 minutos.

4.6.4 Análise dos dados

Os dados colhidos neste estudo foram submetidos à Análise de Conteúdo, a qual, segundo Minayo (2008, p. 203), “parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos”. Dentro da análise de conteúdo foi utilizada a análise temática. Segundo Bardin (1977), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (p. 105).

Minayo (2008) afirma que a análise temática consiste em identificar e interpretar os núcleos de sentido que compõem a material; qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. Dessa maneira, a análise considerou aquilo que foi mais marcante em cada entrevista, sendo recortados de cada resposta os fragmentos mais significativos dos discursos enunciados. Por outro lado, a análise do material coletado privilegiou a compreensão do sentido do que foi expresso pelos entrevistados e não uma verdade essencialista (Minayo, 2012).

De acordo com as orientações propostas por Minayo (2008), a análise foi desenvolvida gradativamente, por meio de três etapas:

A primeira etapa (pré-análise): foi realizada uma leitura exaustiva e repetida dos textos, apreendendo as ideias centrais, bem como os momentos-chave em relação ao tema proposto; um ou mais *corpus* de comunicação foi constituído.

A segunda etapa ou a fase de Exploração do Material:

Foi realizada uma leitura transversal de cada *corpus* com recortes das denominadas “unidades de registro”, isto é, dos temas; os dados mais relevantes foram agregados em categorias centrais.

A terceira etapa, ou seja, o Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação:

Foi feita uma articulação entre o corpo teórico e os dados obtidos. A partir da proposta de inferências das interpretações fundamentadas no quadro teórico, chegou-se à análise final.

O mapa conceitual do estudo encontra-se sistematizado na Figura 4.

Figura 4. Mapa conceitual.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tudo que é imaginado, tem, existe, é.
Estamira

Com vistas a complementar a análise dos dados e a facilitar ao leitor a apresentação dos participantes, a seguir serão apresentados os dados que descrevem as características sociodemográficas, da rede sociofamiliar e clínicas, por meio de sínteses dos perfis (Tabelas 3, 5 e 7) e da distribuição numérica e percentual dos sujeitos em função dessas características (Tabelas 4, 6, 8).

Para sistematizar tais informações, foram utilizados dados dos prontuários médicos, referentes ao sexo, faixa etária, estado civil, cor, grau de instrução, número de internações no HSTRP, classificação diagnóstica⁷, condições que justificaram a última internação, sintomas que motivaram a última internação, serviço ambulatorial de seguimento e unidade de saúde solicitante da última internação. Os dados que dizem respeito à situação ocupacional, recebimento de benefício, residência com família, avaliação sobre o apoio familiar e uso correto da medicação foram coletados a partir da análise das entrevistas com os participantes.

A Tabela 4 apresenta as informações relativas ao perfil sociodemográfico dos 22 sujeitos, de forma individualizada.

Tabela 4. *Síntese do perfil sociodemográfico dos participantes*

Participante	Sexo	Idade (anos)	Estado civil	Cor	Nível de instrução	Situação ocupacional	Benefício
E 1	F	17	Solteira	Branca	Fundamental incompleto	Inativo	Não
E 2	M	50	Solteiro	Branca	Fundamental completo	Ativo	Não
E 3	M	47	Casado	Branca	Fundamental completo	Inativo	Sim
E 4	M	27	Solteiro	Branca	Fundamental incompleto	Inativo	Sim
E 5	F	47	Casada	Parda	Fundamental completo	Inativa	Sim
E 6	F	34	Casada	Negra	Fundamental completo	Inativa (afastada)	Não
E 7	M	21	Solteiro	Parda	Fundamental incompleto	Inativo	Não
E 8	M	29	Solteiro	Negra	Fundamental incompleto	Inativo	Não
E 9	F	30	Divorciada	Branca	Ensino Médio completo	Inativo	Sim
E 10	M	30	Casado	Negra	Sem estudo	Inativo (afastado)	Não
E 11	M	46	Divorciado	Branca	Fundamental completo	Ativo	Não
E 12	M	18	Solteiro	Branca	Ensino Médio incompleto	Inativo	Não
E 13	M	30	Solteiro	Branca	Ensino Médio completo	Inativo	Sim
E 14	M	45	Solteiro	Parda	Fundamental completo	Inativo	Não
E 15	M	58	Solteiro	Branca	Sem estudo	Ativo	Não
E 16	F	21	Solteira	Branca	Sem estudo	Inativo	Sim
E 17	M	53	Divorciado	Branca	Superior incompleto	Inativo	Sim
E 18	F	26	Solteira	Branca	Ensino Médio incompleto	Inativa (afastada)	Não
E 19	F	27	Solteira	Parda	Fundamental completo	Inativa (afastada)	Não
E 20	F	30	Solteira	Negra	Fundamental completo	Inativa	Não
E 21	F	37	Solteira	Branca	Fundamental incompleto	Inativo	Sim
E 22	F	45	Casada	Branca	Fundamental incompleto	Inativo	Não

⁷ A classificação diagnóstica orientou-se pela Classificação Internacional das Doenças – Décima Revisão (CID-10), a saber: F00 a F09 (Transtornos mentais orgânicos, incluindo os sintomáticos); F10 a F19 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas); F20 a F29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes); F30 a F39 (Transtornos do humor); F60 a F69 (Transtornos de personalidade e do comportamento do adulto); F70 a F79 (Retardo mental); F80 a F99 (Transtornos do desenvolvimento psicológico) e F90 a F98 (Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que apareceram habitualmente durante a infância ou a adolescência). Foram considerados os diagnósticos anotados nos prontuários médicos pelos psiquiatras do HSTRP, responsáveis pelos pacientes.

A Tabela 5 apresenta a síntese dos dados referentes ao perfil sociodemográfico dos participantes. Constituíram esse grupo 12 homens e 10 mulheres com idades entre 17 e 58 anos (idade média de 35 anos); a maioria na faixa etária menor ou igual a 29 anos (oito participantes), seguidos da faixa etária entre 30 e 39 anos (cinco), 40 e 49 anos (cinco) e com 50 anos ou mais (quatro). No que se refere ao estado civil, 14 participantes eram solteiros, cinco casados ou viviam em união estável e três divorciados ou viúvos. A maior parte dos participantes (oito) tinha Ensino Fundamental completo, seguidos daqueles com Ensino Fundamental incompleto (seis), sem estudo (três), Ensino Médio incompleto (dois), Ensino Médio completo (dois) e Ensino Superior incompleto (um). Quanto à cor, constante dos prontuários, 14 participantes eram brancos, quatro, pardos e quatro, negros. Durante o período de coleta de dados, apenas três participantes encontravam-se economicamente ativos; dos 19 economicamente inativos, quatro encontravam-se afastados do trabalho em decorrência do transtorno mental. Oito recebiam algum tipo de benefício assistencial e 14 não recebiam⁸.

Assim, houve predomínio dos sujeitos do sexo masculino, com faixa etária menor ou igual a 29 anos, solteiros, brancos e economicamente inativos, o que corrobora estudos que investigaram a população de longa permanência (Barros & Bichaff, 2008) e os que pesquisaram pacientes submetidos a repetidas internações breves (Castro, 2009; Santos et al., 2009; Souza, Souza & Magna, 2008).

No grupo dos participantes estudados, a prevalência do sexo masculino (54,54%) está ligeiramente aumentada com relação à estimativa da população geral que se encontra em torno de 49% (IBGE, 2010). Essa diferença pode ser explicada, em termos, pelo maior número de leitos disponíveis para pacientes do sexo masculino. O predomínio de participantes, com idade menor ou igual a 29 anos (36,36%), corresponde aos achados de Santos et al. (2009) que apontaram maior padrão de reinternação nessa faixa etária. Esse dado, possivelmente, pode ser justificado com o abandono do tratamento, comum nessa faixa etária (Castro, 2009). Esse dado sugere a precocidade da situação de institucionalização na vida do sujeito, que, desse modo, tem seu itinerário terapêutico marcado pelas seguidas internações desde jovem.

A predominância de pacientes solteiros permite hipotetizar que a existência de vínculo amoroso estável desempenha papel importante na não institucionalização do paciente. A prevalência de sujeitos de cor branca (63,63%) vem de encontro à estimativa nacional que mostra que o número de pessoas de cor branca não alcança 50% da população brasileira (IBGE, 2010). Na análise dessa diferença, há de se considerar que, diferentemente da

⁸ Os participantes que se encontravam afastados do trabalho e, portanto, que recebiam auxílio-doença, não foram contabilizados como beneficiários.

metodologia adotada pelo IBGE, que tem como base a informação autodeclarada, nos prontuários do HSTRP, a cor do paciente é preenchida de acordo com o julgamento dos funcionários do SAME ou do SAMU ou, ainda, do acompanhante do paciente.

A preponderância da situação ocupacional economicamente inativa (86,36%) pode estar associada às condições desfavoráveis do portador de transtorno mental, que implicam dificuldades de inserção e permanência no mercado de trabalho, tais como o baixo grau de escolaridade, a formação profissional precária, a presença de preconceitos no imaginário coletivo e a relação familiar permeada pela desconfiança na sua capacidade produtiva (Barros & Bichaff, 2008). Contudo, ao contrário do que se poderia esperar, predominaram sujeitos que não recebem benefício assistencial ou auxílio-doença. Além disso, preponderaram pacientes com até oito anos de estudos, o que corrobora investigações anteriores sobre o perfil de pacientes reinternantes (Dimenstein, Santos, Brito, Severo & Moraes, 2005). Esse dado sugere que os sujeitos reinternantes estejam privados de direitos de cidadania, como o acesso e continuidade à educação.

Tabela 5. Distribuição numérica e percentual dos participantes em função do sexo, faixa etária, estado civil, grau de instrução, cor, situação ocupacional e recebimento de benefício social

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	12	54,54
Feminino	10	45,45
Faixa etária		
≤29 anos	8	36,36
30–39 anos	5	22,72
40–49 anos	5	22,72
≥50 anos	4	18,18
Estado civil		
Solteiro	14	63,63
Casado	5	22,72
Viúvo/Divorciado	3	13,63
Nível de instrução		
Sem estudo	3	13,63
Fundamental incompleto	6	27,27
Fundamental completo	8	36,36
Médio incompleto	2	9,09
Médio completo	2	9,09
Superior incompleto	1	4,5
Superior completo	–	–
Cor		
Branca	14	63,63
Parda	4	18,18
Negra	4	18,18
Situação ocupacional		
Economicamente ativo	3	13,63
Economicamente inativo	19	86,36
Recebimento de benefício		
Sim	8	36,36
Não	14	63,63

A Tabela 6 apresenta, sumariamente, as características da rede social e familiar de cada um dos participantes da pesquisa.

Tabela 6. *Síntese do perfil da rede sociofamiliar dos participantes*

Participantes	Reside com a família	Recebe apoio familiar
E1	Não (reside em instituição)	Parcialmente
E2	Sim	Não
E3	Sim	Não
E4	Sim	Parcialmente
E5	Sim	Não
E6	Sim	Sim
E7	Sim	Sim
E8	Sim	Parcialmente
E9	Não	Não
E10	Sim	Sim
E11	Não	Sim
E12	Não (situação de rua)	Não
E13	Não	Sim
E14	Não	Não
E15	Sim	Não
E16	Sim	Não
E17	Sim	Não
E18	Sim	Sim
E19	Sim	Sim
E20	Sim	Não
E21	Não	Parcialmente
E22	Sim	Não
N=22		

Os dados apresentados na Tabela 7 mostram que, embora todos os participantes tivessem família, somente 15 (68,18%) residiam com um familiar e apenas sete participantes (31,81%) avaliaram que recebiam apoio familiar. Esses dados possibilitam pensar que possuir ou residir com a família não assegura a qualidade desta relação, assim como não significa que o paciente reconheça o familiar como seu cuidador (Cardoso, 2008).

Tabela 7. *Distribuição numérica e percentual dos participantes em função da rede sociofamiliar*

Variáveis	N	%
Reside com família		
Sim	15	68,18
Não	7	31,81
Recebe apoio familiar		
Sim	7	31,81
Não	11	50,00
Parcialmente	4	18,18
N=22		

A Tabela 8 apresenta uma síntese do perfil clínico dos participantes⁹, elaborada a partir dos dados consultados nos prontuários médicos.

Tabela 8. *Síntese do perfil clínico dos participantes, de acordo com os dados dos prontuários médicos*

Participante	Nº de internações no HSTRP	CID-10	Condições que justificaram a última internação	Sintomas psiquiátricos	Faz uso correto da medicação	Serviço ambulatorial	Unidade solicitante da última internação
E1	2	F90-F98 F10-F19	Risco de autoagressividade Ambiente protegido	Autoagressividade Ideação suicida	Sim	Particular	Determinação Judicial
E2	10	F30-F39	Risco de heteroagressividade	Uso de substância psicoativa Heteroagressividade	Não	CAPS II	CAPS II
E3	6	F20-F29	Risco de heteroagressividade	Heteroagressividade Delírio	Não	ARSM	ARSM
E4	6	F20-F29	Incapacidade para autocuidado Ausência de suporte familiar	Quadro psiquiátrico	Sim	NSM	CSE-NSM
E5	3	F30-F39	Ambiente protegido	Heteroagressividade Alteração do pensamento	Não	NSM	HC <i>campus</i>
E6	2	F30-F39	Risco de heteroagressividade	Heteroagressividade Delírio	Não	ARSM	CAPS III
E7	12	F30-F39 F10-F19	Risco de heteroagressividade	Delírio Uso de substância psicoativa	Não	ARSM	CAPS III
E8	2	F30-F39	Diagnóstico e terapêutica	Delírio Somáticos	Não	NSM	UE HC
E9	45	F60-F69	Risco de autoagressividade	Autoagressividade Ideação suicida	Sim	CAPS II	HC <i>campus</i>
E10	3	F10-F19	Falência do serviço ambulatorial	Uso de substância psicoativa	Não	CAPS ad	UE HC
E11	3	F10-F19 F30-F39	Ambiente protegido para abstinência Falência do serviço ambulatorial	Uso de substância psicoativa	Não	CAPS ad	UE HC
E12	6	F60-F69 F10-F19	Risco de autoagressividade	Heteroagressividade Ideação suicida Alucinação Alteração de comportamento	Não	CAPS ad	CAPS III
E13	13	F20-F29	Risco de heteroagressividade Falência do serviço ambulatorial	Heteroagressividade Alteração de comportamento	Não	CAPS II	UE HC
E14	3	F10-F19 F30-F39	Risco de autoagressividade	Quadro psiquiátrico Alucinação	Não	CAPS ad	CAPS III
E15	3	F10-F19	Ambiente protegido para abstinência	Uso de substância psicoativa	Sim	CAPS ad	CAPS III
E16	11	F60-F69 F70-F79	Risco de heteroagressividade	Alteração de comportamento	Não	NSM	UE HC
E17	7	F10-F19	Ambiente protegido para abstinência	Uso de substância psicoativa	Sim	CAPS ad	CSE-NSM
E18	2	F30-F39	Ambiente protegido Diagnóstico e terapêutica	Somáticos Delírio	Não	NSM	UE HC
E19	6	F30-F39	Ausência de suporte familiar Ambiente protegido Diagnóstico e terapêutica	Alteração do afeto Alteração de comportamento	Não	CAPS II	UE HC
E20	2	F30-F39 F60-F69	Ambiente protegido Risco de autoagressividade	Ideação suicida Autoagressividade Alteração do afeto	Não	NSM	UE HC
E21	24	F30-F39	Risco de autoagressividade	Autoagressividade Alteração do afeto	Não	NSM	CAPS III
E22	3	F30-F39	Risco de autoagressividade	Ideação suicida Alucinação Alteração do afeto	Não	NSM	UE HC

⁹ As variáveis “classificação diagnóstica”, “condições que justificaram a última internação” e “sintomas psiquiátricos” possibilitaram mais de uma resposta por paciente, ou seja, cada paciente pode ter apresentado mais de um diagnóstico, bem como mais de uma condição que justificou sua internação e mais de um sintoma psiquiátrico.

A Tabela 9 apresenta a frequência dos dados clínicos dos participantes. Com relação aos sintomas psiquiátricos precedentes à internação, a maior parte dos pacientes foi internada com sintomas de heteroagressividade (seis), uso de substâncias psicoativas (seis), delírio (cinco) e ideação suicida (cinco). Esses achados corroboram estudos anteriores, apontando a importância das alterações do pensamento e do comportamento que incluem risco de lesão ao outro e a si mesmo (Santos et al., 2009). No que concerne à classificação diagnóstica, que, em alguns casos, abarca o diagnóstico primário e secundário, predominaram transtorno do humor (11), transtorno mental e comportamental devido ao uso de substância psicoativa (oito, dos quais cinco apresentavam outro transtorno mental), esquizofrenia (quatro) e transtorno de personalidade (quatro). A importância do segundo e do terceiro diagnósticos, possivelmente, justifica-se com o maior número de sujeitos do sexo masculino, uma vez que esses diagnósticos têm prevalência nessa população. A preponderância desses diagnósticos entre pacientes em internações psiquiátricas é congruente com os dados da literatura na área (Botega & Schechtman, 1997; Santos, 2007; Santos et al., 2009).

O risco de autoagressividade foi a condição que justificou a internação em sete casos, seguido do risco de heteroagressividade (seis), necessidade de ambiente protegido (cinco), necessidade de ambiente protegido para abstinência (três), falência do serviço ambulatorial (três), esclarecimento diagnóstico e terapêutica (três), ausência de suporte familiar (dois) e incapacidade para autocuidado (um). Esses dados mostram que as internações foram abonadas, principalmente, mediante avaliação médica da necessidade de proteção à integridade física do próprio paciente e de terceiros, corroborando achados de outros estudos (Santos et al., 2009).

Os pacientes do sexo masculino estiveram divididos nos setores Agudos Masculino (sete) e Dependentes Químicos (cinco) e do sexo feminino foram internados no setor Agudos Feminino (10). A maior parte dos participantes teve duas ou três internações no HSTRP (11), seguidos daqueles que tiveram de seis a 10 internações (seis), de 11 a 15 (três) e mais de 21 internações (dois). Quanto ao uso da medicação, 18 participantes afirmaram fazer uso incorreto; o que mostra a importância da problematização da adesão à terapêutica medicamentosa na análise do conjunto de variáveis envolvidas nas reinternações.

Oito participantes faziam seguimento ambulatorial no NSM, seis no CAPS ad, quatro no CAPS II, três no ARSM e um participante fazia tratamento particular. Com relação à unidade solicitante da internação, predominaram pacientes encaminhados da UE (nove) e do CAPS III (seis). Esses dados, que apontam a importância do número de pacientes

encaminhados pelos CAPS, convidam para uma reflexão a respeito de como os atendimentos têm sido efetivados nesses serviços, o que poderá ser mais explorado na análise qualitativa.

Tabela 9. *Distribuição numérica e percentual dos participantes em função dos sintomas psiquiátricos, da classificação diagnóstica, das condições que justificaram a última internação, do setor de internação, do número total de internações no HSTRP, do uso incorreto da medicação e serviço ambulatorial de seguimento*

Variáveis	N	%
Sintoma psiquiátrico		
Heteroagressividade	6	14,28
Uso de substância psicoativa	6	14,28
Delírio	5	11,90
Ideação suicida	5	11,90
Alteração do afeto	4	9,52
Outras alterações do comportamento	4	9,52
Autoagressividade	4	9,52
Alucinação	3	7,14
Quadro psiquiátrico	2	4,76
Somáticos	2	4,76
Outras alterações do pensamento	1	2,38
Classificação diagnóstica		
F30-F39	11	37,93
F10-F19	8	25,58
F20-F29	4	13,79
F60-F69	4	13,79
F70-F79	1	3,44
F90-F98	1	3,44
Condição que justificou a internação		
Risco de autoagressividade	7	23,33
Risco de heteroagressividade	6	20,00
Ambiente protegido	5	16,66
Ambiente protegido para abstinência	3	10,00
Falência do serviço ambulatorial	3	10,00
Diagnóstico e terapêutica	3	10,00
Ausência de suporte familiar	2	6,66
Incapacidade para autocuidado	1	3,33
Setor de internação		
Agudos Feminino	10	45,45
Agudos Masculino	7	31,81
Dependentes Químicos	5	22,72
Número de internações no HSTRP		
2 a 3	11	50,00
6 a 10	6	27,27
11 a 15	3	13,63
mais de 21	2	9,09
Faz uso incorreto da medicação		
Sim	18	81,81
Não	4	18,18
Serviço ambulatorial		
NSM	8	36,36
CAPS ad	6	27,27
CAPS II	4	18,18
ARSM	3	13,63
Particular	1	4,45
Unidade solicitante da internação		
UE-HC	9	39,90
CAPS III	6	27,27
CSE-NSM	2	9,09
HC campus	2	9,09
ARSM	1	4,54
CAPS II	1	4,54
Determinação judicial	1	4,54
CAPS ad	—	—

N= 22

A partir da leitura detalhada e exaustiva do *corpus*, constituído pelas transcrições na íntegra e literais das entrevistas, foi possível construir seis categorias temáticas. O processo de categorização e análise temática atendeu aos critérios de repetição e de relevância dos elementos presentes nas falas. As categorias temáticas produzidas foram:

5.1. Funções e disfunções do tratamento hospitalar: os sentidos da internação psiquiátrica

5.2. Tratamento extra-hospitalar: repetir ou inovar?

5.3. A medicação e seus impasses: benefícios e limites percebidos

5.4. Família, laços e embaraços: uma convivência possível?

5.5. A dimensão social extramuros: construindo lugares possíveis

5.6. O momento da alta: o que está por vir daqui por diante

Com vistas a uma melhor apreensão do trabalho desenvolvido, a Tabela 10 apresenta uma síntese que sistematiza o procedimento de análise. As categorias temáticas foram divididas em subcategorias, que dizem respeito à análise em profundidade do conhecimento produzido.

Tabela 10. *Sistematização da análise dos dados: categorias, subcategorias e elementos de análise*

Categorias	Subcategorias
5.1. Funções e disfunções do tratamento hospitalar: os sentidos da internação psiquiátrica	5.1.1. Percepção da garantia de condições físicas e ordenadoras da sobrevivência 5.1.2. Reconhecimento da provisão de profissionais continuamente: assistência e vínculo 5.1.3. Possibilidade de convivência com os pares 5.1.4. Percepção de proteção subjetiva e exílio voluntário 5.1.5. O caráter fechado, restritivo e ocioso da hospitalização 5.1.6. Mal-estar ao compartilhar o espaço com pacientes em condições mais graves 5.1.7. Posicionamento contrário à internação: o estigma e as perdas
5.2. Tratamento extra-hospitalar: repetir ou inovar?	5.2.1. Percepção da qualidade da assistência prestada 5.2.2. As preferências individuais por modalidades específicas de tratamento 5.2.3. O CAPS como lugar de “doente mental” 5.2.4. Percepção sobre sofrimento mental e os efeitos/adesão ao tratamento 5.2.5. Limitações do tratamento extra-hospitalar 5.2.6. Reconhecimento de recursos extra-hospitalares em substituição à internação
5.3. A medicação e seus impasses: benefícios e limites percebidos	5.3.1. Os efeitos colaterais da medicação 5.3.2. A negação ou a dificuldade em admitir a gravidade do transtorno mental 5.3.3. Confusões ou esquecimentos e mau uso da medicação 5.3.4. Vínculo médico-paciente e adesão à medicação
5.4. Família, laços e embaraços: uma convivência possível?	5.4.1. Mudanças no papel da família 5.4.2. Percepção da presença do apoio familiar 5.4.3. Percepção da falta de apoio familiar 5.4.4. Dificuldades de solicitar o apoio do familiar 5.4.5. Relações familiares ambivalentes 5.4.6. Os limites do cuidado 5.4.7. A incompreensão dos familiares 5.4.8. O significado atribuído à internação pelo familiar
5.5. A dimensão social extramuros: construindo lugares possíveis	5.5.1. Isolamento e ociosidade marcantes 5.5.2. Dificuldades na inserção social e laboral 5.5.3. Vislumbrando inserções sociais possíveis 5.5.4. Inventando soluções possíveis
5.6. O momento da alta: o que está por vir daqui por diante	5.6.1. Expectativas e busca de satisfação 5.6.2. Medo, incertezas e inseguranças 5.6.3. Os projetos como saídas possíveis

A seguir, serão apresentadas e discutidas as categorias e subcategorias temáticas.

5.1 Funções e disfunções do tratamento hospitalar: os sentidos da internação psiquiátrica

5.1.1 Percepção da garantia de condições físicas e ordenadoras da sobrevivência

Os participantes relacionaram uma série de recursos materiais oferecidos pelo hospital, que ordenam o cotidiano e garantem a regulação de condições de abrigo, alimentação, higiene e medicação.

aqui no hospital eu como... bebo e durmo. (E13)

aqui eu tenho roupa... comida... o banho... tudo é na hora certa... lá fora eu fico suja... eu num tomo... eu vivo assim... mulambenta mesmo. (E16)

pra mim foi bom... pra mim foi maravilhoso... né? porque aqui eu tomei os remédio... me alimentei bem... repousei... tive uma noite de sono tranquila... e:: em casa eu num tenho alimentação... eu prefiro ficá aqui do que ficá em casa... aqui eu me sinto bem melhor... né... tem os horário aí... pra fumá... pra banho a gente toma a hora que qué... só mesmo o horário pra fumá... refeição... café... o resto normal. (E15)

sabe por que eu vim pra cá pro hospital?... por causa da refeição... por causa disso... por que falaram que aqui a comida era boa... e me colocaram pra cá. (E4)

Na fala dos participantes, o hospital apareceu como provedor de condições físicas que sustentam a sobrevivência, assegurando-lhes a provisão do mínimo necessário para manter a dignidade: alimentação, abrigo, vestimentas e regulação da higiene e do tempo. Essa provisão de condições materiais de vida foi conotada positivamente e contrastada com a miserável situação de origem sociofamiliar. A importância desses “serviços de hotelaria”, que por tanto tempo foram outorgados aos hospitais psiquiátricos, evidencia os resquícios de uma função social compatível com a expectativa de que o hospital continue cumprindo o papel de albergue, ou ainda, de tutela (Machado, 2003; Machado, Manço & Santos, 2005). Nesse contexto, o Estado desempenha uma função compensatória das mazelas produzidas pela desigualdade social (Beaklini, 2001).

As carências sociais, presentes na desigual realidade brasileira, marcada por extensas zonas de exclusão social, acentuam-se quando incidem em uma população com sofrimento mental (Vianna & Barros, 2004). Esse aspecto torna compreensível que a oferta dos recursos

físicos de sobrevivência oferecidos pelo hospital seja percebida como benefício, privilégio ou simplesmente como mero suprimento de necessidades materiais que asseguram a vida e, portanto, a integridade de certa identidade social. Nesse sentido, como aponta Rosa (2011), “a condição de louco e mendigo se aproximam e muitas vezes se fundem quando o portador de sofrimento mental torna-se um pedinte dentro do próprio espaço hospitalar” (p. 314).

Sabe-se que, de modo paralelo e, muitas vezes, decorrente do sofrimento mental, encontram-se problemas referentes às questões psicossociais, como dificuldade para organizar a rotina do dia a dia e manter a própria moradia, assim como entraves para obter e manter-se no trabalho, necessário para arcar com os custos mínimos de sobrevivência.

Com vistas a evitar que o hospital cumpra essa função de albergue, ou ainda, de tutela, que por tantas décadas prestou no antigo modelo asilar e hospitalocêntrico, é necessário oferecer ao usuário alternativas para que ele possa buscar os recursos para produzir as condições de sua própria sobrevivência. Assim, considerando as convergências dos problemas de saúde e dos problemas sociais, impõe-se a articulação desses dois setores – saúde e segurança social, como uma forma sustentável que viabilize o acolhimento do usuário na vida extramanicomial, por meio da inserção em programas sociais, cooperativas de trabalho, atividades laborais protegidas, Residências Terapêuticas ou até mesmo mediante o fortalecimento do vínculo com familiares (Brasil, 2005a).

A garantia de alimentação, sono regulado e medicação ministrada corretamente, assim como o acesso facilitado aos profissionais, foram fatores apontados por outra investigação, que ao considerar a perspectiva do paciente reinternante, identificou que para essa população a internação é compreendida como uma alternativa que responde às dificuldades encontradas na constituição da vida comunitária (Salles & Barros, 2007).

5.1.2 Reconhecimento da provisão de profissionais continuamente: assistência e vínculo

Nessa direção, no presente estudo, os participantes relacionaram a existência de uma equipe presente de forma permanente, durante a internação, como garantia de disponibilidade contínua e facilitada de atendimento. Além disso, expressaram laços e sentimentos de amizade para com os funcionários, deixando claro, em alguns momentos, o isolamento social em que vivem quando se encontram desinternados, em decorrência da precariedade dos vínculos familiares e sociais (Rosa, 2011).

eu preciso sê internado... preciso porque... me foge totalmente o controle... no caso... chegando aqui... sô imediatamente socorrido... os funcionário já sabem o quê que tem que fazê... é... nenhum outro lugar eu achei isso... o pessoal sabe exatamente o que fazê... tá constantemente com a gente... é preciso sim vir pra cá... pelo menos no meu caso. (E2)

também... aqui o tratamento que é excelente... os médico são excelente... as funcionária são excelentes... toda a equipe são todos pessoas especiais... pessoas que eu gosto muito... entendeu? todas pessoas que cuidam da gente com maior carinho. (E14)

a minha satisfação foi que os enfermeiro... os psicólogo foram umas pessoa bastante coerente... eles foram muito... não só profissional... eles foram muito humano... me trataram assim... minha recuperação foi em quinze dias. (E6)

aqui eu tenho psicóloga individual... tenho terapia ocupacional... tem grupo pra você desabafá o que você sente... lá fora eu num tenho.... é um jeito de num ficá sozinha... aqui no hospital eu me sinto... sinto mais protegida... mais:: segura... porque tenho a atenção dos funcionários... compreensão. (E9)

eu penso que essas internação é a única solução da minha vida... pra tê mais conselho... pra eu pedi mais ajuda... os médico aqui ajuda reorganizá a minha vida... quem sabe mudá o jeito que eu posso pensá... essas internações ajudam... aqui os funcionários me dão conselho... me dão TUDO... isso faz bem pra mim... ou um conselho religioso:: um ponto positivo é que aqui eles pode te ajudá... te tratá... pode fazê::... tudo... tudo que o tratamento precisa pra você saí lá fora... pelo menos com juízo na cabeça... eu num sei... é que lá fora num tem mais ninguém... ninguém faz isso lá fora... ninguém me ajuda... num tenho ninguém. (E12)

Nos relatos obtidos, foi extremamente valorizada a assistência profissional permanente e contínua, bem como a proximidade e o convívio com os funcionários que fazem com que os usuários se sintam seguros, acolhidos e, inclusive, menos solitários. Essa valorização remete à entrega que o usuário faz de si aos cuidados profissionais (e afetivos) recebidos dos profissionais, o que deriva do reconhecimento de que necessitam dessa atenção não apenas no momento da internação. Não obstante, sabe-se que esse acolhimento e segurança podem ser perfeitamente oferecidos em recursos substitutivos à hospitalização, desde que haja dispositivos e profissionais disponíveis para oferecer essa continência.

5.1.3 Possibilidade de convivência com os pares

Os ciclos repetidos de internação favorecem a constituição de uma rede de apoio social, que contribui para reforçar os vínculos afetivos, a confiança e o convívio com os pares, vistos como antídotos contra a solidão e o desamparo vivenciados no meio social.

no meu caso foi tanta internação que eu acabei fazendo muita amizade aqui dentro... eu deixo aqui muitos amigos... funcionário... paciente... eu gosto muito do pessoal... as vez sinto falta deles... (E2)

o aspecto positivo da internação é que eu tenho o convívio... eu tenho pessoas pra tá conversando... eu tenho pessoas pra tá trocando ideia... pessoas que têm o mesmo problema que eu... de álcool... fico rodeado de pessoas porque a solidão é muito triste... né? (E14)

aqui no hospital eu gosto das pessoa... da amizade das pessoa... dos paciente... dos funcionário... é bom ficá aqui por causa disso... as tia conversa com a gente. (E 21)

amigo aqui eu tenho bastante... os próprio paciente... né... lá fora num tenho ninguém. (E16)

aqui tem colegas para você dasabafá... falá dos seus sentimentos... (E9)

Nota-se que, em alguns casos, as relações afetivas estabelecidas com os outros usuários constituem as únicas referências seguras com que os participantes contam, marcando até mesmo um sentimento de pertença a um grupo e um relativo sentir-se bem entre os iguais (Machado, 2003). Durante os repetidos períodos de internação, os pacientes vinculam-se aos demais companheiros, identificando-se com suas experiências e com seus sofrimentos e, por essa razão, sentem-se aceitos nas suas limitações, tão bem conhecidas e compartilhadas pelos outros. As demandas afetivas, antes dirigidas aos familiares, são direcionadas aos técnicos e a outros pacientes que compõem o espaço hospitalar, formando, assim, uma rede de relações que reforça a experiência da internação como um modo possível de vida e reconstrução do vínculo (Machado, 2003).

5.1.4 Percepção de proteção subjetiva e exílio voluntário

A proteção subjetiva que o hospital oferece aos usuários apareceu nos relatos, no sentido da contenção, tanto simbólica quanto física, de comportamentos impulsivos e autoagressivos, marcando assim o caráter do pedido de ajuda do próprio paciente.

eu acho que se/que é a única solução eu se interná... porque quando vem a vontade deu me matá... é isso... a internação que me protege. (E21)

quando eu vejo que eu não tô dando conta de mim mesmo... que eu tô ouvindo vozes... e que eu tô com pensamento de suicídio... essas coisas... eu mesma peço a internação pra me protegê. (E9)

eu acho bom... é uma força que tá me dando... é o breque... nos gole... se eu num tivesse aqui... uma hora dessa eu taria já bêbado... tá aqui impede eu de bebê... e:: tira a ansiedade... sabe? porque aí... eu já vô saí sem ansiedade... de bebê... aqui é a melhor coisa... foi a melhor maneira que eu encontrei pra mim podê dá o primeiro passo... foi necessário... foi necessário... a internação foi necessário porque eu num ia adiantá outro recurso pra mim. (E10)

na crise eu tenho que sê internada mesmo... num sei... é aquilo que fico descontrolada... né... num tem como... alguém... a família controlá... né... fico agitada... eufórica... é:: elétrica... na internação cê ficá fechada... né? fica fechada... protege. (E18)

preciso do tratamento no hospita...l né... igual... depois que eu fui internada eu já tive que cê contida... porque EU que pedi... eu pedi pra me contê porque eu tava... tava me dando suicida... e eu tava com vontade de saí quebrando e... batê a cabeça até rachá... se eu tivesse na minha casa eu teria pego a faca e cortado os pulsos... o hospital me protege de MIM mesma... porque eu fico ansiosa... a ansiedade vira RAIva e a RAI por si volta contra mim mesmo... é onde eu me machuco. (E19)

o que eu acho que é uma ajuda... pra me ajudá a num me envolvê mais com droga... pra num tê mais que voltá aqui... um jeito de me protegê. (E10)

é um meio de eu me::: podê me retratá... né... e me tratá... tentá curá... saí dessa/eu tenho depressão... álcool... droga... pois tudo é uma coisa só... né? quando eu tô me vendo... eu já tô caído... acabo aqui... sempre assim... o que eu penso de tê tanta internação? sô um fraco... um fraco de num sabê enfrentá a vida de cara... enfrentá a vida como ela foi feita. (E11)

o que eu penso a respeito dessas internações aí... é falta de equilíbrio... é falta de autocontrole... equilíbrio mesmo... eu mesmo procuro a internação... eu SEI que tá na hora... tomo esse decisão tranquilamente... depois de uns três... quatro dias trancado no quarto... que eu tô com aquela angústia... né... aquela coisa ruim que tá preso dentro de você... quando passa um pouco essa angústia... aí eu corro pro hospital... (E14)

O hospital, em muitos casos, é o único espaço que pode acolher a loucura em suas manifestações devastadoras, já que histórica e culturalmente essa foi também sua função outorgada pela organização social. É um refúgio e, simultaneamente, um ponto de encontro com seu frágil equilíbrio. Assim, o hospital psiquiátrico pode funcionar como um modo de proteção a serviço de uma sociedade pouco acolhedora e intolerante a comportamentos desviantes, bizarros, destrutivos, bem como ao uso abusivo de drogas (Oliveira, 2007).

Ao analisar os relatos dos participantes, o hospital aparece como espaço que assegura, na dimensão da realidade, certo tipo de proteção, como se a instância concreta da instituição hospitalar fosse necessária para organizar e minimizar o sofrimento mental do paciente. No mesmo sentido, o hospital parece ser buscado, direta ou indiretamente, como um pedido de ajuda do próprio paciente, decorrente do reconhecimento de que se encontra em um momento de sofrimento que demanda um cuidado mais intensivo.

Pode-se pensar no acolhimento como uma noção próxima ao conceito de hospitalidade, proposta por Derrida (Simoni & Rickes, 2008), que implica atender irrestritamente ao pedido de acolhida daquele que se apresenta completamente estranho e que, muitas vezes, chega anônimo, sem poder dizer quem é, qual sua origem ou mesmo por que está ali. Ao acolher, portanto, promovem-se lugares de sujeitos (Malta, Ferreira, Reis & Merhy, 2000), uma vez que, à medida que são reconhecidos pela equipe, os usuários podem ser escutados em seu sofrimento, responsabilizando-se por eles, ao mesmo tempo em que a própria equipe se compromete em oferecer seu cuidado e os auxiliar a encontrar formas construtivas de atender as suas necessidades (Bueno & Merhy, 1997; Caçapava, 2008; Coimbra, 2003).

Nota-se, entretanto, que as funções de proteção subjetiva e hospitalidade, encontradas pelos participantes no hospital, podem plenamente ser oferecidas em outros espaços sociais, desde que, de alguma forma, se privilegie o acolhimento e a continência das manifestações mais radicais do sofrimento mental e que haja dispositivos disponíveis e suficientes para oferecer esse cuidado quando ele se fizer necessário. Sendo assim, a condição para que tais funções sejam desempenhadas encontra-se na condição de acolhimento do serviço e da equipe, e não, necessariamente, da estrutura física restritiva. O direito ao asilo nas situações de crise, inclusive, é um dos parâmetros mínimos que os serviços extra-hospitalares devem contar para prescindir das hospitalizações (Kinoshita, 1996).

O risco que se corre, portanto, é que, na ausência de uma rede extra-hospitalar organizada de acolhimento, entenda-se que somente os contornos do hospital podem exercer tal função protetora. Assim, por exemplo, casos de pacientes em crise, que poderiam ser acolhidos no CAPS, são, na ausência ou insuficiência desse recurso, encaminhados à internação, justificada como medida de proteção.

Nas falas dos participantes, o hospital é compreendido, ainda, como um local que pode proporcionar uma oportunidade de reflexão e afastamento em relação aos problemas da vida.

aqui eu fico em silêncio... eu gosto do silêncio... pra pensá em paz... ninguém fica falando na minha orelha... apesar dos gritos que tem nesse lugar aí... mas eu penso nas burrice... aqui eu fico pensando nas burrice que eu fiz na vida. (E11)

vim aqui é bom assim... pra você pará um pouco assim e refleti um pouquinho... mais ainda num deu tempo pra isso... pra refleti... tá cedo ainda pra eu í embora... num deu ainda não... precisaria de mais tempo aqui. (E17)

Assemelhando-se a uma espécie de retiro ou exílio voluntário, o período de internação é compreendido por alguns entrevistados como um momento de reflexão e elaboração sobre os percalços inerentes à vida e à condição humana. Este “retirar-se” da vida parece, inclusive, ser almejado pelos usuários, como forma de se afastar das dificuldades encontradas no cotidiano de suas vidas. Contudo, há quem expresse que o tempo de permanência não foi suficiente para sanar suas necessidades, revelando a expectativa de que algum tempo o seja no futuro, o que pode gerar novas demandas de internação.

Não é raro encontrar casos de pacientes que prefiram ficar internados quando não se sentem acolhidos e seguros em outros lugares, como os oferecidos nos espaços extramuros (Machado, 2003; Machado, Manço & Santos, 2005; Oliveira, 2007). Em geral, são usuários com longas ou repetidas internações, com dificuldade de reinserção social, ausência de suporte familiar, financeiro e de assistência (Oliveira, 2007). O medo de ser rejeitado reforça o afastamento social, em razão do preconceito e do estigma social. Nesse sentido, pode-se pensar que as repetidas internações hospitalares reforçam uma relação de dependência no paciente, o qual, não raramente, pode se sentir desprovido das condições pessoais e dos recursos extra-hospitalares suficientes para o enfrentamento de seu sofrimento (Machado, 2003). Ou seja, o usuário, ao encontrar acolhimento quase que exclusivamente no hospital, sente revigorada a relação de dependência que mantém com esse espaço.

Há uma retroalimentação permanente que pode ser formulada da seguinte maneira: quanto mais empobrecida a vida subjetiva e social, maior a dependência em relação à instituição psiquiátrica. Ocorre que, ao permanecer na órbita do hospital, os esforços para recuperar as dificuldades de convivência comunitária tendem a se enfraquecer. A adaptação à vida extramanicomial se torna cada vez mais difícil. Condenados a viver segregados, não mais porque são compulsoriamente internados como ocorria anteriormente, mas como forma de compensar os laços sociais desfeitos ou precários.

5.1.5 O caráter fechado, restritivo e ocioso da hospitalização

Por outro lado, alguns participantes deixaram claro, em suas falas, a insatisfação que sentem com o caráter fechado e restritivo imposto pela internação psiquiátrica. Nestes relatos emerge outro sentido da internação: a de restrição da liberdade e da autonomia da pessoa.

é ruim tê que voltá a sê internada... porque eu sô passarinho... eu quero voá... num quero ficá aqui presa... tô presa na gaiola... e eu num sei qual o motivo... igual... um homem ladrão tá lá porque tá pagando um crime porque o que ele fez foi errado... eu não... eu tô aqui presa num sei por quê. (E19)

é muito ruim... é fechado... é fechado... num tem liberdade... é horrível tê tanta internação... sabê que eu vô sê internada de novo... é ruim. (E18)

ah... eu me sinto muito presa. (E9)

acho muito ruim tê tanta internação assim... fica aqui dentro PREsa... num tem liberdade pra nada... é uma prisão. (E21)

é ruim... como se fosse uma prisão no caso. (E2)

Nota-se que alguns entrevistados (E19, E18, E9), embora tenham afirmado anteriormente que precisavam de internação, a ponto de algumas vezes solicitá-la, nesse momento da entrevista, queixam-se do caráter restritivo da hospitalização: se sentem presos, sem liberdade. Esses participantes revelam a ambiguidade que pode ser verificada na transição entre o antigo modelo manicomial, introjetado pelo paciente, e o deslumbramento de um novo modelo, explicitado no posicionamento contrário por parte daquele que, até então, era objeto de práticas asilares. A partir das contribuições de Santos (2000), pode-se pensar que este tipo de relato vislumbra a possibilidade de concretização da aspiração da Atenção Psicossocial, que se torna o senso comum.

É interessante ressaltar que os entrevistados associam a ideia de prisão à internação psiquiátrica. Esta analogia com a instituição prisional, especialmente no que diz respeito ao espaço fechado e restritivo do hospital psiquiátrico, coincide com a origem histórica da prática do internamento da loucura. Como mencionado anteriormente, o início dessa prática data de meados do século XVII, quando, a partir do fim dos leprosários, estes espaços passaram a ser utilizados para asilar, indiscriminadamente, desempregados, vândalos, miseráveis e loucos (Foucault, 1995). Esse “resto”, resultado do fim dos leprosários, segundo

Foucault, marcou a continuidade do esforço de se garantir a tranquilidade pública e renovou, assim, o lugar da exclusão e segregação social dos párias.

Nesse sentido, a origem da prática de internamento do portador de sofrimento mental não teve o critério médico como justificativa, sendo, antes, mais uma estratégia que visava à manutenção da ordem social, que incluía a higienização e a disciplina do uso espaço coletivo, a partir da coerção e segregação das populações desviantes, entre elas os ditos loucos (Amarante, 1996). Foram desses espaços disciplinares, contornados por muros que, mais tarde, derivaram os asilos, ou ainda, os hospitais psiquiátricos, instituídos na França iluminista por Pinel, como imperativo terapêutico (Amarante, 2007; Foucault, 1977).

Somada à questão do sentir-se compulsoriamente preso, agrega-se a impressão da ociosidade experimentada durante o período de internação.

eu acho ruim... ficá presa... num podê fazê as coisas... num faz nada... eu acho que é assim uma coisa ruim. (E20)

então... bom não é... porque hospital psiquiátrico é entediante... num faz nada. (E2)

ah... é ruim porque tem que ficá trancada aqui o dia inteiro... tem dia que não tem nada pra fazê... e eu gosto de alguma coisa pra ocupá meu tempo. (E1)

você se sente improdutivo... né?... que eu poderia tá lá fora... produzindo... sei lá... fazendo alguma coisa... então aqui tá super-improdutivo... tá fica naquela vida de comê... bebê e nada né? E tomá banho e dormí... porque num tem um:: num tem uma terapia ocupacional... por exemplo... sei lá... alguma coisa... mesmo assim teria que produzí alguma coisa... Eu aqui dentro num tô produzindo nada. (E14)

Embora o Projeto Terapêutico Institucional do hospital contemple atividades variadas, tais como as terapêuticas (atendimento psicológico em grupo, atendimento psicológico individual, atendimento de terapia ocupacional, atendimento médico, recebimento de visitas) e as de lazer (caminhadas, disponibilização de leituras e programas de televisão), estas não acontecem durante todo o dia, nem continuamente todos os dias, considerando que o quadro de profissionais não se mantém o mesmo as 24 horas do dia, nos sete dias da semana. Assim, mesmo que se direcionem esforços no sentido de disponibilizar um leque amplo de atividades e de oferecer um ambiente humanizado aos pacientes, o espaço restritivo do hospital limita as possibilidades do fazer humano. O descompasso entre o discurso ideal e a prática possível é ampliado e, por vezes, se torna abissal.

Estudo de Castro (2009), realizado a partir de informações coletadas por meio das anotações em prontuários dos pacientes reinternantes no setor de agudos do HSTRP, mostrou

que, durante a internação hospitalar, predominaram os tratamentos farmacológico e psicológico, sendo que, em um período de dois anos, 43% dos pacientes receberam apenas estes dois tratamentos enquanto internados, 24% receberam apenas tratamento farmacológico, 14% receberam tratamentos farmacológico, psicológico e de terapia ocupacional, 4% tiveram tratamento farmacológico e reunião familiar e 4%, tratamento farmacológico, psicológico e reunião familiar. Nos relatos de pacientes reinternantes obtidos no estudo de Salles (2005), além do caráter restritivo da internação, foram mencionadas a inatividade e a consequente ansiedade provocada nos pacientes durante o período que estão sujeitos à internação.

A ociosidade também foi aventada por Foucault (1977), que agregou a ela a passividade, a inércia e o isolamento social, como resultantes do processo do tratamento característico da instituição asilar que, segundo o autor, estaria a serviço da dissolução das diferenças pessoais, como forma de prevenção dos conflitos. Essa homogeneização, que tolheria as diferenças e as manifestações dos desejos individuais, seria realizada por meio do tratamento padronizado: vestir as mesmas roupas, alimentar-se da mesma forma, seguir rigorosamente os mesmos horários e submeter-se aos mesmos rituais (Foucault, 1977), o que faz o paciente render-se ao conformismo.

5.1.6 Mal-estar ao compartilhar o espaço com pacientes em condições mais graves

A instituição total (Goffman, 2003) delimita um espaço ao homogeneizar os atores e as práticas sociais. Nesse sentido, o hospital pode funcionar como um agente regulador. O convívio com outros indivíduos submetidos à mesma condição alienante é atravessado por tensões. Os participantes expuseram o mal-estar vivido, ao compartilharem o espaço com outros pacientes, experimentando junto deles um acréscimo ao seu próprio sofrimento.

quando a gente fica melhor... a gente vê os outro num estado assim... num estado assim doente... fica difícil... tem que tê uma certa... é... controle... né... pra num ficá doente assim de novo... né. (E2)

só vendo o povo chorá... o povo que gritá aqui dentro... o povo grita... isso é muito ruim. (E21)

ah... o barulho incomoda... prefiro lá no HC do campus... cê é presa... mais lá pelo menos tem silêncio... mais calmo... tranquilo... num é agitado igual aqui. (E9)

a gente vê muita coisa... aqui às vezes assusta a gente... né... mas aprende também bastante... eu fico no meu quarto... o mais tempo POSSÍVEL eu fico no meu quarto... eu fujo disso. (E20)

eu vejo gente pior do que eu... a gente vê pessoas sofrida... pessoas aí amarrada... aí eu fico mais doente ainda... eu num gosto de vê essas coisa... sabe? Já num basta eu tê passado o que eu passei na minha vida... os doido aqui sai batendo nos outro doente... uma doida batendo numa senhora de idade... eu não gosto de vê isso... não... eu num acho que eu devo ficá aqui não. (E22)

certos pacientes agressivos aqui... ignorantes que:: acha que é valentão... percebe a minha fraqueza e vai querê me atacá... (E12)

veja bem... umas pessoa são depressão... eu num sei se o hospital tem ou num tem essa condição hoje... mais eu acho que tem que tê núcleo... no caso dessa mocinha que está aqui... ela tem um retardamento maior... quebra tudo... joga tudo... a própria pessoa que tá aqui se recuperando às vezes de uma... como eu... que 134a ciente... aquilo torna pra você um pesadelo... portanto deveria tê um núcleo só pra aquele tipo de paciente mesmo sendo mulher... ou no caso de sendo homem separado... porque são mais agressivo... num é todas as pessoas que tão aqui dentro que são agressiva... se você conversá com as pessoas que tão aqui dentro... você vê que tem muita diferença... tem pessoas que tão se recuperando e ficam assim atordoado à noite... porque dorme... fica preocupado com os outro paciente... você tem que tá se defendendo... eu acho que... eu num sei se o hospital tem ou num tem essa condição de... de fazê isso. (E6)

Partilhar um espaço físico, fechado e indiferenciado, com outros pacientes em crise, segundo os participantes, é um fator que agrava o próprio sofrimento. Os entrevistados revelam a percepção das diferentes manifestações e estágios do sofrimento mental, relacionando aqueles pacientes que demonstram ter uma agressividade mais afluída, agitação psicomotora e comprometimento psíquico. Percebem, ainda, a exposição dos pacientes mais frágeis e debilitados aos mais agitados e agressivos, bem como a dificuldade de recuperação daqueles que sofrem de um quadro depressivo, ao conviverem com a agitação dos pacientes delirantes recém-admitidos.

5.1.7 Posicionamento contrário à internação: o estigma e as perdas

Alguns entrevistados explicitaram, de forma precisa, sua insatisfação em ser submetidos a internações consecutivas.

ah, eu acho ruim... eu fiquei nervosa quando eu soube que vinha pra cá... vim chorando... porque eu não queria sê internada... que tem muita gente falando que é lugar de louco... fiquei mais aborrecida ainda... fico com isso na cabeça... tô no lugar de louco. (E1)

é horrível... é horrível... é uma sensação... é uma impotência TÃO grande... é:: a gente sabe que é necessário... mas é uma coisa que parece que deprimi a pessoa... ‘meu Deus... eu tava tão bem’ e de repente você vai pro sanatório... pronto.... vô ficá com isso pra sempre na minha vida (E6)

A sombra do estigma social paira sobre a pessoa com história de hospitalização psiquiátrica: “vô ficá com isso pra sempre na minha vida” (E6). A internação se torna sinônimo de perda.

...eu só saio perdendo ...perdi minha família... fiquei sozinha... isso que essa internação me fizeram. (E9)

ah... eu penso que já:: chega... né?... chega de sê internado... chega... por mim chega... pra sempre... num quero mais sê internado nem aqui nem em lugar nenhum... internação é muito ruim pra vida da gente... sabe? depois que sai daqui. (E7)

eu me sinto triste de tê que interná tanto assim... eu num queria tê problema na cabeça... eu queria sê saudável... eu queria voltá aquela mulher de antes... num precisá de hospital nenhum... tê uma vida normal. (E22)

ah... eu acho que eu num quero mais... eu quero seguí minha vida sozinha... sê feliz... nunca mais precisá de hospital... eu NUM acho que preciso de sê internada... eu num acho... porque eu sô uma pessoa normal igual as outras... tô conversando com você eu sei do que se passa... num PREcisa interná eu... (E16)

Os participantes deixaram claro, nos seus relatos, o desagrado com o itinerário terapêutico marcado pelas repetidas internações psiquiátricas. Sentimentos como desamparo, menos-valia e impotência, além da recusa de ser tratado como doente e colocado no lugar reservado aos “loucos”, apareceram nos depoimentos que também apontam para as consequências da internação, como as inúmeras perdas que acarretam em seu cotidiano.

Segundo Lancetti (1990), existe hoje um consenso mundial sobre o caráter iatrogênico das hospitalizações, uma vez que são inegáveis as profundas marcas deixadas pela internação psiquiátrica na vida de uma pessoa, que passa a carregar o estigma e o preconceito associado à loucura, pouco conhecida e amplamente temida pela sociedade em geral. Uma série de perdas decorre desse estigma social, como as que envolvem as relações afetivas, familiares e de trabalho. Com isso, como bem notam os próprios entrevistados, a internação psiquiátrica

muitas vezes favorece que se agregue um desvalor à pessoa egressa do hospital psiquiátrico (Valentini, 2001).

Nessa vertente, uma participante expressou claramente a noção social de destino selado, que é promovida pelas internações recorrentes em instituição psiquiátrica.

é... nas outras vezes eu precisava sim sê internada... dessa não... é o caso é que se você tem muita internação... então eles acha que cê precisa sempre sê internada... eu me sinto impotente. (E5)

Segundo esse relato, o fato de um paciente ter historicamente internações pregressas contribuiria para reforçar a indicação de uma nova internação, ou seja, a incorrigível marca deixada pelas repetidas internações colaboraria para favorecer novas internações, em um ciclo vicioso e infundável. Nesses termos, estudo de Loch (2012) aponta que o número de internações anteriores é um fator de risco para internações futuras, uma vez que a reinternação é uma das consequências práticas do estigma, que, em um ciclo vicioso, passa a ser consolidado a cada nova internação. Essa análise confirma a tese de Kiesler (1982), de que a hospitalização é um processo que tende a se autoeternizar. Assim, a partir desse relato, pode-se inferir que pacientes com histórico de repetidas internações motivariam intervenções que culminam rapidamente no encaminhamento à internação, como se houvesse a predeterminação de sua necessidade.

Houve, ainda, aquele participante que simplesmente afirmou não saber por que estava ali “*num sei... num sei nada não*” (E8), transmitindo a impressão de que essa situação pouco diz respeito a ele próprio e dando mostras de que o “não saber” solicita uma escuta, por meio da qual um sentido possa ser construído no cerne da relação dialógica.

Os participantes também manifestaram suas queixas com relação ao tratamento recebido durante a internação psiquiátrica. Como portam o estigma de “loucos”, as eventuais tentativas de denunciar os maus-tratos, de que ocasionalmente são vítimas, logo caem no vazio, devido ao descrédito que cerca a palavra da pessoa internada em hospital psiquiátrico.

agora tá bom... já melhorô muito... tão tratando a gente melhor... que eu já tive aqui das outras vezes... teve uma vez que eu queria até reclamá () aqui... tava até reunindo uma turminha... só que eu vi melhor “num adianta... meninas... nós fazê nada porque nós somo paciente... nós tamo aqui como louca”... então... o que que vai adiantá? Três louca falá de uma funcionária... eu sei que tem uma funcionária folgada... só que:: num vai tê crédito... é vista como louca. (E5)

que num queria ficá aqui... aqui eu num fui bem tratado... que é... é... aí eu não queria ficá aqui... eu chorei... (E7)

aqui é assim... se repeti... se falou... se fizé a pergunta mais de uma vez... a voz do outro engrossa... tanto do paciente como do funcionário. (E13)

às vezes as pessoas que trabalham tão nervosas consigo mesmas... aí tem aqueles paciente que também ajuda eles a ficá nervoso... e a gente acaba levando o pato... olha... a única coisa que a minha médica dirigiu a palavra pra mim foi pra me dizê é que eu tô num momento muito bipolar... só isso que ela disse. (E20)

Esses participantes relataram que não eram bem tratados pelos funcionários durante as internações, inclusive uma delas, embora tenha cogitado denunciar, não o fez por entender que não seria ouvida justamente por ser “louca” e, assim, ser considerada como destituída de razão. Outros, ainda, descreveram a intolerância e o nervosismo de alguns funcionários, acentuados com a própria sobrecarga decorrente do trabalho exercido no contexto de enfermagem psiquiátrica. O descrédito e a desmoralização que pairam sobre o paciente psiquiátrico foram claramente expressos nas falas dos participantes, representando uma fonte adicional de sofrimento, o que dificulta a negociação de seu poder de contratualidade. Uma das participantes relatou o pouco acolhimento por parte do médico que, segundo ela, limitou o contato a um breve pronunciamento a respeito de seu diagnóstico de transtorno bipolar.

5.2 Tratamento extra-hospitalar: repetir ou inovar?

Como discutido anteriormente, Saraceno (1999) aponta as características do “serviço” como uma das variáveis que determinam os resultados do processo de reabilitação psicossocial. Afirma, assim, que a qualidade do serviço depende de sua configuração flexível, permeável e diversificada, por meio da qual apresente condições para atender adequadamente às particularidades dos usuários e de situações adversas.

Em sentido semelhante, Kinoshita (1996) propõe algumas indicações para a construção de um modelo de atenção em saúde mental que tenha condições de substituir o modelo hospitalar. A primeira característica essencial é a garantia do direito de asilo do usuário, mediante proteção e continência que não representem isolamento e reclusão. Para tanto, o serviço deve estar disponível em termos de acesso e agilidade de respostas a situações de crise. Ainda, necessita estar inserido no território, por meio de ações comunitárias e territoriais. E, por fim, deve priorizar os projetos de vida dos usuários, o que amplia a possibilidade de o sujeito participar dos processos de troca e intercâmbio social.

A seguir serão apresentadas as percepções dos entrevistados a respeito do seu tratamento extra-hospitalar e, a partir dessas impressões, serão analisadas as características dos serviços e, em especial, sua coerência com a proposta da Atenção Psicossocial.

5.2.1 Percepção da qualidade da assistência recebida

Ao comentar sobre o tratamento extra-hospitalar, os participantes identificaram algumas fontes de satisfações, como a forma com que são recebidos pelos profissionais responsáveis pelo acolhimento, o que demonstra contentamento com a qualidade da assistência oferecida pelos mesmos.

...lá eu era bem recebido. (E8)

eu tô fazendo esse tratamento junto com as psicólogas... lá eu participo mais é das reuniões... reuniões de grupo... tem psicólogo... terapeuta... a própria psiquiatra minha... o pessoal lá também são super gente boa... são pessoal que dão uma atenção legal... pessoal que procura ajudá a gente bastante... minha psiquiatra num é aquela médica que te coloca na sala: “oi... tudo bem? tó sua receita e tchau”... é aquela médica que vai a fundo... vê... procura sabê como é que você está... procura analisá... como é que tá o remédio... se qué trocá... se precisa trocá... como é que está... orienta bem... uma ótima médica... sô sempre muito bem atendido... muito bem tratado. (E14)

eu gosto... eu passo com a psicóloga lá... toda semana... gosto... me faz bem... í na psicóloga eu sempre fui. (E18)

eu gosto de conversá com o meu psiquiatra... nós conversa... com a tia lá... a enfermeira... a psicóloga... o pessoal de lá... converso bastante... eu vô segunda e quinta... pegá remédio... supervisionado... né... e antes eu fazia jornalzinho... escrevia tudo sobre... sobre as notícia do postinho eu escrevia... lá/lá/lá nós conversa com o médico... é gostoso... não precisa de mais nada lá não... lá dá... carinho. (E21)

A satisfação apresentada pelos participantes quanto ao seu tratamento extra-hospitalar, um realizado no CAPS ad (E14) e três no NSM (E8, E18, E21), inclui a percepção da qualidade com que os atendimentos são realizados, expressa em descrições como o ser “*bem recebido*”, “*gente boa*”, “*dão uma atenção legal*”, “*lá dá... carinho*”, “*me faz bem*”, “*eu gosto de conversá*”, “*é gostoso*”. Assim, a partir desses relatos, pode-se notar que a satisfação com o serviço está associada à qualidade do atendimento, sendo especialmente valorizados os momentos de escuta (“*nós conversa*”), por meio das quais os profissionais demonstram seu

interesse e os pacientes se sentem ouvidos e, assim, acolhidos. Outros estudos também apontam que a percepção de ser tratado com respeito e dignidade é um dos aspectos que contribuem para a satisfação dos usuários com relação ao serviço (Silva, Bandeira, Scalón & Quaglia, 2012).

Como mencionado anteriormente, o acolhimento do usuário demonstra a qualidade do processo relacional entre o trabalhador de saúde e o usuário (Camargo-Borges & Japur, 2008) e implica colocar o usuário no centro do cuidado. Por essa razão, tem sido admitido como uma diretriz operacional fundamental à Atenção Psicossocial (Franco et al., 1999). Esse acolhimento, como foi trazido pelos participantes, se faz por meio do estabelecimento do vínculo entre pacientes e profissionais e pela instrumentalização da escuta. Segundo Campos (1997) e Merhy (2007), o trabalho centrado no vínculo possibilita o comprometimento da equipe, a corresponsabilização dos problemas e do usuário, além da produção da autonomia. Assim, o vínculo possibilita a ampliação da eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário no seu tratamento, concluindo-se que acolhimento e vínculo são dimensões essenciais na produção da saúde e do cuidado.

O usuário, ao ser recebido por um trabalhador de saúde e ter suas demandas acolhidas, pode encontrar diversas formas de resolução do problema (Camargo-Borges & Japur, 2008). Os entrevistados mostram que se sentem acolhidos quando percebem que o seu encontro com o profissional é pautado por uma postura continente que se materializa por intermédio do diálogo. No paradigma vigente, a promoção do cuidado em saúde deve se dar por meio desse processo relacional.

5.2.2 As preferências individuais por modalidades específicas de tratamento

Alguns participantes mostraram claramente suas preferências individuais que marcam a busca de zonas de conforto de acordo com a particularidade de cada um, especialmente no que se refere aos gostos quanto ao atendimento individual e o que é realizado em grupo.

eu acho que o serviço atende as minhas necessidades... acho que tem o que eu preciso... porque o resto eu num gosto de fazê mesmo... oficina não... grupo de TO... não... num gosto... só no psiquiatra e no psicólogo mesmo. (E20)

atividade? atividade faço todas... tem TO... tem tudo... todas as atividades lá tem... tem psicólogo... eu participo... se envolvo... tem algumas coisa que eu num gosto....

assim... quando é grupo... pra conversá todo mundo assim eu num:: num gosto... porque em vez de me ajudá... parece que me confunde um pouco... porque... um falá do outro... sabe? eu num gosto de falá... ouvi eu ouvo... mais falá num falo... eu prefiro fazê individual então... aí eu faço lá com psicólogo... só eu... faz bem porque eu se sinto mais... solto... mais... mais sossegado pra falá o que eu sinto. (E10)

lá na saúde mental que eu faço tratamento... comecei fazê T.O. lá... aí parei de í porque era assim... era em grupo... e T.O. dia tinha uma pessoa chorando... aquilo pra mim num tava fazendo bem... aí tô só na individual... aí faz bem faz... porque lá a gente pode conversá bastante:: né? pode se abrí. (E6)

lá tem psiquiatra... psicólogo... psiquiatria e gastro... acho bom lá... faz bem... num fico o dia todo lá não... as vez vô pra consultá... quando eu vô fazê algum bico eu num posso ficá o dia inteiro lá... as vez só meio período... porque eu tenho que fazê bico... e assim vai... né... de acordo com o que dá... com o que eu preciso naquele momento. (E11)

Assim, esses participantes advertem sobre a importância do reconhecimento de suas necessidades e particularidades, o que implica adequar a intervenção em função das demandas, interesses e preferências de cada paciente. Esse aspecto indica que é fundamental que o trabalho seja norteado pelo PTI, instrumento estratégico no campo da saúde mental (Merhy & Franco, 1999). É interessante notar, ainda, que alguns participantes afirmaram preferir a escuta individualizada ao grupo, seja por se sentirem desconfortáveis diante da exposição do sofrimento do outro ou por vivenciarem dificuldades de expor seus próprios sentimentos para o grupo. Esse aspecto reitera a importância da particularização do cuidado, que deve ser planejado sob medida para cada usuário e também ser reconfigurado a cada estágio de vida do mesmo (Mandú, 2004).

5.2.3 O CAPS como lugar de “doente mental”

Um participante relatou que avalia como inadequada a modalidade de tratamento que lhe é oferecida, pois acredita que, no seu caso, não seja necessária a semi-internação por um longo período, já que se encontra em condições de, durante esse tempo, manter sua atividade laboral. De fato, dentre os participantes, este foi um dos poucos que se encontravam economicamente ativos, além de não ser aposentado. Esse participante pontuou que se sentia incomodado com o convívio com outros pacientes com transtorno mental no serviço.

num vô fazê mais não lá... vô procurá um particular... eu acho que pra minha cabeça vai sê melhor... porque frequentá... sabe... tá num hospital... mesmo sendo uma semi-internação... a cabeça num aguenta não... é muito... ah... em primeiro lugar... são os paciente... né... são todos doente... a gente conhece muito bem... é como se fosse continuá... continuá... o mesmo erro... continuá no mesmo erro... é... e outra coisa... é... num é tanto esse fato... é que eu num gosto de lá mesmo... quando eu tô bom... eu quero trabalhar... num quero ficá junto com os outro doente... passá o dia lá. (E2)

Esse participante parece acreditar que o fato de continuar vinculado a um ambiente associado ao cuidado do sofrimento mental e, assim, conviver com outros pacientes, facilmente reconhecidos como portadores de transtorno mental, equivale a reafirmar sua condição de “doente”, sendo que, na sua visão, ele tem condições de fazer algo diferente, como trabalhar e garantir seu sustento. Por essa razão, espontaneamente, o usuário manifesta sua decisão de procurar um atendimento particular, o que, em sua compreensão, permitirá dar continuidade à sua vida laboral. Pode-se pensar que, ao não encontrar no serviço uma proposta de atenção que atendesse às suas necessidades, interesses e condições particulares, o participante manifesta o desejo de buscar saídas mais satisfatórias. Essas alternativas não negam sua necessidade de receber tratamento, mas a reconfiguram dentro de uma moldura de fortalecimento da autonomia e do desejo próprio frente aos padrões instituídos pelo serviço.

Esse depoimento, somado aos anteriores, reitera a importância de considerar as particularidades de cada caso, bem como os diversos momentos pelos quais as pessoas passam, uma vez que suas necessidades e condições psíquicas se modificam nos diferentes estágios do sofrimento mental.

O abandono do tratamento, assim como as faltas, que implicam em descumprimento do plano terapêutico, é comumente entendido pelos profissionais de saúde como indício de baixa adesão ao tratamento, geralmente, associado ao descuido do paciente para consigo mesmo (Camargo-Borges & Japur, 2008). Contudo, tal como mostra o participante em tela, muitas vezes, ao se opor ao que lhe é proposto pelo serviço, silencia e busca espontaneamente outras saídas. Pode-se pensar que, caso ele encontrasse um espaço de escuta e de negociação, poderiam ser programadas intervenções mais adequadas e efetivas frente ao desafio colocado pelo absenteísmo aos serviços de saúde. Por essa razão, Merhy (2007) pontua que situações como essas devem ser abordadas pela equipe como uma responsabilidade a ser compartilhada por todos, equipe e paciente.

Outra questão que o depoimento anterior aponta é a identificação do CAPS como um lugar de “doente mental”. Essa percepção carrega uma conotação desvalorativa que evidencia a nítida separação entre os loucos – que se encontram nos CAPSs – e a comunidade – fora dos

limites circunscritos pelo CAPS. Com isso, pode-se concluir que, na percepção do usuário, não há integração entre os dois grupos que são fortemente cindidos e diferenciados. Quando há oportunidades de sociabilidade, esta se dá entre os próprios usuários.

Barros (1994), ao considerar essa situação, alerta que o serviço territorial muitas vezes contribui para o isolamento do usuário, mediante práticas paternalizantes que impedem que o mesmo confronte-se com os efeitos de suas próprias ações, o que o leva a uma condição de dependência institucional e o restringe às relações mínimas estabelecidas na própria instituição. Daí decorrem alguns problemas: para aqueles usuários que se encontram em um quadro mais estabilizado, comum aos transtornos do humor (como é o caso do referido participante), torna-se incômodo e até penoso continuar frequentando locais já estigmatizados. Esses usuários preferem tratamentos ambulatoriais do tipo consulta, em locais onde não se deparem com o sofrimento mental intenso. Apesar disso, a cobertura da assistência à saúde mental aos pacientes com quadros leves a moderados, que representam 9% da população, normalmente fica sob a responsabilidade dos serviços especializados já insuficientes, sobrecarregando-os (Marques, 2009).

Nesses casos, a proposta é que a assistência aos casos mais leves seja integrada à atenção básica em saúde, por meio da estratégia de matriciamento (Brasil, 2003; Campos, 2006; Dimenstein et al., 2005; Fortes, 2009; Leão, 2010; Moraes & Tanaka, 2012). Campos (2006) considera a implantação do apoio matricial de referência em saúde mental para a equipe da rede básica como estratégia que possibilita assegurar, de forma dinâmica e articulada, a retaguarda especializada. Contudo, o matriciamento fica condicionado a regiões que contam com a cobertura da ESF, o que nem sempre ocorre, como é o caso de Ribeirão Preto, que, como mencionado anteriormente, das 47 unidades de saúde, apenas 13 estão organizadas de acordo com a ESF (Ribeirão Preto, 2010).

A percepção do participante, que aponta para a segregação, bem como a constatação da ausência de práticas territoriais articuladas, sugerem que os serviços perseveram em um movimento solitário e, muitas vezes inócuo, de tentar solucionar questões que transcendem o problema do sofrimento mental (Koda, 2003). Esse isolamento no qual vivem os serviços de saúde mental, que priorizam consultas ambulatoriais e medicação em detrimento da abordagem psicossocial, favorece perpetuação de mecanismos de segregação (Aguiar, 2009). Como afirma Koda (2003), a ausência de articulação das respostas e o consequente isolamento dos serviços conduzem à tentativa de atender à responsabilidade de outros setores, em oposição à construção de interfaces entre eles. Ao se examinar essa realidade em uma perspectiva histórica, é possível antecipar que esse processo encontra-se fadado ao fracasso.

5.2.4 Percepção sobre o sofrimento mental e os efeitos/adesão ao tratamento

Alguns participantes reconheceram que o serviço dispõe de atendimento de qualidade, contudo, sem saber explicar muito bem, faltaram às consultas agendadas e abandonaram o tratamento.

tem terapia ocupacional... tem:: atividades educativas... tem filme... é::: tem bastante coisa... conversa com psiquiatra... passo uns dia lá muito bom... faço algumas atividades... joga bola... tai chi chuan... é::: lá tem pimbolim... atividades recreativas... eu gosto muito... tem muitos amigos lá... eu participo das coisa... mas tem dia que eu falto... falto porque fico... tô na rua... num tem outro jeito... lá atende minhas necessidades... mais num... eu tô sentindo que num tão me ajudando muito... não tá sendo suficiente... eu preciso pelo menos de alguma coisa pra eu saí da rua. (E12)

eu fiquei muito tempo lá... depois parei... num sei bem porque eu parei... é de mim mesmo... porque os profissionais lá são excelente... todos ali... tudo... tudo... se eu fô abrí a boca um tantinho assim deles aí... é um pecado que eu tô jogando. (E17)

No primeiro recorte da fala, o participante, ainda que tenha listado uma série de atividades oferecidas pelo serviço, sugeriu que o mesmo é insuficiente para ajudá-lo. Este paciente, importa sublinhar, vive em situação de rua e, na época de sua entrevista no hospital, embora estivesse em situação de alta, ainda permanecia internado porque o serviço social estava à procura de uma instituição que o abrigasse, após tentativas frustradas de aproximação com irmãos que se recusaram terminantemente a recebê-lo em suas casas. No segundo recorte da fala, o participante tentou encontrar razões que justifiquem o abandono de seu tratamento, mas não consegue explicitá-las. Chegou a hipotetizar que a “causa” da descontinuidade do tratamento seria ele próprio: “*num sei bem porque eu parei... é de mim mesmo*”.

Sabe-se que para o usuário de substâncias, como é o caso de ambos os participantes (E12, E17), a tendência à baixa adesão ao tratamento é mais acentuada, haja vista a dificuldade de se libertar do impulso de busca de prazer imediato e solitário, que, por sua vez, exclui outras possibilidades de prazer e relação. Intervenções que operem para além da imposição da abstinência ou da necessidade da determinista e insolúvel autonegação “eu sou dependente” podem promover alguma abertura subjetiva, que leve à implicação do usuário no seu tratamento (Santos & Costa-Rosa, 2007).

Outros participantes delimitaram os momentos de bem-estar, apontando a continuidade do sofrimento e até mesmo a impossibilidade da cura, ainda que, sob seus pontos de vista, os serviços ofereçam serviço de qualidade.

eu fazia acompanhamento lá... todos os dias eu ia lá... fazia alongamento e tudo... é três vez por semana que eu vô... eu acho assim... que:: as pessoas lá me tratam com MUItro carinho... todo mundo é bonzinho comigo... as enfermeira são maravilhosas... mais quando eu saio lá de dentro já começa vim aqueles pensamento... eu já começo pensá negativo... pensá coisas que eu num devo... lá dentro eu tô bem... nem lembro de casa. (E22)

tem psicólogo... tem o doutor que é o médico e:: e tem mais um homem lá... e tem num sei mais quem lá... lá é assim... eu gosto... meu médico eu gosto... ajuda melhorá... mais a minha doença mesmo ninguém tira... e eu quero sará da doença que eu tenho. (E16)

Algumas pessoas entrevistadas relataram que almejam o fim de seu sofrimento, que para elas equivale a “sara” do transtorno mental, embora acreditem que nem o serviço nem o profissional podem atendê-las completamente em seus anseios. Localiza-se nesse ponto o limite tenso da atuação, o que muitas vezes leva o serviço a “desistir” ou desobrigar-se do paciente “difícil” ou supostamente “não responsivo”, a partir da conclusão de que a instituição pouco pode fazer frente ao não “enquadramento” do usuário ao modelo de intervenção oferecido (Merhy, 2007). Com isso, em alguns momentos, parece haver um esforço no sentido de adequar o paciente ao serviço e não o contrário (Rosa, 2011).

Porém, outra proposta possível é que este limite do serviço, reconhecido de forma responsável, lance o desafio de se inventar algo que alivie a dor e que possibilite que o (con)viver com um transtorno mental também seja uma forma de existência (Dimenstein, 2006). Nesse sentido, o cuidado em saúde mental não mais equivale à busca de soluções e de cura do transtorno mental, que tradicionalmente se procede mediante a normatização do sujeito. Na perspectiva da Atenção Psicossocial, a radical diferença imposta pelo sofrimento mental não deve ser extirpada, mas considerada como uma possibilidade de existência. Sendo, assim, o tratamento centra-se no esforço da construção de caminhos possíveis a se viver, isto é, na produção de vida, sentido, sociabilidade e utilização dos espaços coletivos de convivência (Luzio, 2010). Nas palavras de Yasui (2006), cuidar em saúde significa:

pensar em uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir é preciso reconhecê-lo [...] como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença [...] Significa romper com a racionalidade médica que instrumentaliza saberes e práticas hegemônicas centradas na

doença, de caráter hospitalocêntrico, excessivamente farmacológico e de orientação biologizante. [...] As estratégias de intervenção daí decorrentes ampliam-se para a construção de projetos marcados pela diversidade. Cuidar é montar, tecer projetos de vida (p.108).

Ao se considerar a falência do antigo modelo, sustentado pelo binômio doença-cura, impõe-se a necessidade de se reconhecer a ausência da intervenção ideal já pronta, o que possibilita que a equipe, em parceria com o usuário, negocie e construa uma nova proposta de intervenção (Merhy, 2007). Muitas vezes uma intervenção efetiva em saúde mental não se inscreve na abordagem circunscrita pelo próprio serviço, demandando que se aumente a amplitude da articulação necessária com outros setores, tal como aponta a proposta psicossocial prevista na Reforma Psiquiátrica. A intersectorialidade é um pressuposto fundamental do modelo psicossocial para infundir dinamismo ao atendimento das necessidades do usuário.

5.2.5 Limitações do tratamento extra-hospitalar

Apesar de se mostrarem satisfeitos, os participantes localizaram algumas limitações do atendimento extra-hospitalar, que acabam por influenciar o tratamento.

lá eu:: desabafo com o médico o que eu tô sentindo... mas que nem sexta-feira... eu cheguei pra ele e disse que eu tava com MUIta vontade de tirá a minha vida... eu falei: “doutor... hoje meu plano é ME MATá”... aí... quando eu falei assim... ele me encaminhô direto pra cá... num me deixô eu í embora... ele quis me barrá aqui... por causa disso... eu fico pior ainda da minha cabeça... eu falo as coisa... o médico/eu fiquei até com raiva do médico... ele não deixô eu conversá mais... nem quis mais me ouvi... já foi logo me encaminhando pra cá... ele não me ouviu o motivo porque que eu tava naquele plano ruim... eu acho que se ele me ouvisse... melhorava a minha mente... e ele num deixô eu falá. (E22)

Essa participante deixou transparecer que experimentou um impasse no contato com seu médico, por não se sentir compreendida e atendida em sua necessidade subjetiva. Ela se posiciona a favor da importância da escuta do sofrimento psíquico e chega a concluir que, embora relatasse ideação suicida, o que mais desejava era ser ouvida: “eu acho que se ele e ouvisse... melhorava a minha mente”. Tal participante lança uma questão espinhosa para os trabalhadores de saúde: o que fazer diante do desvelamento de planos de morte de um usuário

com histórico de risco suicida? Como proceder, de maneira prudente e acolhedora, mas sem recair em uma postura de eventual distanciamento do contato e na tentação de burocratizar uma prática? Até que ponto a tomada de decisão no sentido da internação, como medida preventiva em relação aos possíveis atos autodestrutivos de uma pessoa em situação de vulnerabilidade, pode sobrepôr-se à responsabilidade de acolher o paciente em seu sofrimento, no aqui e agora de uma consulta?

O modelo do CAPS III, especialmente no que diz respeito ao atendimento à crise e à hospitalidade 24 horas, responde exatamente a circunstâncias de urgências subjetivas que demandam acolhimento imediato e integral (Amarante 2007; Dell'Acqua & Mezziana, 2005; Heck, 2012; Luzio, 2010). Contudo, no caso dessa paciente, o tratamento é realizado no NSM, que, como mencionado anteriormente, não funciona no período noturno e tem uma equipe reduzida e pouco diversificada. Em situações como essa, há uma demanda explícita e imediata por uma escuta ativa de um sofrimento que, muitas vezes, além de doloroso para quem o experimenta, torna-se também insuportável para aquele que o ouve, o que, muitas vezes, conduz ao encaminhamento à internação, principalmente, quando há ausência de recursos estruturais e humanos necessários para o atendimento à crise (Lima, Jucá, Nunes & Ottoni, 2012).

Um entrevistado apontou que, embora o serviço conte com os mesmos profissionais que compõem o quadro funcional do hospital, ele não funciona 24 horas do serviço, o que, segundo ele, justificaria sua necessidade de internação.

aqui no hospital é um jeito de eu tê onde ficá à noite quando eu num tô bom... que nem... lá no CAPS tem os profissionais que nem aqui... mais lá é semi-internação só... vai lá só pra passá o dia... e à noite... quando eu tô assim...ruim assim... eu num tenho pra onde í (E12)

Esse relato, advindo de um paciente atendido pelo CAPS ad, retrata uma situação muito comum na atualidade, uma vez que a carência de serviços de saúde mental com funcionamento ininterrupto, os CAPSs III, está associada ao movimento de procura e encaminhamentos às emergências psiquiátricas e, por consequência, à (re)internação, o que vem reforçar o modelo hospitalocêntrico de assistência (Vianna & Barros, 2004).

Alguns participantes relataram certa insatisfação com o serviço no qual fazem seguimento extra-hospitalar, localizando-a em pontos específicos do esquema de acompanhamento, como a distância temporal entre os retornos.

eu volto de mês em mês pras consulta... eu... na minha forma de vê... na minha forma de pensá... acho que precisava de um pouco mais... né?... precisava de um pouco mais... um acompanhamento mais próximo... mais... marcá uns retorno mais perto... pra tá monitorando a gente.... digo com os psiquiatras... né... os médicos... eu sei que eles têm agenda cheia... mais tem a medicação... precisa vê se a medicação tá fazendo efeito ou não... pra fazê uma avaliação legal... eu acho que poderia... sê bem mais próximo as consultas. (E14)

eles têm um prazo muito longo pra atendê... de seis em seis meses... é muito longo o retorno... e eu acho que eu tinha que passá todo mês. (E18)

Considerando a eventual sobrecarga da agenda do médico psiquiatra, além do longo intervalo fixado entre as consultas, no decorrer das mesmas, o tempo dedicado pelo profissional é curto, o que, na visão dos participantes, pode comprometer a qualidade do atendimento e da atenção oferecida ao paciente. De fato, os participantes se queixaram, especialmente, no que se refere à ausência de escuta durante os atendimentos que, em sua maioria, se restringem exclusivamente ao controle da medicalização, o que é característico de um modelo ambulatorial, embora um dos entrevistados seja tratado no CAPS ad (E14).

com o médico a gente não conversa... ele num é de conversá assim comigo... é só de passá o remédio... é muito rápido as consulta... só pergunta se eu tô bem... mais num é profundo... uma conversa mais profunda... prolongada... na verdade eles só cuida do meu remédio... na parte da cabeça PSICOLógico não atende... como a senhora tá conversando comigo... sabe? eu gosto que as pessoas me... me ouve... eu sô assim... eu num queria que eu fosse internada... queria um tratamento psicológico... num pedi psicólogo lá no serviço... (porque) num sabia se tinha. (E18)

eu acho melhor dizê o que eu SINto pra um psicólogo do que ficá tomando remédio... tomando droga psiquiátrica pra mudá a minha personalidade... porque pra mim droga psiquiátrica só me faz dormí... eu nunca senti calor humano da psiquiatria... eu conto as coisa pra psiquiatria lá... sabe o quê que eles fizeram? começaram a dá nome de doença... eu fui com um tanto de psiquiatra... eles falavam assim: “oh... sua doença é essa”... outra hora outra... “sua doença é essa... sua doença é essa... depois essa... essa... tomá esse remédio... esse remédio aqui”... eu fiquei louco de tanto psiquiatra falá que minha doença era essa... que eu tinha que tomá esse comprimido... que o efeito era esse... que eu ia ficá desse jeito... eu agia conforme... parecia que fazia uma lavagem cerebral... (E13)

o serviço atende mais ou menos as minha necessidade... num atende muito bem não... eu queria um atendimento bom... né... com psicóloga... lá eu num passo com psicóloga... é isso que eu preciso... mas só manda com psiquiatra... tomá remédio... só remédio. (E2)

Além das consultas serem muito espaçadas, os entrevistados queixaram-se por não se sentirem ouvidos durante os raros encontros que mantêm com os psiquiatras. Esse aspecto

remete novamente à questão da importância do estabelecimento do vínculo entre paciente e profissional na condução do tratamento. Os relatos dos entrevistados corroboram outros estudos que constatarem, nas atuais rotinas em serviços do SUS, a brevidade das consultas e, ainda, a demora entre os retornos (Amaral, 1997). Diante de tal cenário, questiona-se: como é possível estabelecer um vínculo terapêutico quando paciente e profissional se encontram uma vez por mês ou a cada seis meses? Como estabelecer a confiança necessária para que o usuário acredite que aquela prescrição ou intervenção é a melhor ou a mais indicada para ele? Como favorecer a participação do usuário no seu processo de tratamento quando as consultas são realizadas, com frequência, em cerca de dez minutos?

Nota-se que dois dos entrevistados que apontam a problemática (E2, E13) são tratados no CAPS II, modelo que deveria pautar suas intervenções em ações psicossociais, territoriais e multidisciplinares. Pode-se concluir que a falta de investimento na adequação dos recursos humanos e materiais nos serviços de saúde mental contribui para a manutenção de um cenário no qual, inevitavelmente, o modelo biomédico ambulatorial predomina, especialmente por meio de um número ínfimo de consultas e farta medicalização, tal como evidenciado em outras investigações (Pinto et al., 2012). Parece claro que, se a proposta é trabalhar a partir dos pressupostos do acolhimento e do vínculo, é preciso despender mais tempo nas consultas – o que pode favorecer a maior adesão ao plano terapêutico definido e, conseqüentemente, a menor reincidência dos sintomas e, ainda, menor gasto aos fundos públicos, como os decorrentes de internações e concessões de benefícios. Para tanto, a primeira indicação é que exista um número suficiente de profissionais responsáveis pela atenção à população.

Somada à queixa reiterada de que há pouco acolhimento nos serviços, em consequência do número e variedade insuficientes de profissionais e, assim, de atividades terapêuticas oferecidas, dois participantes comentaram a ociosidade vivida no período em que se encontram nos serviços.

é todos os dias... vô todo os dias... mais tem pouca atividade... fico o dia inteiro lá... almoço lá... faço nada... só deitada... num tem nada... e eu num gosto de ficá... parece que a hora num passa... arrumo o sofazinho que tem lá... se não tem ninguém deitado... e acabo dormindo... eu queria podê participá de mais atividade... já falei... faz bem pra mim tá fazendo alguma coisa... mais num tem vaga... tem que esperá aparecê vaga e eu sô uma pessoa que num tem paciência. (E9)

Como se nota no relato do participante tratado no CAPS II (E9), fica evidente a queixa da ausência de uma rotina de atividades que estruture o cotidiano nos serviços; atividades das quais gostariam de participar, como atendimento psicológico, oficinas terapêuticas e de

geração de renda, reconhecendo-as importantes para sua recuperação. Essa carência, que remete à falta de oferta de atendimentos psicossociais, incoerente com a própria proposta do CAPS, muitas vezes, é reconhecida pelo usuário como aspecto que contribui para o pouco interesse no tratamento e, conseqüentemente, leva ao abandono do mesmo (Castro, 2009).

Por outro lado, segundo Koda (2003), em alguns casos, a assistência tem se caracterizado pelo atendimento à emergência, pelo excesso de atendimentos ambulatoriais e ausência de atividades para os usuários em atenção diurna, o que acaba culminando na ociosidade. Com isso, limita-se o campo de ações possíveis. Ao se restringirem as atividades terapêuticas ao espaço da instituição e ao não se articularem essas práticas com a rede sociofamiliar, conduz-se a um círculo vicioso de crescentes crises e, conseqüentemente, a um aumento das situações de emergência.

Ainda, além da carência de atividades, um dos entrevistados revelou sua percepção da situação que experimenta no serviço: os pacientes fingem que são tratados e os funcionários fingem que trabalham, desvelando um triste cenário e denunciando o mal-estar que sente em ser tratado como um autômato, que nada pode, nada consegue e nada sabe.

lá no serviço em que eu trato... eles num trabalham... eles num ensinam trabalhá... eles põe lá os paciente pra ficá comendo e bebendo... dormindo... e o dinheiro deles tudo mês vem na conta... por exemplo... o salário dos paciente vem na conta deles... que é o benefício... o dinheiro dos funcionários vem na conta deles... é igual aquele ditado que fala: 'eles finge que trabalha e eles fingem que são tratados'... é:::... eles tratam... que nem... tudo robozinho... lá é assim.... eu pego o cartão... o doutor prescreve a receita... eu vô... pego meu remédio... isso... meu tratamento é esse. (E13)

Essa objetivação, a que o participante fez referência, parece advir de um tratamento que se restringe às atividades padronizadas, aliás, estereotipadas, como sugere sua descrição do tratamento recebido no CAPS II. A função de entretenimento ou de “manter dentro” (Saraceno, 2001, p. 18), desempenhada por essas atividades, também ficou implícita nos achados de Salles e Barros (2007). Esse tipo de relato remete às atividades que visam a preencher o tempo, bem como a justificar e legitimar o vazio e o ócio estimulados pela própria instituição, em oposição à proposta de que as atividades sejam um meio de promover a socialização e mediação entre tratamento e vida a ser reconstruída (Barros, 1994) ou, ainda, um meio de gerar renda e reconhecimento social (Rosa, 2011). Com isso, à medida que o usuário é nulificado enquanto sujeito passível de desejo, ele é desapropriado de sua subjetividade e, assim, tem início a sua objetivação (Machado, 2003). Reduzido à condição de autômato (“robozinho”), o usuário fica à mercê daquilo que lhe é conferido pelo outro,

respondendo à exigência mínima do serviço e empobrecendo-se psiquicamente (Calligaris, 1989; Lobosque, 2001).

Em consequência, o usuário se depara com uma série de barreiras no seu caminho de acesso à cidadania (Quinet, 1997), o que é completamente avesso à proposta da Atenção Psicossocial de se restabelecerem os vínculos com a sociedade em sua condição de cidadão. Este paradigma recomenda que uma das funções dos serviços extra-hospitais deve ser propiciar condições para que o usuário desenvolva o maior nível de autonomia possível e, assim, melhore sua qualidade de vida, no que diz respeito a favorecer o desenvolvimento de habilidades sociais de ordem prática, como capacidade de gerir dinheiro, ir e vir, cuidados com a higiene pessoal e desenvolvimento de capacidades laborais, além de contribuir com o estabelecimento de laços sociais e, assim, demandar cada vez menos os dispositivos assistenciais (Pitta, 1997). Nesse sentido, tal como reivindicam os participantes do presente estudo, a abordagem psicossocial deve trabalhar a favor da afirmação da subjetividade, a partir da particularização da atenção, da especificação das demandas singulares e da formação e fortalecimento do vínculo entre profissionais e pacientes (Furtado, 1998).

A abordagem e a concepção da clínica ampliada (Campos, 2003, 2006) vai ao encontro dessa proposta, privilegiando a produção da autonomia e combinando o conhecimento clínico e o interesse do usuário na escolha da melhor conduta terapêutica a ser adotada em cada situação. Com isso, atividades como consultas, grupos e visitas domiciliares são reconhecidas como possíveis espaços de compartilhamento de conhecimentos e negociação, em que a terapêutica resulta de um contrato estabelecido de comum acordo entre técnico e usuário. A clínica ampliada, portanto coerente com a Reforma Psiquiátrica, propõe que a “clínica” se amplie a tal ponto que múltiplas possibilidades de intervenções sejam inovadas e inventivas (Amarante, 2003).

Uma participante expressou seu desagrado com a forma com que os pacientes são recebidos e acolhidos no serviço, comparando, inclusive, com características semelhantes às que experimentava quando estava internada.

o que num gosto de lá é o mesmo que acontece aqui... que as pessoas lá nem teriam que ficá no banco esperando... teriam que tê uma prioridade porque são pessoas que você vê que... tá ali com o acompanhante... é uma fase ruim... que você vê que é um grave... então você vê que fica o dia todo ali... é um encaixe... é isso é aquilo... aí você olha e fala: “gente... mais isso num tem condições”... chega a sê desumano... a pessoa tá doente e passando por aquilo... ela precisa de alguém que atenda ela. (E6)

Essa participante fez uma avaliação do atendimento prestado a outra paciente, mediante sua observação da rotina do serviço no qual faz tratamento (ARSM), correlacionando-o com um hospital psiquiátrico e, assim, remete à questão da qualidade do atendimento. De forma precisa, a entrevistada afirmou que deve haver tratamento diferenciado para aqueles que se encontram em condições psíquicas mais comprometidas. Além disso, essa observação parece apontar para a importância da humanização das relações no contexto da assistência à saúde mental, ficando o espaço do serviço como um lugar no qual o paciente possa encontrar acolhimento para sua dor e solo para a expressão de sua subjetividade (Caçapava, 2008). O adjetivo “desumano”, utilizado pela entrevistada para descrever o que presenciar no serviço, assinala que a simples “abertura” dos serviços de saúde mental não garante, por si só, o exercício de cuidado acolhedor e humanizado, uma vez que práticas ambulatoriais tendem a reproduzir a lógica manicomial medicocentrada (Machado, 2003).

5.2.6 Reconhecimento de recursos extra-hospitais em substituição à internação

Outras participantes expressaram ainda o desejo de serem tratadas com uma estratégia diferente da internação psiquiátrica, sugerindo, inclusive, intervenções que elas supõem que poderiam contribuir para evitar as hospitalizações, como as visitas domiciliares e busca ativa por parte do serviço ambulatorial, ou até mesmo substituir a internação, como o cuidado intensivo oferecido nos CAPSs.

quando eu num tô boa eu queria recebê visita domiciliar... acho que isso me ajudaria... quando eu tô quase internando... quando eu tô sumida do serviço... acho que isso poderia evitá que eu fosse internada... (E9)

eu gostaria de sê tratada de outro jeito... sem precisá sê internada... meu esposo falô que tem o... como fala? esqueci agora... é CAPS?... três?... então ele me levô pra lá... que a médica disse que não era necessário de me trazê aqui no Santa Tereza... só que... como mudô o plantão... o médico que já chegô lá já falô: “não... vô mandá pro hospital”... eu preferia tê ficado lá. (E6)

Essas falas, ao demandarem atividades que ultrapassam a tradicional consulta médica, reconhecem a insuficiência das prescrições médicas e do uso exclusivo de uma única ferramenta, o que condiz com a proposta de redefinição do modelo médico, efetuada pela

Reforma Psiquiátrica (Merhy & Franco, 1999). Ao se considerar a complexidade envolvida no sofrimento mental, pode-se concluir a necessidade do emprego de estratégias e ações diversificadas, por meio de um trabalho em equipe integrado a outros segmentos sociais e institucionais (Ishara, 2007).

Conforme aponta Leão (2010), a visita domiciliar é adotada nos CAPSs enquanto estratégia territorial que fortalece o vínculo entre profissionais de saúde e usuário e viabiliza o acesso ao contexto das pessoas, o que permite a obtenção de informações sobre a dinâmica familiar, o fazer cotidiano, as relações próximas com a vizinhança e amigos, as condições sociais e as necessidades. Contudo, essa intervenção requer um número maior de trabalhadores e meios de locomoção disponibilizados para os mesmos, o que nem sempre existe nos serviços de saúde mental (Leão, 2010).

No campo da saúde mental, para que a atenção seja eficiente, ela deve ser psicossocial, por meio da qual se logre transcender a exclusiva medicalização da doença e oferecer aos pacientes espaços de escuta, acolhimento, interação e laço social. Com isso, torna-se fundamental recuperar o sentido das demandas do paciente, mediante a pesquisa de seu *habitat*, história e sonhos, os quais, tecidos conjuntamente e de forma particularizada, podem compor projetos práticos que visem ao restabelecimento do poder contratual (Kinoshita, 2001). Conforme apontam Waidman e Elsen (2005), o cuidado ao portador de sofrimento mental possui um caráter inter e transdisciplinar e não pode ser reduzido ao tratamento de um único profissional, sendo que o cuidar nesse contexto requer um trabalho interdisciplinar efetivo que possa potencializar a conjunção de diferentes saberes e fazeres.

Ao se considerar a importância da abordagem psicossocial na atenção ao portador de sofrimento mental, como mencionado anteriormente, admite-se que os CAPSs constituem o principal eixo da Política Nacional de Saúde Mental. Eles devem operar de modo integrado com os demais serviços de saúde, além de atender à população com transtornos mentais graves e persistentes, por meio do resgate do respeito aos direitos civis de cidadania e da importância da plena ressocialização psicossocial (Figueiredo, Guerra & Diogo, 2006).

Contudo, há de se considerar que a extensão da cobertura de serviços de saúde mental ainda é limitada em muitos municípios, sendo insuficiente o número de equipamentos e recursos humanos existentes, o que acaba por sobrecarregar os já implantados e prejudicar a qualidade do atendimento (Barros, 2008; Castro, 2009; Conselho Regional de Psicologia, 2009; Dimenstein, Santos, Brito, Severo & Moraes, 2005; Lunardi, Lunardi, Silveira, Soares & Lipinski, 2004).

Por outro lado, ainda há serviços com déficit de recursos humanos, que funcionam sem uma equipe mínima em número suficiente para atender a uma demanda populacional que, muitas vezes, ultrapassa a preconizada pelas normas vigentes (Luzio, 2010). Sendo assim, conforme confirmam os relatos dos participantes, muitos serviços se veem obrigados a trabalhar com foco na consulta médica, agendada com longos intervalos.

Nota-se, como ressaltou a então coordenadora da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Dra. Regina Bichaff (Conselho Regional de Psicologia, 2009), que existem muitos CAPSs desenvolvendo uma prática muito mais ambulatorial do que de atenção integral e diária, o que inviabiliza que o serviço desempenhe um papel efetivo e substitutivo à internação. Esta situação parece ser retratada nos relatos dos entrevistados, uma vez que, quando se considera o serviço no qual são atendidos, percebe-se que não há diferenças quanto às descrições da assistência prestada nos CAPSs e nos serviços ambulatoriais. Sendo assim, ratifica-se que a existência de um CAPS, por si só, não garante a oferta de serviços para atender à população, sendo necessário que haja uma equipe em número e diversidade suficientes de profissionais, além de estar capacitada a oferecer esse serviço.

Ainda, tal como afirmam Merhy e Franco (1999), o fato de haver práticas multiprofissionais não garante a ruptura com a dinâmica medicocentrada. Para alguns autores, a equipe multidisciplinar, ao concentrar suas decisões e ações na figura do médico, legitima a centralidade do poder e do saber e perpetua, assim, a lógica medicocentrada que se sobrepõe às estratégias de Atenção Psicossocial (Costa, 2007; Costa-Rosa, 2000; Luzio, 2010; Passos, 2009). Nesse sentido, a prática pode estar atravessada pelo discurso da psiquiatria clássica e da medicina higienista sobre transtorno mental (Guareschi, Reis, Oliven & Hüning, 2008). No contexto de transição entre dois modelos, hospitalocêntrico e da Atenção Psicossocial, é comum notar a preeminência ou, ainda, os resquícios de saberes e práticas medicocentradas, marcadas por dinâmicas de processo de trabalho polarizado e desintegrado (Mielke, Olschowsky, Pinho, Wetzel & Kantorski, 2012; Pinho, Hernández & Kantorski, 2010).

Segundo Nicácio (1989), a equipe “multiprofissional” muitas vezes equivale a uma somatória de ações específicas de cada profissional, que, com a finalidade da “cura da doença”, acaba por se configurar como um modelo médico, caracterizado pela hierarquização e rigidez dos papéis e práticas. De acordo com Barros (2004), essa característica do trabalho dos profissionais reflete a preocupação com a área específica de formação, que, muitas vezes, se dá de forma isolada das demais disciplinas, o que se opõe radicalmente à proposta de interdisciplinaridade exigida pela complexidade do cuidado no campo da saúde mental.

Assim, além da adequação do número de profissionais no serviço, Barros (2004) aponta a qualificação do trabalho profissional como um dos elementos essenciais para a construção da Atenção Psicossocial. A formação dos futuros trabalhadores em saúde mental deve compreender o desenvolvimento da capacidade de elaboração e execução de estratégias de acolhimento, bem como de intervenções que contribuam para o exercício da cidadania. Nesse sentido, a prática da Atenção Psicossocial requer um trabalho comprometido com as necessidades do usuário (Barros, Oliveira & Aranha e Silva, 2007). Daí conclui-se que a formação dos profissionais de saúde deve ser coerente com os desafios colocados pelos princípios do SUS e da Atenção Psicossocial, que inclui a ampliação do conceito de saúde, integralidade do cuidado, articulação em rede, processos de trabalho horizontalizado e constituição de saberes e práticas que impliquem produção de diferença e soluções (Guareschi, Dhein, Reis & Machry, 2010; Pasini & Guareschi, 2010).

Somando-se aos aspectos mencionados, como adverte Luzio (2010), embora os serviços de saúde mental proponham realizar uma Atenção Psicossocial extremamente complexa e diversificada, a maior parte deles, inclusive no município de Ribeirão Preto, funciona apenas durante o período diurno e de segunda a sexta-feira. Diante dessa configuração, é esperado que os atendimentos na prática tendam a ser, basicamente, do tipo consulta ambulatorial e não atendimento psicossocial integral, territorial e intensivo, tal como descrevem os relatos dos entrevistados, mesmos daqueles atendidos nos CAPSs (E2, E9, E13, E14).

Com isso, torna-se pouco provável que, de fato, sejam esgotadas todas as possibilidades de tratamento extra-hospitalar antes que se imponha a necessidade de internação integral, tal como prevê a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, 2001) (Brasil, 2004). Nesse contexto adverso à efetivação dos princípios e diretrizes do modo de Atenção Psicossocial, dificulta-se a proposta de que os serviços extra-hospitalares sejam substitutivos ao modelo hospitalar, uma vez que, tendo em vista sua deficiência em termos de recursos humanos e período de funcionamento, funcionam como uma alternativa limitada e circunscrita da terapêutica (Luzio, 2010).

Em oposição, para ser substitutivo de fato, é necessário que o serviço tenha uma atuação territorializada, ou seja, que assuma a completa responsabilidade no que diz respeito à atenção ao sofrimento mental dos sujeitos dentro do seu território de ação, o que equivale a dizer que a responsabilidade não pode ser interrompida quando se supõe que tenham acabado os recursos existentes para determinado usuário (Amarante & Giovanella, 1994). Os relatos dos entrevistados não permitem inferir que existem práticas territoriais nos serviços nos quais

são atendidos. Ao contrário, a ausência de qualquer referência a esse tipo de prática, por parte dos entrevistados, aponta para sua possível ausência.

A partir da análise das entrevistas, sob a perspectiva proposta por Saraceno (1999), no que se refere ao serviço como variável que determina o curso do processo de reabilitação psicossocial, pode-se apreender que os serviços descritos pelos entrevistados se constituem por práticas padronizadas e pouco diversificadas, marcadas, essencialmente, pela atenção medicocentrada, e com baixa articulação com os demais serviços. Importa notar que, nos relatos, não foram notadas diferenças significativas entre as descrições dos serviços ambulatoriais propriamente ditos (ARMS e NSM) e os CAPSs (CAPS II, CAPS III e CAPS ad), o que, possivelmente, em partes, pode ser justificado pelo número relativamente baixo e pouco diversificado de profissionais nos últimos serviços. Diante desse cenário, práticas reabilitadoras ficam prejudicadas, especialmente, aquelas que deveriam ser dirigidas aos pacientes que apresentam longo curso de sofrimento mental, acompanhados por seguidas reinternações, como os incluídos no presente estudo.

Ainda, considerando os componentes mínimos que devem caracterizar os novos dispositivos em saúde mental enquanto substitutivos ao hospital psiquiátrico (Kinoshita, 1996), a análise das entrevistas permite inferir que os serviços nos quais os pacientes fazem seguimento não atendem à crise, bem como parecem não empregar práticas territoriais no conjunto de ações, que, como já mencionado, se caracterizam como rotinas ambulatoriais do tipo consulta. Sendo assim, a intervenção é baseada na remissão sintomática, especialmente mediante uso de psicofármacos; e não em ações psicossociais voltadas ao fortalecimento de projetos de vida e de sociabilidade.

O relato dos entrevistados, em geral, corroboram estudo de Bezerra e Dimenstein (2011) ao sugerir que as reinternações estariam relacionadas à inexistência ou ineficiência de uma rede de suporte e atenção extra-hospitalar, de maneira que não são oferecidos a essa população serviços que ofereçam reabilitação psicossocial e suporte à crise de forma eficaz.

Na perspectiva dos participantes, a partir dos relatos obtidos, é possível supor que os CAPSs do município estudado não apresentam algumas das condições essenciais para a prática da Atenção Psicossocial propriamente dita, como número de recursos humanos suficiente, horário de funcionamento ampliado, trabalho verdadeiramente transdisciplinar, articulação com os demais serviços, práticas territoriais e atendimento à crise. Assim, há um longo caminho a percorrer até que todas as diretrizes preconizadas pelo modelo de Atenção Psicossocial sejam atendidas pelos serviços extra-hospitalares do município.

5.3 A medicação e seus impasses: benefícios e limites percebidos

O abandono da medicação, reconhecido pelo trabalhador de saúde como não adesão à terapêutica medicamentosa, foi relatado pelos participantes como um dos aspectos associados às repetidas internações. Dos 22 entrevistados, 18 afirmaram que faziam uso incorreto da medicação, o que aponta para a relevância desta questão. Este dado corrobora outros estudos que apontam a baixa adesão medicamentosa entre egressos de internações psiquiátricas (Cardoso, Miasso, Galera, Maia & Esteves, 2011; Miasso, Carmo & Tirapelli, 2012; Nicolino, Vedana, Miasso, Cardoso & Galera, 2011).

Apesar de não haver consenso a respeito do termo “adesão medicamentosa”, reconhece-se, em geral, que o mesmo está associado à utilização da medicação conforme a prescrição médica, em atenção aos horários, doses e tempo de tratamento (Leite & Vasconcelos, 2003). Nos casos de transtornos mentais graves e persistentes, a adesão ao tratamento, incluindo o medicamentoso, se traduz primordialmente na diminuição dos riscos de crises e no melhor prognóstico (Rosa & Elkis, 2007; Shirakawa, 2000). Contudo, apesar dos avanços psicofarmacológicos e da melhoria da qualidade de vida que o uso regular do medicamento tem proporcionado ao longo das últimas décadas, a partir dos relatos dos participantes, pode-se identificar a suspensão intencional do uso da medicação, justificada tanto pelos efeitos colaterais que provocam como em decorrência de o usuário não admitir seu sofrimento mental.

Os motivos de interrupção relatados pelos entrevistados confirmam o que a literatura tem apontado. Entre eles, são citados os efeitos colaterais desagradáveis da medicação e consequente percepção de que o uso da mesma causa mais limitações do que alívio do sofrimento na vida cotidiana, a influência de algum pensamento persecutório de que a medicação irá fazer mal, o não convencimento de que seja portador de um transtorno mental grave, a suspensão da medicação como meio de o paciente averiguar a possibilidade de ficar sem ou diminuir a dose da medicação (Conrad, 1985) e, ainda, nos casos em que o paciente aceita ser medicado, há uma tendência ao esquecimento em alguns dos horários prescritos pelo médico (Castro, 2009; Jorge, 2003; Rosa & Elkis, 2007; Rosa, 2011; Santin, Cereser & Rosa, 2005). Outros aspectos como a presença de transtorno mental grave e persistente, o baixo conhecimento sobre a prescrição da medicação (nome e dosagem do medicamento) e o tempo da doença também são apontados como responsáveis pela baixa adesão medicamentosa (Cardoso et al. 2011).

5.3.1 Os efeitos colaterais da medicação

Os efeitos colaterais provocados pela medicação estiveram em pauta nos relatos obtidos durante as entrevistas, como se segue.

se tivesse um remedinho... tem que sê um remédio muito bom... () que num me atrapalhasse em relação sexual... em nada... é isso que eu queria... mas agora diz que qué aposentá até minha parte até sexual... né... pra que mexê nessa parte da pessoa? o problema é que muito médico falava que tava pensando meu bem e tava pensando meu mal... o problema é esse... né... dava remédio... um monte de remédio... esse negócio de enfiá um monte de remédio na pessoa... eles... invés de ajudá a pessoa... eles vão prejudicá mais a saúde... depois que eu tomei esses remédio parece que estorvô muito... a gente tive até que pará de estudá... num conseguia mais... por isso que eu parô com o remédio. (E3)

Conforme afirma Alonso (2000), é muito frequente que a suspensão do uso da medicação esteja associada aos seus efeitos colaterais, tais como disfunção erétil, aumento do peso, sonolência, ou ao questionamento sobre a eficácia da psicofármaco e, por conseguinte, à necessidade de seu uso. A impotência sexual, decorrente dos efeitos colaterais de alguns medicamentos, é mencionada como um aspecto complicador no que se refere à adesão, considerando que, em virtude das expectativas culturais, a virilidade é um componente significativo no comportamento sexual masculino. A queixa de disfunção erétil, assim, requer a compreensão não só no seu aspecto físico, mas na sua dimensão simbólica e social (Miaso, Cassiani & Pedrão, 2008).

Silva et al. (2012) apontam que prejuízos na vida sexual, enquanto possível efeito colateral dos psicofármacos, contribuem para que os usuários apresentem baixo grau de satisfação com o serviço de saúde mental, o que muitas vezes conduz à dificuldades de adesão ou abandono do tratameto. De tal modo, a despeito das promessas trazidas pelo furor medicamentoso da psiquiatria ao longo das últimas décadas, os efeitos secundários do uso prolongado apontam a parcialidade dos benefícios e as limitações da terapêutica medicamentosa, incluindo sérias dificuldades para a construção de outras intervenções terapêuticas (Ferraza, Luzio, Rocha & Sanches, 2012; Passos, 2009; Almeida, Schall, Martins & Modena, 2010).

Dois participantes relataram que os efeitos colaterais dos medicamentos eram responsáveis por prejuízos na sua capacidade laboral.

eu parei de tomá o remédio... por isso que eu vim internado... eu num quero tê que tomá muito remédio... quero trabaiá... muito remédio num dá pra trabaiá... atrapala. (E7)

agora eu me conscientizei que pra num sê mais internada é só tomando corretamente a medicação... quanto a isso... é realmente como uma diabete... que é como::: sei lá... uma pressão alta que eu tenho... que eu tenho que tomá... é difícil fazer isso porque quando eu tomo os remédio... eles dão sono no meio do dia... a coordenação motora não é a mesma... atrapalha o trabalho. (E6)

Em um estudo sobre a continuidade do uso da medicação em pacientes com transtorno do humor, os participantes avaliaram que seu desempenho em tarefas cognitivas foi prejudicado pela redução da capacidade de concentração decorrente do tratamento medicamentoso. Além disso, queixaram-se da dificuldade de se manter na escola e economicamente ativos, uma vez que estariam sujeitos a frequentes e longos períodos de ausência por ocasião das crises e internações ou ao medo de fazer novas tentativas (Miasso et al., 2008). A lentidão e a sonolência geradas pelo uso da medicação também foram mencionadas em outro estudo como fatores limitantes das relações sociais e de trabalho (Almeida et al., 2010).

Além do valor material do trabalho, que garante o provimento do orçamento do paciente, encontra-se sua dimensão simbólica. Prejuízos na capacidade produtiva agregam ao estigma do portador de transtorno mental o rótulo de improdutivo, acentuando, assim, sua segregação social (Gonçalves & Sena, 2001). Esses aspectos caracterizam-se, portanto, como barreiras enfrentadas pelos pacientes, que os levam, muitas vezes, a abandonarem por conta própria o uso da medicação.

5.3.2 A negação ou a dificuldade em admitir a gravidade do transtorno mental

A interrupção da medicação como uma espécie de teste, para averiguar a possibilidade da retirada definitiva, aparece no relato a seguir.

o que leva eu sê internado é que eu interrompo o tratamento... às vezes eu acho que eu consigo ficá sem o medicamento e... páro... páro por conta própria... fico certo tempo de bom... numa boa... assim... e é onde vem a crise e sô internado provavelmente... é... ficava naquela certeza que eu tava fazendo a coisa certa... que eu ia conseGUÍ ficá sem o remédio... no caso aí... eu... minha... minha luta era pra pará de tomá o

remédio... meu incômodo é só de tomá ele mesmo assim... eu achá que poderia ficá sem ele... sê uma pessoa normal... sem precisá de medicamento. (E2)

Esse participante expõe seu sofrimento diante da necessidade de fazer uso da medicação, o que lhe impossibilitaria ser uma pessoa “normal”, ou seja, que “não precisa de medicamento”. Frente ao incômodo que a situação lhe impõe, arrisca-se em tentativas de retirada da medicação, apostando na possibilidade de ser libertar da necessidade da medicação e, assim, do estigma de “anormal” (Conrad, 1985). O sentir-se bem, como efeito decorrente do conjunto de terapêutica que inclui a medicamentosa, e o objetivo de viver saudável sem a necessidade do uso contínuo da medicação também são aspectos que conduzem à interrupção do uso, o que demonstra a ambiguidade entre aquilo que é necessário e aquilo que confirma o transtorno mental (Rosa, 2011).

Outros relatos também apontam que o abandono da medicação decorre da dificuldade de se admitir a condição de portador de transtorno mental e, consequentemente, a necessidade da medicação para seu controle.

eu NUM sô doente... eu sô uma pessoa que bato bem da cabeça... por que uma pessoa assim... porque me levá pro médico? me dá injeção... eu sô normal... num quero tomá remédio. (E16)

ó... o que me leva a sê internada é a desobediência minha... mesmo... só eu memo... eu tava tomando uma medida assim de remédio... eu falei: ‘ah... vô tirá um pouco’... até uns meses eu fiquei muito bem... aí... quando deu uns quatro meses que eu estava sem no organismo... foi aonde me deu a crise. (E6)

eu paro de tomá o remédio... eu acho que eu num tinha conscientizado ainda que eu tinha uma doença... eu num aceitava... achava que tava boa e parava.... não... eu num gostava muito da ideia não... tomá remédio me irritava... de... de... de passá por médico... queria ocultá... sabe?... agora eu acho que já vô tá mais solta nisso... aceitando mais. (E18)

A negação da “doença” ou a perda da crítica com relação à gravidade do transtorno mental pode levar o usuário a julgar desnecessário o uso continuado da medicação. Para alguns pacientes, o uso prolongado da medicação equivale a reafirmar, diariamente, o caráter persistente do transtorno mental (Leite & Vasconcelos, 2003; Vedana & Miasso, 2011). Assim, o uso da medicação é associado à presença da “doença”, sendo que, em muitos casos, os pacientes não se identificam com essa condição e repudiam vigorosamente o papel de doentes que lhes é outorgado (Foschiera & Durman, 2004; Rosa & Elkis, 2007). Resultados das investigações de Kent e Yellowlwss (1994) corroboram esse achado, ao identificarem

que, entre os fatores que contribuem para a reinternação, a falta de discernimento ou a negação da doença e a consequente não adesão medicamentosa correspondem a 62,2%.

5.3.3 Confusões ou esquecimentos e mau uso da medicação

Houve, ainda, participantes que associaram a interrupção do uso da medicação, ou o seu mau uso, às confusões e esquecimentos (lapsos de memória) decorrentes do próprio transtorno mental.

tomo corretamente... fora das crises eu tomo... agora quando começa a confusão... muitas vezes a gente tá tão confusa que não pode ficar com remédio na mão... eu fico confusa se eu já tomei ou se ainda não tomei... nesses momentos... eu acho que outra pessoa deveria dar o remédio na hora certa... pra gente não ficar... ficar descontrolada... certo?(E5)

eu esquecia diretamente de tomar remédio ou recusava... mais eu sentia muito mal sem o remédio... comecei a fugir... roubei minha irmã... porque eu tava sem o efeito da medicação... eu recuso tomar quando alguém fala pra eu tomar... entendeu?... ou às vezes não me dá vontade de tomar remédio... mais eu necessito exatamente do remédio... se eu tô na rua com remédio no poder... aí eu perco o remédio... meus remédios agora são lá no CAPS... são guardados lá... e eu preciso daqueles medicamento... é melhor que eles fiquem lá... eu vou tomar eles lá. (E12)

sobre o remédio... eu esqueço de tomar o remédio... eu fico muito depressivo e eu vou pro boteco. (E14)

Esses relatos apontam para a importância de, nos casos comumente denominados pelos profissionais de “refratários à medicação”, incluir o cuidador no tratamento do paciente, bem como oferecer medicação supervisionada no serviço, ao menos nos períodos em que o paciente se encontra com funcionamento mais comprometido.

Em consequência do abandono da medicação ou da não adesão à prescrição correta quanto à dosagem e intervalos, associa-se a irrupção de uma nova crise, ou seja, o retorno ou agravamento dos sintomas. Considerando que a crise pode ocorrer meses após a interrupção do tratamento medicamentoso, é provável que a suspensão da medicação não seja identificada precocemente pelos cuidadores e profissionais. O longo período de tempo decorrido entre a interrupção e a crise, portanto, prejudica a percepção do paciente e do cuidador de que a não adesão contribui com o agravamento dos sintomas (Rosa & Elkis, 2007). A dificuldade de

estabelecer um nexos causal entre os dois eventos também pode favorecer a perpetuação das condições que contribuam para o fenômeno da “porta giratória” (Kiesler, 1982; Song et al., 1998).

Esses aspectos apontam para a importância da adesão à terapêutica medicamentosa, uma vez que a suspensão da mesma pode ser considerada como um dos elementos que contribuem para o agravamento dos sintomas e, muitas vezes, caracteriza-se como fator de risco para a reinternação (Loch, 2012; Rosa & Elkis, 2007). Por outro lado, reforçam a necessidade de compreender a (não) adesão medicamentosa na sua complexidade e problematizar a questão.

5.3.4 Vínculo médico-paciente e adesão à medicação

Atualmente, tem-se considerado a não adesão como um fenômeno multicausal e complexo que inclui dimensões individuais e familiares, cognitivas, culturais e relacionais entre médico e paciente (Miaso et al. 2008; Rosa & Elkis, 2007; Salles & Barros, 2007; Shirakawa, 2007). Assim, gradualmente, os profissionais têm se afastado da ideia preconcebida de que a não adesão demonstra a negligência do usuário com relação a sua própria saúde ou sua ignorância quanto à “doença”. Ao problematizar o assunto, amplia-se o sentido da não adesão e coloca-se em foco a relação do usuário com o sistema de saúde e com os profissionais (Camargo-Borges & Japur, 2008).

Como mencionado anteriormente, alguns entrevistados queixaram-se do longo intervalo entre os retornos: *“acho que precisava de um pouco mais... um acompanhamento mais próximo... marcá uns retorno mais perto”* (E14), *“eles têm prazo muito longo pra atendê... de seis em seis meses”* (E18); e também da brevidade da duração das consultas, que acabam se reduzindo ao tempo dispensado à prescrição da medicação: *“com o médico a gente não conversa... é só de passá o remédio... é muito rápido as consulta.”* (E18), *“eu pego o cartão... o doutor prescreve a receita... eu vô pego meu remédio... isso... meu tratamento é esse”* (E13). Diante dessa configuração, fica prejudicada a possibilidade de estabelecimento de vínculo que demanda tempo e escuta, o que fica claro nas expressões dos entrevistados: *“eu nunca sentir calor humano da psiquiatria... eu conto as coisa pra psiquiatra lá... começaram a dá nome de doença”* (E13), *“só pergunta se eu tô bem... mais num é profundo...”*

prolongado... eu gosto de pessoas que me ouve” (E18), “*precisa vê se a medicação tá fazendo efeito ou não... pra fazê avaliação legal*” (E14).

Por meio da análise dos relatos, percebe-se que a condição mínima para o estabelecimento do vínculo entre paciente e médico encontra-se prejudicada, ou seja, retornos próximos uns aos outros e adequação do tempo dispensado às consultas. Excluindo a queixa que advém de um paciente atendido no NSM-CSE (E18), os demais pacientes que manifestam sua contrariedade com relação à questão temporal das consultas, são referenciados no CAPS II (E13) e no CAPS ad (E14), o que aponta certa incoerência com a proposta do modelo. Diante de tal cenário, questiona-se o quanto um paciente pode aderir a uma medicação, quando não se sente acolhido e ouvido no seu sofrimento particular, mesmo quando inserido em serviços que trazem no bojo de sua proposta a relevância do acolhimento e do vínculo.

Como se sabe, a medicação é utilizada para amenizar ou suprimir uma sintomatologia que se apresente nociva ou demasiadamente incômoda para o paciente, a ponto de prejudicar sua relação no mundo (Ferigato, Campos & Ballarin, 2007). Nesse sentido, não tem como função alterar o curso do sofrimento mental, mas propiciar condições diferenciadas de relação entre paciente e seu sofrimento, entre paciente e outras pessoas. Sendo assim, a intervenção medicamentosa deve estar incluída em uma estratégia geral, orientada pelo projeto terapêutico individual.

Quando, pelo contrário, a terapêutica medicamentosa se reduz à eliminação dos sintomas, tal como se nota nos relatos, pode também representar um verdadeiro obstáculo do tratamento e da relação entre paciente e equipe (Saraceno, Asioli & Tognoni, 2001). Além disso, o uso exclusivo da medicação confirma a materialidade da “doença”, desloca a responsabilidade para os efeitos supostamente salvadores da mesma e contribui para dependência do paciente na figura do médico prescritor (Guareshi et al., 2008).

Leite e Vasconcelos (2003) sustentam a ideia de que a relação médico-paciente, especialmente, a confiança depositada pelo paciente no médico, é um dos possíveis fatores que influenciam a adesão medicamentosa, uma vez que estão em jogo a linguagem usada pelo médico, o tempo dispensado para consulta, o respeito às dúvidas e questionamentos do paciente, o estímulo ao envolvimento e a motivação ao tratamento.

Pesquisa de Camargo-Borges e Japur (2008) sobre a não adesão de usuários dos serviços de saúde identificou que os participantes, muitas vezes, não concordam com a recomendação médica, mas, por não se sentirem à vontade para falar sobre isso, silenciam-se e não seguem as prescrições. Nesse sentido, a recusa do uso da medicação pode ser

interpretada como única possibilidade de o paciente expressar sua posição contrária quanto ao tratamento que lhe é imposto (Rosa, 2011).

A partir dessa leitura, pode-se concluir que a relação verticalizada entre usuário e profissional impede a compreensão de que a não adesão não decorre, necessariamente, da irresponsabilidade do paciente para consigo mesmo, mas é a forma que este encontra para se proteger contra uma conduta profissional interpretada como descaso ou erro. Ao considerar esses aspectos relacionais, os autores mencionados concluem que é no encontro entre profissional e usuário que devem ser buscadas as respostas para esse impasse, o que pode favorecer intervenções mais interativas e acolhedoras, por meio das quais se desfaçam mal-entendidos e se possam negociar as decisões quanto à melhor forma de tratamento.

Nesse sentido, é no setor saúde que a relação entre os atores envolvidos (profissional e usuário) adquire grande importância, já que o sucesso da intervenção depende da forma como esse encontro se dará, isto é, da participação e colaboração das partes (Camargo-Borges, 2007; Camargo-Borges & Japur, 2008; Formozo, Oliveira, Costa & Gomes, 2012).

Assim, a adesão pode ser estimulada e incorporada nas próprias rotinas dos serviços, por meio do desenvolvimento de uma aliança terapêutica, consultas de enfermagem, orientações e esclarecimentos sobre a importância da medicação e seus possíveis efeitos colaterais e, nos casos em que houver necessidade, medicação supervisionada e visitas domiciliares (Kebian & Acili, 2011). Ao convidar o paciente para discutir os impasses sobre o uso ou não da medicação, seus benefícios e seus efeitos colaterais, estabelece-se uma relação de confiança, bem como se possibilita que o usuário reflita sobre seu tratamento e as implicações que seguir ou não as prescrições do plano terapêutico têm em sua qualidade de vida, conscientizando-se da situação.

5.4 Família, laços e embaraços: uma convivência possível?

Como discutido anteriormente, na época dos grandes asilos, o cuidado dirigido ao portador de sofrimento mental era de incumbência exclusiva da psiquiatria, o que implicava sua segregação da família. Esta, por sua vez, por razões diversas, tornava-se cúmplice da internação e refém do modelo asilar. Ao mesmo tempo em que aliviava os familiares da carga sobreposta pelo paciente em sofrimento mental, a instituição psiquiátrica se autorreproduzia como essencial à população.

A loucura, tomada como objeto de intervenção médica e estatal, foi excluída do meio sociofamiliar e a relação paciente-família passou a ser mediatizada pelos agentes médicos. O “isolamento terapêutico”, medida que objetivava o resgate da razão, funcionava tanto como uma forma de proteger a família da sobrecarga emocional imposta pela convivência com o transtorno mental, como um recurso de retirada do portador do contexto responsável pelo seu adoecimento (Melman, 2006; Rosa, 2011). À família, apartada dos cuidados do paciente, restava aguardar os resultados da intervenção psiquiátrica (Rosa, 2011).

No pós-guerra, mais precisamente no final da década de 1950, houve um deslocamento do campo restrito da psiquiatria para o ampliado da saúde mental. Mediante a difusão da psiquiatria social, passou a haver o enfoque dos serviços de saúde mental de base comunitária e a relação família-paciente foi redimensionada nos termos teóricos e práticos (Rosa, 2011). De acordo com Melman (2006), graças à influência exercida pela medicina higienista, psiquiatria moral e psicanálise, começou a haver uma supervalorização e idealização da família consanguínea, que repercutiu na compreensão de que esse cenário seria o lugar exclusivo e obrigatório dos afetos. Esse fechamento da família moderna em si mesma teria contribuído para a intensificação das relações familiares e para o consequente processo de culpabilização da organização familiar por qualquer infortúnio que acomesse algum de seus membros. Além disso, houve um enfraquecimento do saber familiar e uma paralela invasão do saber especialista no cenário social que visava à produção da saúde mental por meio da ampliação dos espaços de ação terapêutica (Rosa, 2011). A nuclearização foi perdendo força, nas últimas décadas do século passado, com o incremento de outros arranjos familiares.

A partir da década de 1990, quando se fortaleceu o ideário neoliberal, a família passou a ser posicionada como um dos principais eixos das políticas sociais, sendo chamada a assumir responsabilidades que até então eram de incumbência do Estado, tal como o cuidado com o portador de sofrimento mental (Luzio, 2010). Os estudos, que até então priorizavam a concepção da família como agente produtora de transtorno mental, passaram a se direcionar aos impactos da convivência com o portador de sofrimento mental e às inúmeras sobrecargas às quais a família fica sujeita.

Conforme aponta Saraceno (1999), houve a transposição do papel da família, que, de cúmplice das internações, passou a assumir a posição de protagonista das estratégias de reabilitação psicossocial. Assim, passou a ser vista como aliada das estratégias desenvolvidas nos serviços de saúde mental dentro da Atenção Psicossocial (Luzio, 2010). Em outras

palavras, essa concepção é ratificada por Rosa (2011), que afirma “a família deixa de ter uma participação passiva e torna-se uma interlocutora requisitada e reconhecida” (p. 340).

A partir dessa breve contextualização, é possível reconhecer que as relações entre família e paciente, especialmente no que se concerne aos cuidados, são datadas historicamente, uma vez que o contexto histórico, político, social, econômico e cultural interfere nos novos desenhos da estrutura familiar e nas responsabilidades atribuídas aos seus membros (Rosa, 2011). Nesse sentido, a família, sujeita aos processos de mudança do mundo contemporâneo, tornou-se ator social e corresponsável pela construção da Atenção Psicossocial (Luzio, 2010). Contudo, de forma compreensível, notam-se dificuldades nessa nova função assumida pela família, a qual, muitas vezes, vê-se imersa em situações conflitantes que são fontes de sobrecarga física, emocional e material.

Existe uma vasta literatura na área focalizando a problemática sob a perspectiva dos familiares que vivenciam a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. Todavia, há escassez de estudos que investiguem as percepções e opiniões dos pacientes em relação ao envolvimento da família no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica. O conhecimento do vínculo entre familiar e usuário, enquanto recurso afetivo, é essencial na Atenção Psicossocial (Luzio, 2010).

5.4.1 Mudanças no papel da família

Em decorrência do movimento da desinstitucionalização que preconiza, entre outras medidas, períodos mais curtos de internação, as famílias acabam se tornando os principais provedores do cuidado aos usuários. Nos relatos, os entrevistados se mostraram ao apoio e cuidados despendidos pelos seus familiares.

minha mãe qué que eu me trate... que eu tenha acompanhamento psicológico... eu tô na responsabilidade dela no momento... eu moro com ela... ela me leva no médico... me lembra de tomá o remédio... tudo pra num tê de sê internada... dessas parte é minha mãe que cuida... é porque eu NUM entendo... eu num sei como... e minha mãe é meu guia espiritual... minhas perna... meus braço... minha mãe é minha força... minha famia já faz o que pode por mim. (E19)

meu marido me poupa um pouco... ele prefere assim às vezes não me chateá... não falá... porque ele sabe das coisa que mexe muito com minha pessoa... ele também fala: “E. num deixa de tomá os remédios”... só que eu não tava tomando corretamente...

ele se preocupô muito... ele falô: “E. num brinca que é coisa séria”... ele qué que eu me cuide... me cuide pra num tê que sê internada... ele me acompanha nas consulta também. (E6)

As participantes listma uma série de funções práticas e emocionais providas pela sua mãe e esposo, respectivamente – acompanhá-la nas consultas, supervisionar o uso da medicação, cuidar, guiar e fortalecê-las emocionalmente – que revelam o impacto, tanto objetivo como subjetivo, ideflagrado pela presença do portador de sofrimento mental no meio familiar (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008; Rosa, 2011). Apesar desse impacto, nota-se o esforço do familiar para manter o paciente em casa e evitar sua internação psiquiátrica (Saraceno, 1999).

5.4.2 Percepção da presença do apoio familiar

Os participantes salientaram o suporte familiar de que dispõem, seja no que se refere ao apoio e auxílio recebidos, seja quanto às questões práticas ou afetivas sujeitadas pela convivência cotidiana.

eu gosto das minha irmã... são minha segunda mãe... elas fazem de tudo por mim. (E11)

hoje eu vejo com outros olhos... minha família... vejo que eles preocupam... antes eu achava que eles num tava nem aí pra mim... hoje eu já vejo que eles preocupam... que eles sofrem também junto... agora a relação com eles tá ficando bem melhor... eu tô vendo as coisa mais... pra mim tá sendo muito bom... hoje eu acho que eu posso contá com todos eles que são minha família... minha mãe me ajuda cuidá da casa e de tudo que eu precisá. (E18)

minha irmã... pelo telefone ela me ajuda... as vez ela vem me busca aqui em Ribeirão... me leva pro shopping... ela dá apoio... bastante... no telefone... mas eu num fico com ela não... eu moro aqui sozinha. (E21)

nos momento difícil só minha mulher... só ela que me ajuda... ela me ajuda em tudo... de todas as formas... de tudo quanto é forma... ela que me acompanha no médico... ela que faz a frente... ela pega lá o remédio pra mim e põe na minha mão... ou se não eu pego lá... ela sabe qual que é e eu tomo... com certeza com ela posso contá. (E10)

eu tenho minha mãe por mim e Deus e óia lá... tenho dois irmãos sim... mas quem corre mais atrás de mim é minha mãe... tenho pai... mas é a mesma coisa de num tê. (E7)

Como mostram os depoimentos dos participantes, a contribuição da família no cuidado com a saúde mental do paciente psiquiátrico é reconhecida e valorizada. O modelo psicossocial vigente preconiza preservar a convivência familiar, o que tende a intensificar a proximidade. Nesse contato mais estreito, o familiar pode auxiliar na supervisão da medicação, no monitoramento do tratamento, na observação da evolução do transtorno mental e na percepção da eficácia terapêutica. Conforme apontam Furegato, Santos e Silva (2002), a despeito das dificuldades inerentes à função do cuidador, em alguns casos, como se pode notar nas falas acima, constata-se uma atitude de dedicação e esforços no arranjo de modos de acolhimentos possíveis.

Segundo Saraceno (1999), o núcleo familiar é a primeira rede social disponível ao sujeito, estendendo-se progressivamente e, assim, tornando difícil delimitar a fronteira entre a rede social ampliada e a familiar, uma vez que uma influi na outra. A família, ao partilhar espaços e valores, pode propiciar uma ampliação da rede de sociabilidade e suporte afetivo para o usuário, oferecendo um meio fundamental de inserção social (Birman & Costa, 1994; Machado, 2003; Machado, Manço & Santos, 2005).

Nessa vertente, pesquisas mostram que há relação direta entre suporte familiar ou relações familiares harmoniosas, estabilidade do quadro e menor número de internações (Barros, 2008; Sgambati, 1983; Silva & Stefanelli, 1991). Estudo envolvendo 200 pacientes, dos quais 82,5% moravam com familiares, mostrou que participantes que não moravam com a família demoravam mais para entrar em contato com o serviço de saúde, o que prejudicava o tratamento (Oliveira, 2009).

5.4.3 Percepção da falta de apoio familiar

Embora todos os participantes tenham família (pais, irmãos, tios) residente no mesmo município ou em cidades próximas à região, e a maioria resida com seus familiares, alguns relataram insatisfação com a ausência de apoio que recebem dos mesmos.

venho internada pra fugir da solidão... tenho tios... mas eles num vêm me visitar... num liga... num quê sabê como eu tô nem nada... se meus tio fosse lá em casa... visitando... me telefonando... tá:: sempre me ouvindo... eu num seria internada... e aí por eu ter tanta internação... eu só saio perdendo de novo... o afastamento do meu filho... a separação... o casamento que eu perdi... acabo ficando mais sozinha ainda. (E9)

não... ninguém ajuda... ninguém da minha família me ajuda... meu pai que mandou minha mãe me internar... ninguém me ajuda... eu queria tudo isso... eu desejo tudo isso na vida... alguém que me faça um carinho... que entende meus problemas... num acha isso. (E16)

antes eu ia sozinho no médico... depois minha mulher foi comigo e me mandou internar já... pra isso que ela vai comigo... aí ela me acompanha... depois num vem me visitar quando preciso dela. (E3)

dependendo do estado que eu tô... eu preciso de alguém no comando... dando remédio na hora certa porque às vezes eu perco o controle... não acho que é o serviço que tem que fazê isso... não... isso aí quem poderia fazê seria os filhos... a família... tipo: chega... vê que não tá bem... eles até tenta fazê... sabe? mas é porque a gente acha que a gente tá bem e aí fica teimando com os filhos.... fala: 'não... tô fazendo direito' e os filhos... coitado... fica sem sabê o que fazê. (E5)

só pra Deus... tem ninguém não que eu posso contar... não tem... pessoas pra me dar carinho... eu nunca tive... meus filhos... eles têm amor a mim... mais eles são assim jovens... sabe? assim... quando chega a amiga na casa... ela me largou sozinha... então aí eu já num acho que ela me ama tanto. (E22)

Segundo os relatos, dos 22 pacientes entrevistados, 15 residem com seus familiares, sendo que poucos deles, ainda que não de modo explícito, transmitiram a impressão de se sentir apoiados pelos mesmos. Assim, embora a maioria dos pacientes resida com familiares, compreendem como insatisfatória ou inexistente a forma com que o familiar desempenha as funções de cuidador, tal como revelam os relatos: “*não tem ninguém que atende minhas necessidades*”, “*tem ninguém não que eu possa contar*”, “*ninguém ajuda, ninguém da minha família ajuda*”, “*mas eles num vêm me visitar, num liga, num quer saber como eu tô nem nada*”. Esses dados vão ao encontro dos achados do estudo de Cardoso (2008) com egressos de hospital psiquiátrico, que mostrou que, apesar de 93,8% dos pacientes residirem com familiares, apenas 43,7% afirmaram ter um cuidador. Assim, o fato de residir com a família não garante que o paciente identifique algum familiar como cuidador.

Conforme apontam Oliveira e Miranda (2000), para a família ter condições emocionais de contribuir para o sucesso do tratamento, é necessário que receba orientação e, muitas vezes, apoio terapêutico. Nesse sentido, é imprescindível que a família possa contar com subsídios (econômicos, culturais e instrumentais) para administrar o cotidiano com o familiar portador de sofrimento mental (Vecchia & Martins, 2006). Desse modo, na medida em que se reconhece o papel fundamental do núcleo familiar na reabilitação psicossocial do usuário, bem como sua função de provedor do cuidado no contexto da desinstitucionalização, depreende-se a necessidade de que o apoio à família constitua umas das diretrizes das intervenções elaboradas no PTI (Fidelis, 2003; Ribeiro, Martins & Olivera, 2009).

No relato a seguir, a insatisfação com a falta de apoio familiar foi ponderada com a compreensão da dificuldade da família em administrar os episódios de crise e as repetidas interações. Além disso, o participante parece admitir a dificuldade de conviver com as diferenças, que ele atribui às manifestações do transtorno mental.

eu sei que eu dei muito trabalho... que uma crise num é fáci... mais a gente sempre espera mais dos irmão... digamos que eu fiquei assim um pouco... frustrado... em relação assim... ao que poderia ter feito mais por mim... mas num reclamo não porque eu sei que é difícil... né... tratá um doente mental... a cabeça do doente mental pensa de um jeito... e as pessoa normais pensa de outro... a gente qué que eles faça alguma coisa e eles acha que tá errado e a gente acha que num tá errado... que tá certo... e as pessoa acha... então fica difícil falar porque... no caso... poderia falar que minha mãe me atrapalha muito nesse sentido porque ela quer as coisa da maneira dela e eu quero da minha maneira... mas eu acho que é tudo equívoco.. tudo um equívoco que... que... é da doença mental... da doença. (E2)

Como se nota, o entrevistado atribuiu as diferenças de compreensão que emergem nas relações familiares a um equívoco de interpretação dele próprio, decorrente do transtorno mental, passando a impressão de considerar os mal-entendidos da comunicação como um desvalor. Contudo, ao reconhecer a singularidade do ser humano, admite-se que sempre haverá algum ruído na comunicação e que, nas relações, as pessoas estão sempre sujeitas a encontros e desencontros.

Segundo Saraceno (1999), as dificuldades de interação e convivência são o principal problema a ser enfrentado, na percepção da família. Por outro lado, deve-se reconhecer que os momentos de crise, durante os quais se acentua o sofrimento mental, impõem àqueles que convivem com os portadores uma sobrecarga emocional muitas vezes intolerável. Nesse cenário, é difícil escapar da tendência de buscar “culpados” para a situação, o que só faz agravar ainda mais o problema da segregação social da pessoa que vivencia o sofrimento.

Soma-se, ainda, a queixa de alguns familiares que se sentem expostos a agressões verbais e físicas por parte dos pacientes, principalmente durante as crises (Moraes et al., 2009; Vianna & Barros, 2004). Confirmando discussão realizada por Rosa (2011), situações como essas, que despertam medo e insegurança no familiar, contribuem para que a família desista de prestar cuidados ao paciente, o que não se deve, necessariamente, à rejeição, mas à dificuldade de conviver com comportamentos ameaçadores. Nesses momentos de maior vulnerabilidade, portanto, nem sempre os familiares dispõem da capacidade de contenção do sofrimento expresso pelo paciente, necessitando, eles próprios, serem acolhidos (Neves, Machado, Oliveira & Melo, 2006; Waddell, 1994).

5.4.4 Dificuldades de solicitar o apoio do familiar

Alguns participantes revelaram que preferem não demandar cuidados dos seus familiares, entendendo que isso seria penoso aos cuidadores, uma vez que os incomodaria ou os sobrecarregaria emocionalmente.

tenho... mais eu tenho até vergonha de pedi ajuda pra eles... são tudo bem de vida meus filhos... eu acho que eu encho as paciência... eu adoro meus filho... vixê... pra mim meus filho é tudo. (E17)

moro com meus filho... eu num gosto de passá muita coisa pra eles não... não porque... são adolescentes... é:: eu num quero mexê com a cabeça deles... quanto menos eu perturbá a vida dos meus filhos melhor... eu nunca peço ajuda pra eles. (E5)

Nota-se nessas falas que alguns participantes se percebem como um fardo na vida de seus familiares. Parece que internalizaram a ideia de que a presença de um portador de sofrimento mental acarreta dificuldade e sobrecarga à família, especialmente nos momentos de manifestação aguda do sofrimento mental, o que demanda atenção e tarefas que limitam as demais atividades cotidianas da família, como trabalho e lazer (Mello, 2005; Ribeiro et al., 2009). Nesse sentido, alguns participantes revelaram o receio de se tornar um “peso”, um empecilho para a família.

Vários estudos pontuam algumas dificuldades comumente relatadas ou observadas nas famílias de portadores de sofrimento mental, como a sobrecarga pessoal, econômica e social (Borba et al., 2008; Furegato et al., 2002; Oliveira & Mendonça, 2011; Pegoraro & Caldana, 2008; Randemark, Jorge & Queroz, 2004; Salles, 2005; Silva & Santos, 2009a; Silva, & Santos, 2009b; Vianna & Barros, 2004). Considerando a necessidade de o familiar continuar exercendo suas atividades produtivas, fundamentais para a subsistência material da família, destaca-se a restrição de tempo para desempenhar os cuidados, como administrar a medicação diariamente e acompanhar regularmente o paciente no tratamento ambulatorial (Oliveira, 2007).

Por outro lado, o tempo utilizado para cuidar do paciente reduz aquele necessário para a produção da renda (Rosa, 2011). Somam-se, ainda, especialmente nos momentos de crise, outras cargas psíquicas e físicas, como as noites maldormidas, a necessidade de cuidado ininterrupto e a insegurança frente a comportamentos ameaçadores que implicam, muitas vezes, na necessidade de que o cuidador reorganize completamente sua vida em função dos cuidados dispensados ao paciente (Rosa, 2011).

Na mesma direção, Passos (2009) pontua o custo psicológico e o alto grau de responsabilidade e comprometimento a ser suportado pela família, que nem sempre apresenta disponibilidade ou interesse para arcar com esses encargos. Saraceno (1999) cita o conceito de *family burden*, que se refere aos danos psicológicos, material, organizativo e social que os familiares dos pacientes experimentam na convivência cotidiana. Estudos recentes apontam que a prevalência de transtornos psiquiátricos menores é superior em cuidadores familiares de usuários de serviços de saúde mental quando comparados com a prevalência encontrada nas investigações de base populacional no Brasil (Quadros, Gigante, Kantorski & Jardim, 2012). Koga (1997) sintetiza as sobrecargas para famílias de pacientes com transtorno mental grave em três tipos: a financeira, o prejuízo no desenvolvimento das rotinas familiares e a incidência de manifestações de doença física e emocional nos familiares.

A somatória da sobrecarga imposta pela execução das atividades cotidianas, pelas limitações financeiras, pelos obstáculos enfrentados no manejo com o paciente, bem como pelo cansaço físico e mental, pode contribuir para o aparecimento de dificuldades do cuidador em desempenhar os cuidados (Borba et al., 2008). Nesse contexto desfavorável, o provimento de cuidados passa a representar ônus excepcional, duradouro e desgastante. Essa sobrecarga parece contribuir para que uma possível relação de afeto e de reciprocidade entre paciente e familiar torne-se desgastante para o cuidador e dolorosa para o paciente (Luzardo & Waldman, 2004).

Ainda segundo a literatura, em muitos casos, percebe-se que, mesmo quando preservados os vínculos e laços afetivos, os familiares se sentem pouco seguros, orientados e apoiados no desempenho das funções de cuidado (Bandeira & Barroso, 2005). Os participantes do presente estudo, ao manifestarem receio de recorrer aos familiares nos momentos de dificuldade, sugerem preferir evitar que se instale uma relação desgastante, o que aponta para a importância de os familiares serem incluídos no tratamento e inseridos em espaços de acolhimento, orientação e elaboração das questões que dizem respeito à complexidade inerente à função de cuidador (Campos, 2001; Dimenstein et al., 2005; Mello, 2005; Neto, 2008). Além disso, conforme alerta Rosa (2011), é direito da família que o serviço de saúde mental funcione como corresponsável pelo cuidado do paciente, o que contribuiu para o alívio da sobrecarga familiar.

5.4.5 Relações familiares ambivalentes

Alguns participantes, embora reconhecessem tacitamente a importância do vínculo estabelecido com seus familiares, e até mesmo admitissem uma convivência positiva entre eles, demonstraram os limites dessas relações e, por conseguinte, das possibilidades de cuidado.

eu tô morando com uma irmã minha... tem hora que a gente se dá bem... tem hora que num se dá bem... aí eu saio... sem rumo. (E17)

meu pai me leva lá no médico... ele tenta dá remédio pra mim: “toma... L.”...me agradando... sabe? a minha casa onde eu moro é casa normal... mas assim... eu se dô melhor com minha mãe... converso com ela... com meu pai eu se dô... mais meu pai num é muito bom não... ele é meio bravo... às vezes aqui... eu recebo visita do meu pai... ele vem aqui ÀS VEZES... um dia ele veio aqui... ele queria me vê... aí eu saí no portão... fui lá fora atendê ele... eu cheguei... abracei ele... o meu pai... ele num é ruim... eu gosto dele... tem que gostá... então eu vô odiá ele? num posso odiá... tem que gostá... tem... eu tô vendo que ele... que ele me ajuda... porque eu tô atrapalhada... vô fazê uma coisa que é pior pra mim... eu tenho que GOSTá dele... que amá ele... num posso batê nele... ãh... cê num pode ficá perguntando da minha família... eles tão vivendo na casa deles... vive normal... é uma família... eu tô no hospital... e eles vive lá. (E16)

eles até tenta fazê... sabe? Mas é porque a gente acha que a gente tá bem e aí fica teimando com os filho... falo pra eles que eu tô fazendo direito.. e os filho... coitado... fica sem sabê o que fazê. (E5)

meus filho... eles têm amor a mim... mais eles são jove... têm a vida deles... não entende minhas necessidade... então... não tão do lado... larga eu sozinha quando preciso (E12)

Como pode ser apreendido nas falas desses participantes, os sentimentos ambivalentes, o se dar bem e não se dar bem, o gostar e não gostar, o estar perto e o se afastar, que são movimentos intrínsecos às relações humanas, parecem exacerbados quando se trata de famílias nas quais o sofrimento mental se apresenta de forma acentuada. Diante de tal situação, impregnada de sentimentos contraditórios, a família não sabe como agir e acaba apresentando atitudes e comportamentos que, na percepção dos pacientes, não contribuem para sua melhora. Estudos de Silva e Santos (2009a, 2009b) mostraram a intensidade de angústia que o início e desenvolvimento do transtorno mental evocam na relação familiar, acentuando os embaraços inerentes às relações humanas.

Além disso, a fala da segunda participante traz a divisão entre o “viver em casa” e o “estar no hospital”, como marca de ruptura na convivência, uma vez que, com as seguidas internações, perde-se espaço no contexto familiar, tanto em termos reais e objetivos, como em termos simbólicos inerentes às relações (Rosa, 2011; Vasconcelos, 2002). Na mesma direção, os pacientes entrevistados por Salles & Barros (2009) relataram que a internação psiquiátrica provocava a ruptura das atividades, relações e lugar sociofamiliar que ocupavam.

5.4.6 Os limites do cuidado

Alguns entrevistados mostraram ter percepção aguçada acerca das limitações do cuidador familiar. Um dos participantes relatou que, apesar das limitações que ele supõe existirem na pessoa da mãe – como o fato de ser analfabeta –, ela é a única que lhe oferece algum cuidado.

minha mãe vai comigo nas consulta... ela me leva... compra remédio... essas coisa... quando dá dor... ela também tá muito ruim... coitada... tá doente... e só ela memo... só ela vinha me visitá... ela me leva na igreja... ela num sabe... ela é analfabeta... ela num entendi nada... as vez eu tomo os remédio sozinho... as vez ela dá. (E8)

Esse participante ilustra a situação de pacientes que contam com um cuidador já idoso, muitas vezes um dos pais que têm suas próprias limitações físicas. Vianna e Barros (2004) e Silva e Santos (2009a, 2009b) apresentaram relatos de familiares que, frente à expectativa de seu próprio envelhecimento e morte, demonstravam sua preocupação com o destino do paciente, antecipando o agravamento do sofrimento mental e o desamparo do mesmo. Essa preocupação vai ao encontro da discussão de Melman (2006) sobre a supervalorização da família como único meio de inserção social na sociedade moderna. Esse contexto favorece que a rede de relações do paciente se circunscreva à família nuclear, o que acaba por limitar, ainda mais, sua circulação no cenário social mais amplo (Rosa, 2011).

A partir dessa compreensão, depreende-se a importância de o profissional de saúde estender suas ações para além do circuito familiar, ou seja, considerar a dimensão da rede social de sustentação como possibilidade de inserção da família e do paciente em um território social mais amplo (Bosi, Carvalho, Ximenes, Melo & Godoy, 2012; Minozzo, Kammzetscher, Debastiani, Fait, & Paulon, 2012). A configuração ampliada da rede social viabiliza a

construção de uma convivência com parentes, vizinhos, amigos e comunidade em geral, que favorece relações afetivas, auxílio nos cuidados e fortalecimento do senso de pertencimento a um grupo (Rosa, 2011). Essa rede, segundo Melman (2006), representaria a “soma de todas relações que um indivíduo percebe como importantes ou diferenciadas da massa anônima da sociedade” (p. 86).

Ao se admitir a importância de rede social mais ampla, outros recursos, que excedem os exclusivamente clínicos, passam a ser valorizados como possibilidades de intervenção. Nesse contexto, o envolvimento do usuário e da família com a comunidade, além de minimizar a tendência ao isolamento, contribui para que, voltados para fora do circuito familiar, outros recursos possam ser descobertos e outras potencialidades exploradas (Melman, 2006; Saraceno, 1999). Exemplos disso podem ser conferidos nas associações de familiares e usuários, nas quais os participantes têm a oportunidade de sair do papel de consumidores de serviço e ocupar o lugar de protagonistas da organização de projetos que respondam aos seus legítimos interesses.

Corroborando tal perspectiva, estudo de Vianna e Barros (2004) identificou que, independentemente da posição favorável ou contrária à Reforma Psiquiátrica, as associações de familiares buscam, além da defesa e proteção dos direitos dos usuários de saúde mental, a construção de novas formas de expressão política, ideológica, social, cultural e de lazer, o que resulta na formação de uma rede de apoio e solidariedade, que fomenta novas oportunidades de sociabilidade.

5.4.7 A incompreensão dos familiares

Alguns entrevistados afirmaram que seus familiares não compreendem que eles são portadores de sofrimento mental, tratando-os como dissimulados e preguiçosos ou expressando pouca confiança em momentos de fragilidade, nos quais seria necessário conceder-lhes um crédito de confiança.

eu queria que eles me entendessem... me escutasse... porque igual... eu sô depressiva... eu tô em tratamento... se eu fico deitada no quarto escuro... pra eles é preguiça... é vagabundice... é porque eu num quero fazê nada... não... é porque eu simplesmente preciso ficá num quarto escuro quieta... eles num entende a minha doença... eles acha que... a partir do momento que eu saí daqui... eu tô boa... eu sarei... num preciso mais tomá remédio... num preciso mais nada. (E20)

Segundo observação da entrevistada, para seus familiares, a alta do hospital psiquiátrico representaria a cura do transtorno mental e, assim, eles nutriam a expectativa de que ela, ao retornar para casa, estaria completamente recuperada e não demandaria mais de cuidados e tratamento. Nessa direção, Rosa (2011) aponta que, alguns serviços, por reduzirem as intervenções ao tratamento do paciente, voltam-se exclusivamente à remissão dos sintomas. Segundo a autora, nas primeiras internações do paciente – como é o caso dessa entrevistada, que estava na segunda internação – esse movimento contribuiria para que a família deslocasse suas esperanças para a suposta suficiência dos efeitos imediatos da internação. Diante disso, a frágil abordagem da família no conjunto de ações voltadas ao paciente resultaria na manutenção da crença de que o paciente com alta hospitalar estaria “curado de sua doença”, o que aboliria a necessidade de dar continuidade do tratamento nos serviços extra-hospitalares.

Na mesma linha, seguem relatos de outros pacientes que, embora estejam entre a terceira e a sétima internação psiquiátrica, demonstram igualmente sentir a incompreensão da família quanto ao seu sofrimento mental.

minha família pensa que eu sô/que eu tô fingindo pra sê internado... que eu num tenho nada... que eu sô apenas... normal... pensa que é tudo fingimento meu... ela não qué mais sabê de mim... é::... NINguém... ninguém vem me visitá aqui... num tá nem aí comigo... não... acabô... num quero/num querem sabê de mim... não. (E12)

meus filho acha que num tenho crise de depressão... diz que é eu que quero e que passo porque quero... eles acham que é porque eu quero fazê isso... que é gracinha. (E22)

eu queria que minha família fosse um pouquinho mais amiga minha... assim... me apoiando mais... sinto falta de um apoio moral... sem ficá com desconfiança... “aí... ele vai ali... vai bebê... ele vai ali... vai fazê aquilo... vai ali... vai fazê aquilo outro”... desconfiam muito. (E17)

Como se pode depreender dos trechos de falas selecionados, em alguns casos, a ausência de compreensão a respeito do transtorno mental por parte da família faz com que as manifestações do sofrimento mental sejam tomadas com descrédito, retratado nas palavras “vagabundice”, “gracinha”, “fingimento”, que sugerem juízos de valor próprios do discurso moralista (Vianna & Barros, 2004). De acordo com Rosa (2011), no caso dos pacientes que, embora acometidos pelo sofrimento mental, mantêm-se lúcidos e orientados auto e alopsiquicamente, a família tem dificuldade em admitir o transtorno mental, o que culmina na habitual tradução dos comportamentos inadequados como evidência de “preguiça” e “falta de caráter”. Determinados comportamentos dos portadores, especialmente associados aos

diagnósticos de transtorno de humor, de personalidade e de uso de substâncias tóxicas, como nos casos dos entrevistados mencionados (respectivamente, E12, E20, E15), geram desconfiança e incredulidade nos familiares. Isso se converte em uma nova fonte de sofrimento para o paciente que, mesmo fragilizado, tem de conviver com a indiferença do outro ou com a constante suspeição que paira sobre sua pessoa, gerando a hipervigilância do outro (Rosa, 2011).

Em torno do transtorno mental, cristalizam-se percepções, atitudes e ideias baseadas em interpretações muitas vezes equivocadas. Historicamente, os “doentes mentais” constituíram uma categoria social submetida a discursos desqualificadores e desumanizantes que promoveram a exclusão e discriminação. O pouco que se conhece sobre transtorno mental é carregado de conotação negativa, que culmina no preconceito e no estigma (Silva, Santos, 2009a).

A impossibilidade de objetivar o transtorno mental, que não pode ser constatado ou evidenciado por exames físicos, contribui para que os familiares não compreendam os sintomas subjetivos e comportamentais, o que alimenta percepções infundadas sobre a condição dos pacientes que acabam limitando a convivência (Ribeiro et al., 2009). Esse aspecto “invisível” do transtorno mental foi discutido por Moreira (2006), que identificou nos relatos dos seus entrevistados sentimentos semelhantes aos mencionados no presente estudo, como desconfiança e descrédito por parte dos familiares. Isso traduz uma disposição psíquica de que não se pode *crer* naquilo que não se vê ou que não se evidencia. Desse modo, é compreensível que o ambiente familiar, que poderia ser um dos lugares em que o paciente mais se sentisse à vontade, seja na verdade considerado desconfortável, tornando-se incômodo e muitas vezes hostil para ele.

No fragmento de fala reproduzido a seguir, nota-se o sentimento de desconforto da paciente diante da visita de uma tia, a quem não via havia certo tempo, mostrando estranheza frente ao seu comportamento.

num tem ninguém que atende minhas necessidades na hora da crise... só o contrário... minha família olha pra mim e eles num dão nem crédito... um dia aconteceu um fato interessante... tinha uma tia que já fazia mais de mês que num ia na minha casa... aí eu peguei... coloquei a mesa rapidinho... fui fazê o café... pra recebê elas e elas ficaram no portão porque eu falei: “entra... tia... eu tava dormindo ainda... mas se a senhora veio... entra”... outra tia ficou preocupada porque eu tinha ido na casa dela e tinha limpado... eles estranharam... mas eu TAVA bem... a gente cai no descrédito... e muito grande... fora o preconceito que fica... né? isso é muito ruim pra mim... porque até a gente conquistá de novo... até a gente buscá de novo... a gente acaba se sentindo na obrigação de fazê algo pra pessoa acreditá na gente... num sei se isso é da minha cabeça... mais é ruim sabê que nem a família acredita na gente. (E6)

Nessa fala fica patente a percepção que a paciente tem de “ter caído em descrédito” perante os familiares, devido aos momentos em que mostrou desequilíbrio emocional ou comportamentos incongruentes, como são as manifestações do transtorno mental. O sentimento de perda revelado pela paciente é pungente, intensificado quando ela reconhece o quanto teria de lutar para conquistar novamente a confiança daqueles que a cercavam. A entrevistada revela as perdas associadas ao transtorno mental, especialmente aquelas que se referem ao modo como é vista pela sociedade. Os familiares, por não terem uma real compreensão do sofrimento mental, muitas vezes julgam erroneamente o paciente e se mantêm distantes ou não conseguem compreender a densidade dessa experiência dolorosa de confronto com as perdas que a pessoa acometida vivencia. Somado a isso está a percepção, não menos dolorosa, de ser incluído na categoria social de paciente psiquiátrico, vivenciada como um lugar de exclusão, desconfiança e desqualificação por parte dos familiares.

Alguns participantes apresentaram queixas explícitas com relação à privação de liberdade e ao aviltamento da autonomia pessoal a que se sentem expostos pela família, em decorrência das peculiaridades de seu modo de ser.

eu preciso de liberdade... eu num sô dona da minha casa quando tô em casa... quem comanda tudo lá são eles e::: eu me sinto excluída... eu queria lavá roupa... porque lavá roupa é uma coisa que me tira o estresse... mas começa implicá porque to lavando roupa... mas mal eles sabem que é isso que me tira o estresse... queria que eles entendessem que eu preciso dessa liberdade de eu fazê minhas coisa... que nem... com minha irmã eu posso até certo ponto... ela me ajuda até certo ponto... porque ela tava me tratando que nem adolescente... eu tinha hora pra chegá em casa... passô das dez hora ela fechava o portão... eu tinha que me virá. (E5)

na minha irmã eu moro no fundo da casa dela... na varanda... né... ela deixa eu vivê lá... mas é daquele jeito... num tenho a chave da casa... tenho hora pra voltá pra casa... num tenho liberdade não... né. (E15)

A partir da leitura dessas falas, percebe-se que os participantes experimentam restrições à sua liberdade em troca de alguma segurança, como abrigo ou mesmo convivência familiar (Lobosque, 2001). A aparente superproteção relatada por alguns entrevistados, como ser impedido de realizar certas atividades ou despertar preocupações nos familiares quando se ocupam de determinadas tarefas, segundo Rosa (2011), é atravessada por um processo gradativo de desqualificação e invalidação do paciente que se torna completamente dependente do cuidador. De acordo com essa autora, a privação da liberdade do paciente por parte da família se acentua quando, como nos casos acima, ele exerce pouca ou nenhuma atividade fora do contexto familiar e/ou quando o mesmo apresenta comportamentos ameaçadores ou inadequados.

No mesmo sentido, estudo de Salles (2005) com egressos de reinternação psiquiátrica apontou que os mesmos se queixam do abuso de poder, muitas vezes exercido pelos familiares, ao fazerem restrições aos comportamentos que julgam desviantes. Nessa direção, parece ser difícil arbitrar o justo equilíbrio entre o cuidado que acolhe e a tutela que anula a autonomia do sujeito e viola seus direitos, o que, novamente, remete à discussão sobre a promoção da autonomia enquanto prática que respeita a expressão da subjetividade do indivíduo (Rosa, 2011; Zanetti, 2006; Yasui, 2006). Nota-se, portanto, que o limite entre a liberdade e a proteção concedidos pelos familiares está em permanente negociação, alimentando continuamente as tensões no cotidiano.

Por outro lado, percebe-se, na fala dos entrevistados, uma marcante desapropriação do espaço de moradia. Ao discutir o “morar” enquanto um dos eixos sobre os quais se amplia a contratualidade, Saraceno (1999) comenta que esse “aprisionamento” ou “expulsão” do habitar revela o precário poder contratual do paciente que fica impedido de exercer seu poder e seu prazer na apropriação do espaço onde reside. Nesse sentido, a reabilitação psicossocial deve-se ocupar de experiências que permitam que o paciente readquira o direito de uso e a subjetivação do espaço em que habita (Saraceno, 1999).

Um dos participantes relatou a forma como se relacionava com sua família, especialmente no que se refere à recusa familiar em falar sobre o transtorno mental, evidenciando o silêncio que envolve o assunto.

isso eu num sei... num sei o que eles acha do meu problema... das minha internação... nunca falei disso com a minha família. (E1)

Diante da incompreensão, da vergonha ou da negação do transtorno mental, bem como frente às dificuldades inerentes ao conviver, muitas famílias “optam” por calar a experiência estrangeira e incomum imposta pelo sofrimento mental. Estudo de Silva e Santos (2009b) com mães portadoras de transtorno mental mostrou que as mesmas comentam pouco sobre o adoecimento do filho, o que os autores interpretam como defesa contra a angústia em se deparar com a situação dolorosa, marcada pela frustração de expectativas e pela autoacusação.

Melnam (2006) identifica, nesses quadros graves, rastros de um intenso sentimento de culpa por parte da família, a ponto de se ver impedida e impotente ao enfrentar a situação, o que pode contribuir para que os familiares se isolem do contexto familiar mais amplo ou da comunidade em geral. Silva e Santos (2009a, 2009b), no mesmo sentido, também identificaram o sentimento de culpa nos familiares, que os faz se interrogarem “onde foi que eu errei?” ou os leva a se recusarem a reconhecer a situação, enquanto não passageira. Nesse

sentido, torna-se importante reconhecer a necessidade de intervenções que contribuam para o deslocamento da postura de autoculpabilização para a postura de responsabilização na reabilitação psicossocial, sem a qual a sobrecarga familiar pode tornar-se demasiadamente pesada (Silva & Santos, 2009b).

5.4.8 O significado atribuído à internação pelo familiar

Alguns entrevistados comentaram sobre a decisão do familiar pela sua internação. Em alguns casos, mostraram compreender a decisão, uma vez que afirmaram que, na visão do familiar, essa seria a melhor forma de ajudar.

meu pai que me colocô aqui... porque ele acha que o hospital vai me ajudá... é o jeito que ele pensa... o que ele faz pra me ajudá. (E4)

minha muié me acompanha no médico só quando é pra me interná... é sempre assim... quando ela acha que eu tô dando trabaio em casa... ela qué me interná (E3)

meu pai que mandó minha mãe me interná... ele achava que eu tava precisando (E16)

as vez o único jeito que eles vê mesmo é interná (E2)

É comum que familiares ainda compreendam a internação em hospital psiquiátrico como a única forma de tratamento, o que pode decorrer da dificuldade de conduzir situações de crise, durante as quais se sentem angustiados, despreparados e sobrecarregados pelo convívio com o usuário (Fonseca, Generoso, Maia & Emmendoerfer, 2008; Rosa, 2011; Salles & Barros, 2007; Vianna & Barros, 2004). Tendo em vista as inúmeras sobrecargas que o cuidado implica aos familiares, a internação psiquiátrica ainda é um dos recursos empregados pelos mesmos como uma estratégia de sobrevivência, uma vez que, em muitos casos, impõe-se a necessidade de exercer atividades que gerem renda (Rosa, 2011).

Assim, nos casos de reinternação psiquiátrica, a hospitalização acaba se incorporando ao cotidiano da família como mais um dos recursos assistenciais que se estendem ao cuidado (Rosa, 2011). Por outro lado, investigações de Loch (2012) mostram que a aprovação ou confirmação da necessidade de internação do paciente por parte de sua família é um fator de risco para reinternações, uma vez que esta aprovação expressa o desejo de que o paciente seja institucionalizado, não mais de forma permanente, mas por meio de várias internações breves.

Nessa direção, os resultados dos estudos de Rosenblatt e Mayer (1982) mostraram que as reinternações estavam relacionadas à presença de altos níveis de carga física e afetiva, e à dificuldade nas relações familiares. Esses fatores, por sua vez, estavam associados à inadequação dos serviços no que concerne à continuidade do tratamento pós-alta. Com isso, percebe-se que, muitas vezes, a opção “única” pela internação é confirmada pela própria estrutura da rede de serviços que não dispõe de recursos extra-hospitalares suficientes ou eficazes para substituir as internações.

Os participantes apontaram, em seus relatos, reconhecimento do apoio recebido pelos familiares, tanto em termos práticos como afetivos. Também referiram situações nas quais não se sentem apoiados. Admitiram a dificuldade imposta pela convivência com o sofrimento mental, especialmente nos momentos de crise, o que inclusive leva alguns entrevistados a evitar demandar auxílio, uma vez que entendem que representam um fardo ao familiar. Por outro lado, alguns pacientes destacaram as limitações vivenciadas nas relações familiares e, por conseguinte, nas possibilidades de cuidado recebido, o que conduz à incompreensão sobre o transtorno mental e à consequente desconfiança diante de certos comportamentos do paciente, bem como à superproteção que se confunde com a privação de liberdade e à internação involuntária como forma de apelo por ajuda, expresso pelo familiar nas situações extremas.

A consideração desses aspectos vai ao encontro dos pressupostos do modelo de Atenção Psicossocial, no sentido de que tem sido cada vez mais valorizada a necessidade de a família ser incluída em intervenções de promoção da saúde desenvolvidas de forma permanente nos serviços. Estudos sugerem que, ao compartilharem encargos e oferecerem apoio, os serviços extra-hospitalares podem minimizar os efeitos dos aspectos estressores (Barroso, Bandeira & Nascimento, 2009; Borba et al., 2008; Mello, 2005; Randemark & Barros, 2007; Vianna & Barros, 2004). Por outro lado, em consequência à desospitalização e no processo de construção da Atenção Psicossocial, entre os novos elementos que devem ser incorporados aos serviços de assistência à saúde mental encontra-se o reconhecimento da família como recurso que compõe o conjunto de intervenções terapêuticas (Luzio, 2010; Machado & Santos, 2012).

Sendo assim, a inclusão da família nas ações reabilitadoras tem dupla função. Ao acolher o sofrimento do familiar e compartilhar responsabilidades, produz efeitos diretos sobre os membros da família e, ao orientar os mesmos no manejo do paciente e ampliar a rede social de apoio, beneficia indiretamente o próprio paciente (Saraceno, 1999). Nessa vertente, para além da condição de vítima ou de culpada, a família pode ser considerada um recurso humano imprescindível ao novo modelo de Atenção Psicossocial (Melman, 2006). Desse modo, os profissionais de saúde devem legitimar seus esforços e fortalecer seu poder de ação.

Por outro lado, há casos em que, por mais que se busquem alternativas de aproximação, não há possibilidades de a família assumir o cuidado do usuário, seja por questões práticas que o envolvem, seja pela ausência de disponibilidade, interesse e vínculo de uma ou das duas partes – família e usuário. Nesses casos, há de se avaliar o esgotamento das tentativas de aproximação e o resgate do vínculo e de se admitir que a insistência nessa aproximação, além de inócua, pode se tornar prejudicial ao paciente.

Confirmam-se, desse modo, as afirmações de Melman (2006), de que nem sempre o meio familiar é o mais indicado para uma pessoa com sofrimento mental, e de Rosa (2011), de que a família não deve ser considerada como espaço obrigatório de inclusão. Frente a essa situação de vulnerabilidade, é preciso reconhecer a importância das alternativas de inserção social que ultrapassam as fronteiras do contexto familiar. Ao se considerar que a família não é o único meio de incluir o usuário na comunidade, novos tipos de relações podem ser reconstruídas e outras possibilidades vislumbradas, como as Residências Terapêuticas, o que aponta, por sua vez, para a necessidade de produzir e multiplicar projetos de moradia e sociabilidade (Rosa, 2011).

5.5 A dimensão social extramuros: construindo lugares possíveis

Ao se falar em Atenção Psicossocial, o campo da saúde mental se amplia e se estende às inúmeras possibilidades de inserção social, enquanto fator reabilitador e de potencialização da contratualidade. Nesse sentido, por meio do roteiro de entrevista, foi explorada a dimensão social das vidas dos participantes e, em especial, a rede social, que é um dos eixos da reabilitação psicossocial.

5.5.1 Isolamento e ociosidade marcantes

A partir da leitura das descrições sobre o cotidiano dos entrevistados, verificaram-se o isolamento e a ociosidade em que vivem. À exceção de três participantes, os demais se encontravam economicamente inativos e sequer estavam inseridos em outras atividades da comunidade, além do próprio tratamento psiquiátrico. Três participantes deixaram claro o isolamento social no qual estão mergulhados e a solidão em que vivem suas vidas em decorrência do esgarçamento da rede de apoio social.

minha vida é ficá em casa vendo televisão... é isso... não... amigo eu num tenho... ninguém. (E11)

num convivo com ninguém... só comigo... sô só eu sozinho... num tenho convivência com ninguém... num tenho amigo... ninguém vai na minha casa... tem dia que eu chego em casa e abro a porta... sô tá eu na casa e o cachorro... num vô na casa de ninguém... tenho meus irmãos que é só: “oi... oi... oi”... eu num tenho círculo social... num tenho vida social... sinto falta... a solidão é difícil... isso contribui bastante... acho que é um dos fatores que mais... que mais PEga é essa parte da solidão... num tê onde í... num tê com quem conversá... porque pessoal de boteco num tem nada a vê... né? num é amigo... é companheiro de copo... então... acho que pega isso... né? falta uma família. (E14)

antes de eu vir pra cá eu ficava andando muito na rua... eu andei tanto na rua... ficava andando nuns lugar que eu senti tristeza... eu falei assim comigo: “num é nem falta de comida... é soliDÃO”... sei lá... parece que eu sinto mais:... mais calor humano no meio da psi/no meio desse lugar aqui do que ficá na rua... porque eu num tenho o apoio da minha família. (E13)

Como sugerem as falas dos entrevistados, o isolamento social em que vivem é tão intenso que, conforme discutido anteriormente, alguns aparentemente preferem estar internados para evitar a solidão. Nesse sentido, é interessante observar que, segundo os dados gerados em estudo anterior (Santos et al., 2009), os pacientes viúvos ou divorciados apresentaram maior tempo de permanência na internação, sugerindo que contar com uma pessoa da rede social pode ser um fator motivador da recuperação mais rápida e, por conseguinte, do retorno ao convívio social e comunitário.

De acordo com Salles (2005) que investigou egressos de hospitalizações psiquiátricas, as repetidas internações contribuem com a ruptura da vida cotidiana das pessoas, que passa a ser marcada por perdas materiais e afetivas. Evidencia-se, destarte, que os laços sociais tornam-se pouco consistentes, o que prejudica a permanência ou inclusão na rede social constituída por familiares, amigos e vizinhos.

Somada à circunstância de isolamento, os próximos depoimentos revelam a falta de possibilidades efetivas de inclusão social e ausência de interesses e atrativos, em um cotidiano monótono, caracterizado pela ociosidade na qual os pacientes vivem. Para enfrentar a iminente falta de sentido na vida, alguns perambulam sem rumo pelas ruas, enquanto outros permanecem inativos e confinados em casa, em uma espécie de exílio “voluntário”.

fico muito na rua às vezes... andando sozinho... andando por aí sem fazê nada... eu prefiro ficá na rua do que ficá na minha casa... e a rua num é bom... num é bom mesmo... mais eu prefiro a rua... eu num faço quase nada... eu fico parada assim... num estudo... num trabaio... num cuido das coisa na minha casa... só minha mãe mesmo. (E16)

eu gosto do CAPS... tem tudo lá... mas como eu fico na rua... eu acabo faltando muito... vô um dia... falto outro... porque tô na rua... aí quando tô na rua num tem jeito. (E12)

eu levanto da cama... meio-dia em casa... vô assisti TV... depois uma hora tomo café da manhã... depois duas hora da tarde eu armoço... assim que é meu dia em casa... assim é minha vida... passo o dia em casa... sozinha. (E21)

num saio... fico sem rotina... só dentro de casa... num saio nem pra varrê minha calçada... sabe? eu era MUITO esperta... muito trabalhadeira... eu trabalhava MUITO. (E22)

Esses resultados vão ao encontro de achados obtidos por estudos anteriores, uma vez que corroboram que a segregação, isolamento social, passividade e ociosidade são obstáculos experimentados pelos pacientes com longo itinerário de internações (Matias & Monteiro, 2007; Rosa, 2011; Salles & Barros, 2009). A perda de importantes laços sociais deriva em um cotidiano empobrecido e desprovido de possibilidades de mudanças, o que acaba por excluir o paciente (Leão, 2010). A reabilitação psicossocial, como recurso que visa à reconstrução de redes sociais, torna-se fundamental, especialmente, em situações como as apresentadas pelos participantes deste estudo. Uma possibilidade de inserção social e produção cultural é a participação em atividades nos CECCOs que são desenhados como importantes espaços de sociabilidade e cultura inseridos na cidade e abertos à comunidade em geral (Leão, 2010). A comunidade é uma fecunda fonte de recursos inovadores que podem se somar aos recursos assistenciais propriamente ditos dos serviços (Saraceno, 1999).

5.5.2 Dificuldades na inserção social e laboral

Alguns participantes expressaram as dificuldades decorrentes do sofrimento mental e das sucessivas internações a que foram submetidos, sobretudo no que se refere a se inserirem socialmente, seja no contexto de trabalho, seja no âmbito das relações interpessoais.

tem uma falta... de::: conhecimento do pessoal das empresas... dos empregador que acaba nos rejeitando... porque quando cê vai preencher uma ficha... num tenho hábito de menti... “toma algum remédio psiquiátrico?”.... “tomo”... aí eles já num:::... eles acham que é louco... se falo que já internei então... num adianta nem explica que é depressão... que é pra TOC... que é alguma coisa () eles num entendem... acha que cê é louco... aí cê acaba perdendo o emprego ou num te contrata... então... essas perdas pra mim é muito grande... o médico de lá veio me perguntá... aí eu falei dos

remédios... aí ele mandô um laudo dele pro dono da empresa e ele falô que ia me despedí... porque ele num queria corrê o risco de de repente me dá um mal súbito... nossa... foi um baque terrível... né? eu tava produzindo... tava trabalhando... tava ganhando dinheiro... então eu tava com a cabeça ocupada... cuidando da vida... então foi um baque pra mim... eu num aguentei a onda dessa perda e entrei na cachaça. (E14)

eu sei que a empresa num qué um funci/um funcionário afastado o tempo que eu tô... inda mais porque agora tô internada aqui... e sei também que a lei pra ele segurá um ano num existe mais... e eu... a minha tristeza maior é sabê que... se eu voltá a trabalhá... eles vão me mandá embora... isso aí é uma coisa que... eu fiz isso... eu pedi minha alta e fui trabalhá... eu trabalhei... até que a gerente falô que eu num tava produzindo como tinha que produzí... (E6)

do jeito que eu tô aqui ninguém me qué não... eu ando apavorada no meio do povo... assustada... começo me tremê toda... fico nervosa... eu NUM era assim... quem vai querê alguém pra trabaiá assim? sabe que vai dá uns dia... já tá ruim de vez... volta eu aqui de novo. (E22)

como que eu vô dizê? não é só pela internação... é pela discriminação que tem... que é muito grande... as pessoas acha que aqui é só louco... e num é bem assim... aqui nós têm um tratamento... que eu vi que tem pessoas piores... mais num é assim... tem pessoas () a autoimagem... a pessoa já sai na rua... você sabe que você não é louco... mas isso te causa... só de sabê que alguém te vê assim como louca... carrego isso comigo. (E6)

Os participantes fizeram referência ao estigma socialmente conferido ao sofrimento mental, que marca seu portador e o qualifica como indesejável. A desvalorização acompanha as classificações depreciativas que o paciente recebe ao longo de sua trajetória existencial. As falas apontam, especialmente, para as perdas de oportunidades de trabalho, provocadas pela despotencialização da pessoa, que passa a ser excluída de seu contexto social, laboral e familiar (Moreira, 2006; Silva, 1997). Adicionalmente, direitos elementares como o de ter emprego digno, e prerrogativas trabalhistas como licença-saúde, são sumariamente suprimidos ou violados. Com isso, suas possibilidades de recuperação tendem a se tornar ainda mais estreitas.

Sabe-se, por outro lado, que as seguidas e prolongadas internações psiquiátricas favorecem que os pacientes se adaptem às características hospitalares, o que tem por consequência prejuízos no senso de autonomia. O regime de hospitalização psiquiátrica integral, tal qual praticado no contexto estudado, obstrui a manutenção dos meios de se gerirem fora dos muros da instituição, uma vez que o permitido e o proibido dentro do hospital são regidos por regras diferentes das que se vive na sociedade (Mannoni, 1981). Assim, de acordo com Passos (2009), o portador de transtorno mental, quando

institucionalizado, tem reduplicada sua exclusão social, muitas vezes, de forma definitiva e insuperável.

Conforme argumenta Goffman (1975), o estigma tende a se tornar predominante em detrimento de todas as outras características definidoras da identidade da pessoa, que, assim, fica “deteriorada”. Acentua-se a isso o fato de que os dispositivos institucionais reproduzem o estigma e a desvalorização social dos usuários e criam aquilo que, historicamente, a psiquiatria denominou de o “curso natural da doença”; mas que o referido autor, em contrapartida, denomina de a “carreira moral do doente mental”, como efeito direto do processo de institucionalização (Goffman, 2003, p. 24).

Segundo Amarante (1996), este seria o “duplo da doença mental” (p. 84), ou seja, aquilo que se sobrepõe à condição de enfermo enquanto característica produzida pela situação de ser e estar institucionalizado. Na mesma linha de argumentação, Birman e Costa (1994) assinalam que o conjunto de sintomas comumente atribuídos ao transtorno mental muitas vezes é um subproduto da experiência de ser submetido ao espaço institucional.

O “vazio emocional”, mencionado por Amarante (1996) como produto da “mortificação do eu” e do “processo de violação do sujeito institucionalizado” (p. 88), ultrapassa o muro da internação, marcando profundamente o paciente institucionalizado, o que acaba por dificultar a criação e manutenção de relações e laços sociais. Nesse sentido, segundo Oliveira (2007), o tempo de permanência no hospital e as sucessivas internações a que foram submetidos contribuem para a progressiva deterioração da capacidade adaptativa e consequente perda de autonomia. Além disso, favorecem que episódios agudos do transtorno mental se transformem naquilo que se denominava como quadros psiquiátricos crônicos e irreversíveis (Calligaris, 2009).

Isso sugere que internações psiquiátricas recorrentes acarretam consequências psíquicas e sociais decisivas aos portadores de sofrimento mental, uma vez que reforçam condições que podem conduzi-los, como efeito de bola de neve, a novas internações. Nesse ponto, é possível retomar a tese de Kiesler (1982) no que diz respeito à tendência da hospitalização ser um processo que se autoeterniza; sendo assim, o melhor preditor da reinternação seria o número de hospitalizações prévias do paciente. Desse modo, o transtorno mental, acentuado pelas internações psiquiátricas, agrega desvalor ou estigma ao paciente que passa a valer menos na convivência social (Valentin, 2001). Com isso, torna-se difícil, segundo esse autor, avaliar qual aspecto é causa e qual é efeito das seguidas reinternações, concluindo-se, tão somente, que reinternações e comprometimento nas relações sociais e inserção na comunidade estão intimamente associados.

Corroborando tais pontuações, os entrevistados apontaram que a internação psiquiátrica é extremamente eficiente ao reiterar o estigma que envolve o transtorno mental, deixando visível sua marca, já difícil de encobrir ou contornar (Moreira, 2006; Tadvald, 2007). O hospital psiquiátrico, muitas vezes, faz a função de uma suplência social, sem que possa oferecer outros recursos para que o usuário encontre alternativas de enlace social e participação na comunidade.

5.5.3 Vislumbrando inserções sociais possíveis

Mesmo diante de uma realidade tão adversa, alguns participantes vislumbraram possibilidades de inserção social, nutrindo alguma esperança de que, ao conseguirem uma ocupação, poderiam dar sentido a uma rotina empobrecida, como se pode depreender nas falas a seguir.

minha rotina é assim... quando eu num tô no CAPS... eu fico o dia inteiro deitada:: só tomando café o dia... fumo cigarro... durmo tarde... umas onze e meia... meia-noite... quando é quatro horas... quatro e meia tô acordada... lá fumando de novo... fazendo café... fico assim... só isso... eu queria fazê um curso de computação... eu tô vendo um curso de computação pra mim... mais... eu fico assim sem fazê nada todo dia. (E9)

precisava de uma ajuda melhor... sabe? uma ocupação... porque eu tendo uma ocupação... eu num... eu num... sabe? eu num envolvo com nada... é... eu pre/eu sinto essa necessidade de::: de... de... não de sê internado... de retomá meu serviço... porque eu tando trabalhando... eu chego em casa... entro dentro de casa... tomo banho... vô pra televisão... janto... durmo... no outro dia porque levantô bem cedo mesmo... porque seis hora eu tenho que í no serviço... e... então tenho ocupação... sabe? o que falta pra mim é ocupação... só isso que falta pra mim. (E10)

minha vida é monótona... se eu não tivé trabalhando... é monótona... se eu num tivé trabalhando eu levanto... quando tava nessa fase aí eu levantava... ia pro bar... agora que eu tô voltando melhor... praticamente bem... então é levantá de manhã... fazê uma faxina... lavá uma roupa... colocá no varal... fazê um almoço... almoçá... í pra frente da televisão... vez em quando eu saio... dô uma ida na casa da minha irmã... volto pra casa... e fico dentro de casa o tempo... fico dentro de casa. (E14)

se eu tivesse uma ocupação... né... ia sê bom pra cabeça porque enquanto eu fico conversando... que nem em vendas... enquanto eu tô tentando fazê você comprá... eu NUM tô pensando em mim de jeito NENhum... num existe aqui problemática... não existe. (E19)

Confirmando estudo de Salles e Barros (2009), uma condição compreendida pelos participantes como fundamental para a recuperação é a expectativa de trabalhar. A entrada ou permanência no mercado de trabalho representa um marco para a construção da vida saudável, para a constituição de uma rede social e para o reconhecimento de ser alguém capaz de produzir as condições materiais de sua própria subsistência. Nessa direção, Oliveira (2009) mostrou que as pessoas que não trabalhavam demoravam duas vezes mais para procurar serviços de saúde do que as que tinham ocupação. Por outro lado, conforme apontamento de Rosa (2011), o fato de o paciente estar vinculado a atividades que geram renda o torna mais independente dos cuidados familiares e, em consequência, mais autônomo e em melhores condições de estabelecer relações mais saudáveis.

Além disso, a inserção em atividade laboral viabiliza o exercício da cidadania e da contratualidade, mediante a efetivação de trocas sociais que se desenvolvem, especialmente, no cenário do trabalho (Kinoshita, 2001; Saraceno, 1999). Tal como discute Saraceno (1999), os participantes deste estudo indicaram de maneira precisa que o trabalho, como fator primordial de reabilitação e estratégia de potencialização da contratualidade, é uma forma possível de construção de um lugar social e econômico na comunidade. Nesse sentido, o trabalho seria uma forma de conquistar um lugar de integração social e cidadania, uma vez que possibilita ao ser humano reproduzir sua vida material, social e subjetiva (Barros, 1994; Silva, 1997). Assim, o trabalho viabiliza o empoderamento do usuário, no que se refere ao seu poder contratual e relacional no contexto social (Vasconcelos, 2000).

Contrária à lógica do entretenimento, que tem a função de manter o usuário alienado dentro de uma instituição fechada ou do valor supostamente terapêutico que a atividade laboral teria no contexto institucional, a potencialização das condições de trabalho tem sido recomendada como um instrumento de empoderamento e inclusão social (Brasil, 2005a; Nicácio, 1989; Saraceno, 2001). Nesse vertente, embora ainda de maneira pontual no cenário brasileiro, alguns serviços de saúde mental articulam a criação de cooperativas de trabalho e oficinas de geração de trabalho e renda, o que vem sendo incrementado na Economia Solidária (Brasil, 2005a; Leão, 2010).

As cooperativas de trabalho, ao agenciar a diversificação e multiplicar as atividades, produzem espaços abertos às diferentes particularidades e potencialidades. Nesse dispositivo, o trabalho, tal como o lucro, se caracteriza como ponto de partida e não como fim em si. É essa característica da atividade laboral que confere cidadania àqueles que na cooperativa trabalham, uma vez que é por meio do trabalho, como fundamento concreto de comunicação,

que se estabelecem práticas de negociação e produção de sentido e valores subjetivos e de troca (Leão, 2010).

Ao se reconhecer a importância da dimensão emancipatória do trabalho, como elemento primordial de reabilitação psicossocial, considera-se que as iniciativas de geração de trabalho e renda solidárias são parte integrante das práticas psicossociais que preveem a intersectorialidade e a multiplicidade de ações (Brasil, 2005b). Assim, em uma sociedade na qual as condições mínimas de sobrevivência e trabalho não são garantidas a todos os cidadãos e, ainda, são agravadas nos segmentos sociais já excluídos, como é o caso dos portadores de transtorno mental, a solução via formação de cooperativas tem sido reconhecida como um importante meio de emancipação, uma vez que possibilita a ativação do potencial humano, bem como a positivação dos recursos do usuário (Barros, 1994; Passos, 2009).

Cumprе ressaltar que, dos 22 participantes deste estudo, apenas três se encontravam ativos economicamente, enquanto outros quatro estavam afastados do trabalho e recebiam auxílio-doença, e oito recebiam benefício assistencial. Por um lado, deve-se considerar a importância do recebimento de benefício como um instrumento de incremento à contratualidade social, já que potencializa a emancipação do usuário. No entanto, dois participantes problematizaram essa questão, ao manifestarem o mal-estar associado a esse recebimento, como sentimento de vergonha ou de falta de esforço para manter vínculo produtivo.

um jeito de evitá minhas internação é trabalhando... porque num vai me faltá isso aqui ((estalou os dedos)) dinheiro... eu gosto de trabalhá... pra mim trabalho é dignidade... cê sabe? porque eu num vejo dignidade no auxili-doença e benefício... eu tenho VERGOnha... (E13)

bom pra mim é trabalhá... porque eu sô um cara esforçado... quero trabalhá... num quero recebê aposentadoria nenhuma não. (E7)

Nesse sentido, como adverte Luzio (2010), deve-se admitir que o fato de a concessão do benefício estar vinculada ao julgamento de incapacidade, muitas vezes, não estimula a melhora e contribui para que o transtorno mental gere ganhos secundários ao portador, dificultando, assim, sua recuperação. Como alerta Rosa (2011), em muitos casos também são ganhos secundários para a família, que pode fazer uso da fonte de renda vinculada ao transtorno mental do paciente como componente de seus recursos imediatos para sobrevivência, mesmo que ao preço da saúde psíquica.

Esse aspecto permite pensar que o benefício, diferentemente da forma que tem sido utilizado no contexto brasileiro, não deve ser um fim em si, mas um direito que necessita ser articulado a outras ações, com vista à reinserção social, uma vez que, isoladamente, não assegura a reabilitação psicossocial. Assim, a concessão do benefício assistencial, ao estar condicionada à condição de incapacidade e quando utilizada com a exclusiva função de proteção, também gera exclusões, na medida em que não promove o engajamento do beneficiário no meio social (Assumpção, 2004). Tendo em vista a importância dos aspectos sociais, conclui-se que práticas psicossociais devem ir além da adoção de condutas terapêuticas com o foco na saúde, e devem favorecer que o usuário desenvolva condições de pertencimento ao tecido social (Assumpção, 2004).

A abordagem psicossocial deve, portanto, abordar interesses e necessidades particulares dos usuários, tal como demandam os participantes por meio de seus relatos, podendo ser oferecido apoio para que eles busquem e se mantenham em atividades para as quais tenham real motivação. Assim, mais do que oferecer uma atividade para ocupar o tempo, trata-se de refletir sobre as ações para as quais o usuário dirige seu interesse, proporcionando-lhe uma ancoragem em seu desejo, além de lhe possibilitar certo enlace e inserção social. Para tanto, parece fundamental reconhecer que o desempenho social do portador de sofrimento mental não pode corresponder a um ideal imposto socialmente, sendo que o valor de cidadania repousa justamente no fato de ser um pressuposto ético e político inegável a qualquer pessoa, independentemente de suas limitações (Tenório, 1999).

5.5.4 Inventando soluções possíveis

Uma participante relatou a solução que encontrou frente à situação de extremo sofrimento por que passava, por meio da qual obteve acolhimento e pôde apaziguar sua dor.

lembro do dia que eu liguei no CVV... Centro de Valorização da Vida... e:: eu num consegui falar nada... eu só chorava... só choro... aí eu só ouvia do outro lado uma voz que dizia: “oh... eu estou aqui” ((chorou)) “eu tô te ouvindo... você não está sozinha”... aí eu chorava... chorava... chorava... e de vez em quando ela falava: “eu estou aqui”...isso ficou quase uma hora no telefone... aí depois passado eu desliguei o telefone... isso me ajudô... só de sabê que tinha alguém na linha ((chorou)) porque naquele momento eu tava tão só. (E5)

Diante da solidão, saber que havia alguém ouvindo do outro lado da linha foi o suficiente para aplacar o intenso sofrimento psíquico dessa participante, o que sugere que algumas saídas são encontradas em lugares inesperados. Este relato evidencia, mais uma vez, a importância do acolhimento do sofrimento mental e da rede de apoio social no enfrentamento das adversidades e na produção de efeitos surpreendentes e valiosos para o usuário. A dor psíquica não tem hora nem lugar para se manifestar. Por essa razão, o usuário precisa contar com uma rede de apoio flexível e que se mostre disponível para ser contatada a qualquer hora. No entanto, nenhuma menção a essa particularidade foi encontrada nos depoimentos dos participantes deste estudo.

Os entrevistados expressaram alguns interesses que eles supõem que poderiam, caso fossem facilitados, contribuir com sua recuperação e até mesmo evitar eventuais recaídas. Os serviços extra-hospitalares parecem ser o lugar mais adequado para articular esses interesses que se entrecruzam com diversas áreas, apoiando e direcionando o usuário na busca daquilo que lhe faz algum sentido, orientando-se pelo Projeto Terapêutico Individual (PTI). Considerando os recursos e interesses particulares de cada um, pode ser mais apropriado pensar na possibilidade de estabelecer um enlace social por meio, por exemplo, do retorno do usuário aos estudos, da sua inserção em oficinas de geração de renda ou, até mesmo, da participação em eventos, encorajando a aproximação com outras pessoas e setores da comunidade. Enfim, a relação de cuidado deve possibilitar a reconstrução de trajetórias interrompida, por meio de ações integradas e intersetoriais (Ferreira & Pereira, 2012).

Ao se considerar a Reforma Psiquiátrica como um processo ainda inconcluso, lança-se o desafio de se recusar que, devido ao sofrimento mental, seja subtraída a possibilidade de inserção no exercício da cidadania, no espaço da cidade e no mundo dos direitos, na medida em que a abordagem da experiência da loucura deve assegurar sua presença e produção no espaço social (Amarante, 1996; Lobosque, 2003).

Assim, conforme apontam Waidman e Elsen (2005), para que a desinstitucionalização aconteça de maneira efetiva impõe-se que a comunidade aprenda a conviver com o portador de transtorno mental. Esse é um processo lento, que exige envolvimento de vários segmentos da sociedade, ao integrar interesses da população (familiares, usuários, profissionais e comunidade em geral) e interesses políticos associados à melhoria da assistência e da qualidade de vida da coletividade.

Nesse sentido, para potencializar o uso de recursos sociais e comunitários necessários à sustentabilidade do convívio comunitário do portador de sofrimento mental, é fundamental articular o conceito de rede. Como discutido anteriormente, nessa acepção da palavra, esse

construto estaria associado à articulação dos diversos serviços de saúde mental a um sistema mais complexo, composto por outros serviços de saúde e instituições pertencentes a outros setores, como educação, cultura, trabalho e comunidade em geral (Pinto, 2007). Além disso, embora os serviços e instituições existam e funcionem *a priori*, a articulação entre eles, ou seja, a composição da rede, deve atender às particularidades do usuário. Assim, ainda que os serviços e as instituições sejam os mesmos em determinada cidade, a rede disponibilizada para cada paciente deve ter uma configuração única, tecida no caso a caso, a partir das indicações do próprio usuário (Figueiredo, 2009).

5.6 O momento da alta: o que está por vir daqui por diante

Frente à questão do guia de entrevista que explorava como o participante se sentia no momento que precedia à alta, foram expressos inúmeros sentimentos, que variaram de expectativas positivas à pura desesperança. Contudo, a maior parte dos entrevistados expressou seus sonhos e planos para o momento posterior à alta.

5.6.1 Expectativas e busca de satisfação

Alguns participantes manifestaram um misto de ansiedade, expectativas positivas e busca de satisfação e bem-estar diante da possibilidade de alta.

agora eu tô ansiosa pra í embora. (E1)

agora que eu tô saindo daqui... vou retomá o trabalho... eu nunca parei de trabalhá... só quando tô na fase da crise aguda que eu não consigo trabalhá... né... tava indo... tava indo... e agora daqui pra frente eu já num sei mais... mais eu acredito que num vá mudá muita coisa não... já tenho uma certa clientela... o pessoal sabe desse meu problema... eu quero tê uma vida normal... né... assim... eu gosto muito da vida... gosto muito dos meu amigo... das (coisa) que eu tenho... é:::..... é só a doença mesmo que atrapalha. (E2)

esse momento é muito bom... sabê que eu vô tá na minha casa... retomá minha vida... é::: muito bom porque aqui a gente fica limitada... aqui a gente pensa... né? vê... porque estamos... aonde eu falhei?... por que que eu errei? (E6)

expectativa... muita expectativa de sabê como tá minha casa... sabê se tem alguma novidade na caixa do correio... sabê se alguém me procurô... sabê se tem algum trabalho em vista... quero recuperá pelo menos oitenta por cento do que eu já perdi... a partir de hoje... com certeza... com certeza... a partir de hoje eu tô saindo daqui... vô atravessá aquele portão... a partir de amanhã minha vida é outra... vô começá a luta. (E14)

muito bom... vô passá o Natal junto com a minha famia (E21)

Como se pode notar nas falas destacadas, para alguns participantes, o momento da alta é revestido de sentimentos positivos que carregam uma esperança de abertura para o novo, sugerindo novas possibilidades de viver a vida fora das malhas da instituição psiquiátrica.

5.6.2 Medo, incertezas e inseguranças

Por outro lado, esse período que precede a saída do hospital também foi apontado como um momento extremamente delicado e ansiogênico, que remete a sentimentos como medo, incerteza frente ao novo e ao que está por vir, suscitando insegurança em relação ao suporte familiar recebido.

tô com receio porque eu num tô assim:: cem por cento... sempre fico receosa... fico perdida... demora uns dias pra mim chegá no lugar... (E9)

ah... esse momento é um:: é um momento meio delicado... né? é:: é: o que eu tô falando aqui mesmo pra mim... eu falo lá fora... pro álcool... é não... não... não... e... vô olhá pra mim... olhá pros meu filho... olhá pra minha vida... e vê o que eu já passei e sabê que pode melhorá... ainda tá em tempo. (E10)

de ansiedade... sabe? de saí... de vê o mundo lá fora... cê vai vê um bar na esquina... outro bar na esquina... outro bar... aí cê vai vê a vida... cê acha que consegue e cê num consegue... já vi muitas pessoa vinte ano sem bebê... quando volta... volta o triplo... pessoas que ficam também fazendo tratamento nove mês... tá bom... dá um volta... eu memo... já fiquei quatro ano sem e voltei... agora se tenho plano... planos... eu até tento traçá um plano... mas num sei dizê agora. (E11)

de um lado tô aliviado porque eu num aguento mais ficá aqui... tomá um jeito lá fora... mais num sei não... o destino que me proteja... eu não sei... não sei que planos eu tenho na minha vida... eu tô completamente arrasado... tá muito difícil de tê... de tê planos. (E12)

ãã... pra mim tá sendo triste... né... eu vô voltá pra um lugar aonde eu num gosto de ficá... e:: vamô vê o que vai virá... ãã... eu tô:: eu vô pra lá fico quieto lá no fundo lá e espero passá o resto do dia... amanhã já procuro alguma coisa pra fazê... e::: é difícil... o dia parece que num passa... a noite num passa... (E15)

tá sendo bom pra mim porque eu vô pra casa... mais a casa num é minha... num sei se eu vô sê recebida lá... se eu fô ficá na rua... vô pra lá nos meu filho... só que lá eu num me sinto bem... eu chego lá... eu adoeço... então... depois que eu saí daqui eu já num sei mais. (E22)

eu tô preocupada pra onde eu vô... que eu tava morando com minha irmã né... mais eu briguei com ela... ela queria meu bem... mais tava fazendo meu mal... então num dá mais pra morá com ela... agora eu preciso resolvê pra onde eu vô... preciso arrumá a minha casa... (E5)

O momento da alta parece ser, para a maior parte dos participantes, mobilizador de angústias, na medida em que os lança a inúmeros desafios, o que desperta preocupações e medos em relação à real possibilidade de reorganizarem suas vidas fora do ambiente hospitalar. Expressões como não se sentir 100% recuperado, não saber se permanecerá bem até datas importantes como as festas do fim do ano, ter dúvidas se conseguirá manter a abstinência do uso do álcool diante das provocações que o mundo oferece, desconhecer a futura moradia e como a vida será conduzida dali por diante, entre outras, traduzem as incertezas e inseguranças frente às relações com o mundo e com o outro (Dutra & Rocha, 2011; Goffmam, 2003). Ao analisar o relato dos entrevistados, não é possível apreender se há, por parte da equipe do hospital, trabalho de escuta a esses sentimentos de insegurança, traduzindo-se em preparo para o recebimento da alta e reconhecimento do quanto esse momento é delicado e decisivo para o paciente.

Outros entrevistados comentam sobre a dificuldade de retomar o contato com a família no período pós-alta.

esse momento tá sendo assim pra mim... é:: eu tô me sentindo bem de saí... mais eu sei que é perigoso... agora tenho que ponhá o pé no freio... devagarzinho... pensá bem pra fazê... ouvi mais minha família... eles me aconselham... mas eu num ouvi eles e acabei magoando todo mundo... agora isso é difícil pra mim (E18)

tô com medo... tô com um pouco de medo... eu num sei como vai sê lá em casa... se eu vô bem lá... se eu tô melhor aqui ou se eu tô melhor lá... num sei... eu tô com medo... eu quero passá o Natal e o Ano Novo com os MEUS filhos... e num sei como vai sê até lá... como eles vão me recebê... eu num fui muito boa com eles... num sei como vai sê pra eles... pra mim (E20)

Esses participantes reconhecem que, no período de crise, acabaram por magoar as pessoas que tentavam ajudá-los. Nas mulheres emergiu o sentimento de não terem desempenhado bem o papel materno. Essas situações, tal como discute Rosa (2011), provocam constrangimento e embaraços no paciente que percebe a dificuldade em se deparar

e retomar a relação com a família. Por outro lado, nem sempre a família está preparada para retomar esse contato com o membro egresso da internação psiquiátrica. Esse contato, muitas vezes, foi precedido por situações de extremo sofrimento. Para alguns, a desesperança prevalece, desautorizando seus sonhos e inibindo a formulação de planos que poderiam tornar o futuro mais habitável.

não... num tenho sonho... só tô me esforçando o máximo pra í embora. (E8)

sonho... plano? não... é tudo a mema coisa. (E4)

5.6.3 Os projetos como saídas possíveis

No entanto, a maioria dos entrevistados, a despeito dos receios e das barreiras encontradas no viver, quando interrogados sobre seus projetos e aspirações, relatou desejos de estudar, trabalhar e constituir uma família.

trabalhá... estudá... fazê... algum curso... arranjà um namorado. (E1)

eu acho que deu pra aprende... né... tarde às vezes... ((riu)) não tarde demais... né... mais um pouco tarde... eu acho que o que a gente tem que passá também eu acho que depois que passa também... passo a passo... né... o negócio é encarar a vida da maneira que pode dar certo agora e... esquecê o que passou... saindo daqui eu quero retomá meu trabalho... e tentá mantê a medicação... isso eu tô bem consciente. (E2)

eu tenho sonho... né... sim... eu tenho sonho assim de... eu sonho de sê mãe... tê um marido... às vezes eu sonho com isso. (E16)

voltá estudá é o meu sonho. (E21)

olha... eu quero evitá a bebida e continuá meu tratamento no CAPS... tomando meus remédios que eu tomo... psiquiátrico... e trabalhá e cuidá da minha vida... e bola pra frente... ué... arrumá uma outra companheira... uma outra pessoa pra mim e vivê uma vida. (E14)

casá... sê pai um dia... sê vô... fazê uma família... estudá... í na escola. (E4)

eu quero conhecê uma praia... quero viajá... quero tê minha aposentaria... e a minha casa... uma casa própria... minha aposentadoria por tempo de/por doença mesmo... que eu tenho direito... tá? gostaria de sê aposentada pra mim tê minha independência. (E5)

daqui pra frente?...eu quero terminá meus estudo... fazê um curso... uma faculdade... alguma coisa... mudá de vida... mudá de trabalho... que eu faço. (E20)

sonho assim... ce diz de melhorá de vida? ãh tenho... tenho... eu queria vivê sozinho... tê minha própria casa... num dependê dos outro.... sem aborrecimento... chegá em casa a hora que eu quero... liberdade... né. (E15)

plano?... num tenho planos... qué dizê... num é bem um plano... mas eu quero dá mais valor pra minha famia... que tem um monte de pessoas boas do meu lado... quero vivê bem com elas... é uma vontade... né? (E18)

Nas falas dos participantes despontou o anseio de recuperar o tempo perdido ou resgatar perdas importantes do passado, como condição para voltarem a se sentir mais saudáveis e felizes.

eu tenho planos sim... eu daqui pra frente... quero mudá de vida... estudá à noite... arrumá um serviço... trabalhá... eu sô um cara esforçado... quero trabalhá... num quero recebê aposentadoria nenhuma não.... tô com planos de me tratá e de... sê mais alguém na vida... né... porque ficá internado num dá... né... eu acho que pra mim me senti melhor... eu... eu arrumá uma namorada assi... ficá de boa... amigá... arrumá uma casinha... é o que eu quero pra mim... pra mim se senti bem... porque eu fiquei muitos anos também sem muiê por causa disso... ficá de boa. (E7)

eu quero... um dia eu vô sê alguém... vô recuperá tudo que eu perdi... talvez até conseguí coisas melhor... né?... isso é meu sonho. (E17)
e eu tenho planos... né... essa meta de cuidá da minha filha... de sê uma mãe... cuidá do meu esposo... eu tô afastada do meu trabalho... se fô necessário retomá meu trabalho... que eu gosto muito do que eu faço. (E6)

sonho? tenho... desejo só tenho um... que é de tê condições pra voltá pro Nordeste... se eu conseguisse... como eu vejo no Silvio Santos ele ajudá as pessoa a voltá... se eu conseguisse... quem sabe dá pra levá meus filho comigo... e eu sará a minha depressão... se eu tivesse com saúde eu diria que ia procurá um emprego... nem se fosse faxineiro... (E22)

Uma participante manifestou ter planos ambivalentes e se mostrou intrigada ao se revelar consciente de sua dimensão psíquica quanto ao que deseja buscar após a alta.

olha... meu plano por enquanto é um pouco negativo... né?... tá no meio... tá um x... aqui tá um x... tá pra lá e tá pra cá... tá mais pra lá do que pra cá... usá droga... assim quem sabe eu sô mais feliz... ao mesmo tempo penso em construí uma nova família... quero meu filho de volta... construí de novo um casamento... também tô vendo um curso de computação pra mim... então... tenho sonho e tenho plano... então... isso que eu num entendo... como é que eu consigo pensa as duas coisas ao mesmo tempo. (E9)

Ao discorrerem sobre os seus sonhos, observa-se que os planos e projetos vislumbrados se contrapõem à ociosidade e à solidão em que se encontravam: conquistar a liberdade, cuidar da saúde, retomar os estudos, inserir-se em um posto de trabalho e (re)constituir família. Além disso, expressam o desejo de mudança e o reconhecimento de que é possível recomençar um novo estilo de vida, que inclui reaproximação familiar, busca de atividades prazerosas, de lazer e de trabalho, constituição de vínculos afetivos, de modo a auferir participação mais ativa na rede social.

Nesse momento, os participantes saem da condição de desvalia, impotência e negação da vida e produzem novos valores de vida para si, o que revela certa potência e abre a possibilidade de advirem novos modos singulares de relação com o meio (Franco, 2009). Esses aspectos levam a pensar no conceito de normatividade, discutido por Canguilhem (2006), que o define como capacidade de o organismo inventar novas normas para seu próprio funcionamento, como respostas aos infortúnios da relação com o meio. Diante dessa visão, na qual cabem diversas possibilidades de normas de vida, o indivíduo normativo, ou saudável, seria aquele capaz de tolerar as variações do meio e instituir novas normas de vida (Franco, 2009). Ainda, aponta como é possível que uma situação de crise, embora implique sofrimento, também possa ser uma oportunidade de o paciente produzir mudanças positivas na sua forma de existência.

Esses elementos, que demonstram esperança no que está por vir e até mesmo um desejo pelo novo, também foram encontrados em outro estudo com egressos de múltiplas internações psiquiátricas (Salles, 2005; Salles & Barros, 2009). Seu efeito de ancoragem tem sido apontado como importante estabilizador da vida do usuário, dando-lhe sentido e direção. Com isso, pensa-se nessas expectativas manifestas como um ponto de sustentação do próprio processo de reabilitação psicossocial do usuário, já que representam possibilidades vislumbradas na construção de uma vida ativa e integrada a uma rede de relações sociais. Resta admitir que esse ponto de ancoragem que sustenta uma possível estabilização é uma construção subjetiva e, portanto, particular, não havendo, a princípio, uma localização exata e um padrão pronto e universal a ser identificado (Figueiredo, 2009). Nesses casos, não há protocolo a seguir. Há de se trabalhar com um não saber e se abrir àquilo que está por vir, como resultado da busca de uma saída singular (Cerqueira, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vida conta-se inteira,
em letras de conclusão.
Carlos Drummond de Andrade
(1968, p. 144)

Partindo do pressuposto de que o fenômeno da reinternação psiquiátrica envolve uma multiplicidade e complexidade de variáveis, a abordagem da problemática com os participantes contou com um roteiro de entrevista abrangente que explorou a percepção dos mesmos com relação ao tratamento recebido pela rede de serviços de saúde mental e ao seu contexto e envolvimento sociofamiliar.

A partir da análise das entrevistas, foi possível notar que o hospital psiquiátrico, no atual cenário da Atenção Psicossocial, vem ocupar uma lacuna deixada por um complexo conjunto de carências de recursos de múltiplas dimensões. Assim, mediante provisão e garantia de condições físicas de sobrevivência, o hospital responde a problemas de origem socioeconômica. Frente ao isolamento e à precariedade de relações e trocas sociais junto à família e comunidade, a hospitalização oferece uma equipe permanente, que tanto assegura cuidados profissionais imediatos, quanto representa possibilidade de estabelecimento de vínculo; além disso, a permanência na instituição hospitalar implica convivência com os demais pacientes, o que acaba por configurar uma rede de relações, invocada na tentativa de suprir a pobreza das relações sociais externas. Ainda, perante carências de ordem assistencial dos serviços extra-hospitalares, reveladas nas queixas dos participantes, o hospital é utilizado como recurso de acolhimento a situações de crise e tratamento.

De forma complementar, os relatos permitiram inferir que as internações recorrentes selam o destino do paciente, uma vez que o histórico de hospitalizações pregressas contribui para reforçar a indicação de uma nova internação, o que permite concluir que a (re)internação hospitalar é um processo que tende a se autoeternizar. Nesse sentido, a análise dos relatos dos participantes aponta o caráter iatrogênico das hospitalizações que produzem marcas e estigma e, em consequência, resultam em perdas nas relações afetivas, familiares e de trabalho. Diante de tal situação, engessam-se e acentuam-se as condições já limitadas de circulação social do paciente.

Por outro lado, os serviços de saúde mental nos quais os participantes fazem seguimento extra-hospitalar, incluindo os CAPSS (II, III e ad), parecem não oferecer intervenções que propiciem possibilidades de construção de saídas desse isolamento social no qual os pacientes se encontram. Nos relatos dos participantes, não foi possível identificar

práticas territoriais, envolvimento com outros setores de assistência e com outros recursos socioculturais ou laborais e tampouco ações que envolvessem a família como participante do processo terapêutico do paciente. Pelo contrário, segundo a fala dos entrevistados, as intervenções terapêuticas centram-se em rotinas ambulatoriais do tipo consulta, caracterizadas por longa distância temporal entre os retornos, brevidade dos atendimentos, predomínio ou exclusividade de terapêutica medicamentosa e ausência de escuta e atenção particularizada. Sendo assim, em oposição à proposta da Atenção Psicossocial, a intervenção não se baseia em ações psicossociais voltadas ao fortalecimento de projetos de vida e de sociabilidade; e sim, ainda, carrega as marcas de uma prática médica, centrada na remissão sintomática, alcançada por meio do uso de psicofármacos. No entanto, não raramente, considerando as inúmeras limitações dos serviços, que implicam prejuízo no estabelecimento do vínculo, os pacientes recusam-se a aderir à intervenção medicamentosa, geralmente a única à qual são submetidos.

Algumas deficiências práticas parecem contribuir para as deficiências dos serviços de saúde mental: o número insuficiente de serviços que leva os existentes a se sobrecarregarem com uma área de abrangência superior a que sua capacidade operacional permite trabalhar; o reduzido número e variedade de profissionais que limitam as possibilidades de ações múltiplas e criativas; em decorrência dessas deficiências, somadas, muitas vezes, à inadequação da estrutura física, os serviços revelam-se fragilizados e, assim, impossibilitados de procederem a ações territoriais e integrais de cuidado, como o acolhimento à crise, a reabilitação psicossocial e, enfim, a Atenção Psicossocial propriamente dita.

Logo, a partir da análise dos dados, nota-se uma combinação de carências: ausência de apoio familiar desejável, inexistência de trabalho ou de ocupação agradável, dificuldade na apropriação do espaço de morada, falta de redes de apoio ou de laços sociais, insuficiência dos serviços extra-hospitalares e a ineficiência da assistência que resultam na não adesão ao tratamento, incluindo o medicamentoso. Esse cenário favorece o isolamento social e contribui para que, nos momentos de crise, não havendo possibilidade de acolhida do sofrimento no serviço, o hospital seja o recurso mais utilizado pelo paciente.

Os relatos possibilitaram entrever o cenário atual como um momento de transição, marcado pela coexistência de dois modelos antagônicos. Essa coexistência produz um novo fenômeno, que, no entanto, reproduz o velho: a reinternação psiquiátrica e a reedição da institucionalização.

A reinternação psiquiátrica, como fenômeno atual, portanto, desvela o processo ainda inconcluso e não consolidado da Reforma Psiquiátrica, bem como confirma que a efetiva desinstitucionalização só ocorre com a devida substituição do modelo hospitalar pelo modelo

de Atenção Psicossocial. Apenas com a superação do antigo modelo, a Atenção Psicossocial poderá advir com toda sua potencialidade. Ao mesmo tempo, é na Atenção Psicossocial que se encontram substratos teórico-assistenciais e éticos que possibilitam a construção de um novo modelo, substituto do anterior. Nesse sentido, reafirma-se que a Atenção Psicossocial visa a tornar-se senso comum.

REFERÊNCIAS¹⁰

¹⁰ Segundo as normas da American Psychology Association - APA, 6ª edição.

Aguiar, R. W. (2009). Políticas de saúde mental: estamos avançando? In: *Jornada Sul-Brasileira de Psiquiatria, XII*. Ribeirão Preto. SP.

Almeida, M. M., Schall, V. T., Martins, A. M., & Modena, C. M. (2010). Representações dos cuidadores sobre a atenção na esquizofrenia. *Psico*, 41(1), 110-117.

Alonso, S. G. (2000). *Falando sobre reinternação psiquiátrica: A voz dos pacientes*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Alverga, A. R., & Dimenstein, M. (2005). A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In P. Amarante (Org.), *Archivos de saúde mental*, v.2 (pp. 45-64). Rio de Janeiro: Nau Editora.

Amaral, M. A. (1997). Saúde mental na rede básica: Modelo assistencial. *Revista de Saúde Pública*, 31(3), 288-295.

Amarante, P. (1994). Asilos, alienados e alienistas. In P. Amarante (Org.), *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 73-81). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amarante, P. (1999). Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In M. I. Fernandes, I. R. Scarcelli & E. S. Costa (Orgs.), *Fim de século: Ainda manicômios?* (pp. 47-52). São Paulo: IPUSP.

Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In P. Amarante (Org.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*, v.1 (pp. 45-65). Rio de Janeiro: Nau.

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amarante, P., & Giovanella, L. (1994). O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In P. Amarante (Org.), *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 113-148). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Andrade, C. D. (1968). *Boitempo & A falta que ama*. Rio de Janeiro: Sabiá, p. 144.

Aquino, R. (2001). A loucura no novo milênio. In: *Conferência Nacional de Saúde On-line, 11*. Temas Tribuna Livre. Recuperado em 03 de dezembro de 2007, de <http://www.datasus.gov.br>.

Assumpção, S. S. F. (2004). *Benefício de prestação continuada: Uma estratégia para autonomia?* Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Bandeira, M. (1991). Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: Lições de alguns países. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40(7), 335-60.

Bandeira, M., & Barroso, S. M. (2005). Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(1), 34-46.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto, trad.). Lisboa: Edições 70.

Barros, D. D. (1994). *Jardins de Abel: Desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Barros, S. (2004). *Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores*. Tese de Livre-Docência, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Barros, S., & Egry, E. Y. (2001). *O louco, a loucura e a alienação institucional: O ensino de enfermagem psiquiátrica subjudice*. Taubaté: Cabral Editora Universitária.

Barros, S., Oliveira, M. A. F., & Aranha e Silva, A. L. (2007). Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 41(esp.), 815-819.

Barros, S., & Bichaff, R. (2008). *Desafios para a desinstitucionalização: Censo psicossocial dos moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo: Fundap.

Barros, R. E. (2008). *Caracterização clínica-demográfica das internações psiquiátricas na região de Ribeirão Preto-SP entre 1998 e 2004*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Barroso, S. M., Bandeira, M., & Nascimento, E. (2009). Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9), 1957-1968.

Basaglia, F. (1995). *A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico* (H. Jahn, trad.). Rio de Janeiro: Graal.

Beaklini, M. J. T. (2001). *A Proteção Social na Reestruturação da Assistência em Saúde Mental: O Programa de Bolsa-Auxílio do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói (RJ)*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Benetton, M. J. (2001). Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial: uma relação possível? In A. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 143-149). São Paulo: Hucitec.

Bezerra Junior, B. (2001). A Clínica e a Reabilitação Social. In A. Pitta (Org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 137-142). São Paulo: Hucitec.

Bezerra, C. G., & Dimenstein, M. (2011). O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental*, 9(16), 303-326.

Birman, J., & Costa, J. F. (1994). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In P. Amarante (Org.), *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 41-72). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1999). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos* (M. J. Alvarez, S. B. d. Santos, & T. B. Vasco, trans.). Porto: Porto Editora.

Borba, L. O., Schwartz, E., & Kantorski, L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 588-594.

Bosi, M. L. M., Carvalho, L. B., Ximenes, V. M., Melo, A. K. S. & Godoy, M. G. C. (2012). Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 643-651.

Botega, N. J., & Schechtman, A. (1997). Censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais gerais. Situação atual e tendências. *Associação Brasileira de Psiquiatria Asociación Psiquiátrica de la America Latina*, 19(3), 79-86.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (1996). Resolução nº 196/96 Diretrizes e norma regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p. 21082.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção/DAPE (2003). *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília, DF. Recuperado em 12 de junho de 2009, de www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE (2004). *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. Brasília, DF. Recuperado em 12 de junho de 2009, de www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/legislação.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE (2005a). *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, DF. Recuperado em 8 de maio de 2009, de www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE (2005b). *Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho*. Brasília, DF. Recuperado em 10 de setembro de 2009, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_economia_solidaria.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde/DAPE (2007). *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília, DF. Recuperado em 26 de abril de 2009, de www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPES (2010). *Saúde Mental em Dados*, V(7). Brasília, DF. Recuperado em 12 de setembro de 2011, de www.saude.gov.br/bvs/saudemental.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPES (2011). *Saúde Mental em Dados*, VI(8). Brasília, DF. Recuperado em 12 de setembro de 2011, de www.saude.gov.br/bvs/saudemental.

Brenner, M. K., Cardoso, V. M., Oliveira, R. L., Fensterseifer, G. P., Barraz, A. C. G., Boeira, L. B., & Barros, V. C. (1999). Mudanças na clientela de internados em hospital psiquiátrico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(9), 415-420.

Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1997). *Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?* Conferência Nacional de Saúde Online. Temas para Debate II Descentralização da Gestão da Saúde. Recuperado em 3 de fevereiro de 2010, de <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>.

Caçapava, J. R. (2008). *O acolhimento e a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica: Uma cartografia do trabalho em equipe*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Calligaris, C. (1989). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Calligaris, C. (2009, 23 de julho). Conversando com Ferreira Gullar. *Folha de São Paulo, Folha Ilustrada*. Recuperado em 20 de agosto de 2009, de <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq2307200922.htm>

Camargo-Borges, C. (2007). *O construcionismo social no contexto da Estratégia da Saúde da Família: articulando saberes e práticas*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Camardo-Boges, C., & Japur, M. (2008). Sobre a (não) adesão ao tratamento: Ampliando sentidos do autocuidado. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(1), 64-71.

Campos, C. M. S., & Barros, S. (2000). *Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 34(3), 271-276.

Campos, G. W. S. (1997). *Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde*. In E. E. Merhy & R. Onocko (Orgs.), *Agir em saúde: Um desafio para o público* (pp. 229-266). São Paulo: Hucitec.

Campos, G. W. S. (1999). *Equipes de referência e apoio especializado matricial: Um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403.

Campos, G. W. S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.

Campos, G. W. S. (2006). *Atenção Básica: O desafio epistemológico, organizacional e político*. Recuperado em 15 de maio de 2009, de www.fm.usp.br/inscricoes/atenprimaria/GastaoWagner.ppt.

Campos, R. O. (2001). Clínica: A palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98-111.

Canguilhem, G. (2006). *O normal e o patológico* (M. T. R. Carvalho, trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Caplan, G. (1980). Um modelo conceptual para a prevenção primária. In G. Caplan (Org.), *Princípios de Psiquiatria Preventiva* (A. Cabral, trad.) (pp. 40-69). Rio de Janeiro: Zahar.

Cardoso, L. (2008). *Egressos de internação psiquiátrica: um olhar sobre o paciente e seu familiar cuidador. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.*

Cardoso, L., Miasso, A. I., Galera, S. A. F., Maia, B. M., Esteves, R. B. (2011). Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Recuperado em 23 de agosto de 2012, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_12.pdf.

Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo* (M. T. C. Albuquerque, trad.). Rio de Janeiro: Graal.

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

Castro, S. A., Furegato, A. R. F., & Santos, J. L. F. (2010). Características sociodemográficas e clínicas em reinternações psiquiátricas. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 18(4), 800-808.

Caton, C. L. M., & Gralnick, A. (1987). A review of issues surrounding length of psychiatric hospitalization. *Hospital Community Psychiatry*, 38(8), 858-863.

Cerqueira, L. C. (2009). A instituição e a clínica no campo da saúde mental: há lugar para a psicanálise na gestão da saúde mental? Reforma Psiquiátrica e orientação psicanalítica: da clínica para a cidade e para a gestão. In: *Congresso Norte Nordeste de Psicologia, 6º*. Belém. Recuperado em 15 de fevereiro de 2010, de <http://www.conpsi6.ufba.br/>

Chalub, M. (1995). A reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. *Informação Psiquiátrica*, 14, 82-83.

Chinman, M. J., Weingarten, R., Stayner, D., & Davidson, L. (2001). Chronicity reconsidered: Improving person-environment fit through a consumer-run service. *Community Mental Health Journal*, 37(3), 215-229.

- Coimbra, V. C. C. (2003). *O acolhimento num centro de atenção psicossocial*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Conrad, P. (1985). The meaning of medication: another look at compliance. *Social Science and Medicine*, 20(1), 29-37.
- Conselho Regional de Psicologia. (2009). Luta antimanicomial: Allegro, mas não muito. *Psi Jornal de Psicologia*, 161, 05-09.
- Costa, R. P. (2007). Interdisciplinaridade e equipe de saúde: concepções. *Mental*, 5(8), 107-124.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P. Amarante (Org.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial, v.1* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Couto, R., & Alberti, S. (2008). Contribuição ao debate entre a psicanálise e a atual reforma psiquiátrica brasileira. *Mental*, 6(11). Recuperado em 23 de maio de 2010, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16794272008000200002&lng=pt&nrm=iso>.
- Costa-Rosa, A. (2012). A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(1), 115-126.
- Cunha, G. T. (2005). *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec.
- Dalgalarrodo, P. (1993). Duração da internação em uma unidade psiquiátrica de hospital geral: a experiência do Hospital das Clínicas da UNICAMP. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42(1), 15-17.
- Dassoler, V. A., & Palma, C. M. S. (2012). A dimensão da ética nas intervenções do analista frente às demandas institucionais dos CAPS. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(1), 94-107.

Delorenzo, R. (2007). *Neurose obsessiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dell'Acqua, G., & Mezziana, R. (2005). Resposta à crise. In Amarante, P. *Archivos de saúde mental*, v.2 (pp. 161-194). Rio de Janeiro: Nau Editora.

Desviat, M. (1999). *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz

Dimenstein, M., Santos, Y. F., Brito, M. B., Severo, A. K., & Moraes, C. (2005). Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental*, 3(5), 23-42.

Dimenstein, M. D. B. (2006). A prática dos psicólogos no Sistema Único de Saúde/SUS. *Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública*, 1, 8-16. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia

Dutra, V. F. D., & Rocha, R. M. (2011). O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 19(3), 386-91.

Essock, S. M., Frisman, L. K., & Kontos, N. J. (1998). Cost-effectiveness of assertive community treatment teams. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 179-90.

Ferigato, S. H, Campos, R. O., Ballarin, M. L. (2007). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 31-44.

Ferraza, D. A., Luzio, C. A., Rocha, L. C., & Sanches, R. R. (2010). A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. *Paidéia*, 20(47), 381-390.

Ferreira, M. S. C., & Pereira, M. A. O. (2012). Cuidado em saúde mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 317-323.

Fidelis, P. (2003). O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços de saúde mental: Um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, RJ. In P. Amarante (Org.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*, v.1 (p. 89-119). Rio de Janeiro: Nau.

Figueiredo, A. C. C. (2009). Dispositivos clínicos na atenção psicossocial: Tecendo a rede pela via do sujeito. In: *Congresso Norte Nordeste de Psicologia*, 6º. Belém. Recuperado em 20 fevereiro de 2010, de <http://www.conpsi6.ufba.br/>

- Figueiredo, A. C. C., Guerra, A. M. C., & Diogo, D. R. (2006). O trabalho em equipe na atenção psicossocial: a 'prática *entre vários*'. In: *Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, II*. Recuperado em 5 de agosto de 2009, de <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/3.6.3.2.htm>.
- Fonseca, P. C., Generoso, C. M., Maia, M. S., & Emmendoerfer, M. L. (2008). A moradia protegida no contexto da reforma psiquiátrica: interlocuções com a família e o campo social. *Mental*, 6(10), 69-83.
- Formozo, G. A., Oliveira D. C., Costa T. L., & Gomes, A. M. T. (2012). As relações interpessoais no cuidado em saúde mental: uma aproximação ao problema. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 20(1), 124-127
- Fortes, S. L. C. L. (2009). Saúde mental na atenção primária. *Jornada Sul-Brasileira de Psiquiatria, XII*. Ribeirão Preto.
- Fortim, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Foschiera, F., & Durman, S. (2004). Desvelando o relacionamento de ajuda terapêutica com uma paciente em sofrimento psíquico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(1). Recuperado em 6 de agosto de 2009, de <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/796/900>
- Foucault, M. (1977). *Vigiar e punir: nascimento da prisão* (R. Ramallete, trad.). Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica do poder* (R. Machado, trad.). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1995). *História da loucura na idade clássica* (J. T. Coelho, trad.). São Paulo: Perspectiva.
- Franco, F. L. F. N. (2009). George Canguilhem e a psiquiatria: norma, saúde e patologia mental. *Primeiros escritos*, 1(1), 87-95.
- Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2(15), 345-353.

Furegato, A. R. F., Santos, P. S., & Silva E. C. (2002). O fardo e estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. *Texto & Contexto em Enfermagem*, 11(3), 51-56.

Furtado, J. P. (1998). *Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos*. Campinas, SP. Mimeografado

Furtado, J. P., Nakamura, E., Generos, C. M., Guerra, A. M. C., Campos, F. B., & Tugny, A. (2010). Inserção social e habitação: Um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. *Interface (Botucatu)*, 14(33), 389-400.

Gastal, F. L., Andreoli, S. B., Quintana, M. I. S., Gameiro, M. A., Leite, S. O., & McGrath, J. (2000). Fatores preditores do fenômeno de reinternações de pacientes esquizofrênicos, com transtorno afetivo e psicose não orgânica. *Revista de Saúde Pública*, 34(3), 280-285.

Geller, M. D. (1982). The “revolving door”: a trap or a life style? *Hospital & Community Psychiatry*, 33(5), 388-389.

Geller, J. L., Fisher, W. H., McDermeit, M., & Brown, J. M. (1998). The effects of public managed care on patterns of intensive use of inpatient psychiatric services. *Psychiatric Services*, 49(3), 327-332.

Gil, A. C. (1993). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Giovanella, L. (1990). Planejamento estratégico em saúde: Uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, 6(2), 129-153.

Godoy, M. G. C., Viana, A. P. F., Vasconcelos, K. A. G., & Bonvini, Ot. (2012). O compartilhamento do cuidado em saúde mental: uma experiência de cogerência de um centro de atenção psicossocial em Fortaleza, CE, apoiada em abordagens psicossociais. *Saúde e Sociedade*, 21(Supl. 1), 152-163.

Goffman, E. (1975). *A representação do eu na vida cotidiana* (D. M. Leite, trad.). Petrópolis: Vozes.

Goffman, E. (2003). *Manicomios, Prisões e Conventos* (D. M. Leite, trad.). Brasil: Editora Perspectiva S.A.

- Goldberg, J. (2001). Reabilitação como processo: O centro de atenção psicossocial. In A. Pitta (Org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 33-47). São Paulo: Hucitec.
- Goldenberg, M. (2004). *A arte de pesquisar: Como fazer pesquisa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Record.
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. (2001). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), 48-55.
- González-Rey, F. L. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: Caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Grandela Junior, O. (2009). Políticas públicas em saúde mental: familiares e usuários como atores principais. *Anais do XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social*. Maceió, Alagoas. Recuperado em 11 de março de 2011, de http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/295.%20pol%CDticas%20p%DAblicas%20em%20sa%DAd%20mental.pdf
- Grinshpoon, A., Abramowitz, M. Z., Lerner, Y., & Zilber, N. (2007). Re-hospitalization of first-in-life admitted schizophrenic patients before and after rehabilitation legislation: A comparison of two national cohorts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(5), 355-359.
- Guareschi, N. M. F., Reis, C., Olive, T., & Hüning, S. M. (2008). Usuários do Hospital-dia: uma discussão sobre performatividade em saúde e doença mental. *Revista mal-estar e subjetividade*, 8(1), 119-137.
- Guareschi, N. M. F., Dhein, G., Reis, C., Machry, D. S., & Bennemann, T. (2010). A Formação em Psicologia e a Inserção Para o Trabalho no Sistema Único de Saúde. In: N. M. F. Guareschi, A. Scisleski, C. Reis, G. Dhein & M. Azambuja (Orgs.). *Psicologia, Formação, Políticas e Produção em Saúde* (pp.54-98). Porto Alegre: EDIPUCRS
- Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: Uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 7(2), 83-96.
- Guimarães, J., & Saeki, T. (2001). Janelas do Santa Tereza: Um estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto/SP. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 8(2), 357-374.

Heck, R. M., Kantorski, L. P., Borges, A. M., Lopes, C. V., Santos, M. C., & Pinho, L. B. (2012). Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(1), 26-33.

Hibbard, T., & Trimboli, F. (1982). Correlates of successful short-term psychiatric hospitalization. *Hospital Community Psychiatry*, 33, 829-833.

Hirdes, A. (2001). *Reabilitação psicossocial: Dimensões teórico-práticas do processo*. Rio Grande do Sul: EdiFAPES.

Hirdes, A., & Kantorski, L. P. (2003). Psychosocial rehabilitation in Brazil: The impact on everyday life. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 7, 81-89.

Holcomb, W. R., & Ahr, P. R. (1987). Who really treats the severely impaired young adult patient? A comparison of treatment setting. *Hospital Community Psychiatry*, 38, 625-631.

Houaiss, A., & Villar, M. S. (2001). *Grande dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Husted, J., & Jorgens, A. (2000). Best practices: Population density as a factor in the rehospitalization of persons with serious and persistent mental illness. *Psychiatric Services*, 51(5), 603-605.

Ishara, S. (2007). Equipes de saúde mental: avaliação da satisfação e do impacto do trabalho em hospitalização integral e parcial. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

IBGE (2010) . Ministério do planejamento, orçamento e gestão. *Síntese de indicadores sociais, uma análise das condições de vida da população brasileira*. Informação demográfica e socioeconômica, 27. Recuperado em 10 de março de 2010, de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2010/SIS_2010.pdf>

Jorge, M. A. S. (2003). *Textos de apoio em saúde mental*. Escola Politécnica de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Junior, A. T. D., & Neto, A. A. (1981). Contribuição ao estudo das reinternações e do hospitalismo em psiquiatria. *Neurobiologia*, 44(2), 161-170.

- Junqueira, L. A. P., & Inojosa, R. M (1997). *Desenvolvimento Social e Intersetorialidade: a Cidade Solidária*. São Paulo, FUNDAP. Mimeografado.
- Kebian, L. V. A., & Acioli, S. (2011). Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. *Revista de enfermagem da UFRJ*, 19(3), 401-409.
- Kent, S., & Yellowlees, P. (1994). Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hospital Community Psychiatry*, 45(4), 347-350
- Kiesler, C. A. (1982). Mental hospitals and alternative care: Non institutionalization as potential public policy for mental patients. *American Psychologist*, 37(4), 349-360.
- Kinoshita, R. T. (1996). Em busca da cidadania perdida. In F. C. B. Campos & C. M. P. Henriques (Orgs.), *Contra a maré à beira mar: A experiência dos SUS em Santos* (pp. 39-49). São Paulo: Página Aberta Ltda.
- Kinoshita, R. T. (2001). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In A. M. F. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 55-59). São Paulo: Hucitec.
- Koda, M. Y. (2003). A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In P. Amarante (Org), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* (pp. 67-87), v. 1. Rio de Janeiro: Nau.
- Koga, M. (1997). *Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Korkeila, J. A., Lehtinen, V., Tuori, T., & Helenius, H. (1998). Patterns of psychiatric hospital service use in Finland: A national register study of hospital discharges in the early 1990s. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(5), 218-223.
- Lancetti, A. (1989). Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In A. Lancetti (Org.), *Saúde e Loucura* (pp. 75-89), v.1. São Paulo: Hucitec.
- Lancetti, A. (1990). Loucura Metódica. In A. Lancetti (Org.), *Saúde e Loucura*, v.2 (pp. 139-147). São Paulo: Hucitec.
- Lay, B., Lauber, C., & Rössler, W. (2006). Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *European Psychiatry*, 21(6), 401-409.

Leão, A. (2010). *O serviço comunitário de saúde mental: Desvelando a essência do cotidiano das ações no território*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: Elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782.

Leite, T. S. C., & Machado, A. A. (2011). Paradigmas e transformações epistemológicas: a crise da ciência moderna em Thomas Kuhn e Boaventura de Souza Santos. *Prometeus*, 4(7), 131-152.

Lieberman, P. B., McPhetres, E. B., Elliott, B., Egerter, E., & Wiitala S. (1993). Dimensions and predictors of change during brief psychiatric hospitalization. *General Hospital Psychiatry*, 15(5), 316-24.

Lima, M., Jucá, V. J. S., Nunes, M. O., & Ottoni, V. E. (2012). Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. *Interface (Botucatu)*, 16 (41), 423-434.

Lobosque, A. M. (2001). *Experiência da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.

Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em movimento*. Rio de Janeiro: Garamond.

Loch, A. A. (2012). Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(2), 185-192.

Lunardi, V. L., Lunardi, W. D., Silveira, R. S., Soares, N. V., & Lipinski, J. M. (2004). O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(6), 933-939.

Lussi, A. O. L., Pereira, M. A. O., & Junior, A. P. (2006). A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: Um modelo de auto-organização. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 448-456.

Luzardo, A. R., & Waldman, B. F. (2004). Atenção ao familiar do idoso com doença de Alzheimer. *Acta Scientiarum. Health Sciencens*, 26(1), 135-145.

Luzio, C. A. (2003). *Atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio porte: Ressonâncias da Reforma Psiquiátrica*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Luzio, C. A. (2010). *Atenção psicossocial: Reflexões sobre o cuidado em saúde mental no Brasil*. Tese de Livre-Docência, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis.

Luzio, C. A., & Yasui, S. (2010). Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 17-26.

Machado, A. L., & Colvero, L. A. (2003). Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(5), 672-677.

Machado, V. (2003). *A recusa à desospitalização entre pacientes internos de hospital psiquiátrico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Machado, V., & Caldana, R. (2005). Desospitalização em psiquiatria: o desejo de permanecer internado – um estudo de caso. In C. P. Simon, L. L. Melo-Silva & M. Santos (Orgs.), *Formação em Psicologia: Percursos e paradigmas*. (pp. 131-152). São Paulo: Vetor.

Machado, V., Manço, A. R. X., & Santos, M. A. (2005). A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1472-1479.

Machado, V., Santos, M. A. (2011). Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(1), 16-22.

Machado, V., & Santos, M. A. (2012). O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 16(42), 793-806.

Malta, D. C., Ferreira, L. M., Reis, A. T., & Merhy, E. E. (2000). Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. *Saúde em Debate*, 24(1), 21-34.

Mandú, E. N. T. (2004). Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 665-675.

Mannoni, M. (1981). *O psiquiatra, seu “louco” e a psicanálise* (M. A. M. Mattos, trad.). Rio de Janeiro: Zahar.

Marques, J. M. A. (2009). Assistência em Saúde Mental: Situação atual. *I Encontro de Saúde Mental: Assistência e legislação*. Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, Secretaria de Estado da Saúde, Governo de São Paulo, Ribeirão Preto.

Matias, J., & Monteiro, F. J. (2007). Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? *Análise Psicológica*, 1(25), 111-125.

Mello, R. (2005). A construção do cuidado à família e a consolidação da Reforma Psiquiátrica. *Revista de Enfermagem*, 13(3), 390-395.

Mello, R., & Furegato, A. R. F. (2007). Internações psiquiátricas no Rio de Janeiro de 1996 a 2005. *Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro*, 15(2), 176-82.

Melman, J. (2006). *Família e doença mental: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras.

Menezes, A. M. F., Campos, M. F. H., Seixas, L. O., & Silva, S. G. (2009). Avaliação crítica das políticas públicas de saúde mental. Anais do XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social. Maceió, Alagoas. Recuperado em 11 de março de 2011, http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/330.%20avalia%C7%C3o%20cr%C3%94tica%20das%20pol%C3%94ticas%20p%C3%94blicas%20de%20sa%C3%94de%20mental.pdf

Merhy, E. E. (2007). A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In E. E. Merhy & R. Onoko (Orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp. 197-228). São Paulo: Hucitec.

Merhy, E. E., & Franco, T. (1999). PSF: Contradições e novos desafios. In: *Conferência Nacional de Saúde On-line*. Tribuna Livre. Recuperado em 11 de abril de 2009, de http://www.datasus.gov.br/cns_

Miasso, A. I., Carmo, B. P., & Tirapelli, C. R. (2012). Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 689-695.

- Miasso, A., Cassiani, S. H. B., & Pedrão, L. J. I. (2008). Transtorno do humor e terapêutica medicamentosa: identificando barreiras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4), 739-745.
- Mielke, F. B., Olschowsky, A., Pinho, L. B., Wetzel, C., & Kantorski, L. P. (2012). Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(3), 501-507.
- Minayo, M. C. (2008). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio Janeiro: Abrasco.
- Minayo, M. C. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626.
- Minozzo, F., Kammzetsler, C. S., Debastiani, C., Fait, C. S. & Paulon, S. M. (2012). Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal : Revista de Psicologia*, 24(2), 323-340.
- Montgomery, P., & Kirkpatrick, H. (2002). Understanding those who seek frequent psychiatric hospitalizations. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 16-24.
- Moraes, A. N. D., Nascimento, E. D., Melo, M. M. ., Silva, G. L. S., Santos, A. A. F., & Veloso, T. M. G. (2009). Representações sociais sobre loucura elaboradas por familiares de usuários do CAPS. Anais do XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social. Maceió, Alagoas. Recuperado em 11 de março de 2011, de http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/343.%20representa%C7%D5es%20sociais%20sobre%20a%20loucura.
- Morais, A. P. P., & Tanaka, O. Y. (2012). Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. *Saúde e Sociedade*, 21(1), 161-170.
- Moreira, V. (2006). Estigma: Minha doença é invisível. Trabalho apresentado no II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental. Belém, Pará. Recuperado em 20 agosto de 2010, de <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.67.3.3.htm>
- Morgado, A., & Lima, L. A. (1994). Desinstitucionalização: Suas bases e experiências internacionais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(1), 19-28.
- Morin, E. (2000). *Ciência com consciência* (M. D. Alexandre, trad.). Rio de Janeiro: Bertrand.

Morin, E. (2001). *Introdução ao Pensamento Complexo* (A. P. S. Filho, trad.). Lisboa: Instituto Piaget.

Morin, E. (2003). A necessidade de um pensamento complexo (J. M. Silva, trad.). In C. Mendes & E. Larreta (Orgs.), *Representação e complexidade* (pp. 69-77). Rio de Janeiro: Garamond.

Myers, D. H. (1997). Mental health review tribunals: A follow-up of reviewed patients. *British Journal of Psychiatry*, 170, 253-256.

Nascimento, L. C. (2007). *Rede de política pública: Estudo de caso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais / SUS – MG*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Neto, J. L. F. (2008). Práticas transversalizadas da clínica em Saúde Mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 110-118.

Neves, A. S., Machado, A. E., Oliveira, D. B., & Melo, R. C. S. (2006). A dinâmica familiar do paciente psiquiátrico: entre a contenção e a identificação. In: *Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, II*. Recuperado em 10 de julho de 2009, de <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/3.6.3.2.htm>

Nicácio, M. F. (1989). Da instituição negada à instituição inventada. In A. Lancetti (Org.), *Saúde e loucura, v.1* (pp. 91-108). São Paulo: Hucitec.

Nicolino, O. S., Vedana, K. G. G., Miaso, A. I., Cardoso L., Galera, S. A. T. (2011). Esquizofrenia: adesão ao tratamento medicamentoso e crenças sobre o transtorno e a terapêutica medicamentosa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 708-715.

Niehaus, D. J., Koen, L., Galal, U., Dhansay, K., Oosthuizen, P. P., Emsley, R. A., & Jordaan, E. (2008). Crisis discharges and readmission risk in acute psychiatric male inpatients. *Biomedcentral Psychiatry*, 8(44), 1-6.

Nietzsche, F. (2001). *A gaia ciência*. (P. C. Souza, trad.). São Paulo: Companhia das Letras.

Oliveira, A. M. (2009). *Período de psicose sem tratamento (PPST) em indivíduos com psicose funcional (casos incidentes) na cidade de São Paulo*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Oliveira, E. B., & Mendonça, J. L. S. (2011). Dificuldades enfrentadas pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 19(2), 198-203.

Oliveira, J. A. (2007). *Querer ficar, querer sair: Os paradoxos da internação psiquiátrica para usuários de serviços de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Oliveira, L. H., & Miranda, C. M. L. (2000). A instituição psiquiátrica e o doente mental: a percepção de quem vivencia esse cotidiano. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 27(1), 1-7.

Palombini, A. L., Barboza, R. P., Fick, T. K., & Binkowski, G. (2010). Cuidando do cuidador: Da demanda de escuta a uma escrita de si. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 13(2), 253-264.

Parente, C. J. S., Mendes, L. P. F., Souza, C. N. S., Silva, D. K. M., Silva, J. C., Parente, A. C. B. V., & Parente, A. C. M. (2007). O fenômeno de *revolving door* em hospitais psiquiátricos de uma capital do Nordeste brasileiro. *REME Revista Mineira de Enfermagem*, 11(4), 381-386.

Pasini, V., & Guareschi, N. M. F. (2010). A emergência do SUS e as necessidades de reconfigurações no mundo do trabalho em saúde. In: N. M. F. Guareschi, A. Scisleski, C. Reis, G. Dhein & M. Azambuja (Orgs.). *Psicologia, Formação, Políticas e Produção em Saúde* (pp. 118-140). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Passos, I. C. F. (2009). *Reforma Psiquiátrica: As experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Paula, P. (2009). Políticas públicas de saúde mental e os serviços substitutivos em Belo Horizonte. Anais do XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social. Maceió, Alagoas. Recuperado em 11 de março de 2011, de http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/284.%20pol%CDticas%20p%DAblicas%20atuais%20de%20sa%DAd%20mental.pdf

Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2008). Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 12(25), 295-307.

Pereira, M. E. C. (1998). Formulando uma Psicopatologia Fundamental. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 1(1), 60-76.

Peres, R. S., & Santos, M. A. (2006). *A exclusão do afeto e a alienação do corpo*. São Paulo: Vektor.

Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. São Paulo: Editora 34.

Pessotti, I. (1996). *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34.

Pinho, L. B. (2009). *Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da Reforma Psiquiátrica*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Pinho, L.B., Hernández, A. M. B., & Kantorski, L. P. (2010). Equipe de saúde mental: análise do discurso sobre a prática no contexto da reforma psiquiátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1), 98-106. Recuperado em 7 de dezembro de 2011, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a12.pdf>.

Pinto, J. C. S. G. (2007). *Integralidade, clínica ampliada e transdisciplinaridade: Conceitos para a potencialização das práticas em Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro.

Pitta, A. M. F. (1997). Caracterização da população atendida em um ambulatório de saúde mental no município de São Paulo durante uma semana típica. In A. T. Venâncio, E. M. Leal & P. Delgado (Orgs.), *O campo da Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia.

Pinto, A. G. A. et al. (2012). Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência & saúde coletiva*, 17(3), 653-660.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (A. Thoreel, trad.). Porto Alegre: Artmed.

Preti, D. (Org) (1993). *Análise de textos orais*. Projeto de estudo da norma linguística urbana culta de São Paulo. São Paulo: Editora FFLCH/USP.

Quadros, L. C. M., Gigante, D. P., Kantorski, L. P., & Jardim, V. M. R. (2012). Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(1), 95-103.

Quinet, A. (1997). *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Randemark, N. F. R., & Barros, S. (2007). A experiência das famílias sobre o cuidado terapêutico de pessoas com transtorno mental nas instituições psiquiátricas. *REME Revista Mineira de Enfermagem*, 11, 11-18.

Randemark, N. F. R., Jorge, M. S. B., & Queiroz, M. V. O. (2004). A Reforma Psiquiátrica no olhar das famílias. *Texto & Contexto em Enfermagem*, 13(4), 543-550.

Ribeirão Preto. (1994). Lei nº 6820, de 07 de junho de 1994. *Regulamenta a Reforma Psiquiátrica em Ribeirão Preto e dá outras providências*. Ribeirão Preto, São Paulo, 15 de junho de 1994. Recuperado em 10 de outubro de 2009, de <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/leis/pesquisa/imprimir.php?id=2451>.

Ribeirão Preto. (2010). *Relatório de gestão, período de janeiro a dezembro de 2010*. Ribeirão Preto, SP. Recuperado em 10 de setembro de 2011, de <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/i16relatoriogestao10.pdf>

Ribeiro, J. M. (2003). *ANS e as enfermidades mentais severas*. Rio Janeiro. Recuperado em 21 de agosto de 2009, de www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca.

Ribeiro, M. B. S., Martins, S. T. F., & Oliveira, L. R. (2009). Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(2), 133-140.

Ribeiro, M. N. (1986). Hospitalismo: Sintoma da doença institucional: contribuições etnopsiquiátricas. *Revista Associação Brasileira de Psiquiatria Asociación Psiquiátrica de la America Latina*, 8(4), 144-147.

Ribeiro, M. S., Siano, A. K., Procópio, N. A., Santos, K. H. O., & Alves, M. J. M. (2000). Psychiatry in general hospital versus psychiatric hospital: An initial study of evaluation of the assistance performed by the psychiatric residency of the HU-UF JF. *HU Revista de Medicina do Hospital Universitário*. 25(3): 167-79.

Rosa, J. G. (1988). *Primeiras estórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Rosa, L. C. S. (2011). *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo, Cortez.

Rosa, M. A., & Elkis, H. (2007). Adesão em esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2), 189-192.

Rosenblatt, A., & Mayer, J. (1982). Closing revolving door through family therapy. *Hospital and Community Psychiatry*, 33(6): 893-894.

Rotelli, F. (1990). A instituição inventada. In M. F. Nicácio. *Desinstitucionalização* (pp. 89-99). São Paulo, Hucitec.

Rotelli, F., & Amarante, P. (1992). Reforma Psiquiátrica na Itália e no Brasil: Aspectos históricos e metodológicos. In B. Jr. Bezerra & P. Amarante (Orgs.), *Psiquiatria sem hospícios: Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (pp. 41-55). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Roza, M. M. R. (2006). *A linha do lado de fora: Um ensaio atual sobre a noção de saúde da anatomopolítica à biopolítica*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Saarento, O., Nieminen, P., Hakko, H., Isohanni, M., & Vääsö, E. (1997). Utilization of psychiatric in-patient care among new patients in a comprehensive community-care system: A 3-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(2), 132-139.

Saeki, T. (1994). *Análise da prática do enfermeiro em um hospital psiquiátrico*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Salles, M. M. (2005). *Internação em hospital psiquiátrico: O (des)caminho para vivência do cotidiano e da inserção social*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Salles, M. M., & Barros, S. (2007). Reinternação psiquiátrica em hospital psiquiátrico: A compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 41(1), 73-81.

Salles, M. M., & Barros, S. (2009). Vida cotidiana após adoecimento: Desafio para atenção em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 11-16.

Santin, A., Cereser, K., & Rosa, A. (2005). Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 105-109.

Santos, B. S. (1987). *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Editora Afrontamento.

Santos, B. S. (1999). A construção multicultural da igualdade e da diferença. *Publicações Seriadas; Oficinas do Centro de Estudos Sociais*, 135. Recuperado em 20 de outubro de 2011, de <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/135.pdf>.

Santos, B. S. (2000). *Para um novo senso comum: A ciência, o direito e a política na transição paradigmática. A crítica da razão indolente - Contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez.

Santos, C. E., & Costa-Rosa, A. (2007). A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(4), 487-502.

Santos, M. S., Machado, V., Barros, R. E. M., & Del Bem, C. M. (2009). *Avaliação de internações psiquiátricas na região de Ribeirão Preto - SP entre 1998-2004 e suas relações com a rede extra-hospitalar de saúde mental*. (Relatório Final). São Paulo: FAPESP.

Santos, R. (2007). *Porta-giratória: Conceitos e ocorrência nas internações psiquiátricas da DRS XIII*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

São Paulo. Secretaria Estadual de Saúde. (1997a). Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto. *Programa de Saúde Mental*. Ribeirão Preto.

São Paulo. Secretaria Estadual de Saúde (1997b). Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto. *Relatórios de Atividade da Central de Vagas Psiquiátricas da DIR XVIII (de 1 de janeiro de 1997 a 31 de dezembro de 1997)*. Ribeirão Preto.

Saraceno, B. (1998). A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 9(1), 26-31.

Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: Da reabilitação psicossocial à cidade possível*. Rio de Janeiro: Te Corá.

Saraceno, B. (2001). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para passagem do milênio. In A. Pitta (Org), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 13-18). São Paulo: Hucitec.

Saraceno, B., Frattura, L., & Bertolote, J. M. (1993). *Evaluation of psychiatric services: Hard and soft indicators in innovative approaches in service evaluations: Consumer contribution to qualitative evaluation – soft indicators*. Geneva. WHO/MMD/93.19.

Saraceno, B., Asoli, F., & Tognoni, G. (2001). *Manual de saúde mental* (W. Valentini, trad.). São Paulo: Hucitec.

Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2008). Felicidade e bem-estar subjetivo na literatura científica: Panorama histórico e perspectivas no período de 1970 a 2007. [CD ROM] In: *X Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto*, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Sganmbati, E. R. V. (1983). *Reinternação e rejeição familiar: um estudo com pacientes psiquiátricos*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Shirakawa, I. (2000). Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 56-58.

Shirakawa, I. (2007). *Esquizofrenia: adesão ao tratamento*. São Paulo: Lemos Casa Editorial.

Silva, A. L. A. (1997). O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Silva, G., & Santos, M. A. (2009a). Esquizofrenia: Dando voz à mãe cuidadora. *Estudos de Psicologia*, 26, 85-92.

Silva, G., & Santos, M. A. (2009b). Álbum de família e esquizofrenia: Convivência em retrato. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 83-91.

Silva, M. A., Bandeira, M., Scalón, J. D., & Quaglia, M. A. C. (2012). Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(2), 64-71.

Silva, M. B. B. (2005). Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 7(2), 303-321.

Silva, M. C. P., & Stefanelli, M. C. (1991). Estudo preliminar sobre os fatores que levam à reinternação de pacientes em hospitais psiquiátricos. *Revista Paulista de Enfermagem*, 10(1), 21-28.

Simoni, A. C., & Rickes, S. M. (2008). Do (des)encontro como método. *Currículo sem Fronteira*, 8(2), 97-113.

- Song, L. Y., Biegel, D. E., & Johnsen, J. A. (1998). Predictors of psychiatric rehospitalization for persons with serious and persistent mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(2), 155-166.
- Souza, J. C., Souza, N., & Caetano, D. (2005). Tempo médio de hospitalização em um hospital psiquiátrico de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(1), 13-18.
- Souza, J. C., Souza, N., & Magna, L. A. (2008). Tempo médio de hospitalização e categorias diagnósticas em hospital psiquiátrico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(2), 112-116.
- Spink, M. J., & Menegon, V. M. (2000). A pesquisa como prática discursiva. In M. J. Spink (Org), *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano* (pp. 63-92). São Paulo: Cortez.
- Suiyama, R. C. B., Rolim, M. A., & Colvero, L. A. (2007). Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: Uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? *Saúde & Sociedade*, 16(3), 102-110.
- Suzuki, Y., Yasumura, S., Fukao, A., & Otani, K. (2003). Associated factors of rehospitalization among schizophrenic patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(6), 555-561.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Wagner, H. R., Burns, B. J., & Borum, R. (2001). A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. *Psychiatric Services*, 52(3), 325-329.
- Tadvald, M. (2007). Marcas sociais da insanidade: Os efeitos do estigma para ex-internos de instituições manicomiais. *Revista Ártemis*, 7, 69-78.
- Tenório, F. R. (1999). *A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Tesser, C. D., & Sousa, I. M. C. (2012). Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saúde e Sociedade*, 21(2), 336-350.
- Triviños, A. (1992). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Usher, R. (1996). A critique to the neglected epistemological assumptions of educational research. In D. Scott & R. Usher (Orgs.), *Understanding educational research* (pp. 9-32). London: Loutledge.

Valentini, W. (2001). Nenhum ser humano será bonsai. In W. Valentini & A. Harari (Orgs.), *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec.

Vasconcelos, E. M. (2000). Reinvenção da cidadania, *Empowerment* no campo da Saúde Mental e estratégia política no movimento de usuários. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 169-164). Rio Janeiro: Fiocruz.

Vasconcelos, E. M. (2002). Dispositivos residenciais em saúde mental, um campo aberto para os trabalhadores sociais: Revisão de estratégias, tipologia e principais desafios políticos, teóricos e práticos. In E. M. Vasconcelos (Org.), *Saúde mental e serviço social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade* (pp. 97-124). São Paulo: Cortez.

Vecchia, M. D., & Martins, S. T. F. (2006). O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. *Estudos em Psicologia, psicol. (Natal)*, 11(2), 159-168.

Vedana, K. G. G., & Miaso, A. I. (2011). A terapêutica medicamentosa pode alterar o prognóstico de esquizofrenia? A perspectiva de pacientes e familiares. *Saúde & Transformação Social*, 1(3), 31-36.

Vianna, P. C. M., & Barros, S. (2004). A Reforma Psiquiátrica e as Associações de Familiares: Unidade e oposição. *Revista Mineira de Enfermagem*, 8(2), 275-282.

Waddell, M. (1994). A família e sua dinâmica. In S. Box (Org.), *Psicoterapia com famílias: Uma abordagem psicanalítica* (pp. 27-45). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Waidman, M. A. P., & Elsen, I. (2005). O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 341-349.

Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Zanetti, N. S. (2006). *CAPS: Dispositivo da complexidade*. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social. Recuperado em 1 setembro de 2010, em http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/artigos/tcc/caps.pdf

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A

Caracterização dos artigos recuperados e enumerados segundo objetivos, método e principais resultados (N = 16)

Nº	Objetivos	Método	Principais resultados
1	Testar a efetividade do engajamento ambulatorial involuntário na redução da reinternação, da vitimização, do comportamento violento e da detenção. Investigar para qual subgrupo de pacientes o engajamento ambulatorial involuntário é efetivo.	<p>Tipo de estudo: Experimento clínico randomizado (Quantitativo - Experimental).</p> <p>Sujeitos: N = 331. Pacientes no grupo experimental permaneceram sob a ordem judicial e receberam um período inicial de engajamento de 90 dias, renováveis para até 180 dias. Pacientes do grupo controle foram isentados do compromisso ambulatorial durante o ano de estudo.</p> <p>Instrumento: Entrevista de seguimento com participantes, membros da família e profissionais do <i>case management</i>.</p> <p>Análise: Bivariada.</p>	Pacientes que foram submetidos ao engajamento ambulatorial e receberam tratamento ambulatorial intensivo apresentaram menos admissão hospitalar e permaneceram menos dias no hospital, também apresentaram maior probabilidade de aderir ao tratamento comunitário e menor probabilidade de serem violentos ou violentados. Engajamento ambulatorial também foi associado com menor índice de detenção judicial de participantes com antecedentes de reinternação e detenção prévia. A intervenção foi particularmente efetiva em pacientes com transtorno psicótico.
2	Identificar fatores de risco para reinternação de pacientes com esquizofrenia no Japão	<p>Tipo de estudo: Estudo de caso-controle (Quantitativo - Quase experimental).</p> <p>Sujeitos: N = 67. O grupo experimental foi constituído de pacientes readmitidos com diagnóstico de esquizofrenia sem deficiência mental. O grupo controle foi escolhido a partir da população ambulatorial sem readmissão.</p> <p>Instrumentos: Escalas <i>Clinical Global Impressions</i> e <i>Global Assessment of Functioning</i> aplicadas aos pacientes.</p> <p>Análise: Bivariada e de Regressão Logística Múltipla.</p>	O padrão de tratamento psiquiátrico foi associado à reinternação. Foram identificados como fatores de risco para reinternação: não ter feito consulta clínica nos dois meses anteriores à internação e ter feito consultas frequentes nos últimos dias; baixa escolaridade.
3	Avaliar a implementação da política de saúde mental na rede básica de saúde na cidade de Campinas, SP, e, mais especificamente, analisar a relação entre comparecimento em tratamento ambulatorial e reinternação. Analisar as representações dos profissionais de saúde mental sobre as políticas de saúde propostas e	<p>Tipo de estudo: Descritivo (Quantitativo - Não experimental).</p> <p>Sujeitos: N = 150. Todos os pacientes com alta hospitalar do Serviço Dr. Cândido Ferreira, residentes no município de Campinas, no período de junho a agosto de 1992 e abril a junho de 1993, encaminhados aos centros de saúde da sua região.</p> <p>Instrumento: Dados secundários, extraídos dos prontuários por meio de um instrumento específico para essa finalidade</p> <p>Análise: não mencionada</p>	Não houve diferença estatisticamente significativa na relação entre comparecimento ambulatorial e reinternação. Prevaleceram reinternações de pacientes com diagnóstico de psicose. Foram identificadas dificuldades operacionais do modelo de assistência à saúde mental no município estudado: ausência de uma sistemática de planejamento, que levou a atendimento da demanda espontânea e, em menor escala, da demanda de egressos dos hospitais.

	sua adequação às necessidades identificadas por eles e a organização do processo de trabalho das equipes.	Tipo de estudo: Qualitativo
Sujeitos: 14 profissionais de saúde.
Instrumento: Entrevista semiestruturada
Análise: de conteúdo	
4	Avaliar a taxa média de reinternação em pessoas com transtorno mental grave em cada um dos 87 municípios de Minnesota, EUA.	Tipo de estudo: Transversal (Quantitativo - Quase experimental).
Sujeito: N = população de 87 municípios do estado de Minnesota, EUA.
Instrumento: Dados secundários, retirados do banco de dados do sistema de saúde mental.
Análise: Bivariada (Coeficiente de Pearson).	A hipótese de existência de correlação entre reinternação e densidade populacional não foi comprovada. Os municípios mais populosos tiveram maior taxa de primeiras admissões e maior tempo de permanência; bem como maior custo médio com internação por habitante.
5	Avaliar preliminarmente a efetividade do Programa de Apoio <i>Welcome Basket's</i> , especialmente no que se refere a evitar a reinternação.	Tipo do estudo: Longitudinal (Quantitativo - Quase experimental).
Sujeitos: N = 92. Participantes do Programa de Apoio <i>Welcome Basket's</i> .
Instrumento: Dados secundários, extraídos do banco de dados dos serviços ambulatoriais e do Programa.
Análise: Correlação Bivariada (Qui-quadrado) e ANOVA.	A taxa de reinternação dos participantes do Programa foi de 14% (50% menor do que a dos pacientes não inseridos no Programa, que foi de 30%). Os dados sugerem a eficácia dos serviços geridos pelos usuários na redução da cronicidade.
6	Mensurar e comparar o custo-efetividade de dois tipos de tratamento: Tratamento Assertivo Comunitário e <i>Case Management</i> .	Tipo de estudo: Experimento clínico randomizado (Quantitativo - Experimental).
Sujeito: N = 262. O grupo experimental foi composto por sujeitos com transtorno depressivo maior, transtorno do humor, esquizofrenia, esquizoafetivo, alto uso do serviço (duas ou mais hospitalizações psiquiátricas nos últimos dois anos ou uma hospitalização com mais de 180 dias nos últimos dois anos ou dois ou mais usos de serviços de emergência nos últimos dois anos), dificuldade em viver na comunidade (<i>homeless</i> ou exigindo supervisão ou assistência).
Instrumento: Dados secundários, extraídos dos prontuários, relatórios, auditorias referentes ao período de setembro de 1989 e março de 1993. Entrevistas estruturadas (<i>Quality of Life Interview</i> , <i>Symptom Check List</i> e <i>HSRI Uniform Client Data Instrument</i>) aplicadas aos pacientes e familiares.
Análise: de Regressão mista e ANOVA	Os pacientes inseridos no Tratamento Assertivo Comunitário passaram mais dias na comunidade do que os pacientes que estavam em tratamento padrão <i>case management</i> , sem custo adicional para o sistema de saúde mental público, para o estado ou para a sociedade. Para ter melhor custo-efetividade, o Tratamento Assertivo Comunitário pode ser limitado aos pacientes com transtorno mental grave, que tenham história de longa permanência hospitalar (<i>heavy use</i>).

- 7 Examinar os efeitos da política da alta precoce (medida adotada na África do Sul para responder à pressão por leitos após a desinstitucionalização) na taxa de readmissão hospitalar em setor de internação breve para pacientes do sexo masculino em um hospital psiquiátrico.

Tipo de estudo: Estudo retrospectivo (Quantitativo - Não experimental)
 Sujeitos: N = 438. Pacientes do sexo masculino entre 18 e 60 anos, admitidos e que receberam alta do setor de internação breve em determinado hospital psiquiátrico da África do Sul durante o ano de 2004. Pacientes que receberam alta precoce/de emergência foram incluídos no grupo experimental, enquanto os que receberam alta do tipo comum (alta por melhora) foram incluídos no grupo controle.
 Instrumento: Dados secundários, extraídos dos prontuários médicos dos pacientes.
 Análise: de sobrevivência e de Regressão Cox.

Pacientes que receberam alta do tipo comum (alta por melhora) apresentaram menor risco de ter readmissão do que aqueles que receberam alta precoce (política de alta precoce/de emergência).
- 8 Determinar a proporção de altas aplicadas pelo tribunal de revisão de alta e a prevalência de dano físico contra si ou contra os outros em seis meses de seguimento após alta. Investigar se houve diferenças entre pacientes que receberam alta pelo tribunal e aqueles que não receberam, em três dimensões: período de vida comunitária após a alta; risco de readmissão (taxa de readmissão), circunstâncias no período de seguimento.

Tipo de estudo: Quantitativo - Não experimental.
 Sujeito: N=124. Todos os pacientes hospitalizados, cujos casos foram revistos por tribunais de revisão de alta entre 1 outubro de 1983 até 31 dezembro de 1991.
 Instrumento: Dados secundários, extraídos de relatórios do hospital, do departamento de serviço social local, dos serviços de cuidado psiquiátrico comunitário, da equipe médica e da associação local dos serviços de saúde da família.
 Análise: Log-linear.

Nenhuma das variáveis estudadas apresentou associação com taxa de reinternação. Não houve associação entre alta por decisão do tribunal e resultados. Assim, não há provas que alta por tribunal leva à readmissão precoce. Limitações: limitado a um serviço; não analisou consequências imediatas à alta; talvez não tenham sido exploradas outras variáveis associadas.
- 9 Estimar a ocorrência de reinternações em hospitais psiquiátricos de um Estado no Nordeste brasileiro em 2004 e caracterizar essa população.

Tipo de estudo: Descritivo (Quantitativo - Não experimental).
 Sujeitos: N = 280. Pacientes internados pelo SUS em 2004 nas duas instituições estudadas.
 Instrumento: Dados secundários, extraídos de prontuários e fichas de identificação.
 Análise: não mencionada

Sendo que 55,7% dos pacientes apresentaram reinternações. Desses, 64,1% eram do sexo masculino; 80,1% estavam na faixa etária de 20 a 49 anos; 68,6% eram solteiros; 75,6%, procedentes da capital (residentes no local onde se situa o hospital); 58,3% estavam com diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes e 28,8% com transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Dentre os reinternantes, a média do número de internações por ano foi de 3,87.

10	Estudar possíveis alterações nas internações psiquiátricas após a rápida redução de leitos em hospitais psiquiátricos na Finlândia. Investigar se a diminuição do número de leitos por habitantes foi seguida de uma diminuição nas taxas de admissão/readmissão e de um aumento nas consultas ambulatoriais.	<p>Tipo de estudo: Quantitativo - Quase experimental.
Sujeito: N = 23625. Pacientes que tiveram alta hospitalar nos anos de 1991 e 1994.
Instrumento: Dados secundários, extraídos dos prontuários médicos dos pacientes.
Análise: de Regressão de Poisson e de Regressão Logística.</p>	Comparando-se as altas ocorridas nos anos de 1990 e 1993, constatou-se que houve: aumento significativo das readmissões (isso explica porque, embora tenha diminuído o número de leitos, o número de pacientes admitidos se manteve); diminuição da taxa de internação involuntária; aumento das internações por depressão maior.
11	Examinar o uso de serviço psiquiátrico de internação por pacientes, cinco anos após a primeira admissão. Identificar fatores que contribuem para o uso intensivo do serviço hospitalar em termos de tempo de permanência hospitalar (<i>heavy use</i>) e taxa de reinternação (<i>frequent use</i>). Examinar a relação entre tempo de permanência e taxa de reinternação.	<p>Tipo de estudo: Longitudinal (Quantitativo - Quase experimental).
Sujeito: N = 424. A amostra foi composta por todos os pacientes que tiveram primeira admissão em hospital psiquiátrico em Zurique, entre janeiro de 1995 e dezembro de 1996.
Instrumentos: Dados secundários, extraídos de banco de dados informatizado.
Análise: Método de relacionamento probabilístico e ANOVA.</p>	Do tempo total acumulado nesta amostra, 50,5% foram usados por 10,7% dos pacientes. Quanto ao tempo de permanência hospitalar, as variáveis estatisticamente significantes foram: diagnóstico de esquizofrenia, farmacoterapia na primeira admissão, melhora dos sintomas clínicos durante permanência no hospital, morador de rua. Para o tempo de permanência, foram fatores de risco: ser mais jovem, diagnóstico de esquizofrenia, morador de rua, maior número de internações durante o período. Quanto à taxa de reinternação (número de hospitalização), as variáveis estatisticamente significantes foram: idade na primeira admissão, diagnóstico de esquizofrenia, alta não regular, baixo nível educacional, morar sozinho. Para taxa de reinternação, foram fatores de risco: ser mais jovem na primeira admissão, menor melhora dos sintomas clínicos durante primeira admissão. Quanto à relação entre tempo de permanência hospitalar (<i>heavy use</i>) e taxa de reinternação (<i>frequent use</i>), apenas 39,5% dos pacientes reinternantes (<i>frequent users</i>) foram também pacientes de longa permanência (<i>heavy users</i>); enquanto apenas 38,6% dos pacientes de longa permanência (<i>heavy users</i>) foram também pacientes reinternantes (<i>frequent users</i>).
12	Avaliar o efeito de características sociodemográficas e clínicas no tempo de permanência hospitalar e no número de internações.	<p>Tipo de estudo: Análise transversal e longitudinal (Quantitativo - Quase experimental).
Sujeito: N = 9367. Pacientes diagnosticados com transtorno mental grave (transtorno crônico, história de tratamento psiquiátrico e avaliação de prejuízo funcional) em algum momento dos quatro anos de pesquisa, maiores de 18 anos.
Instrumento: Dados secundários, extraídos dos serviços e</p>	Mostraram-se fortes preditores do número de internação: sexo masculino, jovem, diagnóstico de esquizofrenia, número de internações do ano anterior e horas usadas nos serviços ambulatoriais

- dos dados hospitalares.
Análise: de Regressão Logística (para variável dicotômica: houve ou não hospitalização), Regressão Múltipla (para as variáveis: número de internações e tempo de permanência) e ANOVA.
- 13 Avaliar o impacto da nova política de reabilitação na reinternação de pacientes esquizofrênicos. Tipo de estudo: Longitudinal (Quantitativo - Quase experimental).
Sujeitos: N = 6607. Todos os pacientes egressos entre 1990 e 1991 e entre 2000 e 2001, com diagnóstico de esquizofrenia, esquizotípicos, transtornos delirantes e do humor.
Instrumento: Dados secundários, extraídos do registro hospitalar psiquiátrico nacional por três anos.
Análise: Regressão Logística e ANOVA.
Entre os pacientes com permanência maior do que seis meses, houve diminuição significativa da taxa de readmissão dos egressos no período de 2000 a 2001. No caso de pacientes com permanência menor do que seis meses, não houve diferença significativa, quando comparados os dois grupos (egressos entre 1990 e 1991 e egressos entre 2000 e 2001).
- 14 Examinar as características dos pacientes com múltiplas admissões hospitalares (reinternantes) submetidos ao *managed care* público entre 1992 e 1995. Explorar se o padrão de uso de internação afetou seu uso de dias de internação global. Tipo de estudo: Quantitativo - Quase experimental.
Sujeito: N = 652. O grupo experimento foi composto por pacientes com cinco ou mais internações psiquiátricas no estado de Massachussets, no período de 1992 a 1995. O grupo controle foi composto pelos pacientes com apenas uma internação nesse período.
Instrumento: Dados secundários, extraídos do sistema de dados de registro do departamento de saúde mental sobre internações
Análise: não mencionada
Em comparação com os demais, pacientes com múltiplas admissões tiveram maior probabilidade de ser: mulheres, jovens, com transtorno de personalidade, história de uso de substâncias psicoativas, mas sem diagnóstico atual de transtorno de uso de substâncias psicoativas. O grupo de pacientes com múltiplas admissões correspondeu a 6-8% do total de pacientes internados. Contudo, representavam 21-27% do total de admissões nos quatro anos de estudo. Pacientes com múltiplas admissões apresentaram tempo de permanência hospitalar significativamente maior quando internados em hospital onde não haviam sido admitidos nos últimos 12 meses.
- 15 Analisar criticamente questões conceituais e metodológicas nas publicações sobre reinternação psiquiátrica e seus preditores, em adultos com transtorno mental grave. Tipo de estudo: Qualitativo - Revisão da literatura
O conceito de reinternação e seus preditores são multidimensionais, abrangendo questões individuais e aspectos referentes ao transtorno mental, aos programas de atenção comunitária, à política e às necessidades. Segundo o artigo, as limitações teóricas e metodológicas encontradas nas pesquisas analisadas dificultam prever o risco da reinternação.
- 16 Testar a hipótese de que o tratamento no primeiro ano prediz a hospitalização durante os dois anos subsequentes. Descrever o uso de internação Tipo de estudo: Longitudinal (Quantitativo - Quase experimental).
Sujeitos: N = 537. Pacientes que fizeram contato com os serviços comunitários no primeiro ano do estudo (1990-1991), em uma região delimitada.
Foram identificados como fatores preditores de internação durante o segundo e terceiro anos do estudo: hospitalização durante o primeiro ano do estudo, número de contato com serviço de emergência durante o primeiro ano, diagnóstico de psicose funcional ou transtorno de personalidade, hospitalização

psiquiátrica entre novos pacientes, avaliando-os durante três anos. Investigar os fatores (incluindo características do tratamento no primeiro ano do cuidado) associados com hospitalização durante o segundo e terceiro anos. Analisar a diferença entre porta-giratória e longa permanência hospitalar.

Instrumento: Dados secundários, extraídos do banco de dados dos serviços e do hospital por três anos.

Análise: Regressão Logística.

prévia. E 5% do total de pacientes preencheram o critério de paciente de porta-giratória (três ou mais hospitalizações nos três anos de estudo). Foram identificados como fatores preditores do fenômeno de porta-giratória: hospitalização no primeiro contato com o serviço psiquiátrico, diagnóstico de psicose ou transtorno de personalidade. E 2% do total de pacientes tornaram-se pacientes de longa permanência hospitalar (permanência total de 273 dias). O diagnóstico de psicose foi identificado como fator preditor de longa permanência hospitalar.

APÊNDICE B

Roteiro Temático

1) A experiência da (re)internação

O que, em sua opinião, leva você a precisar se reinternar?

Quantas internações você já teve?

O que pensa sobre ser internado várias vezes?

O que sua família pensa das suas internações?

Quais são as satisfações e insatisfações vivenciadas com a internação?

Como é, para você, voltar a ser internado?

Como se sente ao ser internado?

O que poderia evitar sua internação?

Como você percebe seu tratamento recebido durante sua internação?

Você recebe visitas enquanto está internado?

Você acaba de receber alta e está prestes a sair do hospital, como está sendo para você viver esse momento de sua vida?

Como está vendo a possibilidade de voltar para casa?

Você tem planos de realização após sua saída do hospital?

2) Vislumbrando outros caminhos

Como é sua vida fora do hospital?

Você faz tratamento? Conte como é este tratamento, como você se sente no local, quais suas satisfações e insatisfações?

Como é sua participação no seu tratamento?

Alguém te acompanha nas consultas?

Você toma medicação? como é seu uso?

Como se sente sendo um usuário de serviço de saúde mental?

Seu tratamento extra-hospitalar atende a suas necessidades, de que forma? Como poderia atendê-las?

Você gostaria de receber outra forma de tratamento se não fosse a internação?

Como seria?

Caso você pudesse optar, como e onde gostaria de ser tratado quando se encontra numa situação de crise?

3) A rede sociofamiliar

Quem são as pessoas com quem você convive: família, amigos, conhecidos?

Como é sua relação com estas pessoas?

Nos momentos de dificuldade, a quem você recorre para obter apoio?

Com quem você realmente pode contar?

Com quem você sente que não pode contar?

Você se sente atendido nas suas necessidades por estas pessoas? De que forma?

Como elas poderiam ajudá-lo mais?

Como é seu dia a dia? Ocupações, afazeres, trabalhos?

Como organiza seus compromissos, sozinho ou precisa de alguém?

Recebe benefício?

O que você gosta de fazer?

O que poderia ajudá-lo a se sentir melhor?

Se você pudesse escolher, o que gostaria de fazer?

Você estuda ou já estudou?

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: *Fatores associados à reinternação psiquiátrica.*

Pesquisadora Responsável: Vanessa Cristina Machado.

Vanessa, psicóloga e pesquisadora do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde da USP, me procurou explicando-me que está desenvolvendo um estudo com o objetivo de compreender o tratamento de pacientes que tiveram mais de uma internação psiquiátrica.

Para alcançar esse objetivo, ela me convidou a participar do trabalho, solicitando minha autorização. Para tanto, eu participarei de uma entrevista, de cerca de uma hora de duração, que durará um único encontro. Nessa entrevista nós conversaremos sobre como eu vejo minha vida nesse momento, como eu avalio meu tratamento e como eu me relaciona com as pessoas com quem eu convivo quando não estou internado.

Sei que minha participação é voluntária e tenho total liberdade para desistir em qualquer fase da pesquisa. Também, mesmo que não eu aceite participar do estudo, terei meu direito a continuar com meu tratamento.

Autorizo que seja usado um gravador durante nossa conversa, para que nada do que eu disser passe despercebido. Sei que todas as informações obtidas serão consideradas sigilosas, ou seja, o meu nome ou qualquer dado que possa me identificar não aparecerá no trabalho, de modo que tudo que eu disser será confidencial.

Eu não terei de arcar com nenhum tipo de despesa para participar deste estudo. Minha participação neste estudo não causará riscos e/ou dano físico a mim.

Sei que posso fazer perguntas a qualquer momento da pesquisa, tendo a garantia de receber respostas a todas dúvidas relacionadas à pesquisa.

Tendo recebido todas as informações descritas acima, e ciente dos meus direitos e das condições que me foram garantidas, concordo em participar da pesquisa.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2007.

Assinatura da(o) paciente: _____ RG:

Assinatura do representante legal: _____ RG:

Assinatura da pesquisadora: _____ RG:

Endereço do pesquisadora: Av. Bandeirantes, 3900. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Departamento de Psicologia e Educação. Bloco 5, Sala 34. Telefone: (16) 3602-3645 ou (16) 8113 0698 (horário comercial). Ribeirão Preto-SP.

ANEXO A

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA		Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380 Ribeirão Preto – SP Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480 FAX (0**16) 6332331
---	---	---	---	---

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CSE-FMRP-USP.

Of. Nº. 270/07/COORD. CEP/CSE-FMRP-USP- 13/06/2007.

Senhor Professor,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 60ª reunião ordinária, realizada em 12 de junho de 2007, analisou e apreciou o parecer do Relator, referente ao projeto de pesquisa intitulado: “**FATORES ASSOCIADOS À REINTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA**”. Protocolo nº.229/CEP-CSE-FMRP-USP, com a orientação de V.Sª. e da orientanda Vanessa Machado, foi **aprovado**.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Manuel Antônio dos Santos
Docente do Departamento de Psicologia e Educação da
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP.

*Procurado no CSE
em 29/08/07*

ANEXO B*Síntese das Normas para Transcrição*

Ocorrências	Sinais	Exemplos
Incompreensão de palavras ou segmentos	()	Do nível... () nível de renda nominal...
Hipótese do que se ouviu	(hipótese)	(estou) meio preocupado (com o gravador)
Truncamento (havendo homografia, usa-se acento indicativo da tônica e/ou timbre)	/	E come/e reinicia
Entonação enfática	Maiúscula	Porque as pessoas reTÊM moeda
Prolongamento de vogal e consoante (como s, r)	:: :::	Ao emprestarem os....éh:::....o dinheiro
Silabação	-	Por motivo de tran-sa-ção
Interrogação	?	E o Banco...Central...certo?
Qualquer pausa		São três motivos...ou três razões...que faziam com que se retenha moeda...existe uma...retenção
Comentários descritivos do escritor	((minúscula))	((tossiu))
Comentários que quebram a sequência temática da exposição, desvio temático	-- --	a demanda de moeda- -vamos dar essa notação- -demanda de moeda por motivo
Indicação de que a fala foi tomada ou interrompida em determinado ponto. Não no seu início	(...)	(...) nós vimos que existem
Citações literais ou leituras de textos durante a gravação	“ ”	Pedro Lima...ah escreve na ocasião... “O cinema falado em língua estrangeira não precisa de nenhuma baRRReira entre nós”

Observações:

- 1- Iniciais maiúsculas: só para nomes próprios ou para siglas (USP)
- 2- Fáticos: *ah, eh, éh, ahn, tá*
- 3- Nomes de obras ou nomes estrangeiros são grifados
- 4- Números por extenso
- 5- Não se indica o ponto de exclamação (frase exclamativa)
- 6- Não se anota o cadenciamento da frase
- 7- Podem-se combinar sinais. Por ex: oh:::....(alongamento e pausa)
- 8- Não se utilizam sinais de pausa, típicos da língua escrita, como ponto final, ponto e vírgula, dois pontos. As reticências marcam qualquer tipo de pausa