



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Luisa Motta Corrêa

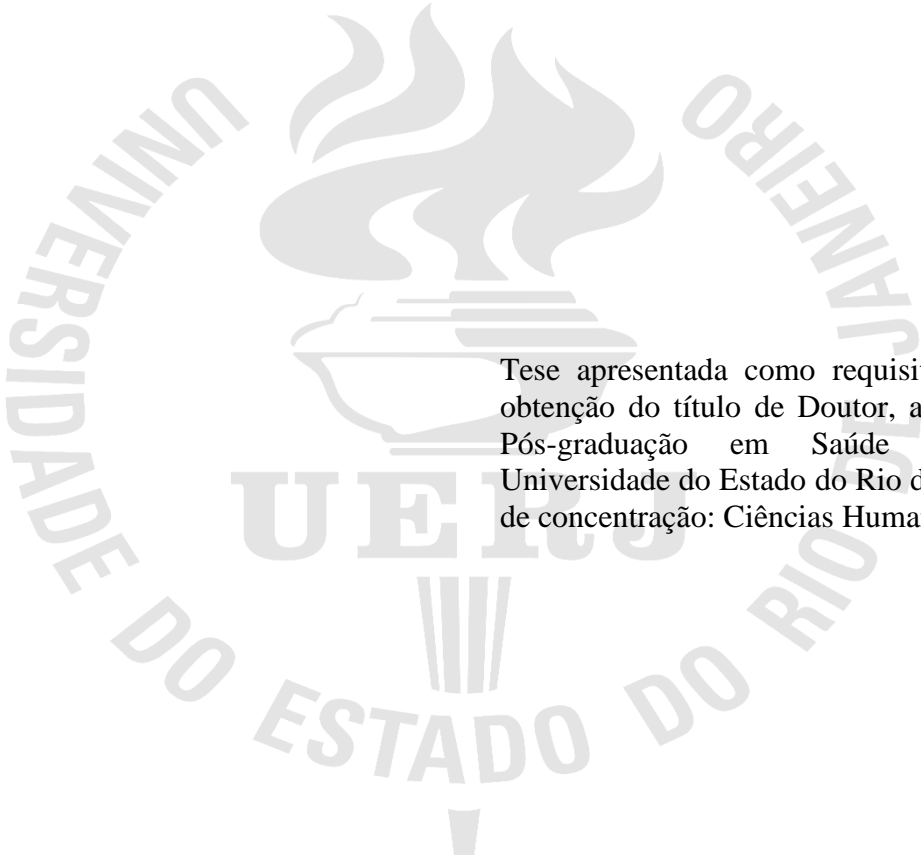
**A persistência da institucionalização em tempos de reforma psiquiátrica:  
uma etnografia sobre casos acompanhados por CAPS da cidade do  
Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2022

Luisa Motta Corrêa

**A persistência da institucionalização em tempos de reforma psiquiátrica: uma etnografia sobre casos acompanhados por CAPS da cidade do Rio de Janeiro**



Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rossano Cabral Lima

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C824 Corrêa, Luisa Motta

A persistência da institucionalização em tempos de reforma psiquiátrica : uma etnografia sobre casos acompanhados por CAPS da cidade do Rio de Janeiro / Luisa Motta Corrêa – 2022.

400 f.

Orientador: Prof. Dr. Rossano Cabral Lima

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Saúde mental - Teses. 2. Desinstitucionalização -Teses. 3. Serviços de saúde mental - Rio de Janeiro - Teses. I. Lima, Rossano Cabral. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 616.89-008

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Luisa Motta Corrêa

**A persistência da institucionalização em tempos de reforma psiquiátrica: uma etnografia sobre casos acompanhados por CAPS da cidade do Rio de Janeiro**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 31 de março de 2022.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima (Orientador)

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

---

Prof. Dr. Martinho Silva

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Tavares Cavalcanti

Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Paola Frare

Universidade Federal Fluminense

---

Prof.<sup>a</sup> Maria Paula Cerqueira Gomes

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Lia e Zeca, que com tanto amor e cuidado me ensinaram a cuidar e a fazer dos impasses, motivos para pensar e reconstruir caminhos. Sem todo este afeto e apoio, não teria sido possível atravessar o percurso na atenção psicossocial que me trouxe até aqui.

A minha avó, Virgínia (*in memoriam*), sempre amorosa e alegre. Sem perder o sorriso, ela tornava leves mesmo os momentos mais duros.

A minha irmã, Lina, que vem comigo desde os primeiros suspiros de vida, me apoia em cada conquista, me transforma em tia e torna nossos dias mais coloridos.

Ao meu amor, Matias, que traz poesia para os momentos de tensão, me faz compor, organiza a casa e acalenta o coração, suporte fundamental para que eu possa seguir escrevendo e elaborando as diferentes experiências desta tese.

Aos amigos de CAPS, Alessandra, Naruã, Thiago, Fernanda, Andressa, Cecília, Maristela e Deise (*in memoriam*), que sempre fizeram das dificuldades e inquietações do trabalho o movimento de conversas, discussões, questionamentos e até gargalhadas; que nunca perderam a capacidade crítica, peça fundamental da reforma psiquiátrica. Com estas parcerias, as viagens de trem ficaram mais curtas, as reuniões de equipe mais divertidas, o manejo dos casos mais potente. Sem estas trocas, não teria sido possível formular a questão que moveu esta tese.

Ao meu orientador, Rossano, sempre disponível para ouvir e debater minhas incansáveis incursões em campo e disposto a acompanhar os embates e avanços deste processo.

A todos os usuários que acompanhei e acompanho e aos que fizeram parte do estudo, por me ensinarem tanto, por me mostrarem que a desinstitucionalização só se faz considerando a história e a voz de cada um.

Aos profissionais, gestores e familiares que participaram da pesquisa, me dando a chance de colocar o trabalho de toda uma rede em análise e, junto com isso, o meu modo de trabalhar. Desejo que este percurso sirva de inspiração para muitos outros trabalhadores e que a possibilidade de olhar para os retrocessos seja a mola propulsora de novos avanços.

## RESUMO

**CORRÊA, L. M. A persistência da institucionalização em tempos de reforma psiquiátrica: uma etnografia sobre casos acompanhados por CAPS da cidade do Rio de Janeiro.** 2022. 400 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

De acordo com os líderes da reforma psiquiátrica italiana, a desinstitucionalização envolve não só a retirada dos pacientes dos hospitais psiquiátricos, como também a desconstrução da lógica manicomial e a construção de uma rede territorial substitutiva, que, no Brasil, tem o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como base principal. A criação ou reformulação de estabelecimentos que reatualizam a tutela sobre a loucura demonstra que este processo vem encontrando desafios. Apesar de se tratarem em CAPS, alguns usuários têm sido institucionalizados em asilos, clínicas/hospitais privados, comunidades terapêuticas, “Residências” particulares e CAPS III. O objetivo da presente pesquisa foi analisar os fatores que vêm convergindo para este fenômeno, tanto no plano das redes de saúde e intersetorial - com foco no CAPS - quanto no da família e da comunidade. Para tanto, foi feita uma etnografia sobre nove casos de quatro CAPS das três Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) do município do Rio de Janeiro: Centro-Sul, Zona Norte e Zona Oeste. As entrevistas, leituras de prontuários e visitas às instituições e serviços demonstraram que os principais fatores envolvidos nos processos de neoinstitucionalização são: crise, imaginário manicomial, desarticulação e precarização das redes de saúde e intersetorial, equipes reduzidas e número insuficiente de serviços territoriais, despolitização, institucionalização dos CAPS, baixa capacidade de acolhimento à crise, sobrecarga familiar e expectativa sobre a família, falta de um suporte regular aos familiares e de projetos de moradia voltados aos usuários cujos cuidadores morreram, envelheceram, adoeceram ou não estão disponíveis para uma moradia compartilhada.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. CAPS. Neoinstitucionalização.

## ABSTRACT

CORRÊA, L. M. **The persistence of institutionalization in times of psychiatric reform: an ethnography about cases accompanied by CAPS in the city of Rio de Janeiro.** 2022. 400 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

According to the leaders of the Italian psychiatric reform, deinstitutionalization involves not only the removal of patients from psychiatric hospitals, but also the deconstruction of the asylum logic and the construction of a substitutive territorial network, which, in Brazil, has the Psychosocial Care Center (CAPS) as the main base. The creation or reformulation of establishments that update the guardianship over madness demonstrates that this process has been facing challenges. Despite being treated in CAPS, some users have been institutionalized in nursing homes, private clinics/hospitals, therapeutic communities, private “Residences” and CAPS III. The objective of the present research was to analyze the factors that have been converging on this phenomenon, both at the level of health and intersectoral networks - with a focus on CAPS - and at the level of the family and the community. Therefore, an ethnography was carried out on nine cases of four CAPS from the three Psychosocial Care Networks (RAPS) in the municipality of Rio de Janeiro: South-Center, North Zone and West Zone. The interviews, readings of patient records and visits to institutions and services showed that the main factors involved in the processes of neo-institutionalization are: crisis, asylum imaginary, disarticulation and precariousness of health and intersectoral networks, reduced teams and insufficient number of territorial services, depoliticization, institutionalization of CAPS, low capacity to embrace the crisis, family overload and expectations about the family, lack of regular support for family members and housing projects aimed at users whose caregivers died, aged, became ill or are not available for shared housing.

Keywords: Deinstitutionalization. CAPS. Neo-institutionalization.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Acompanhante terapêutico/acompanhamento terapêutico
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CMS	Centro Municipal de Saúde
CF	Clínica da Família
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT	Comunidade terapêutica
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ECT	Eletroconvulsoterapia
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MP	Ministério Público
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAM	Posto de Atendimento Médico/Pronto Atendimento
PVC	Programa de Volta para Casa
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	<i>Revolving door</i>
RT	Residência terapêutica
SEHIG	Secretaria de Higiene e Saúde
SRT	Serviço residencial terapêutico
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapeuta ocupacional
VD	Visita domiciliar



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Perfil dos casos e neoinstitucionalização.....	304
---	-----

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	10
1	<b>UM BREVE HISTÓRICO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....</b>	17
1.1	<b>Desinstitucionalização x desospitalização.....</b>	20
1.2	<b>A reforma psiquiátrica brasileira.....</b>	25
1.3	<b>CAPS e NAPS: desconstruindo o manicômio e construindo uma nova forma de lidar com a loucura.....</b>	33
1.4	<b>A desinstitucionalização no Rio de Janeiro.....</b>	39
2	<b>DESAFIOS, IMPASSES E RETROCESSOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....</b>	44
2.1	<b>A porta giratória/<i>revolving door</i>.....</b>	47
2.2	<b>A neoinstitucionalização.....</b>	61
2.3	<b>O imaginário sobre a loucura.....</b>	94
3	<b>METODOLOGIA.....</b>	107
4	<b>OS CASOS.....</b>	118
4.1	<b>RAPS Zona Oeste.....</b>	118
4.1.1	<b><u>CAPS A</u>.....</b>	118
4.1.1.1	Augusta.....	118
4.1.1.2	Eduardo.....	144
4.2	<b>RAPS Zona Norte.....</b>	159
4.2.1	<b><u>CAPS B</u>.....</b>	159
4.2.1.1	Roberto.....	159
4.2.2	<b><u>CAPS C</u>.....</b>	170
4.2.2.1	Severino.....	170
4.2.2.2	Jorge.....	185
4.2.2.3	Vitor.....	208
4.3	<b>RAPS Centro-Sul.....</b>	230
4.3.1	<b><u>CAPS D</u>.....</b>	230
4.3.1.1	Sandra.....	230
4.3.1.2	Francisco.....	245
4.3.1.3	Neide.....	280
5	<b>ANÁLISES.....</b>	304

5.1	<b>O imaginário manicomial nas vozes familiares e comunitárias.....</b>	306
5.2	<b>Famílias.....</b>	310
5.3	<b>CAPS.....</b>	314
5.4	<b>As instituições.....</b>	327
5.5	<b>Redes intra e intersetorial.....</b>	347
5.6	<b>Despolitização.....</b>	354
5.7	<b>Perfil dos usuários.....</b>	356
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	361
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	369
	<b>APÊNDICES.....</b>	382
	<b>APÊNDICE A – Roteiros de entrevistas.....</b>	382
	<b>APÊNDICE B – Termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....</b>	386

## INTRODUÇÃO

Quando falamos sobre reforma psiquiátrica, o conceito de desinstitucionalização se revela como potente analisador dos avanços, impasses e fracassos do movimento. O modo como pessoas com transtornos mentais severos estão sendo retiradas de “instituições totais” (GOFFMAN, 1961) e mantidas na sociedade indica os caminhos e descaminhos que a reforma vem tomando. Neste sentido, não basta apenas garantir que estes pacientes permaneçam fora dos manicômios, mas também que outros, sem histórico de institucionalização, não tenham um destino institucional. Para uma discussão mais aprofundada sobre isso, alguns atores, dispositivos e conceitos são fundamentais: além do norte central, que é a noção de desinstitucionalização, a própria ideia de instituição, o funcionamento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>1</sup> e o posicionamento dos operadores do cuidado - familiares e técnicos - dão a medida de como os processos de institucionalização vêm sendo contornados e de quais desafios estão se interpondo a estes esforços. Um dos principais impasses do cenário atual é a emergência de instituições particulares/religiosas/filantrópicas que reatualizam traços do modelo manicomial, produzindo novas formas de exclusão e tutela da loucura. Olhar para estes retrocessos e investigar os percursos que levam a isso se faz urgente para garantir a continuidade da reforma psiquiátrica.

Para iniciar o trabalho, o primeiro capítulo traz um breve histórico da noção de desinstitucionalização, desde a concepção norte-americana, que a iguala à desospitalização, até a italiana, que a define como desconstrução da ideologia psiquiátrica. Assim como as comunidades terapêuticas inglesas e estadunidenses criadas na época da Segunda Grande Guerra, a subsequente psiquiatria comunitária e preventiva dos EUA visava adequar sujeitos com transtornos mentais a padrões sociais e econômicos. Enquanto no primeiro caso eram desenvolvidas atividades produtivas, terapêuticas e em grupo no próprio hospital, no segundo, passaram a ser feitos atendimentos na comunidade em prol da redução dos sintomas psicopatológicos ou prevenção do desencadeamento de novos transtornos. A desospitalização dos pacientes psiquiátricos buscava reduzir os custos do governo com a assistência, visto que o hospital é mais oneroso do que serviços ambulatoriais. A lógica permanecia centrada no indivíduo e em estratégias para normalizá-lo.

---

<sup>1</sup> As RAPS foram instituídas pelo Ministério da Saúde em 2011, estabelecendo os pontos de atenção para o cuidado de pessoas com transtornos mentais severos e usuários de álcool e outras drogas, que incluem desde CAPS e residências terapêuticas até leitos de atenção integral em hospitais gerais. Ver [bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/conheca\\_raps\\_rede\\_atencao\\_psicossocial.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf)

Tomando estas experiências como base de aprendizagem e crítica, a tardia reforma italiana pôde ampliar o seu escopo de atuação para a transformação não só do sujeito em sofrimento, mas também da sociedade como um todo. Tal revolução só foi possível porque os líderes deste movimento entenderam que, para dar um novo lugar à loucura, era preciso subverter a operação epistemológica fundante da doença mental, responsável por separar este objeto fictício da existência global e complexa dos pacientes e da sociedade (ROTELLI, 2001). A instituição que deveria acabar não seria, portanto, apenas o hospital enquanto estabelecimento, mas o conjunto de saberes, regras e normas que se organizam em torno da doença mental, desconsiderando a subjetividade daquele que sofre. Os códigos e nomenclaturas diagnósticas, responsáveis por imobilizar o paciente no lugar de ameaça e empecilho improdutivo à economia, precisavam ser questionados e revistos para ele poder assumir outros papéis. Foi este o sentido da desinstitucionalização na Itália, que respaldou o empreendimento organizado por Basaglia em Trieste, onde o manicômio foi desmontado e uma série de estruturas erguidas na comunidade. Entre centros de atendimento territoriais - próximos das casas dos pacientes -, cooperativas de trabalho e moradias para ex-internos, os usuários podiam circular, produzir, se expressar e relacionar. A sociedade passava, então, a se reinventar diante da loucura, ao invés de a loucura ter que meramente se adaptar à sociedade.

Inspirada neste referencial, a reforma psiquiátrica brasileira se aprofundou a partir da criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que movimentaram a implantação de residências terapêuticas e outros dispositivos desde o fim da década de 80. Neste período, estava em curso a formação do Sistema Único de Saúde (SUS), que serviu como base para a construção e articulação em rede de serviços de saúde mental. As experiências pioneiras de São Paulo, com o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, e de Santos, com o NAPS da zona noroeste, buscaram favorecer a expressão dos ditos loucos por diferentes canais (artísticos, terapêuticos, culturais, de trabalho e midiáticos) e levar o debate sobre a inclusão da loucura para a sociedade. Deste modo, se passava da trajetória sanitarista da reforma - permeada por mudanças técnico-assistenciais que impulsionaram a reestruturação dos hospitais psiquiátricos e a constituição de uma rede descentralizada e regionalizada de serviços ambulatoriais e básicos - para a fase da desinstitucionalização - com iniciativas mais enérgicas rumo ao fim da instituição psiquiátrica e a ressocialização dos pacientes (AMARANTE, 1995). O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), atuante desde o início da reforma brasileira, se aproximava nesta época de entidades de usuários e familiares, entendendo a importância de envolver a sociedade no debate sobre a loucura e a psiquiatria, para assim de fato desconstruir a ideologia que sustenta o manicômio. A associação do louco com a periculosidade e a improdutividade, presente no

imaginário social, precisava ser desmontada para que a solução institucional proposta para o suposto problema fosse de fato removida. Os projetos desenvolvidos em CAPS para a geração de trabalho e renda, a expressão artística, cultural e o incentivo à circulação pela cidade foram e continuam sendo potentes estratégias rumo à subversão da ideologia psiquiátrica.

Com base nas experiências pioneiras de São Paulo e Santos, portarias do Ministério da Saúde (189/91, 224/92 e 336/2002) instituíram os CAPS e NAPS como dispositivos de saúde mental financiados por verba pública, definidos como unidades de saúde regionalizadas intermediárias entre a internação e o regime ambulatorial, com equipe multiprofissional voltada para a ressocialização de pessoas com transtornos mentais persistentes e severos. Determinou-se também que estes serviços atuariam de acordo com a lógica do território, garantindo ao paciente ser tratado onde estão suas referências subjetivas e identitárias. Os CAPS foram divididos entre tipos I, II e III de acordo com ordem crescente de porte e abrangência populacional, bem como horário de funcionamento. Enquanto o tipo III funciona 24h, os demais abrem de 8h às 18h, de segunda a sexta-feira.

Na qualidade de regulador da porta de entrada da rede de saúde mental, os CAPS ficaram responsáveis pela coordenação das atividades de supervisão das unidades hospitalares psiquiátricas e da capacitação das equipes de atenção básica, serviços e outros programas de saúde mental. Com a instituição da RAPS, em 2011, a tarefa de ordenar a rede passou a ser compartilhada com as Clínicas da Família (CFs), com o respaldo dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O objetivo destas iniciativas é que a atenção psicossocial não seja apenas uma estratégia de unidades específicas, mas sobretudo uma lógica de cuidado. Com o respaldo do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (2004), associado ao Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) / Psiquiatria, que estimulavam o fechamento de leitos psiquiátricos e a transferência dos recursos financeiros liberados para a rede comunitária, os CAPS e NAPS foram se expandindo gradualmente e os hospitais psiquiátricos de grande porte se fechando, ao longo das últimas décadas.

No Rio de Janeiro, um censo com os pacientes internados em hospitais psiquiátricos na década de 90 permitiu aos gestores definirem onde seriam construídos os primeiros Centros de Atenção Psicossocial. Inicialmente, os recursos se destinaram às regiões de baixa oferta assistencial – Zonas Norte e Oeste – e com o tempo foram implementados também em outras zonas, levando a um total de 34 CAPS atualmente. Dentre os tipos I e II, a rede inclui CAPSi (infanto-juvenis), CAPS Ad (álcool e outras drogas), além dos serviços voltados para adultos com transtornos mentais severos e persistentes. A partir deste redirecionamento dos investimentos em saúde mental para a rede comunitária, os gastos com assistência psiquiátrica

hospitalar reduziram significativamente, possibilitando uma notável diminuição do número de leitos psiquiátricos e de internações nas duas últimas décadas.

Apesar de todos os programas, regulamentações e esforços técnico-assistenciais para garantir a desinstitucionalização, a tendência a excluir e isolar a loucura ainda persiste, levando a internações recorrentes ou à neoinstitucionalização (FIOCRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2015). A coleta de textos e artigos (nas plataformas BIREME e SciELO) sobre o tema serviu de subsídio para a reflexão sobre os fatores que vêm contribuindo para este insistente movimento de exclusão da loucura. É o que será visto no segundo capítulo. Entre reinternações psiquiátricas frequentes (porta giratória/*revolving door*), asilos, abrigos, hospitais psiquiátricos particulares, comunidades terapêuticas e prisões, muitos pacientes vêm sendo capturados novamente pela lógica asilar. Estudos apontam que grande quantidade de pacientes desinstitucionalizados se encontram em situação de marginalidade. A família, que se tornou peça-chave no cuidado do membro com transtorno mental, busca muitas vezes a internação como forma de aliviar a sobrecarga física e subjetiva trazida pela relação diária com o paciente e também porque ainda entende o tratamento psiquiátrico-medicamentoso como resposta mais eficaz a alterações emocionais e comportamentais.

Ainda no segundo capítulo, um aspecto fundamental da tendência à institucionalização será analisado: o imaginário sobre a loucura. De acordo com uma série de autores, a sociedade continua interpretando o sofrimento mental sob os signos característicos da ideologia psiquiátrica, que associa o louco à periculosidade e o coloca no lugar de objeto, incapaz e sem poder contratual. Esta mentalidade se apresenta não apenas entre o público leigo, mas também entre técnicos de serviços substitutivos, fazendo com que práticas manicomiais se reproduzam nos próprios espaços instituídos para a superação do manicômio. Por isso, é indispensável tomar a definição de desinstitucionalização cunhada pelos líderes do movimento italiano como norte para a análise, crítica e reformulação dos caminhos tomados pela reforma brasileira. O processo não se encerra na desospitalização, sendo necessário ainda desconstruir a visão biomédica e incapacitante sobre a pessoa com transtorno mental severo. Neste sentido, Amarante (2003) afirma que a dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica expressa o objetivo maior do processo e é imprescindível para transformar de fato o lugar social da loucura. Sem isso, as instituições manicomiais se recriam por movimentos sorrateiros e clandestinos de familiares, igrejas e setores particulares, que com o tempo se institucionalizam, como mostra o exemplo das comunidades terapêuticas.

Com o objetivo de analisar os fatores que levam a estas formas de neoinstitucionalização e em que medida os CAPS, famílias e outros atores da rede e da

sociedade estão implicados nisso, foram escolhidos casos clínicos de usuários que se tratavam nos serviços substitutivos e acabaram sendo institucionalizados. O interesse pela pesquisa veio justamente do encontro da pesquisadora com este tipo de situação em seu trabalho. Para investigar este objeto, que surge de uma prática permeada por valores, embates e revezes institucionais, tomou-se como base a perspectiva do construcionismo social, justamente por ela entender as realidades estudadas como construções e não dados naturais a serem desvelados. Tanto as visões sobre a loucura, quanto as medidas e atitudes tomadas em relação a ela são fruto de um enredo sócio-histórico no qual a pesquisadora também está implicada. Neste sentido, a pesquisa social é inerentemente política e ideológica (MINAYO, 2001; SCHWANDT, 2006).

Em consonância com esta postura, optou-se por fazer uma etnografia, abordagem antropológica caracterizada pela imersão do pesquisador em campo na busca por acompanhar as estruturas significativas pelas quais comportamentos, sentimentos e iniciativas se constituem e são interpretados. Na direção da concepção de cultura de Geertz (1989), a abordagem etnográfica não se encerra em um conjunto de técnicas metodológicas (observação participante, seleção de informantes, entrevistas, mapeamentos do campo, escrita de diário...), mas as utiliza para adentrar o universo simbólico através do qual rituais, costumes e ideias se formam. Assim como o homem, seu psiquismo e sua biologia não existem fora da cultura, o pesquisador não faz etnografia sem considerar o solo cultural sobre o qual os fenômenos humanos ganham existência. Para aceder a esta estrutura de sentidos e valores subjacentes aos fenômenos, é necessária uma “descrição densa” (GEERTZ, 1989), capaz não só de acompanhar os fatos, mas também de construir uma interpretação sobre eles junto aos sujeitos de estudo.

No compasso da noção de desinstitucionalização que norteia o presente trabalho, a perspectiva etnográfica entende a cultura como fator constitutivo do modo no qual os humanos se expressam, relacionam e veem o mundo. Em meio aos signos, imaginários e sociabilidades construídos num contexto sociocultural, a loucura passa a ser vista sob determinada perspectiva e a gerar determinados sentimentos, que são determinantes do tipo de tratamento que lhe será reservado.

Como já dito, para acessar a complexidade deste objeto através do processo etnográfico, uma variedade de técnicas pode ser usada. No caso do presente estudo, foram feitas leituras de prontuários, entrevistas com o paciente, familiares, técnicos e gestores tanto do CAPS de referência quanto da instituição onde está institucionalizado e diário de campo sobre a experiência nos diferentes espaços. Estas técnicas compuseram estudos de caso que permitiram transformar experiências singulares em analisadoras da situação-problema (DENZIN e LINCOLN, 2006): a neoinstitucionalização de usuários de saúde mental.



Para obter um primeiro panorama dos CAPS do Rio que vêm enfrentando o problema, foram feitos telefonemas e enviados *e-mails* aos gestores de unidades pertencentes a diferentes áreas programáticas. Nestes contatos, a apresentação da pesquisa foi seguida da pergunta se o serviço tem usuários internados em comunidades terapêuticas, asilos, hospitais particulares ou outras instituições do tipo. Com base na resposta concedida por alguns CAPS, foi possível constatar que o problema vem se colocando como desafio para diferentes regiões do Rio.

Para abarcar a diversidade de áreas do município, optou-se por fazer a pesquisa nas três RAPS: Centro-Sul, Zona Norte e Zona Oeste. Com base nos contatos preliminares com os gestores, foram escolhidos quatro serviços, nomeados pelas letras do alfabeto para preservar o sigilo: A, B, C, D.

A apresentação da pesquisa nas reuniões de equipe dos quatro CAPS permitiu o mapeamento dos casos em situações de neoinstitucionalização e a escolha dos nove que compuseram o estudo. Assim como sugere Patton (2002), esta “amostra” foi escolhida sobretudo pela diversidade de dinâmicas, características e destinos institucionais que ela permitiu investigar. As análises tiveram como foco os seguintes objetivos específicos:

- 1) Analisar a participação das famílias no percurso que teve como resultado a neoinstitucionalização, identificando os discursos, percepções e atitudes dos parentes em relação ao usuário.
- 2) Mapear os fatores relacionados à convivência comunitária que possam ter influenciado a decisão pela institucionalização, por meio da investigação das relações do usuário com vizinhos, serviços, espaços de lazer e outros locais do território, buscando identificar situações de conflito ou discriminação que possam ter contribuído para a decisão de afastá-lo do convívio social.
- 3) Analisar a compreensão e sentimentos do usuário sobre o processo que levou à neoinstitucionalização e os sentidos que dá a esta experiência; identificar o que ele pensa sobre o tratamento no CAPS.
- 4) Investigar como o paciente está sendo tratado e como seu transtorno mental é concebido na instituição.
- 5) Avaliar as implicações do CAPS na trajetória que culminou na institucionalização, investigando o posicionamento dos técnicos de referência em relação ao usuário, o Projeto Terapêutico Singular, as atividades oferecidas, as medidas tomadas em casos de crise e não comparecimento prolongado à unidade, etc.; identificar as estratégias traçadas pelo CAPS para desinstitucionalizar o paciente após a neoinstitucionalização.

- 6) Analisar de que forma as redes de saúde e intersetorial se articularam ou não para lidar com as questões apresentadas pelo usuário e como isso pode ter influenciado nos rumos do tratamento.
- 7) Estabelecer comparações e paralelos entre os diferentes tipos de casos, CAPS, instituições e territórios da cidade, considerando os objetivos específicos mencionados anteriormente.

O quarto capítulo traz os relatos dos nove casos escolhidos, cada qual reunindo os depoimentos e percepções dos diferentes entrevistados. Para dar voz a aspectos significativos que não aparecem verbalmente nas falas, mas se mostram na experiência de campo, o conteúdo das entrevistas foi intercalado, em alguns momentos, com observações da pesquisadora sobre características dos lugares e das interações.

O quinto e último capítulo apresenta as análises dos casos à luz dos objetivos específicos mencionados anteriormente. Tanto os referenciais da reforma psiquiátrica italiana, quanto as pesquisas e discussões teóricas sobre os retrocessos na política de desinstitucionalização, apresentados no segundo capítulo, serviram de base para compor estas reflexões.

## 1 UM BREVE HISTÓRICO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A reforma psiquiátrica é um “processo social complexo” (AMARANTE, 2003), que foi deflagrado pela crítica à instituição asilar e a subsequente criação de estratégias para transformar este modelo. Na Europa, ela foi impulsionada pela conjuntura do pós-guerra, em que muitas áreas sofriam as mazelas de dois grandes conflitos mundiais e, por isso, precisavam reconstruir sua política e economia, bem como recuperar sua força de trabalho. Com o objetivo de garantir mão de obra para mover o sistema produtivo, países como Inglaterra e França fizeram da saúde um dever do Estado. De acordo com Foucault, “no momento em que uma guerra devasta, uma sociedade se atribui a tarefa explícita de assegurar a seus membros, não somente a vida, mas a vida em boa saúde” (FOUCAULT, 1974 apud BIRMAN e COSTA, 1994, p. 46). Por esta nova lógica, não era mais possível admitir o tratamento deteriorante dos “doentes mentais” nos manicômios. As condições presentes nestas instituições apenas contribuía para a cronificação da doença e o isolamento do doente, indo na contramão do intuito de recuperá-lo para o mercado de trabalho. Ao mesmo tempo, o clima do pós-guerra suscitava críticas humanitárias aos asilos, que chegaram a ser comparados aos campos de concentração nazistas (BARROS, 1994).

Como o hospício passou a ser visto como responsável por produzir e manter a doença mental, buscou-se reverter esta situação transformando-o em espaço terapêutico, com novas formas de tratamento, eficazes “na recuperação dos pacientes como sujeitos de produção” (BIRMAN e COSTA, 1994, p. 50). A reflexão sobre os efeitos deletérios do modelo asilar moveu inúmeros estudos. Houve, por exemplo, o resgate de obras que propunham novos tipos de tratamento, como a de Hermann Simon, criador da Terapêutica Ocupacional. Já em 1903, ele havia usado um grande número de pacientes na construção de um hospital, relatando os benefícios que isso lhes proporcionou ao permitir que assumissem outros papéis além daquele de enfermo. No contexto da Segunda Guerra, ideias como esta embasaram o processo de reestruturação da dinâmica institucional dos hospitais psiquiátricos na Inglaterra e nos Estados Unidos, configurando as primeiras comunidades terapêuticas.

No ano de 1943, os psiquiatras ingleses Bion e Rickman inauguraram uma experiência comunitária no Northfield Hospital com soldados neuróticos provenientes da Segunda Grande Guerra, promovendo grupos de discussão e a participação dos pacientes na administração das seções para que saíssem da inércia habitual. Além de uma reunião diária, havia também uma espécie de assembleia de curta duração que reunia o conjunto dos grupos com os médicos

responsáveis para que relatassem suas atividades e se integrassem numa dinâmica centralizada. A partir desta experiência, Bion registrou melhora nos pacientes, que retornaram a seus postos de guerra (BIRMAN e COSTA, 1994).

Nos Estados Unidos, também foram desenvolvidas experiências comunitárias no contexto da guerra, sob a direção do psiquiatra Menninger, responsável pelo serviço psiquiátrico do exército norte-americano. Com o objetivo de reintegrar o quanto antes os pacientes internados às frentes de batalha, ele organizou pequenos grupos de discussão e atividades, tomando a integração dos pacientes nestes espaços como indicador das altas e curas. O mesmo método foi usado para tratar os soldados no pós-guerra (BIRMAN e COSTA, 1994). Este cenário deixa evidente o quanto o objetivo destas iniciativas era restaurar a capacidade produtiva destas pessoas, tornando-as aptas tanto para defender a nação na guerra quanto para reconstruir a economia das cidades que se recuperavam destes conflitos.

Considerando que os hospitais psiquiátricos deixaram de ser locais de isolamento e tornaram-se instituições terapêuticas, que buscavam recuperar o indivíduo para a sociedade através das práticas comunitárias, as atividades ali desenvolvidas buscavam ser um espelho do que ocorria nos ambientes extra-hospitalares. Neste espaço de pedagogia social, os grupos eram o dispositivo central por oferecerem uma oportunidade para o desenvolvimento de trocas sociais. Havia desde os operativos, até os recreativos, artísticos e terapêuticos propriamente ditos (BIRMAN e COSTA, 1994). Também com o objetivo de ressocializar o paciente, foram criadas as terapias de família, com base na ideia de que o sistema familiar seria responsável pelo desenvolvimento da doença.

Embora apresentassem algumas particularidades dependendo do lugar, todas as comunidades terapêuticas tinham como norte a busca pela readaptação social do interno através das interações grupais. De acordo com Basaglia et al., o psiquiatra britânico, Clark, elenca algumas características em comum entre elas:

- 1) liberdade de comunicação; 2) análise de tudo aquilo que acontece na comunidade em termos de dinâmica individual e, especialmente, interpessoal; 3) tendência à destruição da tradicional relação de autoridade; 4) possibilidade de gozar de ocasiões de reaprendizagem social; 5) presença de uma reunião (normalmente diária) de toda a Comunidade (BASAGLIA et al., 1994, p. 13).

Nesta nova lógica, em que o objetivo não era mais curar o doente através da redução de seus sintomas, mas sim adaptá-lo num grupo, o objeto da psiquiatria deslocou-se da doença para a saúde mental. Segundo Birman e Costa (1994), este novo objeto correspondia a uma

parte da individualidade que estaria encoberta pela enfermidade, uma potencialidade a ser redescoberta por meio da realização das tarefas reguladas pelo grupo.

Nos Estados Unidos, as políticas que sucederam estas comunidades tinham como finalidade retirar os pacientes dos hospitais psiquiátricos e inseri-los em serviços de tratamento na comunidade. Estas iniciativas foram fruto das medidas saneadoras da nascente psiquiatria preventiva e comunitária, que buscavam não só diminuir o número de leitos e o tempo médio de permanência hospitalar, reduzindo os custos do governo, como também implantar uma rede assistencial de cunho preventivo/promocional para interferir no surgimento ou desenvolvimento das doenças (AMARANTE, 1996). Este conjunto de medidas, que tinha como foco principal desospitalizar pacientes institucionalizados e evitar novas internações, recebeu o nome de “desinstitucionalização”. Vale destacar que o significado deste termo variou de um contexto a outro, servindo de referencial para entender os rumos da reforma em cada lugar.

Embora as duas experiências descritas anteriormente tenham reestruturado a dinâmica e organização do tratamento, mudando a forma de aplicar a psiquiatria, elas não conseguiram modificar as bases sobre as quais se fundamenta a instituição psiquiátrica. O arcabouço teórico que dá respaldo a este sistema, definindo a doença mental e a cura a partir de padrões sociais preestabelecidos, não foi revisto. As comunidades terapêuticas alteraram as práticas no interior dos hospitais, mas mantiveram o objetivo de restituir ao louco a normalidade para adequá-lo às demandas da sociedade, no que Birman e Costa (1994) chamaram de “pedagogia normativa”. A psiquiatria comunitária e preventiva se restringiu a mudanças assistenciais e administrativas que além de não transformarem a natureza do saber que autoriza o sistema psiquiátrico, ampliaram o seu território de atuação, oferecendo novas tecnologias e referências para a inscrição de diferentes tipos de mal-estar no rol das patologias (AMARANTE, 1996). Em relação ao manicômio, não houve uma crítica radical aos princípios que o regem, mas apenas a intenção de que perdesse sua força até se tornar obsoleto.

Na Itália, em que a transformação da psiquiatria se deu de forma tardia, foi possível tomar estes modelos como fonte de reflexão e crítica. A reforma italiana foi feita em aliança com movimentos sociais e sindicatos, radicalizando as denúncias contra o manicômio e construindo caminhos para a sua desmontagem (BARROS, 1994). Um fator determinante para compreender este percurso é o sentido atribuído à noção de desinstitucionalização pelos líderes deste movimento. Nas palavras de Amarante, “o que efetivamente demarca uma real distinção entre os projetos de reforma [...] é a forma do lidar prático e teórico da desinstitucionalização, conceito este que sofre metamorfose substancial e que abre novas possibilidades para o campo da reforma psiquiátrica” (AMARANTE, 1996, p. 15).

### 1.1 Desinstitucionalização x desospitalização

Enquanto nos Estados Unidos, a desinstitucionalização se resumia à desospitalização, dando uma direção mais superficial e administrativa às mudanças no sistema psiquiátrico, na Itália essa noção ganhou um sentido inteiramente diferente, que deu novos rumos à reforma. Para entender este significado, se faz necessário analisar como a própria ideia de instituição é definida pelos teóricos italianos. De acordo com Rotelli, o termo corresponde ao “conjunto que liga os saberes, as administrações, as leis, os regulamentos, os recursos materiais, que estruturam a relação médico-paciente; e, em uma visão objetivante, naturalística, o médico faz-de-conta que não vê o que está implicado nesta rede institucional” (ROTELLI, 1994, p. 151).

Em direção semelhante, Foucault (2006) - uma das referências do líder da reforma italiana, Basaglia - afirma que a instituição asilar nada mais é do que o conjunto das regulações que o corpo psiquiátrico exerce sobre o corpo do louco sujeitado no interior do asilo. Através de uma microfísica do poder, o foco deste filósofo recai sobre as relações de força que fazem a instituição psiquiátrica operar como tal, produzindo práticas discursivas que definem o que seria anormal, desviante e sujeito à domesticação. Também para Basaglia (1985), a questão não é o hospital em si, mas a ideologia que nele opera, tomando o sofrimento mental como doença a ser curada e risco a ser controlado. Neste sentido, o manicômio pode ser definido como “representação das instâncias de autoridade e de ordem: espaço hipersignificante em condições de materializar a ideologia dominante” (VENTURINI, 2016, p. 111). A diagnose nada mais é do que um juízo de valor sobre aquilo que a ciência não consegue explicar, que foge ao domínio do saber psiquiátrico e de todo o sistema social (VENTURINI, 2016). Através da rotulagem produzida pelo diagnóstico, o psiquiatra se distancia daquilo que lhe escapa e estabelece, “através desta distância, a natureza *diversa* de uma classe, uma categoria: a dos doentes mentais” (BASAGLIA et al., 1994, p. 18).

De acordo com a lógica da solução racional de problemas, que leva à busca por curar a doença para restabelecer a normalidade, a psiquiatria delimitou a sintomatologia psicopatológica como seu domínio de conhecimento e intervenção, desconsiderando a subjetividade do paciente. É neste sentido que Rotelli (2001) afirma que o mal obscuro da psiquiatria foi ter separado um objeto fictício, a doença, da existência global e complexa dos pacientes e da sociedade. Sobre esta separação artificial, ergueram-se conjuntos institucionais, todos referidos a este ente abstrato.

Nessa perspectiva, a instituição deixou de ser associada ao lugar onde se exerce o saber psiquiátrico e passou a ser compreendida como o paradigma que funda a doença mental ao

depreender da loucura um objeto supostamente inteligível. A partir desta operação epistemológica, na qual instituição psiquiátrica e doença se constituem a um só tempo, os doentes mentais se tornam alvo de observações, tutelas e regras que tem efeitos sobre os desdobramentos de seu quadro psicopatológico, efeitos estes que a própria psiquiatria não reconhece como resultado de sua prática. O grau de institucionalização ao qual estão submetidos pode levar a diferentes estados emocionais e manifestações comportamentais. Como mostra Basaglia, “as *conseqüências* da doença variam segundo o tipo de abordagem dado em relação a ela” (BASAGLIA, 1985, p. 106). Muitas vezes, os níveis de deterioração, apatia e desinteresse do paciente são fruto do grau de institucionalização ao qual está submetido. Ao ser despojado de sua identidade pessoal pela estrutura asilar, lhe resta incorporar a imagem de si que a instituição lhe impõe, passando a abdicar de seus desejos e viver como objeto.

Os efeitos mortificantes da institucionalização sobre a constituição subjetiva já haviam sido analisados por Goffman (1961) - outra fonte de inspiração para Basaglia -, que denunciou o manicômio como “instituição total” e analisou a “carreira moral” do doente mental. O autor mostra que o asilo impõe ao interno uma vida fechada em uma administração rígida e formal, que leva à mortificação do eu ao despojá-lo de sua concepção sobre si e sua cultura. As particularidades e a identidade pessoal de cada um são subsumidas pelas rígidas regras da instituição e por interpretações que buscam justificar a maioria dos atos do interno sob a ótica da doença. Nas palavras de Basaglia, “dentro de uma instituição psiquiátrica existe uma razão psicopatológica para cada acontecimento e uma explicação científica para cada ato” (BASAGLIA, 1985, p. 122).

A construção do discurso que faz de cada comportamento do paciente um signo da doença, justificando sua internação, se consolida nos procedimentos e rituais clínicos da instituição. Segundo Foucault (2006), a anamnese psiquiátrica, por vezes realizada pelo médico junto a estudantes, coloca o paciente diante da apresentação de sua própria vida como uma patologia. Neste processo, o espaço asilar lhe devolve uma nova identidade, revestida pelos sentidos psiquiátricos.

Por diferentes caminhos, os autores citados acima mostram a instituição psiquiátrica como algo que não só delimita um novo objeto, a doença mental, mas também o produz ativamente, gerando efeitos no modo como o paciente se vê. Foucault retira a ênfase da instituição em si e dá luz aos jogos de poder-saber que a compõem, produzindo verdades sobre o louco e a loucura; Goffman mantém a noção atrelada ao manicômio em seu conceito de “instituição total” e explora suas incidências sobre o “eu”; Basaglia e Rotelli expandem o

conceito para abarcar toda a gama de dizeres, concepções, estatutos e regras que incidem sobre o louco através do paradigma psiquiátrico não só no hospital como em toda a sociedade.

Esta linha de pensamento foi a que predominou na reforma italiana, guiando os rumos do processo de transformação das estruturas psiquiátricas. Uma vez que a instituição deixou de ser associada estritamente a um lugar e passou a ser entendida como um paradigma, modificou-se também a compreensão do processo de desinstitucionalização. Se a doença mental ganha forma e expressão a partir da ótica que a instituição produz sobre ela, transformando-a em problema a ser solucionado, torna-se necessário desconstruir esta lógica, desmontando “a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema” (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001, p. 29). Para isso, era preciso inverter a operação da psiquiatria, colocando não o doente, mas a doença entre parênteses, de modo a dar voz aos sofrimentos e desejos do sujeito concreto na sua relação com a sociedade (GIOVANELLA e AMARANTE, 1994).

Se institucionalizar é objetivar o paciente num discurso que o retira da condição de pessoa e reduz a sua possibilidade de circular, dizer e desejar, desinstitucionalizar é o movimento contrário, buscando não só derrubar os muros do manicômio, mas também os do saber psiquiátrico e das concepções que ele ratifica sobre a loucura. Nas palavras de Rotelli:

Estamos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana (ROTELLI, 2001, p. 94).

Este processo de desmonte e inversão do saber psiquiátrico foi o caminho que a desinstitucionalização tomou no cenário da reforma italiana, deixando de se restringir à desospitalização. Com o fim de dar um primeiro passo neste sentido, tomou-se como modelo a comunidade terapêutica inglesa, não para fazer dela a alternativa privilegiada ao modelo asilar, mas para transformá-la num caminho rumo à desconstrução da violência institucional, do princípio da autoridade, da hierarquia entre médicos, outros funcionários e internos e da objetivação destes no discurso da doença.

Na década de 60, o hospital psiquiátrico de Gorizia foi o primeiro a ser transformado em comunidade terapêutica na Itália. Apesar das mudanças organizacionais proporcionadas por esta iniciativa, a abertura real deste espaço enfrentou dificuldades relacionadas ao modo como



a sociedade se comportava em relação a ele (BASAGLIA et al., 1994). Como a comunidade terapêutica não alterava o que estava no cerne da institucionalização da loucura - a relação médico-paciente, que fazia do doente objeto de um saber -, ela também não conseguia mudar a visão sobre o louco na sociedade como um todo.

Um passo adiante na construção desta mudança foi dado em Trieste, onde Basaglia iniciou na década de 70 um processo de desmontagem do manicômio e criação de serviços terapêuticos territoriais. Passou a ser usada, então, a noção de território, em contraposição a de comunidade, para designar o espaço composto por forças vivas, movido por homens da cultura e “pessoas que buscam trabalhar sobre as inovações sociais” (ROTELLI, 1994, p. 155). É com estes agentes que os novos serviços atuam, incorporando os saberes aí produzidos para sair da imobilidade das estruturas psiquiátricas. Se o objetivo é a “reprodução social das pessoas” (ROTELLI, 2001, p. 91) e não mais a cura, a ação terapêutica deve se voltar para os lugares da cidade que o sujeito percorre e habita - seu território - tomando como foco a relação e não o indivíduo isoladamente.

Pela sua importância para o redirecionamento do cuidado, o conceito de território se tornou central para a reforma. Mantendo o mesmo cerne, autores brasileiros também o definiram em suas reflexões. Nas palavras de Elia:

Podemos entender o território como um campo que ultrapassa, em todos os sentidos, o recorte meramente regional ou geográfico que, no entanto, importa em sua constituição. É tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito [...] cuja importância é função da relação do sujeito com cada uma delas, incluindo, centralmente, portanto, o próprio sujeito na construção do território (ELIA, 2005, p. 50-51).

Ao focar no espaço existencial dos usuários, o movimento italiano superava o modelo da comunidade terapêutica, que “produzia um mundo ainda à parte das relações sociais complexas” (AMARANTE, 1995, p. 47), para investir em um tipo de assistência que tomava a sociedade como lugar da loucura, promovendo atividades de socialização e inserção no mundo do trabalho. Apenas através do encontro entre subjetividades de uma comunidade inteira – pacientes, agentes, cidadãos, crianças, os diferentes – “a cidade se reabilita a si mesma!” (VENTURINI, 2016, p. 101). Sob esta ótica, o autor mostra que desinstitucionalizar significa tomar a saúde mental como tema de toda uma comunidade e não somente atributo de uma

pessoa, deslocando o serviço da função de resolver problemas para a de assentir capacidade aos interessados.

Em Trieste foi aberto um bar, um restaurante, uma marcenaria, uma loja de bolsas, outra de bijuterias, uma encadernação de livros, um pequeno hotel, um centro de produção de vídeo, uma rádio livre, dentre outros. Os encontros, trocas e objetos produzidos nestas atividades permitiram ao louco se agenciar socialmente no território, saindo da imobilidade imposta pelo manicômio. Por este motivo, Rotelli (1994) afirma que o foco deste novo paradigma não é tanto a individualidade, mas sim a relação. Os centros promoviam atividades de encontro e socialização, organizando pequenos grupos para fazer programas como cinema, teatro e passeios pela cidade. A principal forma de tratamento não era a psicoterapia convencional, mas uma ação terapêutica que se dava pela construção de trocas entre as pessoas. Da mesma forma, o trabalho em equipe se pautava na relação entre os trabalhadores em reuniões diárias com duração de uma hora, para discutir estratégias concretas de trabalho junto aos pacientes. Tanto na “revolução” de Trieste, quanto na de outras cidades italianas, como Ímola, buscou-se tornar os usuários protagonistas das escolhas, pois “o verdadeiro indicador da desinstitucionalização – o selo DOC, o rótulo azul – é a presença ativa dos [mesmos]” (VENTURINI, 2016, p. 93).

Que os pacientes possam apropriar-se das estruturas, tendo espaços próprios e investindo em tais espaços com ritmos e características próprias deveria ser, em si mesmo, um elemento banal. Porém, na realidade não é assim! E quando tal opção é permitida, se evidencia seu valor *revolucionário*, porque revolve o mandato implícito da psiquiatria, que é, sempre e de todas as maneiras, o de tornar passivos e controláveis seus usuários (VENTURINI, 2016, p. 113).

Esta rede de práticas e ideias, que mostrou ser possível tratar a loucura fora do hospital psiquiátrico, estimulou a aprovação da Lei 180, em 1978, responsável por proibir a internação no manicômio. A partir daí, ficou previsto que em cada unidade sanitária fosse construído um serviço de psiquiatria dentro do hospital geral, com no máximo 15 leitos. Desta forma, a internação se tornava um recurso emergencial em casos de crise e o tratamento principal era feito territorialmente nos centros de saúde mental.

## 1.2 A reforma psiquiátrica brasileira

A experiência italiana inspirou a reforma psiquiátrica no Brasil, sobretudo após o líder deste movimento, Basaglia, ter vindo ao país em outubro de 1978 para dar conferências sobre seu trabalho. A partir de um breve histórico, será possível observar como a desinstitucionalização se delineou no contexto brasileiro.

Amarante (1995) divide o movimento em três trajetórias: alternativa, sanitarista e da desinstitucionalização. A primeira compreendeu os últimos anos da década de 70 e foi marcada pela formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que se tornou protagonista dos anseios e iniciativas pela reforma da assistência psiquiátrica nacional (AMARANTE, 1996), denunciando o modelo privatizante, a situação crítica da saúde no Brasil, as péssimas condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, a cronificação produzida por eles, a falta de recursos, o uso de eletrochoque e o sistema asilar como reduto dos marginalizados. A origem deste movimento foi motivada pela crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), em abril de 1978, que levou à organização de uma greve por profissionais das suas quatro unidades (Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII, Hospital Philippe Pinel, Colônia Juliano Moreira – CJM, e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho). Eles protestavam contra as péssimas condições de trabalho nestes locais, envolvendo ameaças, violência contra eles próprios e os pacientes, mortes não esclarecidas e exploração dos trabalhadores, estando muitos na condição de bolsistas. Foi nesta conjuntura que surgiu o MTSM. Por ter conseguido se manter durante oito meses na grande imprensa, o movimento pôde divulgar suas pautas para um público maior, fazendo a população conhecer as péssimas condições dos manicômios. O objetivo era formar um espaço não institucional de luta, discussão e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que reunisse informações, promovesse encontros, congregasse trabalhadores da saúde, associações de classe e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995).

Nesta primeira fase da reforma brasileira, ocorreu também uma série de congressos, conferências e encontros envolvendo profissionais da saúde mental, que contribuiu para a sistematização de críticas e propostas para o setor. Nestes eventos, o MTSM teve a oportunidade tanto de influenciar setores conservadores da psiquiatria com suas ideias progressistas, quanto de ser influenciado por líderes da antipsiquiatria como Basaglia. Além das denúncias já citadas, os temas de destaque discutidos nestas ocasiões eram: reivindicação por melhorias técnicas e pela maior participação dos profissionais nas decisões dos órgãos que elaboram as políticas nacionais e regionais de saúde mental; crítica ao uso da instituição psiquiátrica como

instrumento de repressão; denúncia deste modelo como ineficiente e produtor de cronificação e estigmatização da doença mental; defesa dos direitos dos pacientes e crítica à psiquiatrização da sociedade. Ao longo destes encontros e seus desdobramentos, o MTSM foi ganhando cada vez mais um caráter político e social. O movimento deixou de pautar prioritariamente questões de ordem corporativa para se voltar a temas ligados à transformação da instituição psiquiátrica.

A trajetória sanitarista, que ocorreu durante a primeira metade da década de 80, promoveu a reorientação da assistência com base nas propostas da reforma sanitária e psiquiátrica, investindo na criação de uma rede de saúde pública descentralizada, regionalizada, integrada e participativa, que buscou reduzir o número de internações psiquiátricas, expandindo os serviços básicos e ambulatoriais. Os hospitais da DINSAM foram transformados tanto em pólos de emergência quanto em centros de referência em saúde mental, responsáveis pela coordenação de programas e atividades assistenciais nas diferentes áreas programáticas do município. A atenção ambulatorial e a ressocialização foram alguns dos caminhos traçados para evitar as internações.

Por fim, a trajetória da desinstitucionalização, que se iniciou na segunda metade da década de 80, trouxe um corte epistemológico para a reforma brasileira, deslocando o foco das transformações técnico-assistenciais para a reformulação do olhar sobre a loucura. Não por acaso, Amarante (1995) usa o termo desinstitucionalização para nomear este período. A partir das influências da reforma italiana, o manicômio deixou de ser visto como estabelecimento e passou a ser compreendido como instituição, na acepção já discutida na seção 1.1. O paradigma psiquiátrico e a leitura reducionista que promove sobre a doença mental foram duramente criticados.

Em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental priorizou no relatório final a participação da população no planejamento e implementação dos programas para a área, bem como a construção de serviços extra-hospitalares. Nesta época, o MTSM aproximava-se das entidades de usuários e familiares, que passavam a despontar no cenário nacional, e colocava em discussão a importância de intervir na sociedade, promovendo o debate sobre diferentes aspectos referentes à loucura e à psiquiatria (AMARANTE, 1995). A mais forte expressão desta nova estratégia foi o lema “por uma sociedade sem manicômios”, idealizado no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru-SP, que ocorreu no final de 1987 como desdobramento da I Conferência Nacional.

A divisão da reforma psiquiátrica brasileira em três fases também foi feita por Vasconcelos (2010), que abarcou um período maior. Para o autor, a primeira grande fase foi de 1978 a 1992, incluindo desde as primeiras denúncias e tentativas de controle e humanização da

rede hospitalar até a I Conferência Nacional de Saúde Mental e a emergência do movimento antimanicomial (1987), que surgiu a partir da incorporação de novos atores à luta no congresso de Bauru. Ao mesmo tempo, estava em curso a formação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos preceitos embasaram a coordenação de novos programas e serviços municipais de saúde mental pelo MTSM, comprometidos em afirmar os direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e em promover um modelo de cuidado substitutivo ao asilamento (NICÁCIO, 2003). Cabe destacar que estas transformações se inscreviam no contexto de redemocratização do país, que passava por um processo de abertura política após um longo período de regime militar.

A segunda fase, para Vasconcelos (2010), durou de 1992 a 2001, iniciando-se com a II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), que abordou temas como atenção integral, cidadania, descentralização e municipalização da assistência, divulgação da reforma psiquiátrica para a população, dispositivos de cuidado e cultura comunitários, gestão democrática e protagonismo de usuários e familiares. Pela primeira vez se contava com a presença expressiva destes atores. Com ampla mobilização popular, esta fase foi marcada pela hegemonia política do modelo da desinstitucionalização italiano e início do financiamento e implantação dos serviços substitutivos (VASCONCELOS, 2010).

Na terceira fase, entre 2001 e 2010, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), que teve como tema principal a reorientação do modelo assistencial para dispositivos de cuidado totalmente substitutivos ao manicômio - humanos, eficazes, de amplo acesso, promotores de cidadania, com trabalhadores capacitados e controle social. No âmbito legislativo, foi sancionada, também em 2001, a Lei nº 10.216, conhecida como lei da reforma psiquiátrica, que gerou repercussões em quatro vertentes fundamentais:

Na mutação do panorama assistencial (com a abertura e expansão da rede de base comunitária), na gradual redução no número de leitos em hospitais psiquiátricos, no deslocamento da aplicação dos recursos financeiros (que migraram da rede hospitalar para os serviços comunitários) e no estabelecimento de uma base de garantia de direitos aos usuários em questão (FIOCRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2015, p. 15).

Apesar de determinar a necessidade de instituir política específica para promover a alta planejada de pessoas há longo tempo internadas, a nova lei não abordou claramente o tema da extinção do manicômio (NICÁCIO, 2003).

Além dos marcos mencionados acima, a terceira fase descrita por Vasconcelos (2010), incluiu a expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial. Os CAPS foram o

dispositivo principal desta transformação, por possibilitarem um espaço de tratamento no território, com recursos terapêuticos variados que oferecem diferentes canais de expressão e resgate dos laços sociais aos usuários, como os centros de Trieste. A realocação dos investimentos antes destinados aos grandes hospitais psiquiátricos nos CAPS e em outros serviços comunitários, como as residências terapêuticas, estimulou fortemente o processo de desospitalização, possibilitando que muitos pacientes em internação de longa permanência recebessem alta e passassem a ser tratados na comunidade.

Os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS) haviam sido incluídos na lista de dispositivos de atenção em saúde mental financiados por verba pública em 1991, pela portaria 189 do Ministério da Saúde. Era a primeira vez que se destinava remuneração e incentivo público a outras modalidades de assistência que não as tradicionais, como internação e atendimento ambulatorial (TENÓRIO, 2002). Em 1992, a portaria 224 do Ministério da Saúde aprofundou a regulamentação dos CAPS e NAPS, definindo-os como unidades de saúde locais/regionalizadas com população adscrita, que oferecem cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 1992).

Dez anos depois, a portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 estabeleceu diferentes modalidades de serviço, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional: CAPS I, capacitados para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, CAPS II, para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e CAPS III, para municípios com população acima de 200.000 habitantes. Enquanto as modalidades I e II funcionam de 8h às 18h, o terceiro tipo opera 24 horas diariamente, inclusive em fins de semana e feriados, oferecendo acolhimento noturno com no máximo cinco leitos para repouso e/ou observação limitados a sete dias corridos ou dez dias intercalados em um período de 30 dias por paciente. Todos os CAPS devem ter capacidade para atender prioritariamente pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, operando como serviço ambulatorial de atenção diária de acordo com a lógica do território (BRASIL, 2002). Como já visto, esta lógica indica que a pessoa deve ser tratada em seu local de vida, onde estão suas referências subjetivas e identitárias. As atividades previstas nos Centros de Atenção Psicossocial devem buscar a integração social do usuário e, por isso, não incluem apenas atendimentos individuais (psiquiátricos, psicológicos, de orientação...), mas também em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares/VDs (quando, por exemplo, o usuário não está conseguindo sair de casa pela gravidade do quadro), suporte à família e atividades comunitárias.

Segundo essa mesma portaria, os CAPS também são responsáveis, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de saúde mental em seu território, através de medidas como a regulação da porta de entrada da rede assistencial, a coordenação das atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas, bem como a supervisão e capacitação dos serviços e programas de saúde mental e das equipes de atenção básica, atribuição que posteriormente também foi assumida pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008. Além disso, com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 2011, a ordenação do cuidado passou a ser dividida com a atenção básica, como será visto no final da presente seção. Estas políticas buscaram tornar a atenção psicossocial o principal eixo de articulação da rede, situando os diferentes serviços na lógica do território e fazendo da internação um recurso emergencial para crises, de forma a assegurar o cuidado em liberdade.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) foram instituídos pela Portaria 106/2000 do Ministério da Saúde para atender à necessidade de moradia de pessoas com transtornos mentais graves egressas de internações psiquiátricas de longa permanência, que não contam com suporte social e laços familiares. Desde o início, os esforços rumo à desinstitucionalização se deparavam com o desafio de encontrar um lugar para estes casos. O problema já estava sendo discutido na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, que destacou a importância de criar os então denominados "lares abrigados" para a reestruturação da assistência em saúde mental no Brasil. Experiências exitosas nas cidades de Campinas-SP, Ribeirão Preto-SP, Santos-SP, Rio de Janeiro-RJ e Porto Alegre-RS demonstraram o quanto a iniciativa poderia ser potente para a reinserção social dos pacientes, dando respaldo à elaboração da Portaria 106/2000.

Inseridas no território de referência do usuário, as residências terapêuticas têm como objetivo promover a ressocialização e resgate da cidadania “por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários” (BRASIL, 2000). Na condição de moradias, ligadas a um serviço territorial aberto à comunidade, as residências terapêuticas buscam contribuir para afirmar um novo lugar social para o paciente, que nega a hospitalização como único recurso e favorece o movimento de habitar a cidade.

O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional

sensível às demandas e necessidades de cada um [...] Precisaríamos de muitas páginas para descrevermos várias minúcias e pequenas histórias que povoam o cotidiano dos usuários desse projeto: a alegria de, enfim, ter um quarto privativo, os pertences à mão, uma cozinha para o ansiado café preto, a possibilidade de escolher com quem dividir o espaço, escolher a hora do banho e de levantar da cama, entre outras coisas (BRASIL, 2004, p. 6, 13).

Em 2011, a portaria 3090 foi expedida para regulamentar os dois diferentes tipos de Serviço Residencial Terapêutico. Enquanto o I mantém as características já estipuladas, com um mínimo de quatro e o máximo de oito residentes, o II pode abrigar até dez moradores e se destina a pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos do ponto de vista da saúde em geral.

Por serem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso financeiro correspondente nos tetos orçamentários do estado ou município que se tornará responsável pela assistência ao usuário e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.<sup>2</sup> As residências devem estar vinculadas ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental da rede, cuja equipe técnica atuará na assistência aos moradores e supervisão das atividades ali realizadas. Com a regulamentação dos CAPS pela portaria 336/GM de 2002, estes se consolidaram como serviço ambulatorial de referência das RTs.

O redirecionamento de recursos dos hospitais psiquiátricos para serviços substitutivos foi estimulado também por outros programas e portarias do governo federal que buscavam garantir o cumprimento dos princípios da Lei 10.216. O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) / Psiquiatria, instituído pela Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002, foi central neste processo. Fruto de uma série de reuniões e conversas com os estados e a Assessoria Técnica de Saúde Mental, o programa visava adequar a avaliação do PNASH aos serviços psiquiátricos de acordo com suas especificidades tanto em relação à avaliação técnica quanto dos usuários. Deste modo, a perspectiva daquele que sofre de transtorno mental passava a ser considerada. Foram estabelecidas diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificando os hospitais psiquiátricos segundo os indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH, definindo e estruturando a porta de entrada das

---

<sup>2</sup> Um retrocesso em relação a esta política ocorreu em 2017, durante a gestão do psiquiatra Quirino Cordeiro na Área de Saúde Mental do Ministério da Saúde, quando a resolução nº 32 determinou que o valor de diárias para internação em hospitais especializados fosse reajustado de forma escalonada, conforme o porte do hospital.



internações psiquiátricas na rede do SUS e determinando uma nova forma de remuneração que vincula o valor da diária ao porte do hospital e à pontuação obtida tanto na avaliação técnica quanto dos usuários (BRASIL, 2002).

Dentre as normas para o atendimento hospitalar, determina-se que o hospital se articule com a rede comunitária de saúde mental, estando a porta de entrada do sistema de internação no serviço territorial de referência. É proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes) e resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados. O PNASH/psiquiatria buscava assim impedir o desrespeito aos direitos dos usuários de saúde mental, lhes garantindo um cuidado digno e humanizado. Os hospitais que não obtivessem uma pontuação mínima na avaliação deste programa passavam a ser descredenciados do sistema, devendo o gestor local, em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde, desenvolver um projeto para substituir o atendimento nestas instituições por serviços extra-hospitalares preferencialmente (BRASIL, 2002). Esta regra contribuiu para a substituição gradual de instituições que mantinham seus pacientes em condições asilares e degradantes por dispositivos territoriais como os CAPS.

O De Volta Para Casa, instituído pela Lei 10.708 de 31 de julho de 2003, criou o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes que passaram por internações psiquiátricas iguais ou superiores a dois anos, estimulando a sua autonomia e reintegração na sociedade. Em parceria com a Caixa Econômica Federal, o valor do benefício foi fixado inicialmente em R\$ 240,00 mensais, podendo ser reajustado pelo poder executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária (BRASIL, 2003). Atualmente o valor do benefício é de R\$ 412,00. Um dos requisitos para a sua obtenção é que seja garantido ao beneficiário o acompanhamento continuado em saúde mental na rede local ou regional e um dos motivos para a suspensão é a reinternação em hospital psiquiátrico. Desta forma, a lei incentiva o tratamento no território e desestimula a internação de caráter asilar.

Também com o objetivo de permitir que o paciente adquira sua própria renda e possa estabelecer trocas na cidade, havia sido promulgada a Lei nº 9.867, em novembro de 1999, que dispõe sobre a criação e funcionamento de Cooperativas sociais, incluindo entre suas propostas a organização e gestão de serviços socio sanitários e educativos e o desenvolvimento de atividades agrícolas, industriais, comerciais e de serviços. Dentre as pessoas consideradas em desvantagem e, portanto, elegíveis para a cooperativa estão os dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente e os egressos de hospitais psiquiátricos.

Outra iniciativa de extrema importância para a transformação do modelo de cuidado em saúde mental foi o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar

no SUS (Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004), que promoveu uma política de redução de leitos, buscando conduzir à diminuição progressiva dos hospitais de maior porte. Foram criados novos valores de remuneração para as diárias hospitalares, incorporando não só o adicional pela qualificação do atendimento prestado, aferido pelo PNASH, como também o incentivo pela redução de leitos. Os recursos financeiros restantes após esta diminuição foram redirecionados para a rede local e regional de serviços de saúde mental, para auxiliar na implantação e manutenção de CAPS, serviços residenciais terapêuticos e outros dispositivos nos municípios de destino dos pacientes desinstitucionalizados, assim como no pagamento das equipes que dão suporte à desinstitucionalização. De acordo com o programa, é de responsabilidade dos gestores municipais e estadual do território de referência do hospital garantir a adequada ressocialização dos pacientes, bem como assegurar o acompanhamento extra-hospitalar nos territórios envolvidos. Com o objetivo de fortalecer a rede de atenção comunitária, o projeto se articula com outras áreas da reforma psiquiátrica, sobretudo a atenção em saúde mental no hospital geral, a saúde mental na atenção básica, a urgência e emergência, a consolidação da rede de CAPS I, II, III, i e AD, o programa De Volta para Casa e a expansão das residências terapêuticas.

A instituição da RAPS pela Portaria MS/GM nº 3.088/2011, que definiu o papel e articulação dos diferentes dispositivos - atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação -, também foi um importante marco no caminho para a construção do cuidado em liberdade. Com a formação de uma rede, a lógica psicossocial pode circular pelos diferentes pontos de atenção em saúde mental, não se restringindo a um único serviço. Segundo Elia (2013), há, porém, um problema no modo como o CAPS é situado neste circuito. Classificado como serviço especializado, corre-se o risco de que ele perca uma de suas principais marcas, que é ser aberto e acessível às demandas de saúde mental, capaz de produzir diferentes respostas sem se restringir a requisitos clínicos ou a diagnósticos pré-estabelecidos. A função ordenadora da rede, que era própria dos CAPS pela portaria 336/02, passa a ser dividida com a atenção básica sem que ela tenha se apropriado da lógica da atenção psicossocial. Esta apropriação se torna ainda mais difícil com a expansão da gestão das unidades de saúde pelas Organizações Sociais, entidades privadas cuja atuação se pauta em metas produtivistas sem consideração pelas particularidades de cada caso.

### **1.3 CAPS e NAPS: desconstruindo o manicômio e construindo uma nova forma de lidar com a loucura**

De acordo com Tenório (2002), os marcos inaugurais e paradigmáticos de uma nova prática de cuidados no Brasil foram a criação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta (hospital psiquiátrico privado conveniado à previdência social), que culminou no Programa de Saúde Mental de Santos, articulado aos NAPS. Evidencia-se aí a centralidade dos centros e núcleos territoriais para a desconstrução do manicômio e a produção de um cuidado em liberdade, inserido na cidade.

O CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, fundado em 1987 durante o processo de redemocratização do país e transição da fase sanitaria para a chamada “desinstitucionalização” (AMARANTE e TORRE, 2001), inspirou a criação de inúmeros CAPS em diversas regiões do país. Segundo Pitta (2011), este dispositivo instituiu uma usina produtora de encontros e trocas intersubjetivas que se tornou nacional pela sensibilidade do Coordenador de Saúde Mental à época, Domingo Sávio Nascimento Alves. Ele teve influências sobre a formulação das portarias do Ministério da Saúde já mencionadas neste trabalho, 189/91 e 224/92, bem como da portaria 336/2002 e dos instrumentos normativos subsequentes, já na gestão de Pedro Gabriel Godinho.

Com o objetivo de diminuir o número de internações psiquiátricas e dar suporte aos egressos de hospitais, o governo de São Paulo, sob a gestão de Franco Montoro (PMDB), avaliou a necessidade de serviços intermediários entre o hospital e o ambulatório, capazes de oferecer uma intensividade maior no acolhimento e respostas terapêuticas mais complexas a pessoas com transtornos mentais graves (BARIÇÃO, 2001). O projeto original do CAPS o definia como estrutura intermediária entre a internação e a comunidade, que procurava instrumentalizar as pessoas para o exercício da vida civil, destinando-se prioritariamente aos “socialmente invalidados”, com “formas diferentes e especiais de ser”, com “patologias de maior complexidade”, “que tenham enveredado por um circuito de cronificação”, “com graus variáveis de limitações sociais” e “graves dificuldades de relacionamento e inserção social” (AMARANTE e TORRE, 2001). Com funcionamento 8h/dia, cinco dias por semana, o CAPS tinha a assistência, a reflexão sobre as próprias práticas e a transmissão das experiências a outros profissionais como núcleo organizador, em uma dinâmica docente-assistencial que buscava instrumentalizar tanto os técnicos para lidar com as patologias de maior complexidade, quanto os usuários para a vida em sociedade. Sediado em uma casa, o que já contribuía para a subversão

da lógica hospitalar, o serviço tinha profissionais de diferentes formações, alguns deles oriundos de importantes experiências de transformação institucional (YASUI, 2010).

Era clara, no projeto do serviço, a busca por tornar mais ampla e complexa a oferta do cuidado, promovendo uma mudança do paradigma biomédico para o psicossocial. Por isso, a assistência era definida como de atenção integral, personalizada, com diferentes recursos de socialização e expressão através de “atividades psicoterápicas, socioterápicas de arte e terapia ocupacional”, com um enfoque na doença mental pelo viés da saúde coletiva, considerando os níveis micro e macro social, como a família, o trabalho e o contexto histórico (AMARANTE e TORRE, 2001). Por meio da construção coletiva do projeto CAPS, baseada em críticas e conflitos diversos, as atividades foram inventadas e reinventadas sempre em busca de neutralizar ou desconstruir processos crônicos, aumentar a articulação do usuário com o meio, desenvolver suas potencialidades, ampliar o poder de contratualidade social, afetiva e a capacidade de autonomia para a vida (BARIÇÃO, 2001). A ênfase na relação e o entendimento de que o serviço não está pronto, mas se constrói através dos embates e caminhos traçados em conjunto, marca a diferença entre o “modo de funcionar do CAPS”<sup>3</sup> e a antiga lógica das instituições manicomiais. Como mostra Venturini (2016), o indicador de qualidade de um dispositivo de saúde mental é a sua capacidade de incorporar o conflito, considerando o ponto de vista dos usuários e permitindo a negociação constante. O depoimento de Yasui sobre sua experiência de trabalho retrata bem este modo:

No cotidiano do Caps Luiz Cerqueira, organizávamos nossas atividades sempre em cúmplices alianças: um psicólogo e uma terapeuta ocupacional coordenando um grupo de atividades expressivas; um psiquiatra e uma assistente social organizando uma festa; uma enfermeira e um psiquiatra coordenando um grupo de familiares, e muitos outros encontros, por vezes inusitados, que produziam um rico momento de aprender saber e fazer junto. Eram alianças que se urdiam, pois cada profissional se despojava de suas certezas e de seu lugar instituído, rompendo com as fronteiras pessoais (YASUI, 2010, p. 150-151).

A partir desta construção coletiva, que incluiu uma parceria com a Universidade em 1996, o serviço foi dividido em três núcleos: assistência (medicação, grupos terapêuticos,

---

<sup>3</sup> De acordo com Bariação (2001), o “modo de funcionar do CAPS” foi o conceito intuitivo formulado pelos participantes do serviço para se referir aos tratamentos, relações terapêuticas, atividades assistenciais e também à gestão dos recursos humanos e diferentes setores da unidade. Os funcionários e usuários passaram a usar o conceito para definir o padrão de participação e compromisso aplicado nas discussões e decisões coletivas, tendo como referência a construção do projeto CAPS.

atendimentos aos familiares, atendimentos individuais, vídeo, dança, jornal, futebol, “Divirta-se”, etc.); sociabilidade (cooperativas de trabalho, projetos de moradias com suporte, Escritório de Advocacia para Direitos, Saúde Mental & Cidadania, Clube do Basaglia e Movimento MultiplaCidade, com estratégias de socialização e intervenção cultural através de oficinas de dança, cultura e beleza, artes plásticas, marcenaria, rádio, jornal - em parceria com a Secretaria de Estado da Cultura de São Paulo -, viagens, cinema na cidade, programações esportivas, festas, eventos com mercado, apresentações artísticas e desfile de moda, que valorizam a diversidade de linguagens e sujeitos); ensino e pesquisa (coordenado por docente da Universidade, envolve educação continuada, relações interinstitucionais, avaliação sobre a qualidade do serviço, satisfação e qualidade de vida dos usuários, processo de trabalho, etc.) (BARIÇÃO, 2001).

Outro marco que contribuiu para a transformação da assistência psiquiátrica no Brasil foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, entre 1989 e 1996, no contexto de dois mandatos de gestão democrático-popular, o primeiro com a prefeita do PT Telma de Souza ao lado do Secretário de Saúde David Capistrano Filho, e o segundo com este na condição de prefeito. Ambos os mandatos expressavam uma concepção do poder municipal como instância dotada de competências, responsabilidades e possibilidades ampliadas. A intervenção no Anchieta foi disparada por denúncias da imprensa local sobre diversas situações de maus-tratos, mortes, violação de direitos humanos e por um Relatório do SUDS-52 (Sistema Único e Descentralizado de Saúde, precursor do SUS), que levaram a Secretaria de Higiene e Saúde (SEHIG) a exigir providências imediatas e compartilhar a discussão com a cidade. A partir de vistoria promovida por uma Comissão composta por várias organizações da sociedade civil, parlamentares, jornalistas, participantes da Plenária dos Trabalhadores em Saúde Mental de São Paulo e membros da administração municipal, que constatou as condições desumanas na instituição, foi decretada a intervenção por 120 dias prorrogáveis, em maio de 1989. O mais importante desta iniciativa foi não só criticar e frear os maus-tratos cometidos contra os internos, mas também abrir ao público o debate sobre o significado do manicômio na organização social e as formas de lidar com a experiência da loucura, inscrevendo o debate psiquiátrico como questão ética e sociopolítica (NICÁCIO, 2003).

Para fechar o manicômio, era necessário construir uma rede de serviços substitutivos, com alta complexidade e capacidade de acolher a crise e os descontroles que antes ficavam contidos repressivamente no Anchieta. O conceito de desinstitucionalização e a experiência triestina serviram de referências fundamentais nesta passagem. A partir do laboratório do "Anchieta sob intervenção" foram planejados cinco Núcleos de Atenção Psicossocial, a

Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência TAM-TAM, o atendimento psiquiátrico no Pronto-Socorro Central e a República "Manoel da Silva Neto" (NICÁCIO, 2003). Era a primeira vez que se tinha em um município brasileiro “a prática concreta de uma organização de serviços e ações de saúde mental efetivamente substitutiva à internação psiquiátrica” (YASUI, 2010, p. 47).

Os NAPS tinham desde o início funcionamento 24h, sete dias na semana, oferecendo diversos recursos; a Unidade de Reabilitação Psicossocial, criada no interior do Anchieta, coordenava e desenvolvia “projetos de inserção no trabalho”, originando, através de assembleias de usuários e trabalhadores, a “Cooperativa Paratodos”, em outubro de 1994, composta por usuários dos NAPSs e do Centro de Atendimento à População; o Centro de Convivência TAMTAM, criado também no interior do Anchieta, era uma “rádio livre” que produzia novas mensagens sobre a loucura, criticando as concepções de normalidade/anormalidade vigentes e rompendo com a cultura de exclusão da diversidade (NICÁCIO, 1994). Por meio de projetos artísticos e culturais inovadores e várias formas de intervenção no espaço urbano, este centro acionava diferentes atores, buscando dialogar com a cidade por variados canais. A República Manoel da Silva Neto, inaugurada em 1993 e vinculada a um NAPS, funcionava como moradia assistida para pessoas com histórico de longa internação em hospitais psiquiátricos e ausência ou fragilidade dos laços sociais.

Este conjunto de serviços colocou em cena dispositivos e conceitos que se solidificaram com o tempo e fazem parte, ou pelo menos deveriam, do cotidiano dos serviços de saúde, como território, responsabilização, cooperativas de trabalho e residência terapêutica (YASUI, 2010). Só a partir desta rede de ações, relações e possibilidades se garantiria não apenas a retirada dos pacientes do hospital, mas sobretudo a sua ressocialização e a subversão das concepções estigmatizantes sobre a loucura. Nas palavras de Nicácio: “a complexa rede de saberes, práticas, valores e mensagens produzidos nos novos serviços e projetos possibilitariam a ausência do manicômio - compreendida como ausência ‘material, conceitual e sociocultural’” (NICÁCIO, 2003, p. 161-162).

A “Associação Franco Rotelli”, fundada em 1991, foi outro exemplo de iniciativa que buscou retirar os pacientes do lugar de objeto e os tornar sujeitos ativos e capazes de agenciar o tratamento e a política. Reunindo usuários, familiares, trabalhadores das várias instituições do projeto de saúde mental e cidadãos, a Associação promovia a discussão e participação no Movimento da Luta Antimanicomial, nas instâncias de controle social do SUS e nos vários fóruns e movimentos de Santos.

Os NAPS, peça chave do trabalho territorial, foram construídos com o envolvimento da equipe, trabalhadores, usuários e familiares, transformando o serviço em lugar compartilhado. O primeiro deles nasceu na Zona Noroeste de Santos a partir da desativação da enfermaria do Anchieta correspondente à sua área territorial. Imagens pintadas pelos participantes do TAM-TAM traziam algo da história das pessoas, povoando o espaço com as subjetividades e singularidades dos usuários. Além disso, a equipe promoveu uma série de reuniões na região para discutir o significado social do serviço, as diferentes percepções sobre a experiência da loucura, os processos de inclusão/exclusão social e os direitos de cidadania. Estas discussões eram suscitadas por meio de uma televisão e um vídeo que os trabalhadores dispunham em pontos estratégicos do território, convidando moradores para assistir cenas da intervenção e debater (NICÁCIO, 1994). Estes diálogos, não mais compreendidos como de domínio exclusivo dos técnicos, também se davam em associações, sindicatos e igrejas (AMARANTE e TORRE, 2001). O significado mais profundo da desinstitucionalização - aquele proposto e praticado pelos líderes da reforma italiana - se concretizava neste movimento de não apenas incluir o louco no cotidiano da cidade, mas sobretudo habilitar a sociedade a perceber a loucura de uma nova forma.

Diferentemente do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, o projeto do NAPS foi formulado após a sua criação e fundamentado em autores como Basaglia, do qual se tomou a noção de utopia como caminho para pensar a ação prática de transformar a realidade. Seu objetivo central era a desconstrução do manicômio e a construção de um novo projeto de saúde mental que não segregasse nem excluísse. Sob este ideal, buscava-se superar a lógica da assistência em direção à produção de saúde, por meio da compreensão e intervenção sobre as necessidades, demandas e organizações institucionais que compõem a região do NAPS, fazendo dele um ponto de referência capaz de estimular não só o real acesso das pessoas ao serviço como também do serviço às pessoas (AMARANTE e TORRE, 2001). Para escapar à antiga ideia de tratamento como combate aos sintomas da doença, foi cunhada a noção de projeto terapêutico, que envolve estratégias para a ressocialização e transformação cultural através de diferentes recursos psicossociais: convivência, grupos, medicação, reunião de familiares, atendimento individual, suporte à família, VDs, passeios pela cidade, dentre outros. Deste modo, o NAPS alcança não só o paciente individualmente, mas também as suas referências e laços sociais, favorecendo a construção de relações no território e oferecendo um suporte qualificado nos momentos de crise. É desta forma que o serviço pode ser considerado substitutivo ao modelo manicomial.

Com o tempo, os desafios foram se revelando na prática diária, com a ampliação da demanda, a constituição do NAPS como referência no território, as dificuldades de traduzir as

propostas em práticas concretas e os impasses em projetos terapêuticos, a miséria da maioria dos usuários e a presença de profissionais não necessariamente identificados com o paradigma da desinstitucionalização. O risco de fechar-se na instituição esteve sempre presente e frequentemente os técnicos se deparavam com ele. Apesar da busca por fazer do NAPS um serviço aberto, transitável e com livre acesso, que reconhece o usuário como sujeito de direitos, alguns impasses se colocavam e ainda se colocam neste caminho. A hegemonia do modelo asilar, que toma a internação como principal resposta técnica, o imaginário social sobre a loucura e a fragilidade de poder contratual dos usuários e familiares podem limitar o acesso aos novos serviços, sendo necessário, portanto, entender a *porta aberta* em seus múltiplos significados e, ao mesmo tempo, elaborar estratégias para ir ao encontro da demanda (NICÁCIO, 2003).

Para a autora, a construção de uma rede territorial efetivamente substitutiva dependeria da constituição do Núcleo de Atenção Psicossocial como “serviço forte”, isto é, capaz de produzir novas possibilidades para o conjunto de necessidades que a ruptura com a tutela asilar revela. As situações de crise passavam a ser tratadas com a participação do NAPS, que atendia em conjunto com o Pronto Socorro (PS) as chamadas de emergência. Se antes estas situações eram relacionadas à periculosidade através do próprio código da chamada telefônica, sendo o atendimento frequentemente realizado em conjunto com policiais, agora o NAPS passava a dar outros destinos à crise. A nova dinâmica de acolhimento permitia a atribuição de novos significados aos conflitos e, assim, a modificação da percepção sobre os usuários e pessoas de sua rede de relações, abrindo brechas no imaginário da periculosidade (NICÁCIO, 2003). No próprio documento de inauguração do NAPS, afirmava-se que a real compreensão da necessidade de atender à crise é fundamental para um serviço que tenha por objetivo substituir de fato o manicômio (ELIA, 2013). Desta forma, o dispositivo assumia a delegação de controle da loucura - própria a uma sociedade ainda atravessada pelos signos do manicômio - para subvertê-la junto aos usuários.

A difícil tarefa de modificar o lugar social do louco demandava a articulação de toda uma rede de serviços e pessoas, capaz de construir novos olhares e iniciativas não só sobre a crise, mas também sobre a capacidade do usuário de se articular, trabalhar, se expressar... De acordo com Yasui (2010), não se tratava apenas da construção de uma rede de NAPS, mas da tessitura de um sistema de saúde complexo, permeado por relações intersetoriais, ativando e provocando outras secretarias e instituições em um projeto de transformação social. Para Nicácio (2003), a mobilização das pessoas expressa a qualidade e a complexidade da transformação em curso. A presença de familiares, usuários, cooperativas sociais e cidadãos na



cena da saúde mental é um forte indicador da eficácia da desinstitucionalização (VENTURINI, 2016).

O incentivo às unidades abertas, a partir das portarias e instrumentos normativos impulsionados pela abertura do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira e do NAPS da Zona Noroeste de Santos, e a imposição de regras e limites à internação hospitalar levaram ao fechamento de 57 hospitais psiquiátricos entre 1991 e 1996 (nove públicos e 48 contratados), de modo que o total diminuiu de 313 (54 públicos e 259 contratados) para 256 (45 públicos e 211 contratados) (ALVES, 1999). Caiu de 85.037 (19.551 públicos e 65.486 contratados) para 62.514 (12.881 públicos e 49.633 contratados) o número de leitos em hospitais psiquiátricos (ALVES, 1999).

A expansão da rede de serviços de atenção diária foi notável, sendo inaugurados quase 100 na primeira metade da década de 1990. Em abril de 1996 já eram 106, enquanto seis anos antes este tipo de serviço quase não existia. Em setembro de 2001, o coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Pedro Gabriel Delgado, divulgava que havia 275 serviços de atenção diária no país, mas estimava a necessidade de 750 unidades desta natureza (TENÓRIO, 2002).

#### **1.4 A desinstitucionalização no Rio de Janeiro**

Os hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, foram durante muito tempo o centro da assistência em saúde mental no município do Rio. A contratação de leitos privados pelo poder público era prática corrente. Em 1997, dos 5636 leitos que havia na cidade, mais da metade (2958) estava no setor privado conveniado, acarretando um gasto significativo para o município. O maior parque manicomial do Brasil, com a maior concentração de leitos públicos e privados contratados, estava no Rio de Janeiro (GOMES, 1999 apud RIETRA, 1999).

Um retrato da forte marca do manicômio na cidade remonta à fundação do primeiro hospício do Brasil, em 1852, na Praia Vermelha, denominado D. Pedro II e, posteriormente, Hospital Nacional de Alienados (HNA). Com uma clara intenção disciplinar, ele buscava, através de atividades fabris e trabalhos manuais nas oficinas, jardins e chácaras do estabelecimento (VELLOSO et al.), readaptar os internos à lógica do trabalho. Na década de 40, o hospital foi transferido para o Engenho de Dentro - onde já funcionava uma colônia de trabalho agrícola para as mulheres encaminhadas do HNA -, sendo renomeado como Centro Psiquiátrico Nacional e depois, Centro Psiquiátrico Pedro II. Também nos moldes dos espaços agrícolas voltados à reabilitação pelo trabalho e a natureza, havia sido criada em 1924 a Colônia Juliano Moreira. Localizada no “sertão carioca”, segundo palavras de Magalhães Correia

(1936), a instituição oferecia o isolamento e imersão na natureza suficientes para os “alienados” desenvolverem sua “verdadeira essência saudável” (VENANCIO, 2011).

Além destes lugares, hospitais particulares conveniados ao governo foram criados na segunda metade do século XX, principalmente durante o período da ditadura militar, para garantir o asilamento de pessoas com transtornos mentais graves. Como mostra Pitta (2011), este processo de criação de leitos psiquiátricos no Brasil respondia à necessidade financeira dos donos das clínicas conveniadas ao SUS e não a um planejamento que considerasse as necessidades de assistência da população. As condições nestes locais eram deteriorantes, com superlotação, maus tratos, violência e falta de higiene básica. Nem sequer atividades de terapia ocupacional eram desenvolvidas ali, revelando que a intenção de excluir a loucura passou a se sobressair em relação à busca por “curar” os pacientes através do trabalho.

Sob influência da reforma psiquiátrica, que levou à reformulação da política de saúde mental do Ministério da Saúde, e com o objetivo de evitar a cronificação à qual os pacientes estavam sujeitos nos hospitais e ambulatórios, iniciou-se a criação de uma rede de serviços de reabilitação psicossocial (RIETRA, 1999). A fundação do SUS e o conseqüente processo de municipalização da assistência impulsionaram os municípios a assumirem a responsabilidade pelas ações de saúde, de modo que o Rio de Janeiro passou a avaliar a sua rede e modificar a lógica de cuidado em função desta avaliação. Constataram-se os efeitos iatrogênicos da hegemonia do modelo hospitalocêntrico e a necessidade de criar uma rede de base territorial, hierarquizada, que estimulasse o resgate da cidadania. Na década de 90, a Gerência do Programa de Saúde Mental no Rio promoveu a humanização do tratamento nos hospitais após rigorosas vistorias, redução significativa do número de leitos contratados, censo da população de pacientes internados e a criação de serviços de atenção diária, com atenção especial às áreas carentes (ALVES, 1999).

Com base no mapa de distribuição de serviços e nos dados sobre composição da clientela produzidos pelo Censo dos Internos nos Hospitais Psiquiátricos em 1995, os CAPS começaram a ser construídos nas regiões de baixa oferta assistencial (Zonas Norte e Oeste do Rio) e com o tempo se expandiram para todas as áreas programáticas (FAGUNDES, 1999). Este censo identificou 3223 pessoas, das quais a maioria oferecia dados suficientes para a localização de sua residência e o estabelecimento de sua rede de pertencimento (GOMES, 1999 apud RIETRA, 1999). Desse modo, se tornava possível estabelecer diretrizes para a alocação dos serviços extra-hospitalares que passariam a tratar estes pacientes. Como o maior número (15,74%) estava na AP. 3.3, região de Irajá, lá foi construído em maio de 1996 o primeiro CAPS, chamado Rubens Corrêa. Buscou-se avançar na implantação destes serviços também na

Zona Oeste - região dos bairros de Bangu, Campo Grande e Santa Cruz -, que abrigava mais de 20% dos pacientes internados. A AP 5.2, que tinha 498.504 habitantes de acordo com o censo de 1991 do IBGE, porém somente cinco psiquiatras no Posto de Atendimento Médico (PAM) Campo Grande e quatro no Centro Municipal de Saúde (CMS) Belisário Penna, recebeu em janeiro de 1997 o CAPS Pedro Pellegrino. O bairro de Santa Cruz, com 325.982 habitantes (também de acordo com o censo de 1991 do IBGE) e os piores indicadores de saúde do município do Rio, recebeu em março do mesmo ano o CAPS Simão Bacamarte (FAGUNDES, 1999).

Estas unidades acolhiam as mais diversas demandas e passaram a ser procuradas pela comunidade para atendimento à crise, substituindo, em algumas situações, o antigo Polo de Emergências. Dentre os 424 acolhidos no CAPS Pedro Pellegrino entre janeiro e julho de 97, apenas seis foram internados. O CAPS de Santa Cruz registrou atendimentos a 300 pessoas entre março e julho de 97, com um total de 59 pronto-atendimentos à crise e apenas dois pacientes internados. Desse modo, em pouco tempo os CAPS da Zona Oeste assumiram papel central na reorganização da rede (FAGUNDES, 1999).

Para ampliar e consolidar o cuidado territorial, em substituição à internação de caráter asilar, a Secretaria Municipal de Saúde tinha a meta de construir um CAPS em cada área programática da cidade, o que resultou na abertura de novos serviços ao longo das últimas décadas. Os investimentos em assistência psiquiátrica hospitalar, que era o terceiro item de despesa com internações na década de 90, passaram para o sexto lugar em 2016. Houve uma progressiva diminuição do número de leitos psiquiátricos nos últimos quinze anos (cerca de 2400), e as internações foram reduzidas de 42.762, em 2002, para 20.404, em 2012 (FAGUNDES, 1999; FAGUNDES JÚNIOR, DESVIAT e SILVA, 2016). Os locais que antes abrigavam os antigos hospícios e colônias agrícolas (Hospital Nacional de Alienados, Centro Psiquiátrico Pedro II e Colônia Juliano Moreira) foram transformados em institutos municipais no início dos anos 2000 como forma de garantir a descentralização das políticas de saúde e o enquadramento da assistência psiquiátrica nos preceitos da reforma brasileira. Apesar disso, estas estruturas ainda guardam resquícios da lógica da internação.

Devido à já mencionada situação precária das instituições psiquiátricas particulares, denúncias e intervenções por parte do Ministério Público foram feitas ao longo dos últimos anos, levando ao fechamento destas clínicas e à desospitalização dos usuários, muitos transinstitucionalizados para os institutos municipais. Em 2012, por exemplo, a Justiça concedeu uma liminar, a pedido do Ministério Público estadual do Rio de Janeiro, determinando a transferência dos 136 pacientes psiquiátricos internados na Clínica das Amendoeiras, em

Jacarepaguá (credenciada ao SUS), para outras unidades de saúde (BORGES, 2012). A promotora que fez a vistoria na instituição havia presenciado pessoas nuas se arrastando sobre suas próprias fezes. Considerando esta e outras graves violações da Lei 10.216, foi proposta uma ação civil pública com o objetivo de transferir os pacientes às residências terapêuticas vinculadas aos Centros de Atenção Psicossocial. Neste processo, alguns deles foram encaminhados primeiramente ao Instituto Municipal Juliano Moreira, a partir do qual foi iniciado o projeto de desinstitucionalização dos usuários.

Atualmente, a Prefeitura dispõe de 34 CAPS: 23 tipo II (com funcionamento de segunda a sexta-feira, geralmente em dois turnos) - sendo três CAPS Ad (álcool e outras drogas), oito CAPSi (infância e adolescência) e 12 CAPS (destinados a adultos com transtornos mentais severos) - e 11 tipo III (com leitos de acolhimento 24 horas) - sendo quatro CAPS Ad e sete CAPS. Nestes números, pode-se notar a defasagem de CAPS III no município, fato preocupante considerando a centralidade destes serviços no acolhimento à crise. Havia apenas CAPS II até março de 2010, quando foi inaugurado o CAPS III Maria do Socorro, na Rocinha. Em articulação com a rede comunitária, foram implantadas três enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais para internações de curta permanência e algumas coordenações de emergência regionais para proporcionar um atendimento à crise pontual, que não resulte em isolamento por longos períodos (FAGUNDES, 1999; FAGUNDES JÚNIOR, DESVIAT e SILVA, 2016).

Junto a esta expansão da RAPS, tem havido esforços para a superação de estruturas herdadas do modelo hospitalocêntrico, como os Institutos Nise da Silveira, Philippe Pinel e Juliano Moreira, que tornam ainda maior o desafio da mudança para um paradigma em que a saúde mental esteja mais próxima dos usuários e integrada à saúde geral (FAGUNDES JÚNIOR, DESVIAT e SILVA, 2016). O estado do Rio de Janeiro era o segundo lugar em números absolutos de leitos psiquiátricos, depois de São Paulo, e o primeiro lugar disparado na relação leitos por habitante de acordo com levantamento do Ministério da Saúde (ELIA, 2013). Em dezembro de 2014 permanecia acima da média nacional, contabilizando 3.792 leitos (0,232 por mil habitantes) (BRASIL, 2015). Por outro lado, foi notável o crescimento da cobertura da rede de CAPS, que passou de 0,28 por 100 mil habitantes em 2002 para 0,73 em 2014, configurando uma cobertura “muito boa” pelos parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). Na cidade do Rio de Janeiro, este índice é de 0,50 por 100.000 habitantes, classificado como “bom” pelos mesmos parâmetros (FAGUNDES JÚNIOR, DESVIAT e SILVA, 2016). Infelizmente, mesmo com a expansão da rede nos últimos anos, o número de CAPS ainda é insuficiente para o número de habitantes. Segundo o Ministério da Saúde, a cobertura de CAPS por habitante no estado do Rio de Janeiro só é superior a dos estados da região norte (exceto

Rondônia), do Distrito Federal e do Espírito Santo, perdendo para dezoito entes da Federação, apesar de ser um dos mais ricos e fonte de muita produção acadêmica sobre a reforma psiquiátrica (ELIA, 2013).

Com o número elevado de leitos psiquiátricos e a insuficiência da rede comunitária, muitas situações de crise não são contornadas pelos CAPS e acabam parando nos hospitais. Além disso, dos pacientes de longa permanência (mais de um ano de internação psiquiátrica), que eram 613 em 2015, sendo 300 institucionalizados há mais de 10 anos, 86% não tinham lugar para ficar fora da unidade (FAGUNDES JÚNIOR, DESVIAT e SILVA, 2016). Esta clientela é alvo privilegiado dos Serviços Residenciais Terapêuticos com equipe 24h.

Além de proporcionarem a desospitalização de inúmeros pacientes que estavam em internações psiquiátricas prolongadas, as residências terapêuticas, dispositivos comunitários, CAPS e outros serviços de acolhimento à crise buscam garantir que outras pessoas em intenso sofrimento psíquico não tenham também um destino institucionalizante, seja em estabelecimentos onde se reatualizam práticas manicomiais como no seio da própria comunidade ou família, que ainda tendem a excluir e discriminar.

## **2 DESAFIOS, IMPASSES E RETROCESSOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

O processo de desinstitucionalização vem enfrentando desafios em diversos níveis, que acabam levando a diferentes formas de reinstitucionalização dos usuários no Brasil e no mundo. Destacaremos algumas delas neste capítulo: o fenômeno da porta giratória, a neoinstitucionalização em asilos, hospitais particulares, abrigos, prisões e comunidades terapêuticas (diretamente ligada ao tema da presente pesquisa) e o imaginário social sobre a loucura, que ainda relega os usuários à condição de objeto. Parte-se da premissa de que a análise destas diferentes formas de exclusão ofereça subsídios para a compreensão dos fatores que levam usuários de CAPS a novos processos de institucionalização.

As palavras de Nicácio resumem de forma clara estes retrocessos:

Atualmente, não obstante a difusão das proposições da reforma psiquiátrica, o panorama nacional é heterogêneo e evidencia a centralidade do modelo asilar e o movimento instituinte de criação de novos serviços e projetos locais. A realidade da maioria das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico segue sendo a violência, a ausência de direitos, a invalidação, a exclusão, as internações de longa permanência ou as temporárias e recorrentes nos hospitais psiquiátricos, as diferentes formas de abandono e reclusão domiciliar (NICÁCIO, 2003, p. 203).

Alguns autores usam a noção de nova cronicidade para analisar estes fenômenos, atribuindo à psicopatologia dos usuários a razão para acabarem institucionalizados. Para Pepper et al. (2000 apud PANDE e AMARANTE, 2011), há um grupo de pacientes adultos jovens crônicos que fazem uso pouco resolutivo dos serviços de saúde mental, não aderem ao plano terapêutico, apresentam dificuldade severa no funcionamento social, provocam distúrbios e aparecem recorrentemente nas emergências psiquiátricas e delegacias de polícia. Segundo Desviat, Liria e Olmedo (1986), estes pacientes que não se reabilitam apesar dos esforços da reforma psiquiátrica desafiam o movimento desinstitucionalizador e servem como excelente argumento aos novos defensores do manicômio. Os autores classificam quatro tipos de novos crônicos: os remanescentes institucionais, de difícil desinstitucionalização, que retornam aos hospitais após tentativas de inserção nos novos serviços (portadores de disfunções cerebrais, psicopatas, dependentes químicos, alcoolistas, esquizofrênicos, pacientes com debilidades físicas de origem psíquica e com dificuldade de controle, como epiléticos); os crônicos externalizados, pacientes com histórico de longas internações em hospitais psiquiátricos,

liberados pela política de desospitalização (geralmente homens de 40 anos sem trabalho qualificado nem rede familiar, que sofrem reinternações e cujo diagnóstico combina diferentes tipos, como psicose com alcoolismo enxertado ou borderline com transtornos de conduta); os usuários crônicos dos ambulatórios, que são crônicos sem nunca terem passado por nenhuma internação e demandam insistentemente atenção dos ambulatórios e CAPS, sem conseguir aprofundar o tratamento por evitarem se haver com seus conflitos internos, além de terem comprometida sua capacidade de relação interpessoal e trabalho; os pacientes adultos jovens crônicos (YACP, sigla em inglês) - classificação cunhada por Pepper et al. (2000 apud PANDE e AMARANTE, 2011), que Desviat também utiliza para nomear os pacientes sem experiências prévias de internação prolongada, com quadros clínicos muito variados que levam a deficiências severas de adaptação, baixa tolerância à frustração, comportamento impulsivo, agressividade, problemas com a lei, uso inapropriado dos serviços e procura frequente por emergências, caracterizando porta giratória.

Diferentemente destas perspectivas, que localizam a razão da nova cronicidade na psicopatologia individual, Rotelli (2001) argumenta que as próprias instituições da psiquiatria reformada, com seus serviços especializados e prestações de cuidado pontuais e fragmentadas, reflete no estado dos usuários. Atuando junto aos hospitais psiquiátricos e na lógica de “um serviço para cada problema”, estas unidades se dividem por áreas distintas de acordo com a especialidade. Na Europa, por exemplo, destacam-se três modelos principais: o médico, o do auxílio social e da escuta terapêutica. Com base neste tipo de divisão, os novos serviços de saúde mental formam um circuito no qual o paciente é remetido de um lugar a outro conforme a necessidade do momento, em um mecanismo seletivo que acaba levando ao abandono dos usuários a si próprios. É este abandono que “produz nova cronicidade e alimenta a necessidade de lugares nos quais, temporariamente, se possa ‘despejar’ e internar os pacientes” (ROTELLI, 2001, p. 22-23). A internação seria, portanto, a válvula de escape do circuito. Sob este ponto de vista, os YACP deixam de ser entendidos como desafio para o sistema de saúde mental para serem tomados como produto do desafio que o sistema coloca para eles ao jogá-los de um canto a outro e não se responsabilizar pelo seu cuidado.

Esta análise mostra as mazelas da psiquiatria reformada tal como se estabeleceu em países onde a desinstitucionalização se resumiu à desospitalização. A intenção de renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria através de novos serviços limitou o alcance do projeto reformador, pois não permitiu que o próprio saber psiquiátrico fosse desconstruído. Uma série de serviços foi erguida na comunidade para prevenir e tratar psicopatologias, mantendo o doente

como objeto científico, e a mudança social necessária para subverter o lugar da loucura na sociedade não aconteceu.

Embora o paradigma da desinstitucionalização italiano tenha influenciado fortemente o Brasil, ele nunca conseguiu ser hegemônico e outros modelos coexistem no país, como a Psicoterapia Institucional francesa e a Psiquiatria Preventiva dos EUA (ELIA, 2013). Nestas propostas, o manicômio não é negado, mas apenas reformado, restando aos serviços comunitários a função de intermediários entre o hospital e a comunidade. Como mostra Basaglia (2010b), a própria existência do hospital psiquiátrico já tem efeitos sobre a organização e atuação das demais unidades de saúde mental, que acabam por voltar suas abordagens multiprofissionais para o mesmo intento, a “doença mental”. Quando continua havendo um local de “descarga dos doentes transtornados” (BASAGLIA, 2010b, p. 154), a realidade que move a exclusão da loucura não é negada nem transformada.

A permanência de instituições psiquiátricas no Brasil faz com que muitos CAPS e outros serviços comunitários atuem no intermédio entre hospital e família, entre uma institucionalização e outra, sem evitar que o binômio internação/alta, exclusão/inclusão se perpetue sob o mandato da psiquiatria. Nesta dinâmica, os dispositivos territoriais se mantêm como serviços complementares e não alternativos ao manicômio, o que faz toda a diferença para os rumos deste processo social complexo. Nas palavras de Elia,

os CAPS assumem uma função intermediária e não substitutiva entre a comunidade e o hospital, tal como Amarante e Torre (2001) mostram que faz parte da história dos CAPS no Brasil, ou como Rotelli (2001) afirma que eram os serviços comunitários nos Estados Unidos à época da proposta da Psiquiatria Preventiva (ELIA, 2013, p. 115).

No município do Rio, esta tendência é favorecida pela presença dos grandes institutos psiquiátricos, associada à insuficiência da rede de CAPS, sobretudo para acolher situações de crise. Para Elia (2013), os serviços comunitários acabam ficando numa posição intermediária entre o ambulatório e o hospital, exercendo frequentemente a função de “instrumentalizar” a atenção básica através do matriciamento, por vezes delegando a ela o acompanhamento de casos extremamente difíceis. Tanto por razões práticas quanto simbólicas, a existência dos CAPS como dispositivos complementares e não substitutivos contribui para que as emergências se mantenham como locais privilegiados de acolhimento à crise. Uma parcela significativa de episódios graves chega diretamente aos PAM (pronto atendimento), mesmo que os pacientes estejam matriculados em CAPS, demonstrando que, com frequência, o serviço territorial não é tomado como recurso eficaz para dar conta da crise (ELIA, 2013). Devido à baixa expectativa



da população sobre o atendimento de situações difíceis em CAPS, internações involuntárias ocorrem mesmo sem necessidade. De modo semelhante à Psiquiatria Preventiva sob a ótica de Rotelli (2001), os serviços comunitários do Rio atuam entre a sociedade e o hospital e a diminuição do tempo das internações é acompanhada do aumento da porta giratória, com frequentes reinternações dos casos considerados difíceis (ELIA, 2013).

A grande maioria das pessoas que acessa pela primeira vez a internação psiquiátrica não passou pelo serviço comunitário, revelando que é bastante comum a porta de entrada da rede de saúde mental ser a emergência. No período entre janeiro e outubro de 2012, apenas cerca de 6% dos pacientes que necessitaram de internação no Rio eram de CAPS (ELIA, 2013). A emergência em psiquiatria acaba, deste modo, organizando a demanda no território, função que deveria ser do serviço territorial. Como os CAPS não conseguiram se apropriar suficientemente do acolhimento à crise, a atenção hospitalar se mantém como dispositivo central para este tipo de cuidado no município. Esta análise demonstra, assim como indicado por Rotelli (2001), que a forma como os serviços comunitários se organizam e atuam produz novas cronicidades e internações, o que torna fundamental a avaliação e análise do trabalho nestes dispositivos.

## **2.1 A porta giratória/*revolving door***

O fenômeno da porta giratória é objeto de uma série de estudos em diferentes países, que evidenciam o quanto muitas vezes a internação de longa permanência não vem sendo substituída pelo cuidado em liberdade, mas sim por sucessivas reinternações.<sup>4</sup> De acordo com Parente et al. (2007), o frequente ir e vir de pessoas com transtornos mentais severos entre o hospital e a comunidade é uma das consequências da reforma psiquiátrica. Para Gastal et al. (2000), a transição paradigmática promovida por este movimento trouxe a porta giratória como um dos principais desafios. Embora não fosse esta a intenção inicial, o ir e vir do hospital tornou-se uma lógica de funcionamento da política de desospitalização (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001), uma vez que a redução do período de internações foi sendo substituída por um aumento do número de reinternações. Por não disporem de todos os recursos necessários para o acompanhamento dos usuários, os serviços substitutivos acabaram confirmando a necessidade e a permanência de um cuidado hospitalar (MUNIZ, NOGUEIRA

---

<sup>4</sup> Este fenômeno começou a ser estudado na década de 60, sendo considerado uma consequência do modelo, ainda em implementação, da reforma psiquiátrica. O método para definir a porta giratória se baseia em uma razão entre a frequência de reinternações e o tempo de estudo, que podem variar em diferentes proporções: duas ou mais internações no período de um ano; três ou mais no período de dois anos; quatro ou mais em um período de cinco anos; quatro ou mais sem intervalo superior a dois anos e meio, no curso de dez anos (PARENTE et al., 2007).

e GULJOR, 2014). Se por um lado o tempo das internações foi reduzido, por outro, a institucionalização de muitos pacientes passou a ocorrer por meio de sucessivas internações relativamente breves (MACHADO e SANTOS, 2012).

Em um estudo realizado em instituições psiquiátricas dinamarquesas na década de 70 e 80, demonstrou-se que a redução do número de leitos psiquiátricos foi acompanhada pelo aumento do número de admissões aos hospitais, das quais 77% eram reinternações. Se tivessem sido internados na geração anterior, antes da política de desinstitucionalização, o destino destes pacientes provavelmente teria sido a hospitalização de longa permanência (KASTRUP, 1987). Na Nova Zelândia, o declínio da população internada em hospitais psiquiátricos durante as décadas de 70 e 80 foi acompanhado por um aumento considerável de reinternações (LEWIS e JOYCE, 1990). Na pesquisa de campo dos autores, foi constatado que pacientes psicóticos jovens correm maior risco de serem internados recorrentemente, embora a nova população *revolving door* incluía um grande número de mulheres com transtornos afetivos e homens com dependência química.

Nos Estados Unidos, a partir de 1955, a redução do número de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos devido à ascensão da psiquiatria comunitária levou a duas novas síndromes: “caindo entre as rachaduras” - *falling between the cracks*, indicando a total falta de acompanhamento e cuidados pós-alta aos pacientes desospitalizados - e “porta giratória” - *revolving door* (TALBOTT, 2004). Em 1971, a taxa de reinternação hospitalar no *Meyer-Manhattan Psychiatric Center* era de aproximadamente 60%. Ao mesmo tempo em que o censo de pacientes internos nos hospitais públicos indicava queda significativa, o número de reinternações crescia (TALBOTT, 1974). Em uma pesquisa realizada entre 1986 e 1990 em Massachusetts, observou-se que pacientes com quatro ou mais admissões representavam quase 20% do uso diário dos leitos, tempo superior ao de todos os pacientes continuamente hospitalizados num período de cinco anos (GELLER, 1993). De acordo com um estudo longitudinal de acompanhamento a longo prazo realizado em Vermont com 269 pacientes desinstitucionalizados em torno de 1955, observou-se que, embora 50 a 75% apresentassem uma melhora considerável, eles sofriam reinternações ou recidivas constantes (HARDING, 1978 apud BANDEIRA, 1991). A taxa de readmissão cresce consideravelmente (de 30 a 75%) com o tempo transcorrido (de seis meses a cinco anos) desde a desinstitucionalização (WALLOT, 1984; BARNES e TOEWS, 1983 apud BANDEIRA, 1991). No Canadá, houve um aumento alarmante das taxas de reinternação na Província de Ontário, onde 2/3 da totalidade dos pacientes internados correspondiam a readmissões, de acordo com uma pesquisa realizada na década de 80 (SILVA e STEFANELLI, 1991).

No Peru, Brasil e Colômbia, o problema das readmissões de pacientes psiquiátricos é um dos principais no campo da saúde (SILVA e STEFANELLI, 1991). No contexto brasileiro, em uma pesquisa feita no Estado do Piauí no ano de 2004, o fenômeno da porta giratória mostrou-se significativo, com uma taxa de reinternação de 55,7%. Este percentual ultrapassa os índices encontrados em outros estudos, revelando-se fator preocupante no que diz respeito aos serviços extra-hospitalares (PARENTE et al. 2007). A hipótese é de que este resultado se relacione à situação do município de Teresina, onde os serviços de atendimento comunitário não estão sendo implementados na mesma proporção das outras regiões, havendo o maior índice de reinternação psiquiátrica. Nas palavras dos autores, “o fechamento dos hospitais, ou a redução de leitos sem serviços alternativos na comunidade para atender à demanda, é tão arriscado como criar serviços alternativos sem promover medidas para diminuição de internação integral em hospitais psiquiátricos” (PARENTE et al., 2007, p. 385).

Uma série de pesquisas foi desenvolvida para identificar as razões da porta giratória, mostrando o seu caráter multifatorial. Além do curso e da natureza do transtorno mental, as altas taxas de reinternação psiquiátrica também refletem a resistência ao tratamento e a não adesão à prescrição medicamentosa, a falta ou baixa qualidade do acompanhamento pós-alta, deficiências do sistema de saúde, fatores sociais como a escassez de recursos comunitários, nível socioeconômico, educação deficitária, desemprego, origens culturais, problemas de moradia, falta de redes de suporte, estigma e dificuldade de reinserção social após a desospitalização. As condições do paciente, a família, a comunidade e a instituição psiquiátrica estão em jogo no processo que leva à porta giratória, não sendo suficiente um só instrumento para avaliar o fenômeno (KASTRUP, 1987).

De acordo com Talbott (1974), os hospitais psiquiátricos continuaram sendo usados como domicílios ou instituições de custódia. A pesquisa realizada pelo autor constatou que 10% dos pacientes reinternados no *Meyer-Manhattan Psychiatric Center* em 1971 tiveram este destino por dificuldades de moradia. Além disso, 30% foram readmitidos por causa de impulsos homicidas ou comportamento agressivo, indicando que as instituições psiquiátricas estão cada vez mais se tornando um substituto para a detenção criminal. Segundo Solomon e Doll (1979), o que pesa muito para o médico decidir pela reinternação é a situação do paciente na comunidade (falta de abrigo, comida, laços sociais...) ou os conflitos e dificuldades vivenciados na família. Corroborando esta análise, Machado, Manco e Santos (2005) apontam que pacientes se recusam a ter alta da internação psiquiátrica porque o hospital proporciona proteção física (abrigo, alimentação e vestimentas), assistência médica e proteção subjetiva. É comum os amigos e parentes não desejarem mais a companhia da pessoa com transtorno mental,

contribuindo para que retorne ao hospital como forma de ter aceitação e um refúgio mais seguro. A hospitalização se torna, assim, a solução de graves precariedades sociais.

Com base na pesquisa de Machado (2012) sobre pacientes reinternantes em um hospital de Ribeirão Preto-SP, conclui-se que a instituição psiquiátrica tem ocupado uma lacuna aberta pela carência de recursos de múltiplas dimensões. Além de proporcionar condições físicas de sobrevivência, respondendo a problemas de ordem socioeconômica, a internação garante cuidados profissionais imediatos e a possibilidade de construção de vínculos para aqueles que se encontram em situação de isolamento e dificuldade nas trocas com a família e a comunidade. A convivência com os demais pacientes forma uma rede de contatos que busca suprir a pobreza das relações sociais externas (MACHADO, 2012). Desse modo, altas taxas de reinternação medem mais as condições da comunidade do que o programa de tratamento, revelando a inabilidade ou falta de vontade da sociedade de absorver o antigo paciente psiquiátrico, independentemente de sua condição mental (SOLOMON e DOLL, 1979). De acordo com esta perspectiva, a porta giratória seria um índice da tolerância tanto da comunidade quanto da família em relação ao ex-interno.

Muitas reinternações são fruto de fatores mais referidos ao posicionamento dos familiares do que à patologia, como a baixa tolerância em relação ao comportamento desviante, a insatisfação porque o paciente não trabalha e não assume papel doméstico nem financeiro e a visão deste como constrangimento social. Em algumas situações, ele se torna o bode expiatório das tensões e conflitos familiares, sendo identificado como motivo e fonte dos problemas (SOLOMON e DOLL, 1979). A percepção do usuário como peso e vergonha pela família e as dificuldades encontradas para conseguir trabalho ou retornar ao anterior tornam a sua possibilidade de permanência na comunidade limitada (SILVA e STEFANELLI, 1991). Em relação à reinternação de idosos com transtornos mentais, o estado clínico após a alta e fatores psicossociais como uma dinâmica familiar mal adaptativa são os principais preditores da reinternação, junto ao diagnóstico (MERCER et al. 1999). Em geral, os usuários com alto número de internações têm vínculos superficiais e dificuldade na construção de laços comunitários, de modo que a família se torna a única fonte de suporte. A sobrecarga daí decorrente transforma a internação em solução (SILVEIRA et al. 2016).

De acordo com Melman, o conceito de sobrecarga familiar define “os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e o quanto a convivência com um paciente representa em peso material, subjetivo, organizativo e social” (MELMAN, 2001, p. 79). Como apresentam dificuldade para ingressar no mundo do trabalho e ficam dependentes da família, os usuários geram custos financeiros elevados. Do ponto de vista

emocional, o estresse, as vivências de instabilidade, insegurança e os conflitos são cotidianos. Além disso, é comum que sentimentos de vergonha, cansaço e frustração levem os familiares a se distanciarem de suas rotinas sociais (MELMAN, 2001).

Cardoso (2008) define a sobrecarga familiar como o estresse emocional e econômico ao qual as famílias são submetidas quando um paciente recebe alta do hospital psiquiátrico e retorna ao lar, sobretudo quando laços familiares foram rompidos pelo padrão de cronicidade. A autora faz uma distinção entre sobrecarga objetiva e subjetiva: a primeira é maior entre cuidadores de egressos de internações psiquiátricas recentes, envolvendo acúmulo de tarefas (preparo da alimentação, administração do dinheiro, dos medicamentos, supervisão de comportamentos problemáticos...), aumento de custos financeiros, limitação das atividades cotidianas, fragilização dos relacionamentos entre os familiares, manifestação de comportamentos de risco, etc. e a segunda diz respeito à percepção pessoal do familiar sobre a experiência de conviver com o paciente, envolvendo preocupações com o cuidado que podem gerar sentimentos de desamparo, tristeza e culpa (CARDOSO, 2008). A falta de autonomia é um aspecto que gera tensão, aumentando esse tipo de sobrecarga.

Em geral, os familiares buscam novamente a internação sob a justificativa de que o paciente piorou por ter parado de tomar os remédios, estar isolado, por não saberem como lidar com seu comportamento, estarem cansados e o verem como um peso que leva um membro da família a deixar o trabalho para se encarregar do cuidado (SILVA e STEFANELLI, 1991). As constantes alterações de humor e comportamento dos pacientes geram significativas desorganizações na estrutura familiar cotidiana (CARDOSO, 2008). Devido à dificuldade em conviver com a desordem da loucura, a família considera a internação um momento em que pode descansar e viver com tranquilidade (SALLES e BARROS, 2007). Segundo Gastal et al. (2000), o ônus de lidar com um parente com doença mental, associado a serviços inadequados de atendimento, está ligado à recorrência das internações.

Gonçalves e Sena (2001) argumentam que, por se restringir à desospitalização, sem as condições necessárias para proporcionar a ressocialização/reabilitação dos usuários, a reforma psiquiátrica brasileira se reflete de forma negativa sobre a família, pois nesta se dá o cuidado cotidiano com o doente mental, exercido em geral pelas mulheres. Inúmeros estudos atestam que a sobrecarga enfrentada pelos familiares na convivência com o paciente, principalmente por ocasião da alta hospitalar, gera atitudes de incompreensão e até de rejeição, que resultam em reinternações sucessivas ou permanentes (GONÇALVES e SENA, 2001; PARENTE et al., 2007). Este ciclo se retroalimenta, pois quanto maior o número de internações, a rejeição familiar tende a aumentar (SALLES e BARROS, 2007; SGAMBATI, 1983). A rejeição é fator

importante de desajuste social entre pessoas que sofrem de transtornos mentais graves e seus familiares, ou dos familiares entre eles próprios, o que contribui para uma difícil adaptação do paciente à vida em comunidade (SGAMBATI, 1983). Segundo Machado e Santos (2012), com base nas pesquisas de Barros (2008), Silva e Stefanelli (1991) e Sgambati (1983), há relação direta entre suporte familiar ou relações familiares harmoniosas, estabilidade do quadro e menor número de internações.

O enfoque na família como centro das questões relacionadas ao paciente advém de sua extrema valorização e idealização na sociedade ocidental moderna (MELMAN, 2001). Os fundamentos desta sensibilidade foram analisados por Ariès (1986). Com base em uma comparação histórica, o autor contrapõe o período moderno ao medieval, em que a família era mais uma realidade moral e social, responsável pela transmissão de bens e nomes, do que sentimental. Melman (2001) faz um paralelo entre a Idade Média e o Brasil colônia, onde trabalho, lazer e serviço doméstico se misturavam na casa grande, fortalecendo o grupo e a propriedade ao mesmo tempo. Conforme os modos de produção levaram o trabalho para fora do ambiente doméstico e a visão sobre a infância mudou, a família ganhou novos sentidos e atribuições, que têm a afeição entre pais e filhos como base. O fechamento do grupo familiar em si pelos vínculos sentimentais reflete as novas formas de sociabilidade.

Quanto mais o homem vive na rua ou no meio de comunidades de trabalho, de festas, de orações, mais essas comunidades monopolizam não apenas seu tempo, mas também seu espírito, e menor é o lugar da família em sua sensibilidade [...] Os progressos do sentimento da família seguem os progressos da vida privada, da intimidade doméstica. O sentimento da família não se desenvolve quando a casa está muito aberta para o exterior: ele exige um mínimo de segredo (ARIÈS, 1986, p. 238).

Sobre os desdobramentos deste percurso, Lasch indica que o desenvolvimento do capitalismo demandou uma “profunda transformação na personalidade” (LASCH, 1991, p. 26). O valor moral do trabalho e da acumulação de capital alçou o casamento a espaço de prudência e previsão, onde os filhos deveriam ser criados como reservas para o futuro. As crianças, antes indiferenciadas no mundo dos adultos, tornaram-se pessoas com atributos característicos - suscetibilidade, vulnerabilidade e inocência - que demandavam uma formação afetuosa e protegida. A família nuclear burguesa surgiu então como refúgio em um mundo cada vez mais competitivo, no qual a indústria e o comércio retiravam as funções produtivas do lar, mas ao mesmo tempo faziam dele espaço de intimidade e privacidade, onde os sujeitos deveriam se refazer e preparar para a lida trabalhista diária. Nesta cisão entre público e privado, trabalho e

lazer, razão e emoção, a vida familiar doméstica se organizou em torno do laço de companheirismo entre marido e mulher e da criação dos filhos. Tanto como grupo afetivo quanto instituição formadora de subjetividades “dirigidas internamente e autoconfiadas” (LASCH, 1991, p. 26), a organização familiar burguesa tornava-se reduto íntimo e reservado ao mesmo tempo que se adequava às demandas de uma sociedade competitiva e individualista.

As consequências da glorificação da família nuclear e da vida privada ressoaram sobre as teorias e modos de compreender a saúde e a doença. Na mesma medida em que este núcleo era alçado a lugar exclusivo dos afetos, ele passava a ser responsabilizado pelo eventual adoecimento mental de seus membros. De acordo com Melman (2001), teorias formuladas nos primórdios da psiquiatria propunham que a organização familiar poderia ter influências negativas sobre o desencadeamento e evolução dos transtornos mentais. No Brasil do século XIX, a psiquiatria moral e a medicina higienista exerciam controle social por meio da imposição de normas sobre as relações e comportamentos familiares. Para evitar desequilíbrios, tanto da família quanto do doente que poderia ter seu quadro agravado por disfunções nesta estrutura, ele era afastado e isolado no manicômio (MELMAN, 2001). Tal tendência avançou pelo século XX. Segundo Saraceno (2001), uma leitura grosseira e malfeita das primeiras contribuições teóricas sobre a psicopatologia familiar do psicótico construiu o imaginário de que a família seria culpada pelo desencadeamento da loucura.

Na segunda metade do século XX, o deslocamento do campo restrito da psiquiatria para o da saúde mental mudou o tônus da intervenção do hospital para a casa. A ascensão do neoliberalismo na década de 90 intensificou este processo, tornando o meio familiar responsável por uma série de atribuições antes exercidas pelo Estado. De cúmplice das internações, que apoiava a instituição através de sua gratidão por se ver aliviada do problema, ela tomou a posição de protagonista das estratégias de reabilitação psicossocial. Como é mais difícil, cansativo e arriscado ocupar-se da pessoa fora do asilo, a psiquiatria faz um uso enviesado da teoria psicopatológica sobre o meio familiar do psicótico para justificar o seu abandono à “família culpada” (SARACENO, 2001). Este deslocamento do cuidado do âmbito público, na forma das instituições, para o privado, através da família nuclear, contribui para a sobrecarga dos familiares e a conseqüente busca pela internação. Além disso, a restrição da rede de relações do paciente ao meio familiar limita sua circulação no cenário social mais amplo (ROSA, 2011 apud MACHADO e SANTOS, 2012). Como se pode ver, as iniciativas da reforma acabaram se emaranhando em interesses neoliberais e resquícios da lógica burguesa.

Em relação à tolerância social, Solomon e Doll (1979) afirmam que há documentação suficiente de que muitas comunidades não querem ex-pacientes morando por perto, o que leva

à rehospitalização. O estigma, além de gerar rejeição e, portanto, menores chances de permanência na comunidade, é uma grande barreira ao uso de serviços de saúde mental (RUSCH et al., 2009). O autoestigma, que é a internalização do estigma social, reduz a disposição ou capacidade de procurar ajuda, possivelmente levando à diminuição dos recursos de enfrentamento e, conseqüentemente, à hospitalização psiquiátrica como último recurso. Logo, não é apenas o preconceito dos demais que leva à exclusão dos ditos loucos, mas também o modo como eles próprios se veem e agem a partir disso.

Sem uma cultura não-estigmatizante de desinstitucionalização firmemente estabelecida e serviços de tratamento comunitário adequados para abrigar esses indivíduos com doenças mentais, várias internações breves passam a substituir a hospitalização tradicional de longo prazo. Assim, esses grandes usuários de leitos psiquiátricos refletem o estigma e desejo resilientes de manter os doentes mentais separados da sociedade (LOCH, 2012, p. 186).

Segundo este mesmo autor, a visão estigmatizada dos doentes mentais produz um ciclo vicioso: quanto mais estigma familiar, maior é a negligência ao tratamento do membro com transtorno mental e, conseqüentemente, pior o controle dos sintomas, gerando mais estigma e hospitalizações recorrentes. Em sua pesquisa, que acompanhou 169 portadores de psicose e transtorno bipolar com necessidade de internação no sistema público de saúde mental de São Paulo, por 12 meses após a alta, constatou-se que a aprovação da família para a hospitalização permanente foi fator central de predisposição à readmissão, levando a tempos mais curtos entre uma internação e outra. Estes pacientes foram considerados de forma estereotipada como perigosos e não sadios (LOCH, 2012).

Segundo Salles e Barros (2007), a internação em um hospital psiquiátrico agrega desvalor ao paciente, que passa a valer menos na convivência com o seu grupo em seu bairro. Ao sair da internação, a pessoa fica marcada pelo estigma e preconceito. Na pesquisa de Machado (2012) com pacientes reinternantes em um hospital de Ribeirão Preto-SP, os relatos demonstram que o caráter iatrogênico das internações produz marcas e estigma, gerando perdas nas relações afetivas, familiares e de trabalho. O histórico de hospitalizações progressivas dos pacientes contribui para reforçar a indicação de uma nova admissão, revelando que a (re)internação psiquiátrica é um processo propenso a se “autoeternizar” (MACHADO, 2012).

O fenômeno das sucessivas reinternações “está permeado por representações social, cultural e econômica, tanto dos profissionais que decidem por esse procedimento, quanto dos familiares e sociedade em geral” (CARDOSO e GALERA, 2009 apud RAMOS, GUIMARÃES e ENDERS, 2011, p. 523). Segundo Bezerra e Dimenstein (2011), a “porta giratória” em um



hospital psiquiátrico de referência em Natal (RN) se relaciona ao imaginário que associa a pessoa com transtorno mental à periculosidade, marginalidade e agressividade, causando intolerância e violência em relação a ela. As concepções predominantes sobre a loucura ainda fazem do hospital o lugar mais procurado para o tratamento em muitos casos.

[...] [o paradigma psicossocial] ainda coexiste com algumas lógicas de cuidado influenciadas pelo paradigma asilar. O fenômeno RD [*revolving door*] é um dos efeitos dessa coexistência e aponta a resistência de uma clientela, que por algum motivo, ainda responde ao modo de funcionamento do paradigma asilar (MUNIZ, 2013, p. 25).

O cenário atual pode ser considerado um momento de transição entre dois modelos antagônicos, a partir do qual surge um novo fenômeno que, na verdade, reproduz o antigo: a reinternação psiquiátrica e a reedição da institucionalização (MACHADO, 2012). Assim como os serviços ainda são influenciados pela lógica da solução-problema, da cura e restituição da normalidade perdida, os familiares também exercem um cuidado atravessado por estes valores. Em uma pesquisa sobre o cotidiano de pessoas com transtornos mentais que sofrem reinternações psiquiátricas na cidade de São Paulo, observou-se que o tratamento, muitas vezes, se resume a ir buscar o remédio no posto de saúde (MACHADO e SANTOS, 2012). O uso da medicação é condição para os familiares manterem o paciente em casa, sendo sua interrupção o motivo da internação. Além disso, a crença por parte da família de que o paciente em alta hospitalar estaria “curado de sua doença” compromete a continuidade do tratamento nos serviços extra-hospitalares, contribuindo para recaídas.

O julgamento dos pacientes psiquiátricos como incapazes se mostra na superproteção e relação de dependência total que os cuidadores estabelecem com eles, bem como na restrição de liberdade que aceitam em troca de alguma segurança, como abrigo ou mesmo convivência familiar (MACHADO e SANTOS, 2012). Em uma pesquisa sobre a discriminação sofrida por pacientes com esquizofrenia em 15 países, os participantes se queixaram da proteção excessiva exercida pela família, considerando-a incapacitante. Também houve relatos de abuso físico e sexual por parte de familiares (ROSE et al. 2011). De acordo com um estudo de Salles (2005) com egressos de reinternação psiquiátrica, os pacientes se queixam do abuso de poder frequentemente exercido pela família ao restringir condutas que julga desviantes. Entrevistas com usuários e familiares evidenciaram que, mesmo quando não estão internados, eles podem continuar sendo excluídos devido à ideologia manicomial que ultrapassa os muros do manicômio e se expressa nas relações. Frequentemente os familiares sentem dificuldade em compreender um comportamento diferente e por isso buscam normalizar o estranho para o mais

próximo possível do senso comum (CARDOSO, 2008). Para Jones (1972 apud SILVA e STEFANELLI, 1991), os familiares dificilmente compreendem a doença, assumindo posturas hostis em relação ao paciente, que levam a internações recorrentes e conseqüentemente à cronicidade.

Outro fator identificado como predisponente à porta giratória foi a falta de adesão ao acompanhamento extra-hospitalar. De acordo com Cardoso (2008), pesquisas indicam que o risco de recaída em pacientes com esquizofrenia gira em torno de 3.5 a 10 % ao mês, sobretudo por não aderirem ao tratamento psicofarmacológico. Em seu estudo com egressos de internação psiquiátrica, a autora observou este mesmo fenômeno. Para Gastal et al. (2000), a não adesão ao tratamento medicamentoso e extra-hospitalar é uma das causas da reinternação de pacientes com esquizofrenia, desordens afetivas e psicoses não-orgânicas. Muitas vezes, por falta de esclarecimentos, o paciente jamais volta ao hospital ou Centro de Saúde Mental e, por falta de informação, os familiares não oferecem o apoio que precisa (SILVA e STEFANELLI, 1991). Citando Kyes e Hofling (1985) e Ey et al. (1981), estas autoras afirmam que o maior desafio é manter a regularidade e continuidade do tratamento. Na cidade de Natal-RN, a falta de esclarecimento sobre a necessidade de acompanhamento continuado, a desinformação sobre os transtornos mentais e o uso irregular de medicação contribuem para as reinternações na instituição pública de referência em assistência psiquiátrica do estado (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2011).

Para Loch (2012), além da gravidade da doença e do estigma, a adesão é fator central de risco para a reinternação, não só em relação à medicação, mas ao tratamento como um todo, considerando os pacientes que não seguem o acompanhamento extra-hospitalar ao saírem da internação. Em pesquisa sobre o cotidiano de pessoas com transtornos mentais que sofrem reinternações psiquiátricas, Salles e Barros (2007) observaram que muitas não têm acesso aos serviços substitutivos ou não aderem a esse tipo de tratamento. Retomando Machado e Santos (2012), é possível supor que a crença dos familiares na alta como sinal de cura influencie na baixa ou falta de adesão ao acompanhamento extra-hospitalar.

Enquanto de um lado os usuários não comparecem ou não mantêm a frequência necessária ao tratamento, de outro, os serviços demonstram dificuldades em oferecer um suporte qualificado. Para Bezerra e Dimenstein (2011), a ausência de uma rede extra-hospitalar que acolha a demanda e garanta um cuidado de qualidade e eficaz leva à reincidência de internações psiquiátricas, revelando a dificuldade em se garantir a continuidade do acompanhamento no meio social e familiar. No hospital estudado pelas autoras, em Natal, as constantes reinternações estão associadas à inexistência ou ineficácia da rede comunitária,

considerando a ausência de CAPS III (até dezembro de 2010), de leitos em hospitais gerais e emergências, de Centros de Convivência e Cultura, e de uma boa articulação com a rede de serviços substitutivos e de atenção básica. Como não são oferecidos recursos comunitários que proporcionem suporte à crise com eficiência, o hospital psiquiátrico permanece como centro de captação dos usuários de saúde mental. Segundo Geller (1993), os pacientes de porta giratória existem no contexto de um sistema de saúde mental comunitário inadequado, fragmentado e sem articulação. O não compartilhamento da responsabilidade pelo tratamento entre instituição e comunidade, bem como a falta de continuidade entre os diferentes setores envolvidos com o paciente *revolving door* contribuiriam para o que os autores chamaram de hospitalfilia (busca pela internação para satisfazer necessidades que não são clínicas no estrito senso). O problema e a solução da porta giratória estariam na interface hospital-comunidade. Por isso os autores propõem que os diferentes setores do cuidado participem do desenvolvimento do plano de tratamento - que deve ser compreendido pelo usuário - e o revisem regularmente em resposta aos padrões de comportamento e às situações de emergência. Este processo estimularia a manutenção do contato entre os serviços. De acordo com Salles e Barros (2007), alguns pacientes nunca foram encaminhados para um CAPS ou hospital dia e, por isso, não conhecem estas unidades, o que demonstra a falta de articulação entre hospitais psiquiátricos e serviços substitutivos. Segundo Bandeira (1991), o sistema de saúde mental comunitário necessita de uma boa coordenação entre os diferentes setores da rede, o que não tem se concretizado, sobretudo na América do Norte.

Trabalhadores da saúde mental dos centros locais de assistência e de programas alternativos, geralmente de ideologia antipsiquiatra, articulam mal com as unidades de psiquiatria dos hospitais gerais, as urgências e os hospitais psiquiátricos. A psiquiatria, por outro lado, tendendo a uma maior medicalização, também articula mal com os trabalhadores dos centros locais. A falta de coordenação reflete uma descontinuidade de ideologias e o paciente vive esta ruptura (BANDEIRA, 1991, p. 359).

Em um estudo sobre as características dos cuidados em saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, em que os números revelaram prevalecer a lógica da “ambulancioterapia” (círculo internação-alta-reinternação), identificou-se que os pacientes não são referenciados à unidade básica que os acolheu quando têm alta (CONSOLI, HIRDES e COSTA, 2009). Eles são atendidos em hospitais psiquiátricos sem garantia de um posterior acompanhamento, pois não se realiza o processo de referência/contrarreferência. Para os autores, seria necessário capacitar os profissionais da atenção básica para trabalharem de acordo com os princípios da

reforma psiquiátrica, favorecendo a formação de uma rede dentro de cada município, identificando leitos psiquiátricos em unidades de hospitais gerais e promovendo campanhas para desmitificar a doença mental na comunidade.

Na pesquisa sobre as altas taxas de reinternação no *Meyer-Manhattan Psychiatric Center*, Talbott (1974) também sugeriu medidas para os serviços existentes remediarem o problema: envolvimento mais intensivo com pacientes, familiares e agências comunitárias, revisão nos procedimentos de medicação e acompanhamento mais atento em casos de desistência clínica. O autor propôs a criação de novos serviços para promover a reabilitação profissional e aconselhamento, programas de moradia supervisionada, terapia familiar, terapia de grupo e programas de atendimento domiciliar.

De acordo com Cardoso (2008), a alta frequência de internações psiquiátricas é fruto, possivelmente, da insuficiência da rede de apoio comunitário. Na ausência de serviços substitutivos, os familiares e os próprios pacientes podem permanecer entendendo a internação integral como a principal ou única alternativa de tratamento, levando à porta giratória (PARENTE et al., 2007). Mesmo quando estes serviços estão presentes, problemas estruturais reduzem a sua capacidade de promover a ressocialização dos pacientes: número insuficiente de unidades, que leva à sobrecarga das existentes; baixo número e variedade de profissionais, que restringe as possibilidades de ações múltiplas e criativas; inadequação da estrutura física. Estes déficits limitam o alcance dos serviços tanto para o desenvolvimento de ações territoriais quanto o acolhimento à crise (MACHADO, 2012). O hospital mantém-se, portanto, como horizonte para o contorno de situações de emergência e a satisfação de outras necessidades de tratamento. As reinternações psiquiátricas revelam-se, assim, um indicador da qualidade da assistência e do funcionamento dos serviços comunitários. Corroborando esta ideia, Muniz (2013) afirma que o fenômeno da porta giratória é uma resposta à rede de cuidado disponível e não a característica de uma clientela.

Para Cardoso (2008), a assistência precisa não só promover o treinamento de habilidades que estimulem a autonomia e reabilitação psicossocial dos usuários (através, por exemplo, de atividades ocupacionais e grupoterapia) como também oferecer cuidados a quem cuida, identificando e aliviando a sobrecarga dos familiares, através de atividades educativas e reflexivas. Segundo Melman (2001), é fundamental apoiar a família na gestão da vida cotidiana dos usuários para aliviar o peso dos encargos, facilitar o estabelecimento de uma atitude cooperativa e reduzir os fatores estressantes que poderiam desencadear situações de crise. Em direção semelhante, Machado e Santos (2012), alertam para a importância de incluir o grupo familiar em iniciativas de promoção de saúde desenvolvidas de forma permanente nos serviços.

A rede extra-hospitalar poderia contribuir para minimizar os efeitos dos eventos estressores por meio do compartilhamento de encargos e da oferta de apoio em espaços de acolhimento, orientação e elaboração das questões inerentes à função de cuidador. Diante da centralização do cuidado na família e da decorrente sobrecarga deste grupo, os autores também ressaltam “a importância de o profissional de saúde mental 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” (MACHADO e SANTOS, 2012, p. 801-802).

Em relação ao planejamento da alta hospitalar de idosos com transtorno mental, Mercer et al. (1999) indicam a necessidade de auxiliar os pacientes e familiares no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento por meio do ensino intensivo durante terapia familiar e reuniões de alta com o paciente presente. Para Silva e Stefanelli (1991), as altas taxas de reinternação no Brasil, Peru e Colômbia são influenciadas não só por aspectos sociais e econômicos, mas também pelo fato de familiares e pacientes não receberem orientação adequada para superar as dificuldades inerentes ao novo período de convivência pós-alta. Profissionais de saúde dos hospitais psiquiátricos não estão valorizando como deveriam a tarefa de orientar os usuários e a família (CARMO, 1981 apud SILVA e STEFANELLI, 1991). De acordo com as autoras, o trabalho da enfermeira com os familiares desde o início da hospitalização é uma estratégia importante que contribui para aumentar o tempo do paciente na comunidade.

Um exemplo de iniciativa hospitalar para evitar reinternações é o projeto de alta assistida desenvolvido pelo já citado hospital psiquiátrico de referência de Natal. Por meio de uma equipe multidisciplinar, são feitos contatos com os usuários e suas famílias pós alta, VDs, suporte psicológico aos parentes, orientações sobre a importância da medicação e comprometimento com o tratamento, encaminhamento a serviços substitutivos e diálogos com os gestores municipais para auxiliar no direcionamento da expansão da rede comunitária. Se realizado de modo eficaz, este projeto pode contribuir para garantir o acompanhamento do usuário em seu território e para implicar a família e a sociedade neste processo, buscando construir modos de subjetivação capazes de romper com o paradigma que segrega, exclui e marginaliza a pessoa com transtorno mental (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2011).

Além do trabalho a ser feito desde o hospital, é necessário discutir o tipo de assistência oferecida nos serviços substitutivos. Estes dispositivos nem sempre estimulam a reinserção social, embora seja este o seu objetivo. Pacientes em processo de porta giratória em um hospital psiquiátrico da cidade de São Paulo fizeram críticas ao tratamento extra-hospitalar, deixando implícito que em alguns locais a assistência se resume ao entretenimento, como a pintura,

perpetuando a lógica psiquiátrica do *manter dentro* (SALLES e BARROS, 2007). Tendência semelhante foi encontrada entre serviços de saúde mental de Ribeirão Preto, incluindo CAPS, nos quais pacientes reinternantes fazem tratamento extra-hospitalar. De acordo com relatos dos usuários, estes dispositivos não vêm promovendo intervenções que retirem os pacientes do isolamento social, como práticas territoriais, contatos com outros setores da assistência, iniciativas socioculturais ou laborais e ações junto à família. Muito pelo contrário, os depoimentos indicam que predominam consultas de tipo ambulatorial pouco frequentes, atendimentos breves e enfoque na remissão sintomática por meio de psicofármacos (MACHADO, 2012).

Considerando este fechamento dos serviços territoriais em si mesmos, é necessário desinstitucionalizar não apenas os hospitais psiquiátricos, “mas também a assistência como um todo, no conjunto de suas ações e práticas” (FERRO, 2009 apud FIOCRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2015, p. 27). De acordo com Ferro (2009), se a desinstitucionalização for reduzida à desospitalização, os serviços substitutivos correm o risco de reproduzir as práticas segregadoras, tornando-se o novo espaço destinado à loucura. Segundo Amorim e Dimenstein (2009), a chamada “institucionalização dos CAPS” é um dos entraves à construção de um novo lugar para a loucura junto à sociedade, o que ocorre, por exemplo, quando estes serviços perpetuam práticas tutelares e absorvem demandas que poderiam estar sendo atendidas em outros dispositivos da rede. Para as autoras, o número de usuários que frequenta os CAPS aumenta progressivamente, exigindo uma reflexão sobre como construir outros projetos de vida que não dependam destes serviços.

O isolamento em relação aos outros pontos da rede de saúde e intersetorial corresponde ao que o relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010) nomeou de “encapsulamento”. Segundo Lima e Dimenstein (2016), esta tendência é favorecida pelas fragilidades da assistência na RAPS, o baixo investimento dos CAPS em atividades de matriciamento nesta rede, a insuficiente integração das políticas de saúde mental e da atenção básica e a crise no suporte de outras políticas de bem-estar social. Portanto, para evitar o fenômeno do “encapsulamento”, a IV Conferência sinalizou a necessidade de fortalecer a integração dos CAPS com outros setores, como educação, justiça, previdência e habitação, e com os demais dispositivos da rede de saúde e saúde mental, qualificando os processos de referência e contrarreferência dos casos na lógica da co-responsabilização

Quando estas articulações não são feitas e as práticas institucionalizantes se reproduzem nos novos dispositivos, o risco de os usuários retornarem ao ciclo de internações é muito maior. Dentro os fatores que podem minimizar este processo, estão a avaliação constante das unidades

de saúde e identificação (investigação) da população que sofre reinternações frequentes (PARENTE et al. 2007). O conhecimento e caracterização dos sujeitos em situação de porta giratória pode ajudar os profissionais da área a refletirem sobre o tema e gerar informações técnicas que subsidiem o planejamento de estratégias para melhorar a assistência a essa população. Na mesma direção, Muniz (2013) argumenta que a clientela *revolving door* possui peculiaridades capazes de justificar uma clínica mais específica ou dirigida ao seu caso. Para criar novas estratégias ou aprimorar as existentes, prevenindo ou amenizando o fenômeno RD, é preciso identificar os grupos que utilizam a internação psiquiátrica como principal forma de tratamento e caracterizar este público. Em sua pesquisa (MUNIZ, 2013), a autora identificou que os pacientes em situação de porta giratória passam a maior parte do tempo em quadro agudo, sendo mais propensos a esgarçar os laços sociais com as pessoas à sua volta. Por isso, é necessária uma atenção mais intensiva a estes casos, envolvendo um cuidado continuado e compartilhado capaz de mobilizar todos os atores responsáveis pelos recursos assistenciais, por meio de constantes pontes de comunicação com a família e os serviços por onde o sujeito passa. Neste contexto, o atendimento e orientação aos familiares é peça fundamental.

## **2.2 A neoinstitucionalização**

Se por um lado há uma vasta bibliografia sobre porta giratória, investigando suas razões e estratégias para minorá-la, há poucos estudos sobre os casos que vêm sendo institucionalizados em outros tipos de asilo. Estas situações expressam formas de reatualização do manicômio que representam um desafio para a reforma psiquiátrica e, por isso, merecem ser investigadas. Nos Estados Unidos, embora a porcentagem de americanos que viviam em instituições de todos os tipos tenha se mantido em 1% de 1950 a 1970, a proporção desse número ocupando os hospitais estatais caiu de 39 para 20 %, enquanto nas casas de repouso aumentou de 19 para 44%, sendo as condições nos lares de idosos tão escandalosas quanto as dos andarilhos pela cidade (TALBOTT, 2004). De acordo com Melman (2001), alguns pacientes, principalmente os que tiveram o quadro piorado pela longa permanência institucional, foram transferidos para asilos não psiquiátricos e comunidades terapêuticas privadas e um grande contingente acabou abandonado nas ruas. Muitos passaram a viver em condições precárias ou a habitar áreas pobres e deterioradas.

De acordo com Marrow e Luhrmann (2012), a presença de esquizofrênicos em situação de rua se tornou quase a norma nos EUA. Muitas pessoas com transtorno psicótico grave vivem de forma nômade, deslocando-se entre moradias assistidas, abrigos, internações hospitalares,

sistema prisional e a condição de sem-teto, o que Kim Hopper chamou de "circuito institucional" (HOPPER et al. 1997 apud MARROW e LUHRMANN, 2012). Quando não estão nas ruas, é comum serem alojadas por algum tempo em asilos em decomposição e apartamentos subsidiados mal monitorados, sendo retiradas destes lugares e levadas pela polícia para o hospital ou cadeia quando lutam para proteger seus direitos. Estes “guetos” são, em geral, locais precários, instáveis e violentos, que produzem uma experiência de hostilidade e imprevisibilidade, retratada por Alex Cohen (2001 apud MARROW e LUHRMANN, 2012) como muito semelhante à da guerra. Embora ofereçam algum tratamento de saúde mental, reabilitação, refeições e leitos para aqueles que de outra forma estariam completamente desassistidos, estas instituições também os mantêm em uma situação de marginalidade, expressando o paradoxo do cuidado/abandono. Ao encerrar pessoas pobres com doenças mentais graves fora da habitação convencional, em locais semelhantes aos campos de refugiados americanos, o “circuito institucional” acaba por corroborar a falta de moradia no mesmo ato em que oferece abrigo (MARROW e LUHRMANN, 2012).

Em Boston, apenas 500 dos 4000 pacientes retirados do Hospital Estadual, a partir de 1960, foram considerados como estando na comunidade (BANDEIRA, 1991). Do restante, 200 retornaram por serem tidos como incapazes de uma vida em sociedade, 1500 já estavam mortos em 1977, 800 foram para os “*Nursing homes*” e 1000 para outros serviços, como “*board-and-care*” e casas de transição. Para Talbott (2004), o que se alcançou não foi a desinstitucionalização, mas a transinstitucionalização. O paciente com doença mental crônica teve seu locus de vida e cuidados transferidos de uma única instituição ruim para várias miseráveis. Nesta mesma perspectiva, Rotelli (2001) afirma que a desinstitucionalização, entendida e praticada como desospitalização, levou não só ao abandono de parcelas significativas da população psiquiátrica, como também à transinstitucionalização (passagem para casas de repouso, albergues para idosos, “cronicários ‘não psiquiátricos’”...) e a outras formas – mais obscuras – de internação. Quando a desospitalização se fez conforme instâncias burocrático-administrativas e não foi acompanhada de um complexo processo de desinstitucionalização, teve como resultado o “aviltamento dos significados” e “uma realidade feita de esqualidez e abandono” (VENTURINI, 2016, p. 112).

Além do circuito alternativo à hospitalização, que mantém o isolamento da sociedade, Manderscheid, Atay e Crider (2009) observaram que entre 2002 e 2005, o número de internos e admissões aos hospitais psiquiátricos estatais voltou a crescer nos Estados Unidos, devido ao aumento da clientela proveniente do sistema forense e dos casos diagnosticados com esquizofrenia e transtornos afetivos, bem como à redução de residências e profissionais atuando



na comunidade. Para os autores, os potenciais fatores a serem investigados incluem o alto número de internações forenses e os antecedentes deste fenômeno, o aumento no número de admissões de esquizofrênicos, as mudanças na capacidade dos serviços de internação psiquiátrica em hospitais gerais e as transformações na composição demográfica da sociedade americana, com o envelhecimento da população e o aumento da diversidade étnico-racial.

Na Europa, estudos indicam que desde 1990, a diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos vem sendo acompanhada do aumento de internações forenses, de vagas em moradias protegidas e de pessoas com transtornos mentais nas prisões, caracterizando um processo de reinstitucionalização. Com base na análise de dados de 11 diferentes países da Europa ocidental (Reino Unido, Irlanda, Dinamarca, Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Suíça, Holanda, Espanha e Itália), Chow e Priebe (2016) concluíram que as associações envolvidas nesta tendência e os fatores propulsores permanecem indefinidos. Por isso, as autoras indicam a necessidade de novas pesquisas, que levem em conta as características dos pacientes das diferentes instituições, avaliem a efetividade do cuidado em cada uma delas e abarquem um período de longo prazo, com o objetivo de respaldar políticas mais adequadas em saúde mental.

Na Índia, apesar de grande parte das pessoas com transtorno mental permanecerem subjugadas no meio familiar, há um circuito institucional particular para onde são levadas quando as famílias têm recursos financeiros (MARROW e LUHRMANN, 2012). Desde a década de 1980, há novos hospitais psiquiátricos privados em funcionamento, construídos como reflexo da desinstitucionalização indiana, que transformou as instituições de custódia financiadas pelo Estado em unidades para o cuidado de agudos. Tais hospitais privados favorecem o abandono por permitirem o não comparecimento dos parentes. Para ilustrar a situação, Marrow e Luhrmann (2012) citam a pesquisa de Pinto (2009) sobre uma pequena ala de psiquiatria hospitalar privada, na qual mulheres são internadas e abandonadas, sobretudo porque suas famílias não desejam mais tê-las por perto. O contato das internas com os psiquiatras é mínimo e elas não recebem qualquer resposta quando imploram pela liberdade, pois os profissionais se mantêm cúmplices do desejo de seus familiares.

No Brasil, os retrocessos também vêm se apresentando com a tendência à neoinstitucionalização, através da política de assistência social (com os abrigos para idosos, crianças e adolescentes), de álcool e outras drogas (com as comunidades terapêuticas), da expansão dos planos de saúde com baixa regulação estatal (que levam ao aumento nas internações psiquiátricas em estabelecimentos privados), do sistema socioeducativo (com as internações de adolescentes que cometem delitos), do sistema penal (tanto nos hospitais de

custódia e tratamento psiquiátrico quanto na prisão comum, fenômeno ainda pouco estudado) (FIOCRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2015). Em relação a este último ponto, Bandeira (1991) afirma que, sem o tratamento medicamentoso combinado com terapia de suporte, aumenta a probabilidade de agravamento de surtos agudos, sintomas ativos e uso de drogas, levando muitos pacientes a cometerem pequenos roubos e assaltos que culminam no ciclo ruas-prisão-hospital. Segundo Brink (2005), a porcentagem de presos com transtornos mentais oscila entre 55 e 80% e as taxas de psicose são várias vezes mais altas do que na comunidade. Uma série de estudos em diferentes países indica que a prevalência de transtornos mentais na população carcerária é significativa, podendo ser de cinco a dez vezes maior do que na população em geral (ANDREOLI et al., 2014).

Em pesquisa desenvolvida na cidade de São Paulo por Andreoli et al. (2014), foi constatado que a prevalência por toda a vida e por 12 meses de qualquer transtorno mental na população carcerária é de, respectivamente, 68,9% e 39,2% entre mulheres, e 56,1% e 22,1% entre homens, proporção significativamente maior do que fora da cadeia. Em relação a transtornos mentais graves, enquanto os índices variam entre 0,4% e 7,7% na população geral, foram identificadas taxas de prevalência por 12 meses de 14,7% e 6,9% entre mulheres e homens presos, respectivamente, resultados semelhantes aos de outros estudos. De acordo com os autores da pesquisa, como essas pessoas são vítimas frequentes de discriminação e humilhação, podem representar um risco para a estabilidade na prisão devido às possíveis reações comportamentais associadas aos distúrbios psiquiátricos.

Segundo Lefebvre (1987), as instâncias judiciárias e jurídicas têm contribuído para que a prisão se torne uma alternativa à desinstitucionalização, a ponto de os casos psiquiátricos ocuparem dez a 15% das vagas no sistema carcerário. A insuficiência e inadequação dos serviços sociais e de cuidado, bem como a incompreensão e rejeição tanto das unidades públicas de saúde quanto da comunidade em relação a uma parcela de jovens pacientes psiquiátricos contribuem para que sejam capturados pelo sistema criminal. O rótulo da periculosidade é usado para justificar a sua exclusão e encobrir a incapacidade da rede de tratá-los. De acordo com Shepper-Hughes, “duas instituições principais têm recolhido os doentes mentais desinstitucionalizados e errantes: de um lado, as prisões e de outro lado, a igreja” (SHEPPER-HUGHES, 1988 apud BANDEIRA, 1991, p. 359).

As novas formas de isolar pacientes com graves transtornos mentais são relatadas por Venturini:

Permanece existindo a resposta de *sistematizar* as pessoas incômodas ou improdutivas e, em torno dessa exigência, solidificam-se interesses variados. Como exemplo desse mecanismo temos o peso crescente colocado sobre as prisões, os centros de detenção temporária para imigrantes, as instituições para deficientes, as *residências sanitárias assistidas* para idosos, as comunidades terapêuticas geridas pela iniciativa privada e destinadas ao tratamento dos usuários de álcool e outras drogas [...] na psiquiatria, surgem novas formas de assistência, geridas pela iniciativa privada, mais mórbidas que os antigos institutos segregadores: as residências para portadores de sofrimento mental, as comunidades protegidas, os lares para idosos – verdadeiros guetos do século XXI (VENTURINI, 2016, p. 85-86).

Evidencia-se aí que uma rede paralela aos serviços da reforma psiquiátrica persiste, reatualizando formas de confinamento jamais superadas. Para Biehl (2005), as demandas e estratégias da luta antimanicomial foram enredadas por movimentos neoliberais no campo da saúde e até impulsionaram estes movimentos, na medida em que pacientes psiquiátricos foram despejados de manicômios superlotados e ineficientes, mas poucos investimentos destinaram-se à rede territorial. Passou a haver mais pessoas com transtornos mentais nas ruas do que nunca. Em meio às altas taxas de pobreza, desemprego, narcotráfico e violência, instituições filantrópicas e religiosas assumiram o papel do cuidado para grupos desamparados por um Estado cada vez mais ausente. Estes espaços são erguidos ante o “vácuo de respostas” no qual a população mais pobre se vê. Trabalhadores desempregados abrem suas próprias instituições de tratamento, voltadas a pacientes capazes de custeá-las com seus benefícios sociais ou outros recursos. Muitas famílias, já responsáveis por parentes com transtorno mental, transformam este encargo em um “negócio lucrativo”, juntando camas em uma garagem ou quarto no quintal de casa para receber outros pacientes. Na falta de preparo e profissionais qualificados, a medicação - e não o cuidado médico - se torna a tônica destas instituições. O interno recém-chegado é dopado por uma semana ou duas para que se torne obediente e seja assim reapresentado à família, aparentando adaptação ao novo ambiente (BIEHL, 2005).

Na cidade de Porto Alegre, enquanto o número de “casas geriátricas” era de aproximadamente 25 em 1976, no início da década de 2000 já havia mais de 200, sendo que 70% operavam de forma clandestina, abrigando idosos, “doentes” mentais e pessoas com deficiências graves. Muitas delas recebiam recursos estatais e doações filantrópicas (BIEHL, 2005). As famílias que não suportavam mais se encarregar do membro com transtorno mental aprenderam a obter laudos dos centros de saúde atestando sua incapacidade, que eram convertidos em pensões pelos donos das casas geriátricas. Havia familiares que deixavam a pessoa na instituição com o seu cartão e jamais retornavam. No ano de 1997, inspeções sanitárias identificaram que entre 20 e 30% dos pacientes das mais de 200 instituições existentes

eram psiquiátricos. Em 1998, as autoridades descobriram que 35 pessoas morreram na Casa Geriátrica Santa Luisa, um empreendimento clandestino que tomava conta de idosos, deficientes e doentes mentais. Apesar das graves irregularidades observadas, os juízes sempre davam aos donos dos estabelecimentos uma última chance de se adequarem às normas sanitárias. Alguns deles foram fechados, mas outros se reformularam como instituições de saúde, aderindo minimamente aos protocolos sanitários da cidade. Embora apresentassem uma boa fachada de infraestrutura, mantinham péssima alimentação e nenhum trabalho para estimular as capacidades sociais e físicas das pessoas, segundo Jaci Oliveira, profissional de saúde encarregada do trabalho com idosos na cidade de Porto Alegre. Havia também as que se tornavam móveis, deslocando-se conforme o parecer das inspeções nos diferentes lugares onde eram alocadas, e outras que se instalavam em cidades que não impunham nenhuma restrição.

De acordo com Biehl (2005), a complacência dos juízes com estas instituições se mostra no exemplo da Casa Santa Clara, em que as autoridades sanitárias presenciaram graves violações dos direitos humanos. Os idosos e deficientes estavam abandonados em condições precárias de higiene, com medicações vencidas, sem cuidados nem alimentos. Uma semana após emitirem um aviso de despejo, as autoridades foram repreendidas pelo juiz local, sob a alegação de que estavam sendo muito rígidas e que deviam permitir uma segunda chance para a instituição, por ser fonte de subsistência para sua proprietária. Além disso, argumentou que era necessário considerar o que aconteceria aos internos se o local fosse fechado. Deste modo, não só as alternativas ao cuidado asilar eram ignoradas pela justiça como os direitos da dona do asilo estavam sendo priorizados em detrimento dos internos.

No caso do Centro Vita - asilo/instituição de reabilitação para usuários de drogas e alcoolistas em Porto Alegre, onde Biehl (2005) fez seu estudo etnográfico -, os coordenadores se blindaram de qualquer possível inspeção sanitária ao fazerem seu cadastro como uma “entidade de utilidade pública” e não um serviço de saúde. Apesar disso, em 2017, a Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos, núcleos da cidadania, do idoso e da saúde, promoveu uma vistoria que constatou graves violações dos direitos humanos no local, indicando a urgência de “uma ação coordenada entre todos os órgãos responsáveis para dar dignidade a quem já não tem mais nada” (MPRS, 2017). Também foi identificado que o centro se caracteriza como instituição de longa permanência, abrigando idosos, pessoas com deficiência mental, dependentes de álcool e outras drogas, dentre outros, embora não tenha foco específico para essa atuação. O promotor de justiça sinalizou a necessidade de definir o perfil da instituição para torná-la passível de fiscalização em caráter urgente, considerando a omissão dos órgãos municipais sobre as inúmeras irregularidades noticiadas por algum tempo e

confirmadas na vistoria. Esta denúncia deixa claro o quanto as autoridades se mantinham complacentes com os abusos cometidos por lugares como este.

Desde a década de 90, o centro recebe não só alcoolistas e dependentes químicos, mas também um crescente número de pessoas com laços familiares rompidos, como pacientes psiquiátricos, doentes, desempregados e moradores de rua, deixados lá por parentes, vizinhos, hospitais e a polícia. Seu fundador, “Zé das drogas”, ex morador de rua e narcotraficante, após se converter ao pentecostalismo, teve uma visão na qual um espírito lhe dizia para abrir uma instituição em que pessoas como ele poderiam encontrar Deus e regenerar suas vidas. Alguns internos pertenciam a famílias de trabalhadores ou de classe média e outros vinham de instituições médicas ou estatais das quais foram despejados para as ruas ou direto para o Vita. Vemos aí um processo de transinstitucionalização e não de desinstitucionalização como preconizaria a política da reforma.

Após um tempo, uma enfermaria foi aberta no centro, onde os “abandonados esperavam pela morte”. Os funcionários, na sua maioria, eram residentes que haviam melhorado seu estado mental o suficiente para cuidarem dos novatos (BIEHL, 2005). No depoimento de um ex-interno alcoolista e atual trabalhador voluntário de Vita, ele explica que após passar por internações em hospitais psiquiátricos, onde aprendeu sobre medicações, procurou a instituição por conta própria, com o objetivo de evitar o alcoolismo e a vida nas ruas. No tempo da gestão do Zé das Drogas, o dia a dia na área de reabilitação do centro envolvia cultos e o estudo da Bíblia. O sentido religioso do tratamento se fazia presente nas visitas frequentes de evangélicos de igrejas pentecostais vizinhas para levar doações e tentar converter os “abandonados”.

Com a mudança de administração, a partir de 1997, o acompanhamento passou a incluir higiene pessoal, valores cívicos, boa alimentação, abstinência total de cigarros e bebida, laborterapia e grupos de autorreflexão. O monitoramento para evitar o uso de drogas e comportamentos sexuais era constante, formando um circuito que buscava promover a regeneração social e a inclusão no sistema legal mais amplo. Segundo o relato de uma paciente, a amarração dos pacientes na cama era usada para contê-los. Apesar das mudanças, a religião se manteve presente na trajetória da instituição e um dos funcionários fazia dela a base do acompanhamento na enfermaria, mediando a conversão religiosa de seus colegas mais próximos e trazendo seus amigos da igreja pentecostal para trabalhos regulares.

A presença de profissionais de saúde era esporádica, como por exemplo a de um médico que passava apenas duas horas por semana administrando medicações e escrevendo relatórios. Muitos pacientes não recebiam qualquer cuidado nem diagnóstico psiquiátrico, embora a grande maioria dos internos na enfermaria tivesse transtornos mentais. A própria classificação

destes casos como psiquiátricos perante a família, a comunidade e a instituição não se relacionava a uma avaliação cuidadosa, mas ao fato de tomarem psicotrópicos. Se por um lado o gestor admitia que o foco não eram estes casos e que não havia profissionais qualificados para atendê-los, por outro, argumentava não ser possível mandá-los para a rua. Segundo ele, aqueles “seres dependentes” eram um obstáculo social, financeiro e vergonha para suas famílias, que deviam estar em instituições especializadas em seu tratamento. Sem recursos para isso, Vita não proporcionava um cuidado médico e terapêutico a estes pacientes, mas buscava promover a moralização dos comportamentos ou simplesmente o afastamento do convívio social.

De acordo com as impressões de Biehl (2005), os corpos dos internos demonstravam passividade e o efeito dos psicotrópicos. Apesar desta situação mortificante, quando alguém escapava, retornava humilhado implorando para ser autorizado de volta, pois não havia outro lugar para ficar. No depoimento de um funcionário, ele denunciou o fato de os hospitais verem os pacientes de Vita como animais, indigentes e sem possibilidade de cura, o que relacionou com a condição socioeconômica destas pessoas. O próprio gestor da instituição, que sucedeu a Zé das Drogas, afirmava que os internos não tinham nada mais para “dar” e, portanto, não podiam ser recuperados para a sociedade. A exclusão é tão radical nestes espaços, bem como a condição de exceção em relação à justiça e direitos humanos, que Biehl (2005) usa a noção de “ex-humanos” para designar os que ali se encontram. Desprovidos de qualquer identificação própria, rótulos como “louco”, “viciado”, “ladrão”, “prostituta” e “inadequado” são aplicados a eles para explicar sua morte social e culpá-los por isso. Desse modo, Vita e outras tantas instituições deste tipo - chanceladas por um Estado que deveria zelar pela cidadania - revelam que o próprio discurso sobre os direitos humanos abarca processos de exclusão condicionados por imperativos médicos e financeiros. Dependendo do perfil psíquico ou socioeconômico, a humanidade de muitos deixa de ser considerada.

Vita não se enquadrava nos preceitos da reforma psiquiátrica, mantinha-se isenta de fiscalizações ou regulações e ainda era apoiada por juízes, que a elogiavam e argumentavam não haver outro lugar para os internos. Denúncias de graves violações dos direitos humanos não eram investigadas devido à influência política do patrono da instituição, que também era parlamentar. Por constituírem uma das bases de sustentação dos governos, inúmeros estabelecimentos como Vita eram patrocinados extraoficialmente por políticos. Os principais gerentes da instituição a usaram para obter cargos e posições políticas de destaque e a deixaram quando conseguiram. Sob a lógica de combater a pobreza através da caridade, estes locais ajudavam a suprir necessidades de pessoas desfavorecidas, incrementando a popularidade dos representantes que os apoiavam. Vita era responsável por prover medicações e roupas para o

distrito ao redor, o que contribuía para que se mantivesse aberta apesar das irregularidades. Grandes somas de dinheiro eram destinadas ao Centro através de fundos regionais e nacionais reservados ao trabalho filantrópico e pastoral que substituía antigas instituições estatais. Na realidade, a etnografia de Biehl (2005) acaba por revelar que a função de deixar as pessoas morrerem é o que mais garante dinheiro à instituição, pois conforme o Estado não se responsabiliza por idosos, deficientes e pessoas com transtorno mental, é preciso assegurar um lugar onde tenham o seu fim.

Em 1995, grande parte dos 200 pacientes da enfermaria não tinha identificação formal e vivia em situação degradante. Estas “zonas de abandono social”, que se disseminam por toda parte nas grandes cidades brasileiras, “abrigam em condições desumanas, os doentes mentais e sem teto, pacientes com AIDS, os novos e velhos corpos improdutivos” (BIEHL, 2005, p. 4 - tradução minha<sup>5</sup>). Além de não intervirem nestas zonas, as autoridades direcionam os indivíduos indesejados para elas, garantindo que permaneçam anônimos, sem direitos e sem ninguém que se responsabilize por seu cuidado. Em Vita, os usuários estão sujeitos a uma condição em que sua voz não é mais capaz de se transformar em ação, de promover mudanças. As pessoas são abandonadas a si próprias, sabendo que não terão resposta e que nenhuma perspectiva futura se abrirá. Deste modo, estas instituições não estão apenas abrigando aqueles que não se enquadram no jogo político-econômico, mas também assegurando a sua exclusão ao lhes inserir em uma nova delimitação social, capaz de manter o seu lugar de exceção e isentar o poder público da responsabilidade. Em última instância, estes espaços atuam para acelerar a morte destas pessoas. Neste processo, além de deixar os improdutivos morrerem, a instituição os apresenta como exemplos do que pode acontecer aos internos mais preservados se não se cuidarem. Segundo Biehl: “a sua morte social é a imagem negativa do futuro. No final, os negativos são lições objetivas para cidadãos potenciais - ou, melhor, eles fornecem uma base para a aparição de um conceito distinto de cidadania” (BIEHL, 2005, p. 65 - tradução minha<sup>6</sup>).

Na visão de Agambem (1998 apud MARROW e LUHRMANN, 2012), esta função é fundamental para o exercício do poder soberano moderno. A presença de zonas de abandono social, com pessoas no limite entre a vida e a morte, revela as fronteiras daquilo que o biopoder define como parte do jogo político, como merecedor de habitar a cidade. Estas zonas mostram o outro lado da fronteira, confrontando os cidadãos com aquilo ao qual podem ser reduzidos,

---

<sup>5</sup> No original: “[...] zones of social abandonment [...] which housed, in inhuman conditions, the mentally ill and homeless, AIDS patients, the unproductive young, and old bodies”.

<sup>6</sup> No original: “their social death is the negative image of the future. In the end, the negative ones are object lessons for potential citizens - or, better, they provide a ground for the appearance of a distinct concept of citizenship”.

uma região em que não há direitos e a vida se mostra em seu estado mais bruto, como pura biologia, a vida nua. De modo paradoxal, aquilo que faz a existência humana ganhar valor no campo do biopoder - seus aspectos biológicos - é também o que a torna inócua quando não resta mais a subjetivação que lhe dá sentido. O que caracteriza a zona de abandono social é justamente a perda de intenção e significado na comunicação do sujeito perante aqueles com quem interage (MARROW e LUHRMANN, 2012). Sem a reciprocidade relacional normal, o que lhe resta é uma existência corporal sem mediação simbólica.

Agambem (2002) aborda a noção de vida nua com base no *Homo Sacer*, figura do direito romano que designa aquele cuja existência não tem qualquer valor, do qual o assassinato não seria punido nem sequer considerado como tal. É um protótipo do que ocorre nos campos de concentração, configuração típica de estados de exceção, que, para Agambem, vêm se tornando o próprio modo de funcionamento do poder democrático na contemporaneidade. O corpo como realidade biopolítica é alçado de tal maneira à posição de instrumento produtivo do Estado que a possibilidade de matá-lo se torna a principal ferramenta do poder. Ele perde seu valor e sentido na cidade para além dos atributos biológicos que o movimentam ao trabalho. Em *Vita*, os corpos são matáveis justamente por não se enquadrarem no jogo econômico. Pobres e doentes mentais servem como uma lição de objeto no governo soberano atual, pois sua vida nua e completa dependência do Estado são uma clara demonstração do poder biopolítico em relação a todos os cidadãos no coração do espaço urbano (AGAMBEM, 1998 apud MARROW e LUHRMANN, 2012). O “fazer morrer”, próprio à soberania aristocrática, se atualiza neste estado de exceção permanente que se abate sobre loucos, dependentes químicos, miseráveis, criminosos... Logo, o “fazer morrer, deixar viver” da soberania não é exatamente substituído pelo “fazer viver, deixar morrer” dos Estados nacionais no exercício do biopoder<sup>7</sup>, mas “fazer viver e fazer morrer” convivem e se complementam para garantir que a sociedade se constitua dentro de um certo molde. O governo atua sobre a vida também através do poder de morte.

Segundo o próprio Foucault (1999), a produção de vida está articulada à possibilidade de deixar morrer, pois a eliminação de uns asseguraria a existência de todos, em lógicas como a do racismo de Estado e das guerras. O genocídio não tem apenas o sentido de morte física,

---

<sup>7</sup> Para Foucault (1999), o poder do Rei de matar os súditos era o que garantia o controle sobre eles na época da soberania. Com a assunção dos Estados nacionais modernos no século XVIII, se forma um outro tipo de poder, que se exerce não mais a partir da capacidade de fazer morrer, mas de fazer viver. A vida ganha valor político devido à sua capacidade produtiva. Nasce com o capitalismo a realidade de um novo corpo, que se constitui como força de trabalho das nações. Este corpo-riqueza precisa ser cuidado e otimizado na sua dimensão coletiva, como parte de um todo - a população - atravessado por processos biológicos como natalidade, morbidade, mortalidade, envelhecimento... O Estado passa a administrar estes processos naturais através do biopoder, tendo a medicina como um dos principais instrumentos.



mas de aniquilação política e expulsão do tecido social. Nas palavras do autor, “a morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura” (FOUCAULT, 1999, p. 305).

Ao traçar os motivos que levam ao abandono de alguém em um lugar como Vita, torna-se possível compreender os arranjos sociais, familiares, médicos, psicofarmacológicos e científicos que determinam quem merece viver ou morrer. A partir de uma etnografia com Catarina, uma interna do Centro, Biehl pôde elaborar o conceito de “psicose social”, designando os “materiais, mecanismos e relações através dos quais a chamada ordem normal e minimamente eficiente das formações sociais - a ideia de realidade contra a qual o paciente aparenta psicótico - é efetuada e da qual Catarina é um resto” (BIEHL, 2005, p. 18 - tradução minha<sup>8</sup>). A adesão aplicada de sua família de migrantes a novas demandas de progresso, o automatismo das práticas médicas e a crescente pharmaceuticalização dos descontroles emocionais foram fatores que se combinaram no percurso que levou esta paciente a ter como fim uma instituição asilar. Em um circuito que se retroalimentava, o marido e outros familiares ajudavam psiquiatras a reificar o delírio de Catarina, recebendo em troca uma “verdade científica” capaz de legitimar a sua exclusão.

A família é uma peça central na engrenagem que arbitra se o paciente vai permanecer na sociedade ou será abandonado à morte, e a ciência, através da medicação, assume a função de trazer certa neutralidade para esta decisão. Os psicofármacos atuam como “tecnologias morais” através das quais as famílias e os médicos fazem o trabalho de triagem do Estado (BIEHL, 2005). É neste contexto de diagnósticos e tratamentos forjados por forças político-econômicas e pelo enfraquecimento de laços sociais e familiares que se constitui a “psicose social”, conceito que parece guardar paralelos com a perspectiva italiana sobre a doença mental. Como já discutido anteriormente, este constructo científico é fruto de dizeres, saberes e normas produzidos socialmente e representados pela instituição psiquiátrica. Os arranjos familiares, médicos e psicofarmacológicos que dão respaldo à classificação de Catarina como psicótica mostram que a instituição, como diriam Basaglia e Rotelli, não é apenas um estabelecimento, mas sobretudo um modo de olhar e construir o objeto da psiquiatria.

Com a queda dos investimentos estatais em setores públicos no contexto do neoliberalismo, a família assume o papel de “psiquiatra por procuração”, recorrendo a técnicas

---

<sup>8</sup> No original: “[...] social psychosis [...] materials, mechanisms, and relations through which the so-called normal and minimally efficient order of social formations - the idea of reality against which the patient appears psychotic - is effected and of which Catarina is a leftover”.

médicas para exercer funções que seriam do Estado na forma dos serviços de saúde (BIEHL, 2005). Com base em uma lógica de controle e produtividade, os membros com transtornos mentais que não aceitam a medicação e permanecem fora da ordem estabelecida pelo grupo familiar são destinados ao asilo. A não adesão ao tratamento psicofarmacológico é usada como motivo para reiterar a classificação destas pessoas como loucas, desobedientes ou incuráveis, tal como se deu no caso de Catarina. O senso comum de que ela era fisicamente inviolável e mentalmente comprometida garantia a sua exclusão e, com isso, a manutenção dos familiares como cidadãos sólidos e capazes de conquistar status social em uma sociedade marcada por pressões econômicas e violência.

Conforme eu mapeei as várias redes e práticas relacionais, médicas e institucionais que mediaram seu abandono, identifiquei um campo complexo de transição entre a desinstitucionalização da psiquiatria e a sua reinstitucionalização na família típica. Pega em um momento de transição, Catarina era um sujeito na divisão entre estes dois regimes [...] os registros psiquiátricos de Catarina narravam a farmacêuticalização do cuidado e seu sucessivo abandono à família e pela família, que atuou no final como psiquiatra por procuração. Logo, o que começou como uma etnografia do abandono social e depois da loucura evoluiu para uma etnografia da transição (BIEHL, 2005, p. 125 - tradução minha<sup>9</sup>).

Neste processo de transformação inaugurado pela reforma psiquiátrica, vemos tanto a família assumindo o antigo papel da institucionalização, quanto os serviços substitutivos vivendo o impasse entre a lógica manicomial e o paradigma da desinstitucionalização. Na Casa de Saúde Mental - CAPS que acompanhou Catarina -, mesmo quando técnicos faziam o esforço de envolver os familiares em um trabalho psicossocial, buscando resgatar a história de cada um e incluí-los em terapias de grupo, muitos se esquivavam e afirmavam que estavam ali para pegar a medicação ou acessar o psiquiatra. Em casa, inúmeros pacientes ficavam isolados em um quarto no quintal ou garagem e, entre uma hospitalização e outra, este afastamento era reforçado. Assim como Catarina, muitos outros se constituíram como “sujeitos farmacêuticos” (BIEHL, 2005, p. 199 - tradução minha<sup>10</sup>), cujas experiências subjetivas se transformaram em

---

<sup>9</sup> No original: “As I mapped the various relational, medical, and institutional networks and practices that had mediated her abandonment, I identified a complex transitional field between the deinstitutionalization of psychiatry and its reinstitutionalization in a ‘typical’ family. Caught in a moment of transition, Catarina was a subject bridging these two regimes [...] Catarina’s psychiatric records narrated the pharmaceuticalization of care and her successive abandonment to the family and by the family, working in the end as proxy-psychiatrists. Thus, what began as an ethnography of social abandonment and then of madness evolved into an ethnography of transition”.

<sup>10</sup> No original: “pharmaceutical being”.

sinais e sintomas codificados pela ciência médica, que norteava a decisão sobre o ir e vir do hospital. Mais uma vez se mostram traços da vida nua no seu puro biológico.

Como se pode ver, o abandono social se alterna entre a discriminação na própria casa e a internação no hospital, mas a busca por uma solução médica, longe do espaço familiar, prevalece. De acordo com Marrow e Luhrmann (2012), enquanto no Brasil e nos Estados Unidos a zona de abandono social para os doentes mentais graves está mais nas ruas e nas instituições improvisadas que pairam “à margem”, na Índia, ela se encontra muitas vezes no meio familiar, devido a fatores culturais e econômicos. A tendência das famílias de defenderem a honra de sua linhagem perante os demais, associada à ausência de políticas públicas assistenciais sólidas e de fiscalização estatal em relação à situação de pessoas com transtornos mentais, faz com que este público seja mantido em ambiente doméstico. Para evitar os gastos envolvidos no tratamento e o “constrangimento” de mostrar estes parentes no âmbito público, os familiares os “escondem” em casa, usando recursos como amarras para aplacar os descontroles e evitar que apareçam perante a sociedade com atitudes vergonhosas. É como se o comportamento psicótico de um membro manchasse a honra de toda a linhagem familiar. Ainda não é hegemônico na cultura indiana administrar psicotrópicos em caso de agitação psicótica ou mania, como é em grande parte dos países ditos desenvolvidos. Ao invés de "camisas de força químicas", os familiares cuidadores usam restrições físicas, que controlam as agitações sem os custos dos sedativos.

No Brasil, embora a zona de abandono social não seja primordialmente o espaço do lar, são os parentes que muitas vezes contribuem para a sua manutenção ao guiar os caminhos rumo à exclusão social do membro com transtorno mental. Paradoxalmente, na busca por promover um tratamento em liberdade, junto à família e à comunidade, a Casa de Saúde Mental acabou sendo conduzida pela palavra dos familiares em direções distintas a da inclusão, que resultaram em indicações de internação e na primazia da manipulação psicofarmacológica dos sintomas de Catarina. As vozes dos familiares eram mais consideradas do que as da paciente e, embora o psiquiatra do serviço tenha reconhecido o papel do marido no desenvolvimento do delírio, era a usuária quem devia ser hospitalizada. Apesar da gravidade do caso, a paciente foi internada involuntariamente sem o conhecimento do CAPS, que perdeu contato com ela por bastante tempo e não soube prestar informações quando foi contatado pelo Conselho Tutelar. Nesta ocasião, a paciente havia ateado fogo nas roupas do marido e queimado seus documentos, tendo a filha de quatro anos sob seus cuidados, segundo a conselheira.

A lente colocada na ideia de que Catarina era louca e representava um perigo para aqueles à sua volta impediu que se considerasse toda a dinâmica familiar e de relação com o

marido que contribuiu para a sua desorganização psíquica, bem como a doença degenerativa que a acometia<sup>11</sup> e agravava o seu estado. Seus medos e sua raiva eram entendidos como resultado direto da falta de medicação e a sua condição depressiva era explicada do ponto de vista genético, com base nos problemas psiquiátricos dos primos maternos e do tio. Apesar dos nítidos sinais em seu corpo de um comprometimento neurológico, seu acompanhamento se restringia a hospitalizações psiquiátricas e algumas passagens pelo CAPS. A única vez em que esteve em um hospital geral, foi classificada como paciente psiquiátrica com quadro de má nutrição, desidratação, anemia e diagnóstico de anorexia. Os sinais neurológicos eram vistos como reflexos de sua condição psiquiátrica e as alterações emocionais - diagnosticadas como transtorno de humor - não eram lidas à luz da deterioração física que estava sofrendo. Ou seja, não se conjecturava que as explosões afetivas, fossem de tristeza ou agitação, podiam ser reações às mudanças corporais que vinha sofrendo e ao modo como a família lidava com o problema. Mais do que isso, não se considerava que o próprio desencadear da doença degenerativa envolvia interações gene-ambiente e não apenas a pura genética, no que Biehl (2005) denominou “complexo biológico”.

A invisibilidade da condição neurológica de Catarina a partir do momento em que se tornou um caso de transtorno mental não se verifica nos parentes homens, como os irmãos, que sofrem da mesma doença. Estes são apoiados por suas esposas e se mantêm trabalhando para terem a chance de pleitear benefícios assistenciais. O outro caso de institucionalização na família também ocorreu com uma mulher, a irmã Terezinha, que acabou indo morar em uma *nursing home* (casa de repouso) por ter pólio e um “defeito” na perna. Ela tinha uma filha e já havia trabalhado como empregada em Porto Alegre, mas devido à dificuldade de falar e andar, conseguiu uma aposentadoria que foi revertida para o pagamento da instituição. Sua filha passou a ser cuidada pela avó. Há um corte de gênero em que as mulheres ficam mais propensas a serem rotuladas como loucas e relegadas ao abandono quando deixam de assumir o papel esperado de mães e cuidadoras da casa. Segundo um médico especializado no tratamento da doença de Machado-Joseph ouvido por Biehl, o mais comum é os maridos deixarem suas esposas quando elas manifestam a doença, enquanto as mulheres permanecem ao lado deles e lhes proporcionam cuidados nesta situação.

Ao desvincularem o estado de Catarina de seu contexto, os familiares acabam localizando suas dificuldades e comportamentos em uma suposta essência individual, seja na forma moral ou biológica. Para o ex-marido, Catarina era má e estava pagando por seus atos,

---

<sup>11</sup> Catarina sofria da doença de Machado-Joseph ou ataxia espinocerebelosa tipo 3, uma doença degenerativa hereditária do sistema nervoso central.

como agredir a mãe doente e se recusar a tomar as medicações. Para os irmãos, ela foi piorando fisicamente devido a uma condição hereditária produzida pelo seu corpo. Embora reconhecessem esta condição, não houve nenhum esforço de relacionar o seu desenvolvimento e repercussões ao modo como ela era tratada na família. Sem casa própria nem a pensão que o ex-marido deveria pagar, sem seus filhos, com dificuldade de andar, tomada como louca e sem qualquer familiar que aceitasse cuidá-la, os males físicos e psíquicos de Catarina não encontravam caminho para a melhora. Nas semanas antes de ser internada, ficou entre a casa de um irmão e outro, que não suportaram a sua inabilidade de andar, a falta de coerência em sua fala e a sobrecarga de ter que auxiliá-la em necessidades diárias como o uso do banheiro. Por isso, pediram ajuda a um pastor evangélico, que os informou sobre a existência de Vita, onde combinaram com Zé das Drogas a institucionalização da irmã. Ao invés de contribuir para a melhora de Catarina, a instituição - com seu forte empuxo a deixar os “abandonados” morrerem - levou à piora dos sintomas da paciente.

Através de sua etnografia, Biehl demonstra o quanto a história de Catarina é paradigmática de estruturas políticas, médicas e familiares dominantes na conformação da sociedade contemporânea. O histórico de abandono pode ser tomado como o negativo de uma fotografia, que se revelada, evidencia as formas de vida endossadas na atualidade. As frequentes perguntas retóricas de familiares e técnicos da instituição indagando "o que fazer?", de forma a indicar que não há outra saída além da exclusão, parecem revelar que os modos de ser contemporâneos não pretendem se reformular para abarcar os que não se enquadram no cotidiano produtivista. A fala de um funcionário de Vita é emblemática neste sentido. Segundo ele, diante de um membro familiar doente e improdutivo, sobretudo em famílias de baixa renda, não haveria outra saída que não a institucionalização.

Além destes retrocessos que ocorrem à despeito dos avanços nas políticas e regulamentações da reforma psiquiátrica, é importante destacar que mais recentemente medidas oficiais do governo passaram a reforçar o desmonte. Nas palavras de Delgado,

[...] com todas as marchas e contramarchas de um processo complexo, que envolve gestão pública, mobilização social e mudança cultural, a reforma da atenção em saúde mental no Brasil apresentava uma linha relativamente firme e contínua de progresso, desde a década de 1980. É a primeira vez, em cerca de 35 anos, que visivelmente marchamos para trás (DELGADO, 2019, p. 1).

O autor se refere aqui às medidas tomadas pelo governo Temer, a partir de 2016, e aprofundadas nos primeiros meses do governo Bolsonaro. Dentre estas, destacam-se a ampliação no financiamento dos hospitais psiquiátricos (com reajuste acima de 60% no valor

das diárias), redução no cadastramento dos CAPS (em proporção ainda imprecisa porque o Ministério da Saúde parou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental) e ampliação no financiamento das comunidades terapêuticas para mais 12 mil vagas.

Logo no início do governo Bolsonaro, o Ministério da Saúde divulgou a Nota Técnica 11/2019, sobre a nova política de saúde mental, que condena e desconstrói eixos estruturantes da reforma. Em uma intenção clara de reverter o processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos, o documento propõe a modernização destas instituições e determina que a desinstitucionalização não seja mais sinônimo de fechamento de leitos. Para reafirmar esta direção, os hospitais psiquiátricos foram incluídos na Rede de Atenção Psicossocial, o valor pago pelas internações foi atualizado após nove anos sem mudanças e recomendou-se que a palavra “substitutivo” não seja mais usada para designar qualquer serviço de saúde mental, delimitando simbolicamente que o modelo manicomial não deve ser substituído. Sobre “a oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais”, a Nota aborda a Eletroconvulsoterapia (ECT) e a define como exemplo de “melhor aparato terapêutico para a população”. Ou seja, dentre as diversas formas possíveis de acolher o sofrimento psíquico, a ênfase recai sobre uma intervenção estritamente biológica e invasiva. O documento também prevê a internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos e permite exceções à regra de que os menores permaneçam em enfermaria especializada. Outro ponto que merece destaque é a ênfase especial dada às comunidades terapêuticas e à sua política de abstinência no tratamento da dependência química. Junto a isso, o Projeto de Lei da Câmara (PLC) 37/2013, que altera o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), aprovado em 15/5/2019, elenca as comunidades como opções de tratamento e nem sequer cita os CAPS Ad.

De acordo com o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018), enquanto o número de leitos em hospitais psiquiátricos teve forte queda nos últimos anos, as comunidades cresceram em quantidade e vêm ganhando novos usos, passando a internar não só usuários de álcool e outras drogas, mas também pacientes com transtornos mentais severos, idosos sem moradia e pessoas cujos comportamentos são julgados moralmente desviantes. Estas instituições existem no Brasil e outros países desde o final da década de 1960, mas se disseminaram com maior intensidade aqui nas últimas décadas, tanto através de organizações religiosas vinculadas a inúmeras igrejas cristãs quanto de organizações privadas com fins lucrativos (VASCONCELOS e CAVALCANTE, 2019). Na qualidade de pessoa jurídica, elas vêm adotando diversas nomeações no Brasil: clínicas, centros de tratamento, comunidades religiosas e laicas, casas e comunidades terapêuticas acolhedoras, tanto filantrópicas quanto privadas. Oferecem serviços em áreas isoladas, sem formalização jurídica,

muitos criados por ex-dependentes químicos, em abstinência (CAVALCANTE, 2019). Para Vasconcelos (2019), suas origens remontam à experiência do *Retreat* (Retiro), em York, Reino Unido. Fundada em 1796 e coordenada pela família Tuke, que era adepta da filantropia Quaker - versão do protestantismo britânico -, esta abordagem envolvia o recolhimento de pessoas com transtorno mental em comunidade rural isolada cuja rotina se baseava na disciplina, trabalho e religião. A consciência religiosa era cultivada como um caminho para a razão e autocontrole, um instrumento para aplacar as intempéries da loucura. Tal experiência foi fonte inspiradora para o tratamento moral de Philippe Pinel, na França. Apesar das diferenças evidentes entre Retiros Quaker e CTs, considerando as particularidades históricas de cada um, suas semelhanças lançam luz sobre práticas que se reatualizam no tratamento da loucura: isolamento na natureza, disciplina e religião.

Há também outro paralelo possível com as comunidades, que parece trazer elementos frutíferos para a presente análise: a pesquisa de Foucault (2007) sobre o grande internamento da Idade Clássica.<sup>12</sup> No lugar das múltiplas representações que o louco assumia no Renascimento, através das quais se mostrava capaz de revelar as ameaças e segredos do mundo, passou a se destacar uma percepção que lhe impôs um distanciamento radical em relação à razão. Neste caminho, inaugurado pela dúvida cartesiana, ele perdeu o caráter inumano que lhe permitia demonstrar uma verdade mais profunda sobre o mundo e ganhou lugar no campo dos tipos sociais. A insanidade passou a revelar desregramentos e exacerbações daquilo que há de mais íntimo na humanidade: suas paixões e afetos. Para garantir que este lado pulsional e desagregador da família burguesa fosse controlado, a loucura foi encerrada em hospitais gerais, asilos e casas de correção junto a outros personagens que não se enquadravam na nova norma social.

A intenção primeira destes locais era retirar os miseráveis das ruas e esquadrihá-los em espaços ordenados para corrigir comportamentos desviantes. A miséria deixava de ser santificada e até exaltada no gesto cristão de caridade que a aliviava para tornar-se sinal de preguiça e desleixo com o trabalho. Esta nova sensibilidade aos pobres e aos deveres da assistência se relacionava a um novo posicionamento diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, vistos com preocupação em uma sociedade em que o trabalho se destacava como imperativo ético e uma grave crise levava à diminuição dos salários e escassez da moeda. Ordenadas por magistrados ou autoridades religiosas em muitos casos, as internações

---

<sup>12</sup> Este é o nome que Foucault dá para o período entre os séculos XVI e XVII, marcado pela fundação da filosofia moderna por Descartes, a partir da qual se distingue o caminho da verdade através da razão e se localiza a loucura como condição de impossibilidade do pensamento racional.

reuniam todos aqueles que desviavam do dever do trabalho e da ordem familiar burguesa a ele correlata, desde jovens que perturbavam o descanso de suas famílias ou lhes dilapidam os bens, insanos, “vagabundos”, dissipadores, até devassos, doentes venéreos, homossexuais, libertinos, “pretensas feiticeiras”, alquimistas e mágicos.

Entre ofícios, leituras, orações e meditações, a função do internamento era tanto de recompensa quanto de punição dependendo do valor moral atribuído àqueles que ali se encontravam. Recompensa para os *bons* pobres e loucos, que aceitavam se enquadrar na ordem do trabalho em troca de comida e abrigo e punição para os *maus*, que se mantinham alheios à moral burguesa e por isso perdiam sua liberdade. A obrigação do trabalho não era apenas uma forma de tornar estes indivíduos produtivos, mas acima de tudo um instrumento de reforma moral, que valia como “ascese, como punição, como signo de uma certa atitude do coração” (FOUCAULT, 2007, p. 74).

O labor enquanto exercício ético era tanto o valor a partir do qual se classificavam os internos entre bons e maus, quanto o meio de corrigir seu suposto caráter indolente. Embora a internação tivesse como sede alguns hospitais, o saber médico se fazia presente apenas de forma colateral, junto a outros olhares que convergiam para o objetivo principal de combater a pobreza e ociosidade. O que se ensinava de religião era o necessário para garantir a ordem, o que se usava de técnicas médicas era o suficiente para prevenir os efeitos das próprias condições sanitárias do internamento, o que se aplicava de castigos físicos era a medida para manter os sujeitos alinhados à rotina do trabalho. O internamento foi reivindicado por razões muito distintas da preocupação com a cura e os perfis que ali circulavam eram exemplos dos defeitos humanos a serem superados.

Sem desconsiderar as particularidades históricas e epistemológicas da grande internação e das comunidades terapêuticas, importantes paralelos podem ser traçados entre as duas. Em ambas, a loucura é percebida no horizonte de problemas morais que a unem a uma série de outros tipos sociais. Os perfis que convivem com ela na instituição, como o jovem perturbador, a pessoa cuja sexualidade não se enquadra nos preceitos religiosos, o miserável e morador de rua são comuns a estas duas experiências, como será visto nas análises sobre as CTs esmiuçadas mais adiante. A decisão sobre a internação passa por atores que dispensam o crivo médico, sejam familiares, religiosos ou até juizes, pois o que está em jogo é mais uma reformulação moral ou garantia de refúgio para os improdutivos do que a compreensão da verdade de uma doença. A ascese que se busca em ambos os momentos históricos parece estar mais ligada à correção de “falhas morais” e à constituição de uma subjetividade disciplinada pelo trabalho e a religião do que ao controle médico da insanidade.



Obviamente este controle ainda não existia na Idade Clássica porque a psiquiatria não havia se estabelecido e fundado a doença mental como seu objeto. Porém, mesmo este saber estando presente na atualidade, com um histórico de anos de domínio no terreno do sofrimento mental, ele não é suficiente para ditar toda a rotina e visão sobre os internos nas comunidades. O saber psiquiátrico só existe ali em associação com outras abordagens, formando um híbrido que busca não só o tratamento psicopatológico, mas sobretudo o controle dos corpos através das medicações e outras práticas disciplinares.

Estas análises e paralelos entre CTs e instituições do grande internamento permitem dar luz a dinâmicas que se fazem e refazem desde que demandas socioeconômicas colocaram a loucura no polo oposto à ordem produtiva e racional. Nesse sentido, as práticas de exclusão da Idade Clássica não são tanto um signo do que estaríamos pura e simplesmente repetindo do passado, mas uma demonstração do quanto os nexos entre loucura, saber médico e norma podem mudar, se reconfigurar e reatualizar ao longo da história em consonância com parâmetros econômicos, políticos e sociais.

Entre 1966 e 1985 havia 108 CTs no Brasil, ao passo que atualmente já se identificam pelo menos 1.950 unidades. As primeiras surgiram no contexto da Ditadura Militar e tinham base religiosa, mas a grande maioria foi fundada na década de 90, sobretudo após 1995 (IPEA, 2017). No ano de 2007, uma pesquisa divulgada pela Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) com um mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas identificou que a maior parte das instituições de tratamento brasileiras era definida por seus dirigentes como comunidades terapêuticas, um equivalente a 38,5% (483) do total de 1256. Em seguida, os CAPS Ad totalizavam 12,2% (153) e os grupos de autoajuda 9,9% (124) (CAVALCANTE, 2019). Nesse mesmo sentido, Pires apontou que:

Essa expansão contínua, mas especialmente intensa nas duas últimas décadas (quando aproximadamente 80% das CTs existentes no país foram criadas), faz com que as CTs adquiram atualmente uma intrigante saliência no panorama das organizações envolvidas na provisão de serviços públicos (PIRES, 2018, p. 133).

Em 1990, foi fundada a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) pelo padre Haroldo Joseph Rahm (pioneiro em comunidades terapêuticas no Brasil) e pelo professor Saulo Montserrat, com o objetivo de fortalecer, organizar, capacitar e assessorar as CTs em todo o país, bem como atuar em parceria com o poder público elaborando e executando políticas públicas voltadas à dependência química. Em 1994, foi criado o primeiro

Código de Ética da federação, determinando que: todas as atividades das CTs se baseiem no respeito à dignidade da pessoa humana; a permanência na instituição seja voluntária e decidida após o acolhido receber informações sobre as normas em vigor; um ambiente livre de drogas e violência seja assegurado a todos; as atividades realizadas tenham orientação de uma equipe técnica comprovadamente capacitada, compatível com a quantidade de residentes; o Projeto Terapêutico esteja respaldado em evidências científicas; a inserção ou reinserção do acolhido no mercado de trabalho seja promovida através de atividades de capacitação e formação.

Além deste respaldo institucional dado pela FEBRACT, as comunidades também foram ganhando espaço no âmbito público após serem incluídas na Rede de Atenção Psicossocial, na categoria “Serviços de Atenção em Regime Residencial”, e definidas, segundo a Portaria MS/GM nº 3.088/2011, em seu art. 9º, inciso I, como locais destinados “a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011). A partir daí, iniciaram-se os repasses de recursos públicos a estas instituições. Em dezembro de 2017, foi criado um grupo de trabalho interministerial, com membros dos Ministérios da Saúde, Justiça, Trabalho e Desenvolvimento Social, para estabelecer critérios de funcionamento, expansão e financiamento desses serviços, com o objetivo de garantir o acompanhamento a estas instituições pelo poder público (BRASIL, 2019).

Apesar das determinações éticas estabelecidas pela FEBRACT, dos princípios da RAPS e da organização entre os ministérios, muitas CTs atuam de forma asilar e segregadora (CFP, 2018), o que se torna ainda mais grave considerando que se beneficiam de recursos públicos. Das 28 instituições visitadas pela Inspeção Nacional, 18 receberam algum tipo de recurso ou doação de órgãos públicos nas esferas municipal, estadual ou federal, embora muitas delas não apresentem condições mínimas de infraestrutura ou salubridade, com falta de limpeza nos cômodos, superlotação, colchões no chão, móveis quebrados e/ou sem condições de uso, falta de ventilação e escassez de áreas para práticas de atividades educativas e desportivas. O que chama a atenção é que na prática o eixo central do tratamento na maioria das comunidades vai de encontro à lógica da atenção psicossocial. Logo na entrada das CTs, os recém-chegados passam por uma revista que se assemelha ao sistema prisional, tendo que agachar e ficar pelados. Além disso, são despojados de seus documentos pessoais em 85% dos casos, o que “limita a possibilidade de abandono unilateral do tratamento, e exerce efeito simbólico bastante significativo, de ‘mortificação’ do eu anterior” (NATALINO, 2018, p. 47), como nas instituições totais analisadas por Goffman. Outro fator que contribui para esta mortificação subjetiva é a projeção do espaço arquitetônico, que torna todas as esferas da vida

compartilhadas, incluindo o descanso e os momentos de lazer. Esta indistinção entre público e privado é típica de instituições totais.

Também de acordo com Natalino (2018), os internos são relegados a uma situação de isolamento social, que é favorecida pelo isolamento geográfico no qual as CTs se encontram, estando 74% na área rural. Outros fatores que contribuem para a restrição do convívio são o impedimento da livre saída, o uso de cercas altas e/ou eletrificadas, câmeras de vigilância e observação constante por parte da equipe, a aplicação de punições em caso de tentativa de fuga, a retenção de documentos, pertences, cartões bancários ou para acesso a benefícios previdenciários, o controle de ligações telefônicas, a violação de correspondências e o trancamento das portas dos quartos na hora de dormir e depois do almoço para a “sonoterapia”, sem conexão com o mundo exterior em caso de eventuais emergências (CFP, 2018).

A frequência no controle às cartas e aos telefonemas evidencia a preocupação com que as pessoas privadas de liberdade questionem a internação. Somente 35% das CTs permitem visitas familiares desde o início do tratamento e as demais estabelecem regras temporais, algumas delas de participação em atividades preparatórias (NATALINO, 2018). Em grande parte das comunidades, o interno passa um mês sem poder receber visita e em algumas, até dois. Após este prazo inicial, as famílias são admitidas geralmente a cada 15 dias ou uma vez por mês. Em alguns casos, as visitas quinzenais estão condicionadas ao bom comportamento e os familiares não podem sequer entrar no estabelecimento, encontrando o parente num galpão fora da casa.

A infração da Lei 10.216 é clara em grande parte das comunidades, considerando os inúmeros obstáculos colocados quando o interno decide sair, como multa por quebra de contrato, retenção de documentos e pressão sobre familiares, o que retira da pessoa o poder de decidir pelo encerramento do tratamento, caracterizando privação de liberdade. Outra infração a esta lei se dá pelo cerceamento do direito das pessoas internadas a terem livre acesso aos meios de comunicação disponíveis. Ainda mais grave do que ferir os princípios da reforma psiquiátrica, são as violações dos direitos humanos cometidas por algumas destas instituições, com a aplicação de castigos e punições que poderiam inclusive ser classificados como práticas de tortura e tratamento cruel ou degradante de acordo com a legislação brasileira: obrigatoriedade de execução de tarefas repetitivas (sobretudo a cópia de trechos bíblicos), aumento da laborterapia, supressão de alimentação, violência física (principalmente em caso de tentativa de fuga, com soco no olho ou “mata-leão”), isolamento por longos períodos (em quartos ou cubículos dentro da própria instituição), privação de sono e uso irregular de contenção mecânica (amarras) ou química (medicamentosa) (CFP, 2018). Em uma CT de

Chapada dos Guimarães-MT, castigos cruéis são aplicados, como obrigar os usuários a passar dias (de três a 15) sentados em um banquinho, com saída para necessidades fisiológicas apenas mediante autorização, e contê-los por cordas durante três dias consecutivos. Quatro CTs informaram ter quartos destinados ao isolamento, em geral sem móveis ou estrutura sanitária, onde se dorme no chão (CFP, 2018).

De acordo com a pesquisa do IPEA (2017), as formas de sanção mais declaradas pelas CTs são a advertência oral, por escrito e a comunicação à família ou pessoa de referência sobre a não observância de normas de convivência. A alta frequência em que são feitos comunicados aos familiares revela como os internos são tutelados e relegados à condição de incapazes de responsabilização pelos próprios atos. Tais medidas evidenciam que estas instituições atuam como dispositivos disciplinares. Entre proibições e punições, elas cerceiam a individualidade do interno, chegando a atingir áreas da identidade que nada tem a ver com seu objetivo inicial (de produzir a abstinência), como a escolha do corte de cabelo e das roupas (NATALINO, 2018).

Um dos motivos para a aplicação de castigos como o aumento da carga de trabalho é o não cumprimento da rígida rotina de orações e da participação nas atividades religiosas. Os usuários perdem o direito de seguir a sua própria crença, sendo obrigados a cultivar a fé da comunidade terapêutica, geralmente evangélica. Algumas delas associam a ideia de cura à aceitação de uma religião, violando claramente um direito fundamental previsto na Constituição. É comum a alta estar atrelada à conversão e adoção dos preceitos religiosos da comunidade (CFP, 2018). As práticas espirituais buscam estimular a fé dos internos em um ser ou instância superior, tanto para apaziguar suas dores e sofrimentos quanto para promover o seu enquadramento moral (IPEA, 2017).

De acordo com Natalino (2018), na maioria dos casos, o saber articulado pelas comunidades é religioso, buscando a expiação dos pecados e a ascese espiritual. Segundo o *survey* apresentado pelo IPEA (2017), 95,6% das instituições desenvolvem atividades de espiritualidade como recurso terapêutico, e aproximadamente 83% possuem alguma orientação religiosa, sendo 47% evangélicas e 27% católicas. Das quase 18% que se declaram sem qualquer religião, ainda assim algumas praticam atividades de espiritualidade que incluem, na maioria dos casos, cultos religiosos com louvores e pregações, palestras e estudos bíblicos (LOECK, 2018). Segundo Cavalcante, “a díade do estatuto médico-legal das drogas precisa ser reexaminada com a inclusão da força cultural e política das religiões, que forjam saberes e práticas, produzindo a tríade religioso-médico-legal” (CAVALCANTE, 2019, p. 246). Tal tríade merece uma análise mais cuidadosa à luz da noção de racionalidade *hemiderna*, que o

sociólogo Cristián Parker (1995) usa para descrever o sincretismo de temporalidades da cultura latino-americana nos âmbitos social e religioso. Uma articulação de elementos não inteiramente modernos nem antimodernos reatualiza e reinventa tradições passadas no presente, tendo o imaginário religioso como componente crucial. Desse modo, a cultura popular produz um híbrido que foge à definição de modernidade como algo erudito e distante das tradições do passado. A religião convive com a medicina, o Direito e a política, constituindo outros modos de ser, julgar e tratar. A sua identificação como caminho para a cura no Brasil é antiga e indica uma expressão cultural própria da modernidade brasileira (CAVALCANTE, 2019).

Outra prática muito difundida nas CTs é a laborterapia. Condenada pela reforma psiquiátrica, ela toma o trabalho como ferramenta de disciplina e usa o paciente como mão de obra barata em serviços de limpeza, preparação de alimentos, manutenção, vigilância, segurança e, em alguns casos, no controle e aplicação de medicamentos em outras pessoas internadas. Segundo pesquisa do IPEA (2017), a laborterapia é vista como um meio para atingir a autodisciplina e autocontrole supostamente ausentes entre as pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas. Estas atividades, porém, são frequentemente feitas em condições degradantes, com a aplicação de castigos e punições àqueles que se recusam a realizá-las, o que caracteriza crime análogo à escravidão (CFP, 2018). Os usuários também atuam em trabalhos de construção predial sem remuneração e até atividades externas às comunidades terapêuticas, como a reforma de imóveis a serviço dos donos do estabelecimento. À despeito da legislação vigente para as CTs, há muitos “monitores” trabalhando nestas instituições (internos que ganham a confiança da direção) e poucos com formação na área da saúde. Alguns deles atuam no “resgate” ou “remoção” para o internamento forçado, com uma equipe que vai à residência da pessoa e a imobiliza, tanto por meio de violência física quanto de contenção química, através de medicamentos. Em nove das 28 instituições visitadas na inspeção, foram observadas estas práticas.

Considerando o uso do trabalho como forma de recuperar os internos e a rígida rotina imposta por estas instituições, Souza, Nunes e Santos afirmam que “a metodologia terapêutica proposta pelas CTs é compatível com o conceito de tratamento moral (Pinel, 2004; Shimoguiri e Costa-Rosa, 2017), enquanto as CTs, por sua vez, podem ser entendidas como instituições disciplinares (Foucault, 1979; 1994)” (SOUZA, NUNES e SANTOS, 2018, p. 65). A tecnologia disciplinar é usada para normalizar indivíduos entendidos como improdutivos e adequá-los ao mundo do trabalho, da família e da religião. Espera-se que os novos sujeitos sejam abstinente, produtivos, disciplinados e espiritualizados. Ou seja, o que se busca não é apenas a interrupção do uso de drogas, mas uma mudança mais ampla na subjetividade, imbuída de valores morais,

religiosos e capitalistas. Para tanto, as comunidades estimulam a reinterpretção das atitudes da época do uso abusivo de drogas por um viés estritamente negativo, através de exercícios reflexivos orais em grupo (reuniões de partilha ou de sentimentos) e da escrita, que buscam induzir os internos a reconhecerem os prejuízos provocados a si mesmos e a seus entes queridos (SOUZA, NUNES e SANTOS, 2018).

Estas análises podem ser cotejadas com o estudo de Loeck, segundo o qual “as CTs apresentam configurações híbridas e fluidas, que deslizam entre os paradigmas religioso-espiritual e técnico-científico” (LOECK, 2018, p. 81). Embora ainda predominem os trabalhadores não técnicos, mais vinculados à vertente religiosa do modelo, vem ocorrendo uma “significativa profissionalização dessas entidades, o que tem tornado o universo simbólico dessas instituições cada vez mais complexo” (LOECK, 2018, p. 82), envolvendo psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e médicos. Entre psicoterapias individuais, grupais, laborterapia e reuniões de Doze Passos (no modelo dos Alcoólicos e Narcóticos Anônimos), as comunidades deslizam entre diferentes abordagens que mesclam saberes médicos, psicológicos, socioassistenciais, práticas espirituais (IPEA, 2017), ressignificação da história pessoal pela condenação absoluta do uso de drogas, valorização do trabalho e temor a Deus. A drogadição é vista tanto pelo prisma da medicina, a partir da noção de dependência química - doença crônica e incurável -, quanto pelo da religião - na forma do pecado.

Assim como na lógica manicomial, que partia da ideia de uma enfermidade mental supostamente independente das vicissitudes situacionais, as CTs tomam o uso problemático de drogas como questão individual, seja a partir da ideia de pecado ou de doença incurável (LOECK, 2018). A identificação com esta marca leva os indivíduos a uma espiral de tentativas de se desvencilhar de seu “desvio intrínseco”, construindo uma carreira institucional que pode envolver tanto idas e vindas da CT como a escolha por seguir trabalhando na área. Neste sentido, o autor argumenta que o mais problemático talvez não seja a dominação do discurso religioso, mas sim a hibridização entre perspectivas médicas e religiosas. As implicações identitárias e subjetivas desta combinação fazem da instituição o centro dos interesses e investimentos do sujeito.

Em relação ao método de Doze Passos, vale destacar que sua chegada ao Brasil se deu na época da construção de comunidades terapêuticas com equipes mistas (ex-usuários e técnicos), a partir da demanda de empresários da indústria. Foi um grupo de empresas com sede nos EUA, liderado pela Johnson & Johnson, que financiou a qualificação de profissionais brasileiros, também dependentes químicos, no manejo dos Doze Passos pela fundação Hazelden. De volta ao Brasil, estes profissionais compuseram a equipe da CT Vila Serena,

fundada em 1982, cuja clientela majoritária eram trabalhadores de empresas que pretendiam recuperar sua mão de obra para, assim, evitar o alto custo de demissões e qualificações. Com o objetivo de acelerar este processo, a unidade desenvolveu uma metodologia de tratamento intensiva em um período de 28 a 35 dias de internação. Este exemplo deixa claro o quanto as CTs também são um instrumento para moldar corpos produtivos, à serviço da dinâmica capitalista, atuando mais em prol de padrões normativos - neste caso, a adequação a uma rotina de trabalho - do que de interesses particulares do sujeito.

Esta lógica vai à contramão do que seria a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) - eixo de tratamento para cada usuário, que não busca meramente a eliminação de sintomas ou “desvios”, mas sim o resgate de laços sociais dentro das possibilidades, sempre únicas, de cada sujeito. Tal recurso compõe uma das diretrizes estabelecidas pela própria portaria que incluiu as comunidades terapêuticas entre os serviços da RAPS, mas só foi encontrado em dez das 28 instituições visitadas pela inspeção nacional (CFP, 2018). Estes projetos, entretanto, não respeitam a singularidade, não contam com a participação de profissionais da saúde e não constroem a possibilidade de reinserção social. Somente em 15 comunidades visitadas há prontuários médicos, porém sem preenchimento sistemático. Além disso, nenhum registro psicológico tem sido feito, impossibilitando o acompanhamento da evolução da pessoa internada e uma compreensão de seu histórico capaz de embasar propostas de cuidado. Há poucos profissionais com formação na área de saúde e muitos ex-internos trabalhando sem remuneração como monitores ou obreiros, em condições precárias, sem formalização das atividades nem vínculos trabalhistas.

Em 48% das instituições, o interno não participa da elaboração do seu próprio projeto terapêutico, enquanto as famílias têm participação em 59% dos casos (NATALINO, 2018). Como mostra o *survey* do IPEA (2017), em 88% das CTs, a entrada se dá por meio de familiares, principalmente pelas mães, irmãs ou esposas/companheiras/namoradas. Frequentemente, elas se encarregam do pagamento e da tomada de decisões relacionadas à internação, em nome do interno. Caso ele desista do tratamento, o desligamento só é realizado de fato após contato com a família ou pessoa de referência em 84,7% das CTs e, em caso de evasão, o desligamento só é formalizado após este mesmo contato em 81,6% das instituições.

Na ausência de planos para a desinstitucionalização, a permanência dos pacientes nas comunidades como monitores ou coordenadores se torna o destino possível, estendendo o tempo de reclusão e isolamento. O planejamento para a saída das CTs recebe pouca atenção, sobretudo devido à falta de profissionais qualificados para este trabalho. Inúmeros internos passam anos na instituição, tempo que se prolonga porque os familiares não têm interesse em

buscá-los. As dificuldades para sair também se explicam pelo modo como os pacientes têm sido introduzidos nestas comunidades. A inspeção do CFP (2018) identificou que várias irregularidades vêm sendo cometidas em relação às normas para internação compulsória, involuntária e até voluntária. Quanto ao primeiro caso, o judiciário tem desconsiderado a regra de indicar à internação apenas a pessoa que cometeu algum crime, passou por julgamento e teve todas as garantias de defesa, sendo ao final julgada inimputável. Em alguns casos, estas internações estão sendo determinadas exclusivamente para tratamento, até de adolescentes. As condições necessárias para a internação involuntária - laudo médico circunstanciado na data da internação e comunicação em 72 horas ao Ministério Público - também vêm sendo descumpridas. Estas irregularidades, aliadas à obrigatoriedade de permanência na instituição contra a vontade do interno, podem configurar crime de cárcere privado qualificado, tipificado no art. 148 do Código Penal. As internações voluntárias também não contam com laudo médico como deveriam e acabam se tornando involuntárias, pois estão sujeitas a multa em caso de quebra de contrato, retenção de documentos, pressão sobre familiares para persuadi-los a manter o usuário internado, entre outras.

Em relação aos internos que saem das comunidades, vale destacar que muitos retornam, como se demonstra pelas altas taxas de reincidência. Em 2015, quase a metade dos 138.568 acolhidos em CT havia passado por instituições semelhantes anteriormente. A parcela de internos reincidentes é superior a daqueles que concluem o tratamento e 55% abandonam antes (NATALINO, 2018). De acordo com Bolonheis-Ramos e Boarini (2015), os serviços que se pautam unicamente na abstinência acabam tendo baixa adesão dos usuários. Como mostram dados coletados no *survey* do IPEA (2017), somente cerca de 30% dos que ingressam numa instituição brasileira deste tipo chegam ao final do percurso terapêutico estipulado (SOUZA, NUNES e SANTOS, 2018). Segundo De Leon (2003 apud BOLONHEIS-RAMOS e BOARINI, 2015), a maioria dos internos acaba deixando a comunidade no período inicial de noventa dias, o que impossibilita a sua preparação para a reinserção social. Em pesquisa com pessoas em situação de rua na cidade de Salvador-BA, aqueles que haviam passado por comunidades terapêuticas alegavam ter abandonado o tratamento devido à rigidez das normas desses estabelecimentos, à rotina fastidiosa de orações e às dificuldades de adaptação e permanência, considerando que a abstinência nem sempre é possível e desejada por todos os usuários (OLIVEIRA, 2009 apud BOLONHEIS-RAMOS e BOARINI, 2015).

Sobre as taxas de reincidência, Natalino (2018) afirma que são diretamente proporcionais ao grau de isolamento social e rigidez do regime disciplinar aplicado nestas instituições. Além disso, os internos que saem das CTs e encontram redes públicas sucateadas



e deficitárias tendem a sofrer reinternações recorrentes, configurando o fenômeno *revolving door* nas comunidades. Por outro lado, os que não aderem ao modelo da abstinência ou jamais pretenderam interromper o uso de drogas tornam-se público alvo dos profissionais de saúde mental no SUS (CAVALCANTE, 2019).

Trata-se, em termos gerais, de uma instituição que propõe um tratamento de difícil adesão e, ao mesmo tempo, com tendência clara à reincidência [...] no que se refere à eficácia terapêutica, as CTs apresentam um limite, indicado pela simples tendência ao retorno de parcela considerável de seus egressos. Se entendermos o retorno a partir do conceito de instituição total, entretanto, esse fenômeno torna-se mais compreensível. As CTs são, nessa perspectiva, instituições que condicionam o destino social de seu público (NATALINO, 2018, p. 54).

Elas promovem a reconstrução do eu conforme incutem no indivíduo as renúncias características da sua configuração ideológica e social. Desse modo, restringem as possibilidades de reconstituição de vínculos com o mundo civil e ampliam a dependência em relação ao mundo moral e ao regime disciplinar da instituição (NATALINO, 2018). Segundo De Leon (2003 apud BOLONHEIS-RAMOS e BOARINI, 2015), é essencial para o sucesso do tratamento nas CTs separar o dependente de seu ambiente físico, social e psicológico, que geralmente está associado à perda de controle e a um estilo de vida prejudicial, predisponente ao uso abusivo de drogas. Já para Natalino (2018), esta dissociação entre as formas de ser na instituição e fora dela pode gerar inadaptação à vida civil e, por fim, a reincidência.

A indistinção entre esferas pública e privada, o isolamento social e a disciplina rígida se configuram, apesar das variações, como regra nessas comunidades administradas. Elas podem, portanto, ser definidas como um tipo de instituição total - “uma entre várias instituições destinadas a servir de residência para várias categorias de pessoas socialmente perturbadoras” (Goffman, 2005, p. 287) [...] o destino dos seus egressos é condicionado pela reinvenção forçada da identidade em ambiente de isolamento do mundo civil, fator ao qual, esperamos, seja dada maior atenção no debate público acerca das CTs e de seu modelo de tratamento (NATALINO, 2018, p. 58-59).

Como demonstrado por Goffman (1961) sobre a alta, o aprendizado institucional não necessariamente proporciona recursos para o restabelecimento dos vínculos sociais. Em “Manicômios, prisões e conventos” (1961), o autor mostra que o paciente tem boas razões para sentir receio quanto à alta hospitalar, considerando que já sofreu o estigma de ser um doente mental, tendo ainda menos perspectiva de vida fora do hospital do que antes de ser neste admitido. E é justamente no momento em que está preparado para a alta que “tende a ter aprendido a manejar ‘os fios’ do hospital e a ter conquistado uma posição desejável no ‘sistema

de enfermarias” (GOFFMAN, 1961, p. 306). Durante a internação, o paciente buscou absorver a explicação que o hospital dava de sua condição para a partir daí “corrigir-se” e obter da administração, compreensão, privilégios e perdão. Os efeitos desta dinâmica sobre o “eu” podem ajudar a compreender o destino dos egressos das CTs, que tendem a buscar pessoas com o mesmo passado institucional nos grupos de apoio das próprias comunidades. O engajamento nestes contextos de forma ativa permite que a história de vida do usuário seja reinterpretada sob valor positivo e ganhe uma nova perspectiva através da função de auxiliar outros que sofrem dos mesmos problemas (NATALINO, 2018).

Com mostram estas análises, as comunidades terapêuticas se assemelham tanto ao manicômio, tal como compreendido pelos teóricos da reforma italiana - uma lógica que desconsidera a subjetividade, colocando o doente entre parênteses -, como às instituições totais, tal como analisadas por Goffman - estabelecimentos que levam à mortificação do eu anterior à internação e à construção de uma nova identidade, demarcada pelos dizeres institucionais.

Além de não atuarem no sentido da ressocialização, como deveria fazer um serviço da RAPS, as comunidades também não se articulam em rede. Segundo Natalino (2018), mais de 20% das CTs não mantêm qualquer tipo de cooperação com os Centros de Atenção Psicossocial - nem mesmo os CAPS Ad - ou com os principais equipamentos públicos da assistência social: o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Apenas os postos de saúde e as instituições religiosas são parceiros frequentes das CTs. Quando as comunidades têm contato com outros serviços, o fazem de forma pontual, na maioria das vezes em consultas psiquiátricas para o tratamento medicamentoso, principalmente em CAPS (CFP, 2018). Segundo o depoimento do dirigente de uma das comunidades pesquisadas pelo IPEA (2017), é difícil agendar atendimento com profissionais da saúde da família, a instituição nunca recebeu visita de qualquer agente comunitário de saúde local e não mantém contato com o SUS pela grande dificuldade de acesso. Por outro lado, muitos internos são encaminhados para as CTs pelos próprios serviços da rede de saúde. Segundo a pesquisa do IPEA, 40,3% das comunidades relataram encaminhamento de pacientes para internação por serviços de saúde e 35,3%, por CAPS Ad, evidenciando que, apesar das divergências de abordagem - ou que pelo menos deveriam existir - a própria rede de atenção psicossocial contribui para o asilamento nestes locais.

Quando consultas são marcadas para os internos em outros estabelecimentos, isso é feito porque faltam condições básicas de funcionamento previstas em lei nas CTs. Dentre aquelas que são classificadas como de natureza médica, (cuja norma determina plantão médico presencial em todo o horário de funcionamento), algumas não têm sequer médicos contratados

e, nas que têm, há casos de comparecimento semanal ou até mensal. Usuários são medicados antes de passarem pela consulta, assim que chegam à comunidade, e alguns alegam que nunca foram atendidos pelo médico. Outras infrações observadas foram armazenamento precário de medicamentos, estoque sem prescrição médica, receitas e medicamentos vencidos. Em diferentes níveis, é possível observar que os psicotrópicos são usados como instrumento de controle e punição, e não tratamento.

Seja no momento do “resgate”, seja quando a pessoa já está internada, o que se visa não é o uso da medicação para o atendimento de necessidades terapêuticas, mas única e exclusivamente para “ajustar” pessoas privadas de liberdade à rotina e às regras impostas pelas instituições - o que, além de configurar infração sanitária, constitui violação às legislações de proteção dessa população (CFP, 2018, p. 122).

O objetivo de ajustar condutas se evidencia com ainda mais nitidez nos novos usos que estão sendo feitos das comunidades terapêuticas. Se inicialmente a intenção era tratar apenas pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas, hoje em dia estas comunidades vêm recebendo pacientes com diversos tipos de transtornos mentais (muitos sem possibilidade de retorno familiar), idosos sem moradia, pessoas de baixa condição econômica ou cujos comportamentos são considerados moralmente desviantes da norma (como nos casos de internação por “agressividade e rebeldia” ou “deficiência intelectual”), moradores de rua, adolescentes cumprindo medidas socioeducativas ou protetivas, usuários eventuais de drogas condenados por suas famílias e comunidade religiosa e jovens cuja conduta é desaprovada pelos parentes ou conselho tutelar. De acordo com o relatório do CFP (2018), uma interna de uma comunidade em Itamonte-MG, surda, contou ter sido internada pela mãe por namorar um rapaz que fazia uso de álcool. Há também casos de travestis, trans e homossexuais mantidos nas CTs sem motivação plausível e impedidos de expressar sua orientação sexual.

Estas situações evidenciam que as comunidades ganharam a função de isolar sujeitos com condutas socialmente condenadas. Nas palavras do relatório, “cada um dos exemplos ratifica o perfil desses espaços como expressão contemporânea de segregação” (CFP, 2018, p. 136). A internação de usuários com diferentes tipos de sofrimento psíquico revela que estas instituições vêm se tornando “uma renovada expressão dos estabelecimentos manicomial” (CFP, 2018, p. 139). De acordo com a pesquisa do IPEA (2017), 32,9% das CTs relata acolher pessoas com transtornos mentais que passaram por internação psiquiátrica. Há indicações de que o próprio poder público e profissionais da área da saúde contribuem com esta tendência. Para Bolonheis-Ramos e Boarini (2015), as práticas utilizadas nestes dispositivos retomam os

encaminhamentos adotados nos antigos asilos, colônias e reformatórios do início do século XX, que numa clara empreitada higienista buscavam “limpar” as ruas daqueles que promoviam a desordem. Considerando os novos usos das comunidades, faz-se necessário verificar como os significados e tratamentos dados ao uso abusivo de drogas são transpostos para as questões apresentadas pelos novos públicos.

Para Perrone (2014), as disparidades entre os ideais da reforma psiquiátrica e as práticas encontradas nas CTs não significam que estas instituições sejam inadequadas para o tratamento e ressocialização de usuários de álcool e outras drogas, mas sim que inúmeros estabelecimentos funcionam sem autorização, em desacordo com a legislação vigente. Segundo o *site* da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), existem 132 CTs filiadas no Brasil, apesar da quantidade de instituições não filiadas exceder consideravelmente este número. Um exemplo desta situação foi demonstrado pela pesquisa de Laura Paes Machado (2010), segundo a qual no estado da Bahia foram cadastradas 80 CTs atuantes, embora no registro da FEBRACT constem apenas três. Com base nestes achados, Perrone afirma que grande parte das comunidades brasileiras não consta nos registros de nenhuma instituição regulamentadora e, por isso, não segue o código de ética estabelecido pela FEBRACT nem recebe qualquer fiscalização.

Por outro lado, associações, conselhos e profissionais da área da saúde contestam o tipo de acompanhamento proposto pelas CTs, independentemente de sua adequação ou não aos princípios do código de ética. De acordo com Bolonheis-Ramos e Boarini (2015), o Conselho Federal de Medicina e a Associação Brasileira de Psiquiatria criticaram a aplicação de recursos públicos no financiamento destas instituições, recursos estes que deixam de ser investidos na ampliação da rede pública de saúde. Argumentaram que muitas CTs substituem o tratamento médico por um programa terapêutico sem eficácia comprovada cientificamente. O psiquiatra Marcelo Kimati Dias, que atuou como assessor na Coordenação de Saúde Mental (Ministério da Saúde) e Diretor de Saúde Mental e Política de Drogas em Curitiba, argumentou que ao invés de fortalecer a rede de atenção psicossocial, o financiamento das CTs cria uma rede paralela, não complementar, que embora exista há bastante tempo, ainda não deu prova de sua eficácia. Segundo este médico, o incentivo a um local específico para atender aos usuários de drogas, isolados de sua comunidade, contribuiria ainda mais para a estigmatização deste público. Em direção semelhante, o Conselho Federal de Psicologia contestou o financiamento das comunidades pelo SUS, defendendo que o cuidado dos usuários de drogas deve ser feito em liberdade, através de uma rede diversificada e territorializada de serviços, capaz de preservar e resgatar os laços e apoio sociofamiliar (BOLONHEIS-RAMOS e BOARINI, 2015).

Ao mesmo tempo em que a expansão das comunidades desloca recursos que poderiam estar sendo investidos na rede de atenção psicossocial, a insuficiência desta rede abre espaço para o crescimento dessas instituições. De acordo com Bolonheis-Ramos e Boarini (2015), a precarização dos serviços de saúde mental do SUS e o conseqüente incentivo à privatização do cuidado se coadunam com o modelo de sociedade vigente, que prioriza ações da iniciativa privada. Ainda hoje os CAPS Ad não existem em número nem estrutura suficiente para dar conta do uso abusivo de drogas, que se agravou nas últimas décadas. Como mostram Vasconcelos e Cavalcante (2019), a rede de serviços para usuários de drogas não se expandiu da forma esperada, sobretudo os de acolhimento diário, noturno e de crise, de atendimento 24 horas e sete dias por semana, seja por meio dos Centros de Convivência, CAPS III, leitos de saúde mental nos hospitais gerais, Unidades de Acolhimento, equipes de Consultório na Rua ou serviços residenciais. Os CAPS com leitos de acolhimento correspondiam a menos de 10% do total de CAPS existentes no país em 2016 e, considerando CAPS III e CAPS Ad III, havia apenas um total de 225 serviços com 1.756 leitos, configurando um déficit de 1.108 serviços de acordo com as próprias portarias do Ministério da Saúde (OLIVEIRA, 2017 apud CAVALCANTE, 2019). Diante das demandas de cuidados mais intensivos e dos pedidos desesperados de familiares e usuários, este vão assistencial acaba abrindo espaço para outras abordagens. Considerando os novos públicos inseridos nas CTs recentemente, pode-se supor que não apenas o acompanhamento a usuários de álcool e outras drogas está deixando déficits que dão margem ao retorno de discursos e práticas autoritários, mas também aquele destinado a portadores de transtornos mentais graves em geral.

Por outro lado, Cavalcante (2019) indica que no mesmo período da expansão da rede de saúde mental, as comunidades terapêuticas se fortaleceram politicamente. Ou seja, não foi apenas o déficit de serviços da reforma que abriu caminho para as CTs, pois elas também já possuíam uma força política capaz de fomentar a sua difusão e contribuir para que se estabelecessem como circuito paralelo. Retomando a noção de racionalidade *hemiderna* (PARKER, 1995), pode-se supor que os entrelaçamentos entre o discurso religioso e os paradigmas médico e legal, impulsionados pela força motriz da tradição popular, estão por trás desta consolidação. As comunidades encarnam vetores constitutivos do hibridismo de nossa sociedade, que tem na religião o fio condutor de expectativas, moralidades e mentalidades.

Por ser própria de nossa cultura, a racionalidade expressa por estas instituições também se faz presente em outros ambientes, como clínicas psiquiátricas, presídios, escolas e igrejas. A lógica da autoajuda, do trabalho em grupo para a normalização de condutas, da correção moral e da religiosidade como caminho para a mudança do estilo de vida é um *modus operandi* que

perpassa diferentes modalidades institucionais. Como a noção de instituição usada no presente trabalho, as CTs não são apenas locais com endereço fixo, mas sobretudo um conjunto de saberes e práticas baseadas em influências filosóficas e teóricas que ultrapassam os muros do estabelecimento (CAVALCANTE, 2019). Uma demonstração disso pode ser encontrada no próprio Centro Vita, analisado anteriormente, que apesar de não ser uma comunidade terapêutica, apresenta características muito semelhantes: novos usos, que incluem pessoas com transtornos mentais não associados à dependência de álcool e outras drogas; a forte presença da religião como forma de tratamento; a disciplina na busca pela correção moral do indivíduo; o apoio de políticos e setores do judiciário que vêm desconsiderando os preceitos da reforma psiquiátrica.

Apesar destes aspectos indicarem as resistências sociais à desinstitucionalização e o olhar moral que ainda recai sobre uma grande parcela de pessoas com transtornos mentais de diferentes tipos, eles também permitem entrever que estas instituições exercem uma função estruturante, capaz de responder a anseios não atendidos em outras esferas. Como mostra Vasconcelos (2019), muitas igrejas neopentecostais<sup>13</sup> proporcionam apoio social e pessoal durante o dia inteiro e até em plantões noturnos, em contraste com a escassez de serviços públicos de atenção psicossocial, acompanhamento a dependentes químicos, assistência social e saúde como um todo em grande parte dos bairros pobres e periféricos das cidades. De forma paradoxal, no mesmo passo em que as religiões levam à intolerância em relação a certas formas de subjetividade, elas também exercem um papel indispensável através de mecanismos simbólicos e socializantes (VASCONCELOS, 2019). Em locais periféricos e desfavorecidos, as igrejas neopentecostais oferecem espaços de socialização e significação de situações existenciais limite, por meio de cultos e rituais de “cura pela fé”. As congregações evangélicas promovem o senso comunitário através de uma rede de solidariedade que auxilia os mais pobres a lidarem com experiências difíceis, como doenças, desemprego e violência. A sensação de pertencimento e identificação proporcionada por esta rede contribui para a estruturação de subjetividades fragilizadas pelas condições socioeconômicas.

A fragilização é marcante no contexto contemporâneo de crescente individualização, vulnerabilidade e desfiliação social.<sup>14</sup> Com a perda das regulações coletivas, configura-se um “individualismo de massa” que Castel (1998) ilustra com a imagem do jovem toxicômano do subúrbio, para o qual a falta de vínculos, estabilidade trabalhista, transmissão familiar e

<sup>13</sup> O neopentecostalismo é a religião predominante nas Comunidades Terapêuticas e instituições afins.

<sup>14</sup> Para Castel (1998 apud VASCONCELOS, 2019), a desfiliação social decorre da fragilização da proteção social - privada ou pública -, dos vínculos de trabalho e dos laços com familiares e a rede social mais próxima.

perspectiva futura tornam seu corpo o único bem e vínculo. Nas palavras do sociólogo, estes traços “são encontrados em numerosas situações de insegurança e de precariedade que se traduzem através das trajetórias estremecidas, feitas de buscas inquietas para se virar no dia-a-dia” (CASTEL, 1998, p. 603). A promessa contemporânea de viver a individualidade de forma livre e independente se esvai para pessoas em posições sociais carentes de recursos objetivos e proteções coletivas.

No Brasil, estas trajetórias são marcadas pelos seguintes fatores: aumento notável de pessoas morando sozinhas ou famílias monoparentais (sobretudo lideradas por mulheres), com enfraquecimento dos laços familiares; sobrecarga doméstica devido à crescente participação da mulher no mercado de trabalho; redução da presença física do homem e da mulher em casa, assim como a precarização das funções simbólicas de maternagem e paternagem; diminuição da capacidade de prover cuidado aos membros familiares dependentes; tendência ao abandono ocasional ou permanente da casa da família como forma de sobrevivência, levando a perdas mais bruscas dos laços (VASCONCELOS, 2019). A desestruturação simbólica gerada por estas situações intensifica a necessidade de referências e sentidos para a compreensão de si e do mundo, que acabam sendo encontrados no discurso religioso. Este alcance da religião contribuiu para que as primeiras comunidades terapêuticas brasileiras se estabelecessem justamente no cenário da Ditadura Militar, quando predominava o modelo de saúde biomédico e hospitalocêntrico, incapaz de acolher o sofrimento difuso e o estado de emergência e estresse no qual viviam as classes populares das grandes cidades (CAVALCANTE, 2019).

Nas palavras de Vasconcelos: “as religiões neopentecostais atuais oferecem uma estrutura psíquica compartilhada, com seus respectivos mecanismos intensos de defesa associados a rituais de eficácia simbólica que polarizam as vicissitudes da vida entre os extremos Deus/bem total e Diabo/mal total” (VASCONCELOS, 2019, p. 164). A ideia de que problemas, dores e vícios são obra do demônio e que um caminho de devoção e fé pode levar à cura ajuda a desresponsabilizar o sujeito - aliviando o estigma perante família e comunidade -, bem como a traçar um horizonte palpável de mudança. Muitas vezes, os próprios pastores têm histórias de vida marcadas pela drogadição, crime, tráfico ou outras experiências devastadoras, tornando-se exemplos reais da possibilidade de transformação, com os quais os fiéis se identificam rumo à construção de um novo caminho. Além da oferta simbólica presente nesta teologia, as obras sociais e filantrópicas destinadas aos filiados e aos mais pobres possibilitam compensações materiais para a situação precária na qual se encontram. A propagação desta lógica se fortalece pelo uso da mídia e da representação política, bem como de cultos mais festivos, que tocam músicas descontraídas como forma de agregar as pessoas.

Esta análise revela funções estruturantes da religião no decurso da história, seja na forma de um repertório de dispositivos de subjetivação a partir do qual se formulam respostas para questões existenciais profundas, uma fonte de preceitos para a construção da identidade e moralidade individuais ou um arcabouço de práticas filantrópicas e assistenciais (VASCONCELOS, 2019). Entender o alcance das comunidades terapêuticas e outras instituições ligadas ao discurso religioso exige, portanto, que possamos lançar luz sobre estas funções e tomá-las como meios para questionar a nossa prática. Para Cavalcante (2019), é fundamental reconhecermos a *hemidernia* brasileira, com todo o seu conjunto de saberes e práticas religiosas, para entrarmos em contato com os referenciais usados por muitos de nossos usuários para darem sentido à existência. Esta dimensão precisa ser não só considerada como também incluída na prática clínica através da articulação com as entidades religiosas que fazem parte da rede de suporte dos pacientes, buscando fortalecer aquelas que questionam a violação de direitos e a lógica proibicionista. Nem todos os grupos religiosos atuam na contramão da lógica da reforma e alguns podem ser implicados na causa com a ajuda da rede de atenção psicossocial. Talvez este seja um caminho para os atores da desinstitucionalização fazerem frente às vertentes religiosas mais conservadoras, vinculadas às comunidades terapêuticas.

A partir desta perspectiva, delineiam-se algumas questões para a nossa prática: como os CAPS estão se relacionando com entidades religiosas que proporcionam apoio e referenciais identitários para os usuários? Por que o manejo dado às demandas de alguns pacientes não está sendo suficiente para que eles entendam o serviço como lugar capaz de acolher experiências difíceis e, por isso, acabem buscando soluções nas comunidades terapêuticas? Qual postura os CAPS vêm tomando com estes usuários, que não está sendo capaz de proporcionar o contorno subjetivo e amparo do qual carecem em algumas situações?

### **2.3 O imaginário sobre a loucura**

A manutenção do paradigma psiquiátrico, que toma o louco como sinônimo de risco e improdutividade, associada à precariedade dos serviços territoriais, faz com que familiares, profissionais e a sociedade em geral reergam espaços de exclusão através de dispositivos como as comunidades terapêuticas. Sob este ponto de vista, poderíamos dizer que os abusos cometidos nestas instituições não são apenas fruto da falta de fiscalização, como diria Perrone (2014), mas de uma lógica que ainda move o imaginário social sobre a loucura, colocando estes pacientes no lugar de objeto. Chegamos então no último ponto, que atravessa todas as outras formas de reinstitucionalização analisadas: o paradigma manicomial.



Como visto ao longo das análises precedentes, a dimensão sociocultural da desinstitucionalização ainda está longe de se concretizar. Apesar de uma série de leis e portarias terem sido feitas para garantir a cidadania dos pacientes com transtornos mentais graves e os CAPS terem sido idealizados como uma ponte entre o usuário e a sociedade, o imaginário sobre a loucura ainda dificulta que a população acolha a diferença e que os próprios funcionários dos serviços atuem no sentido da inclusão. De acordo com o relatório da Fiocruz e Fundação Calouste Gulbenkian (2015), inúmeros autores concordam que o estigma social enfrentado pelo louco ainda é um grande desafio ao avanço da reforma psiquiátrica. Na maioria dos casos, a desinstitucionalização ainda está reduzida à desospitalização, não alcançando a desconstrução do paradigma psiquiátrico e a consequente compreensão do louco como sujeito social. De acordo com Bezerra (2007), a resistência à reforma psiquiátrica aparece de forma indireta na defesa da hegemonia absoluta dos médicos no campo da saúde, na ênfase em tratamentos biológicos como única forma efetiva de cuidado, na importação do modelo da medicina baseada em evidências pela psiquiatria, na utilização banalizada da nosografia descritiva dos DSM em detrimento das dimensões psicodinâmica, fenomenológica e psicossocial das psicopatologias, etc. Logo, “o embate que nos primeiros anos se centrava na busca de espaços dentro do sistema político-assistencial hoje tende a girar em torno de debates fortemente marcados por questões de natureza epistemológica, teórica e ética” (BEZERRA, 2007, p. 245).

Para Amarante (2003), a reforma psiquiátrica é um processo social complexo que envolve 4 dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Esta última expressa o objetivo maior do processo, através de um conjunto de ações que buscam subverter a ideologia psiquiátrica tornada senso-comum para transformar o lugar social da loucura. Ainda é comum familiares de usuários dos serviços territoriais associarem a “doença mental” à organicidade, danos e perdas, como se o transtorno fosse uma “falha, defeito” da pessoa (PEREIRA, 2003). Por isso, Amarante (2003) alerta para o risco de se reduzir o processo à sua dimensão técnico-assistencial, como vem ocorrendo. CAPS e residências terapêuticas são construídos e equipes multiprofissionais são formadas sem que a reconstrução do modo como se concebe a loucura avance no mesmo compasso. A epistemologia na qual a psiquiatria se baseava, que tinha a realidade como um dado a ser desvelado, não se alterou suficientemente e continua produzindo verdades asilares, como se fossem naturais. O louco perigoso, imprevisível e indomesticável ainda se mostra nos códigos psiquiátricos e nas mentes, reatualizando formas de ser, sentir e lidar com a loucura.

Amarante e Torre (2001) afirmam que para produzir *rupturas* e não apenas *reformas*, os novos serviços precisam construir estruturas ou recursos que, de fato, não retomem as bases

teórico-práticas do modelo psiquiátrico clássico. Logo, é imprescindível a formação de técnicos capazes de assimilar os conceitos inerentes aos dispositivos territoriais, que envolvem quatro rupturas fundamentais: com o método psiquiátrico, baseado nas ciências naturais; com o conceito de doença mental como erro, desrazão, periculosidade, patologia, desordem; com a instituição asilar como recurso terapêutico e com os princípios do tratamento moral. Nas palavras dos autores: “se não existirem rupturas, não existirão os novos (sem aspas) serviços, existirão não mais que metamorfoses, roupagens ‘novas’ para velhos princípios” (AMARANTE e TORRE, 2001, p. 33).

Para Alverga e Dimenstein (2006), formas manicomiais de expressão ou de subjetividade permeiam todo o espaço-tempo, atravessando nossas ações. São os “desejos de manicômio”, isto é, os anseios de dominar, subjugar, classificar, hierarquizar, oprimir e controlar entranhados no tecido social, que geram a força motriz das instituições, expressando-se nas práticas e concepções ainda presentes no campo da saúde mental. Estes modos de subjetivação surgem no âmbito do Capitalismo Mundial Integrado (CMI), como diria Guattari, em que cada vez mais o foco de poder se desloca das estruturas de produção de bens e serviços para estruturas produtoras de signos, sintaxes e subjetividades, por meio da grande mídia e da publicidade (ALVERGA e DIMENSTEIN, 2006). Esta “ordem capitalística” incide no que há de mais íntimo em cada um, o próprio desejo, fazendo o controle se produzir e reproduzir de forma pulverizada, através de todos. Um exemplo disso são os casos em que os próprios vizinhos de moradias ou serviços destinados a pessoas com transtornos mentais contribuem para a exclusão e discriminação.

Segundo Luzio e Yasui (2010), devido a uma cultura manicomial ainda muito presente, diversos municípios que implantaram residências terapêuticas têm encontrado resistências da vizinhança. Ao estudarem a rede construída pela moradora de uma RT em Caxias do Sul-RS, Ferreira et al. (2014) observaram que os vizinhos têm papel fundamental na construção de laços com os residentes, uma vez que é necessário acolher estes sujeitos, respeitar as diferenças e vencer o preconceito para que uma convivência amigável seja possível. Nas palavras das autoras: “É crucial que se realize uma transformação em relação ao modo de pensar e às atitudes da sociedade, para que os indivíduos em sofrimento psicológico sejam aceitos como seres humanos dignos de respeito e com direito a viver em liberdade” (FERREIRA et al., 2014, p. 984). Para Venturini (2016), a interação entre moradores de residências terapêuticas e os vizinhos estimula a reformulação das representações sociais sobre a loucura e recupera a responsabilidade solidária entre os cidadãos. Neste processo, os pacientes se veem aliviados da força coercitiva do estereótipo e podem desenvolver novos comportamentos.

Um exemplo emblemático de intolerância ocorreu no bairro de Morada de Laranjeiras, em Serra-ES, onde moradores fecharam a entrada de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi), impedindo a sua inauguração oficial. Eles protestaram contra o fato de o serviço voltar-se a menores usuários de drogas além de crianças com transtornos mentais. Para os moradores, o atendimento a dependentes químicos causaria transtorno e insegurança na comunidade (VERLI, 2017).

Segundo Ribeiro Neto e Avellar (2016), a resistência social ao fechamento dos hospitais psiquiátricos e aos serviços comunitários de saúde mental, bem como o estigma relacionado à população egressa de longas internações são entraves para as políticas nessa área no Brasil. Então mesmo que as instituições asilares sejam fechadas, “permanecem as concepções que apontam a necessidade de seu funcionamento ou da criação de outros espaços semelhantes, o que se constitui uma defesa da identidade grupal [...]” (RIBEIRO NETO e AVELLAR, 2016, p. 878). A criação de abaixo-assinados, as recusas em alugar imóveis para residências terapêuticas e o preconceito, rejeição e estranhamento em relação a moradores de RTs são emblemáticos da resistência social à desinstitucionalização (RIBEIRO NETO e AVELLAR, 2015). Estas atitudes podem influenciar negativamente a expansão das residências, não só no aspecto prático, impedindo o estabelecimento de um espaço físico para abrigar a iniciativa, mas também no plano simbólico, “por emitir comunicações de rejeição à proposta e aos indivíduos, originando previsíveis conseqüências ao ânimo dos trabalhadores e à autoconfiança dos futuros egressos” (FURTADO, 2006, p. 793).

Em uma etnografia com a população que vive no entorno de um hospital psiquiátrico, onde se localizam três residências terapêuticas cujos moradores são ex-internos, Ribeiro Neto e Avellar (2016) verificaram concepções positivas sobre a instituição, que é vista como solução para inúmeros problemas, tanto nos níveis familiar, social e mental, quanto em relação às drogas. Com base na ideia de periculosidade do louco, os participantes da pesquisa acreditam que o hospital tem a função de intervir e proteger a sociedade de maiores problemas. Foi possível identificar duas representações distintas sobre a loucura: uma mais tolerável, supostamente recuperada, os não agressivos - capazes de conviver no conjunto residencial; e outra perigosa, os agressivos - que deveriam ser apartados por meio do hospital psiquiátrico. A noção de imprevisibilidade dos comportamentos violentos e a crença de que são ocasionados por uma suposta doença cerebral que nada teria a ver com o entorno (RIBEIRO NETO e AVELLAR, 2015) garantem a separação simbólica dos pacientes em relação à comunidade e justificam as sugestões de inseri-los em chácaras, locais agrícolas ou afastados da cidade, como o que ocorria no início do século XX nas antigas “colônias de alienados”. Ao mesmo tempo em

que se protegia a sociedade dos ditos loucos, atribuía-se à natureza a capacidade de proporcionar uma terapêutica mais adequada a estes casos, sem os estímulos perturbadores da cidade. A reprodução destas antigas concepções sobre a loucura e seu tratamento pelos participantes coloca obstáculos à reintegração social dos ex-internos de hospitais psiquiátricos. Mesmo os pacientes tolerados na convivência comunitária são caracterizados como “quietinhos no canto deles”, o que mantém certa diferenciação e afastamento. A vizinhança se sente aliviada com a reclusão dos egressos nas RTs, pois desta forma não correm o risco de serem surpreendidos com agressões ou baderna (RIBEIRO NETO e AVELLAR, 2015). Segundo os autores, embora a representação da loucura como uma doença cerebral, incurável e imprevisível tenha sido em parte desconstruída mediante a convivência com as RTs, ainda permanece a tendência a propor formas de afastar os pacientes do convívio social para preservar a identidade grupal.

Para Gonçalves e Sena (2001), a crescente intolerância em relação ao “doente mental” é fruto da mudança de atitude das pessoas no contexto do capitalismo avançado, sobretudo em áreas mais industrializadas de países como o Brasil. A incapacidade destas sociedades de acolherem o “desviante” ou “diferente” repercute em posturas individuais, familiares e institucionais de preconceito e rejeição. Com base em Sadigursky (1997), as autoras indicam que é comum a família se opor à desinstitucionalização do usuário de saúde mental, exercendo pressão para a instituição psiquiátrica manter a sua custódia de modo que esta responsabilidade não recaia sobre ela. Para inúmeros pacientes e familiares, a internação é a melhor forma de cuidado, evidenciando o quanto a ideologia manicomial persiste na sociedade (SALLES e BARROS, 2007).

Os discursos das cuidadoras entrevistadas por Gonçalves e Sena (2001) expressam ideias maciçamente veiculadas na sociedade sobre a periculosidade e incapacidade do louco e o saber médico como determinante do destino dos pacientes. Quando há esperança em relação ao tratamento, demonstra-se, por vezes, uma expectativa de cura que se distancia da realidade concreta e revela a tentativa de aproximar o diferente da normalidade. Por outro lado, a rejeição em relação à pessoa com transtorno mental, expressa no desejo de que fique internada permanentemente, é observada no caso de cuidadoras com condições materiais muito precárias, que acompanham usuários com comportamentos violentos, envolvendo auto e heteroagressividade, associados a uma grande intolerância dos familiares e da comunidade (GONÇALVES e SENA, 2001). Em outras palavras, a dificuldade de conviver com a loucura se revela tanto no anseio idealizado de curá-la, quanto no de afastá-la para sempre.

Elia (2013) alerta que os típicos recursos manicomiais são ativados justamente quando se faz necessário lidar com pacientes em situação de crise. Nestes momentos, se revela a falta de convicção de inúmeros gestores sobre o fim do hospício e se constroem argumentos que justificam a existência de hospitais psiquiátricos. A atenção à crise é, portanto, “cada vez mais, um ponto chave onde se evidenciam os diferentes modos de entender a questão da saúde mental” (ELIA, 2013, p. 62-63). Para fazer frente às tendências manicomiais que se apresentam nesses casos, é fundamental sustentar o CAPS como dispositivo de acolhimento à crise no território. Neste sentido, o autor discute a importância dos CAPS III, por estarem disponíveis em qualquer horário, sendo mais capazes de responder à imprevisibilidade dessas situações. De acordo com Pitta (2011), a forma mais eficaz de garantir a hospitalidade diuturna, integral e resolutiva para acolher a crise seria dotar os Centros de Atenção Psicossocial de leitos funcionando em tempo integral, com a mais ampla capilaridade e presença nos municípios. Este fortalecimento da rede de CAPS poderia ter ressonâncias na confiança que a população atribui a este dispositivo, permitindo que enxergue outras soluções para os descontroles da loucura, diferentes da manicomial. Desse modo, o atendimento de qualidade à crise no território beneficia tanto o paciente quanto a comunidade, contribuindo para a sociedade construir formas de conviver com essas experiências capazes de fortalecer mecanismos de solidariedade (ELIA, 2013).

Para que este projeto não se torne totalitário como nos manicômios e a comunidade seja de fato implicada no processo, é preciso que os CAPS trabalhem com os diversos aspectos da vida do sujeito lá onde acontecem, considerando que o desencadeamento da crise se relaciona a este contexto. Nas palavras de Elia, “para se responsabilizar pela crise, o CAPS precisa manter-se inserido na cidade, fazer laço com o território e acionar diferentes recursos comunitários e de saúde” (ELIA, 2013, p. 104). Obviamente, o problema não estaria resolvido com a simples construção de estruturas físicas para novos CAPS III ou a conversão dos tipos II em III, sendo preciso também formar equipes articuladas e com um olhar afinado à reforma. Em uma pesquisa sobre CAPS III do município de Campinas-SP, Campos et al. (2009 apud ELIA, 2013) identificaram plantões noturnos compostos apenas por profissionais da enfermagem que só fazem contato com o resto da equipe por livros de comunicação e pela passagem de plantão, como em enfermarias psiquiátricas. A tomada de decisões sobre situações de crise acontece, portanto, sem uma articulação com a equipe multiprofissional, o que pode favorecer o retorno de paradigmas tradicionais da psiquiatria.

A possibilidade de reatualização destes paradigmas se evidencia na posição de profissionais de um CAPS II do Rio de Janeiro-RJ sobre o que falta para o atendimento integral

à crise (ELIA, 2013). Para eles, seriam necessários recursos tipicamente hospitalares, como equipe capaz de fazer contenção física e espaço adequado para isso, com leitos equipados e apropriados, esquemas medicamentosos preparados pelo médico para a equipe aplicar em caso de episódios graves, etc. Muitos trabalhadores pensam que situações extremas, de “vida ou morte”, não devem ser atendidas em CAPS, mas sim nas emergências hospitalares, reforçando o lugar dos CAPS como serviços complementares e não substitutivos.

Para Nunes e Torrenté (2009), estigmas ancorados no imaginário social acerca da loucura manifestam-se sob a forma de diversos tipos de violência, exercidos em diferentes esferas da vida das pessoas: interpessoal (situações onde se configura uma relação de desigualdade pautada em autoritarismo e expressa em desqualificações, constrangimentos e negligência, que relegam o paciente à condição de não-sujeito), institucional (discriminações no próprio setor saúde, nas quais os usuários de saúde mental são destratados, negligenciados, ou até levados a pioras e a mortes evitáveis), simbólica (percepção da pessoa como cidadão de segunda categoria, sendo submetido a medidas disciplinares e vigilância estrita) e estrutural (gerada por determinantes sociais que produzem situações de desigualdade e tensões sociais). Nas palavras dos autores, “processos de estigmatização são referidos e concebidos como estando entre os maiores empecilhos no avanço da atribuição de um outro lugar social à loucura e do exercício de cidadania dos loucos, projetos centrais da Reforma Psiquiátrica” (NUNES e TORRENTÉ, 2009, p. 104). Em geral, o estigma se justifica pela pressuposta periculosidade do louco, argumento que Estroff (1985 apud NUNES e TORRENTÉ, 2009) questiona ao investigar os fatores realmente em jogo no desencadeamento das reações de violência ou ameaça por parte dos pacientes, como as experiências de relações hostis, de dependência financeira e de ameaça percebida seja por parte de familiares ou de outros agentes sociais.

De acordo com Paranhos-Passos e Aires (2013), a ressocialização dos usuários ainda não teve sucesso nos espaços para além dos CAPS e muitos se encontram excluídos e estigmatizados no próprio ambiente familiar, além de permanecerem à margem da atividade produtiva. Em pesquisa feita com usuários de um CAPS na Bahia sobre como veem a sua reinserção social, as autoras mostram que eles não estão plenamente integrados à sociedade e têm no serviço o único espaço de socialização, o que se soma ao grande preconceito sofrido por frequentarem um local de assistência psicológico-psiquiátrica. A falta de participação no mercado de trabalho contribui ainda mais para a sua invisibilidade social. De acordo com Silva (2015 apud SALLES e MIRANDA, 2016), devido ao histórico de longa internação psiquiátrica e ao diagnóstico de transtorno mental, a sociedade atribui identidades muito restritas aos ex-

internos, identificando-os como excêntricos que saíram do manicômio, pacientes de serviços de saúde mental ou clientes de psicotrópicos.

A partir de uma pesquisa sobre as representações de usuários, familiares e profissionais de um CAPS no município do Rio de Janeiro, Mello e Furegato (2008) indicam que um dos obstáculos é efetivar a inserção social das pessoas com transtornos mentais graves e de longa duração e promover a sua saída do CAPS para a vida. Profissionais e familiares alertam para a dependência dos usuários em relação ao serviço, que se torna o único espaço de troca social. Apesar de reconhecerem uma possível cronificação dos pacientes, os trabalhadores têm grande dificuldade em encontrar a solução deste problema e trabalhar para incrementar a autonomia dos usuários. Por isso, as autoras apontam a importância da intersetorialidade como forma de incluir outras possibilidades na vida do sujeito, não restringindo a satisfação de todas as suas necessidades ao CAPS. Esta estratégia se torna vital para a desinstitucionalização diante da tendência dos familiares de direcionarem todas as demandas ao serviço, reproduzindo nele os padrões do modo asilar de tratamento, que toma a instituição como espaço único para a solução dos problemas e carências do sujeito. Ao fazer interlocução com a educação, o lazer e a cultura, os profissionais podem contribuir para que essas demandas circulem e se descentrem do CAPS, permitindo à loucura se expressar em outros cantos.

Este trabalho de estimular os usuários a ocuparem outros espaços além do CAPS não modifica apenas a realidade deles, mas também do meio social como um todo. Para Mello e Furegato, “inserir na sociedade os diferentes significa intervir na sociedade para que esta mude seus padrões e regras do ‘bem-viver’, de convívio, da solidariedade, devolvendo a vida a essas pessoas” (MELLO e FUREGATO, 2008, p. 462). Paranhos-Passos e Aires (2013) afirmam que, como os não loucos foram desabilitados a acreditar na loucura, é necessária uma reabilitação inversa direcionada a toda a sociedade, para que passe a acreditar na autonomia e capacidade de independência do usuário de saúde mental. Nas palavras das autoras: “somente quando a sociedade conhecer a história da loucura e dos manicômios poderá haver uma aceitação desse público, e então poderemos falar de uma reinserção social” (PARANHOS-PASSOS e AIRES, 2013, p. 28). Segundo Alverga e Dimenstein (2006), apenas a concessão de direitos não basta para eliminar as formas de opressão e exclusão contra as quais a reforma psiquiátrica luta, mas se faz necessária uma transformação dos processos de socialização hegemônicos. É preciso desinstitucionalizar o social, desconstruir cotidianamente as relações de dominação, o nosso apego às formas de vida institucionalizadas. Em outras palavras, abandonar o modo de ver próprio da razão e abrir caminho para a escuta qualificada da desrazão (ALVERGA e DIMENSTEIN, 2006).

De acordo com Lima e Brasil (2014), devido à ausência de uma rede articulada de serviços de saúde e assistência social e de dispositivos de cultura e lazer, fica nas mãos dos CAPS a responsabilidade pela realização solitária do complexo trabalho de desinstitucionalização. Corroborando esta análise, Amorim e Dimenstein (2009) observam que o número de usuários nos CAPS aumenta progressivamente, exigindo uma reflexão sobre como construir outros projetos de vida que não dependam destes serviços. Caso esta discussão não seja feita e as práticas de cuidado continuem sendo capturadas pela lógica manicomial, a rede extra-hospitalar pode acabar “impedindo a construção de vida para além do hospital, dos muros institucionais e dos serviços de saúde em geral” (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009, p. 196).

Para subverter esta lógica, familiares de CAPS indicam a necessidade de ampliar a divulgação destes dispositivos junto à sociedade, como forma de lhes dar mais visibilidade e integração à vida comunitária, através da realização de feiras de artesanato, atividades desportivas, de cultura e lazer. Em relação à participação das próprias famílias, depoimentos demonstram a importância de que tenham um envolvimento maior na discussão das políticas de saúde mental, para assim assumirem posição de protagonismo junto aos usuários e profissionais (CAMATTA et al., 2011).<sup>15</sup> Na perspectiva de Nunes e Torrenté (2009), é fundamental que este engajamento seja exercido pelos próprios pacientes por meio da ampliação de espaços de visibilidade e da sua participação nas esferas política, moral e educacional, o que parece trazer melhores resultados do que progressos neurocientíficos.

A partir de estudos desenvolvidos com pacientes de CAPS de diferentes cidades brasileiras, Lopes et al. (2012 apud SALLES e MIRANDA, 2016) demonstram que a participação dos usuários em seu tratamento ainda permanece muito restrita ao relato de sintomas. Observações semelhantes foram feitas por Alverga e Dimenstein (2006) em um CAPS de Natal-RN, onde os pacientes, ao serem indagados sobre seus nomes, respondem com informações institucionalizantes, como, por exemplo, a identificação ao diagnóstico. Os autores também pontuam que o ingresso de um novo usuário fica condicionado à adequação a um espectro nosológico específico, com prioridade para psicoses ou neuroses graves. Além disso, ao longo da participação diária no serviço, os pesquisadores perceberam que os técnicos almoçam em uma mesa separada dos usuários e recebem tratamento diferenciado na cozinha. O centro de convivência, que deveria voltar-se para a cidade, acaba se restringindo ao interior do CAPS, com oficinas de pintura em telas e camisetas, confecções de cartões e coral, pautadas em padrões estéticos comerciáveis.

---

<sup>15</sup> Pesquisa realizada em um CAPS de Porto Alegre-RS entre outubro e novembro de 2006.



Tendências institucionalizantes também foram observadas por Oliveira e Alessi (2005) em uma análise sobre serviços extra-hospitalares da rede pública de Cuiabá-MT. Observou-se que os trabalhadores ainda são agentes de saberes e práticas tradicionalmente excludentes e restritas ao modelo médico-psiquiátrico, contribuindo para a produção de uma “cidadania tutelada”, que busca atender à manutenção da ordem social. Diante disso, as autoras afirmam que:

[a perpetuação desta lógica], de maneira tão visível em contextos formalmente constituídos para a sua superação, é que dá a medida da necessidade de que sejam, cotidiana e competentemente enfrentados os desafios teóricos para compreender a desinstitucionalização como um conceito diferente de desospitalização, como afirmavam Rotelli et al. (1990) (OLIVEIRA e ALESSI, 2005, p. 201).

Em uma pesquisa feita em duas residências terapêuticas de Salvador-BA, Lima e Brasil (2014) identificaram que a renda do programa De Volta para Casa (PVC) ou Benefício de Prestação Continuada (BPC)<sup>16</sup> é administrada pelos profissionais do CAPS e cuidadores, dificultando o desenvolvimento da autonomia e conscientização sobre o significado do dinheiro por parte dos pacientes. Este mesmo padrão foi observado por Salles e Miranda (2016) em uma pesquisa com egressos de internações de longa permanência na cidade de Carmo-RJ. O dinheiro dos moradores de RTs é gerido pelas cuidadoras e eles nem sequer sabem que dispõem da quantia. O contato com outras pessoas e o ir e vir é pouco frequente, sendo necessária a companhia constante de uma cuidadora. Os usuários demonstram dificuldade de fazer escolhas e permanecem dependentes exclusivamente dos trabalhadores de saúde mental. Há casos em que a cuidadora e não o paciente vai à consulta médica.

Jardim et al. (2009) alertam para o caráter disciplinar e autoritário de muitos projetos terapêuticos dos CAPS da região sul do Brasil e supõem que, em várias situações, isso se deva mais à ausência de um suporte institucional qualificado do que a uma opção teórica estabelecida. Para Mello e Furegato (2008), o atendimento aos usuários ainda se pauta em uma visão asilar e o sujeito continua sendo percebido pelos sintomas da doença e não por sua subjetividade. Em pesquisa realizada com profissionais de um CAPS de São Carlos-SP, Leão e Barros (2008) identificaram que as ideias de incurabilidade, instabilidade no curso da doença e

---

<sup>16</sup> Este benefício, provido pelo INSS, foi regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), nº 8.742/93, e pelas Leis nº 12.435/2011 e nº 12.470/2011, garantindo um salário mínimo mensal ao idoso com 65 anos de idade ou mais e à pessoa com deficiência em qualquer idade, portadora de limitações de longo prazo que a incapacitem ao trabalho, sejam físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais. É preciso comprovar que não há meios de garantir o próprio sustento, nem de que a família possa provê-lo. Para mais informações, ver: [www.mds.gov.br/relocrys/bpc/indice.htm](http://www.mds.gov.br/relocrys/bpc/indice.htm)

cronificação são reproduzidas pelos técnicos e entendidas como empecilhos para o retorno ao mercado de trabalho. Deste modo, indivíduos com a experiência do sofrimento mental permanecem sob a insígnia da incapacidade e da improdutividade, o que leva à desvalorização do seu poder contratual. Sobre a localização do serviço substitutivo, a pesquisa identificou referências à necessidade de um lugar mais afastado, o que faz parte da lógica manicomial e não da proposta dos CAPS (LEÃO e BARROS, 2008). Outra representação ancorada na ideologia asilar foi a concepção do serviço em si como a inclusão social.

De acordo com a interpretação dos autores, as representações dos profissionais sobre o transtorno mental reproduzem ideias do senso comum influenciadas por propostas do século XIX, que buscavam restituir ao louco a condição de normalidade sintonizando a razão e a vontade. A partir desta ideologia, os técnicos afirmam a necessidade do hospital especializado, defendendo que a internação deve ser mantida desde que transformada. Contraditoriamente, um dos princípios centrais da reforma - o fim do hospital psiquiátrico e o uso da internação apenas para contornar a crise em leitos de hospitais gerais - é contrariado por aqueles que deveriam agenciar esta transformação.

Os próprios profissionais reconhecem as dificuldades cotidianas derivadas da ausência de capacitação para atuar na perspectiva da atenção psicossocial, o que indica a importância da formação e aperfeiçoamento tanto no aspecto clínico, quanto nas ações de socialização. Por isso, eles denunciam a necessidade de investimentos para que o CAPS não exerça o papel de mero reprodutor de práticas assistencialistas (LEÃO e BARROS, 2008). Sobre este tema, os autores citam as pesquisas de Tavares et al. (2003) e Andreoli et al. (2004), segundo as quais os CAPS têm enfrentado dificuldades em promover a reabilitação psicossocial por ainda priorizarem atendimentos clínicos e ambulatoriais, deixando em segundo plano as práticas de reinserção social. O discurso da reforma psiquiátrica não se reflete na prática e, em meio às limitações dos serviços, o que se verifica é o predomínio do paradigma organicista e de práticas autoritárias (CARDOSO, 2008). Em muitos lugares, a assistência continua se pautando na psicofarmacologia, sinais e sintomas, e recorrendo à internação quando há aumento nos riscos.

A associação restritiva entre tratamento e medicação é um ponto que merece destaque. O uso de psicotrópicos ocupou o primeiro lugar na fala da maioria dos pacientes entrevistados por Salles e Miranda (2016), apesar de alguns desconhecerem o que tomam e os motivos da ingestão, demonstrando certa passividade em relação ao seu próprio projeto terapêutico. Sob influência da cultura médico-hospitalar na qual viveram durante os anos de internação, eles não reconhecem os CAPS e Centros de Convivência como formas de tratamento e concebem a prescrição medicamentosa como único meio de remediar os sintomas. Campos et al. (2011)

também relatam uma visão da clínica ainda centrada no diagnóstico, na doença e na prescrição de psicotrópicos, bem como a falta de informação dos pacientes sobre motivo e duração do tratamento medicamentoso. A renovação de receitas sem seguimento clínico e avaliação dos usuários continua sendo prática corrente.

A tendência a medicalizar o sofrimento psíquico severo, disciplinar as suas manifestações e segregá-lo em múltiplas internações ou novos espaços asilares exige medidas e posicionamentos dos atores da reforma psiquiátrica. É preciso que sejam desenvolvidas ações junto à sociedade, com o objetivo de “produzir mudanças no imaginário social acerca da doença mental, da loucura, da anormalidade e da periculosidade do louco, bem como dos serviços de Saúde Mental enquanto um mero depósito de ‘doentes mentais’” (LUZIO e YASUI, 2010, p. 25). É necessário investigar a situação dos pacientes desinstitucionalizados e os processos de trabalho nos dispositivos territoriais para avaliar os efeitos das novas políticas e o que pode ser feito para aprimorar a assistência, evitando retrocessos.

Segundo Salles e Miranda (2016), as pesquisas bibliográficas sobre a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos mostram que são escassos os dados sobre as dimensões sociais e psicológicas de sua reinserção social. Apesar do crescente número de RTs no país, há poucas discussões sobre como os egressos de internações de longa permanência vêm organizando e percebendo suas vidas nesses novos modelos de moradia e na cidade. De acordo com Bezerra (2007), o estabelecimento de critérios de avaliação consensualmente aceitos para medir os resultados das estratégias terapêuticas da reforma do ponto de vista subjetivo - e não apenas objetivo - tornou-se fator determinante na sustentação do movimento. Afinal, para combater os manicômios mentais, muito mais difíceis de mudar do que as próprias leis e políticas, é preciso promover a reavaliação constante do impacto que as atividades assistenciais cotidianas exercem sobre a subjetividade.

Lima e Brasil (2014) alertam que a literatura atual sobre desinstitucionalização tende a repetir as concepções teóricas dos autores clássicos da área, sendo necessário um maior número de produções que abordem o cotidiano minucioso destas práticas, seus limites e desafios, e como manejá-las. É preciso aplicar a discussão à realidade atual, tomando os líderes da reforma como referência na análise do presente. Para tanto, se faz necessário desenvolver um maior número de etnografias, observações participantes e relatos de experiência que discutam investimentos emancipatórios no campo da saúde mental (LIMA e BRASIL, 2014). Nesta mesma direção, Mello e Furegato (2008) falam da importância de promover pesquisas teórico-práticas sobre as possibilidades de cuidado no cotidiano, como forma de romper com o que se entendia como psiquiatria.

É através do estudo e reflexão constantes sobre a prática que novas teorias de como lidar com a loucura e agenciar a sua socialização podem se construir. A avaliação dos fatores envolvidos nos comportamentos de exclusão e intolerância, por dentro dos cenários em que vêm ocorrendo, pode dar subsídios para o seu enfrentamento. Neste sentido, Ribeiro Neto e Avellar (2016) entendem que a continuidade dos estudos sobre as RTs oferece uma via para problematizar e reverter a rejeição social em relação às mesmas. Sobre os CAPS, é necessário um mecanismo de avaliação interdisciplinar capaz de compreender e analisar os processos de gestão e assistência para enfrentar os riscos de “manicomialização” destas unidades, já denunciadas por militantes, trabalhadores e gestores (LEÃO e BARROS, 2008). Em entrevista com Domingos Sávio Alves (2011 apud ELIA, 2013), Benedetto Saraceno afirma que um dos problemas fundamentais da reforma brasileira é a necessidade de maior capacidade de avaliação dos dispositivos comunitários. Segundo Leão e Barros, “a explicitação das ideologias presentes no serviço de saúde mental pode contribuir positivamente para a avaliação e posterior transformação dos discursos [...]” (LEÃO e BARROS, 2008, p. 104).

É preciso que os referenciais próprios à desinstitucionalização não estejam apenas nos textos e produções acadêmicas, mas também façam parte da consciência dos operadores do cuidado. Nas palavras de Amarante:

Ao escutar, acolher, cuidar, interagir e inserir (ao invés de sequestrar, disciplinar, medicalizar, normalizar) estão sendo construídas novas relações entre a sociedade e a loucura. Ao não vislumbrar esta dimensão para além da clínica, essa transcendência, cai-se inevitavelmente, num outro tipo de totalitarismo. A clínica ampliada amplia-se a tal ponto que tudo se torna clínica (AMARANTE, 2003, p. 62).

Como a desinstitucionalização só é possível através de uma mudança paradigmática que envolve a revolução no entendimento da loucura e da clínica, a produção de saberes sobre este processo e a sua interiorização pelos agentes da reforma é fundamental. Neste sentido, a avaliação dos retrocessos se faz necessária para que estratégias de enfrentamento sejam elaboradas. A presente pesquisa busca, portanto, produzir conhecimento sobre os casos em situação de neoinstitucionalização como forma de oferecer subsídios para técnicos e gestores refletirem sobre os fatores que estão levando a este fenômeno. Desse modo, se torna possível construir caminhos para contorná-lo.

### 3 METODOLOGIA

A estreita relação entre clínica, modos de cuidado, valores e ideologias fica evidente quando analisamos os caminhos que os usuários tomam na rede. Como propõem os expoentes da reforma italiana, é no interior de um paradigma, com todos os seus códigos, dizeres e verdades, que a instituição psiquiátrica se estabelece como núcleo de controle sobre a loucura. Portanto, para entender os significados que permeiam a escolha pela internação ou institucionalização de longa permanência, é preciso um tipo de pesquisa que leve em conta a dimensão histórica e social do fenômeno, onde valores e ideologias se constituem. Neste caso, a pesquisa qualitativa se mostra como recurso mais adequado devido à sua capacidade de adentrar a cultura dos participantes, dando voz ao seu modo de construir a realidade. Diferentemente dos estudos quantitativos, que primam pela objetividade dos números e estatísticas, o foco recai sobre o que pensam os sujeitos de estudo, em toda a sua diversidade. Os pontos centrais da investigação qualitativa são justamente os que a pesquisa quantitativa busca eliminar: reconhecimento e análise de diferentes perspectivas, inclusão das reflexões do pesquisador sobre o estudo como parte do processo de produção do conhecimento e variedade de métodos (FLICK, 2009).

Dentre os referenciais teórico-epistemológicos existentes, o construcionismo é um dos que mais se aproxima do olhar de uma pesquisa norteada pela desinstitucionalização. Assim como entendemos que a loucura não é um dado natural a ser desvelado e representado pelos cientistas, mas sim parte de uma trama sócio-histórica, a perspectiva construcionista toma as realidades estudadas como produtos sociais de atores, interações e instituições (FLICK, 2009). A avaliação das crenças dos sujeitos de estudo vai sempre depender dos jogos de linguagem ou das formas de vida nas quais se originam (SCHWANDT, 2006). São estas formas, situadas em um contexto sociocultural, que podem ajudar na compreensão dos discursos envolvendo usuários de saúde mental e da escolha pela sua institucionalização.

Ao assumir este olhar engajado, em profundidade, a pesquisa toma uma direção ético-política importante. A percepção do “objeto” de estudo no interior de uma complexidade que envolve valores, subjetividades e jogos de poder permite ao pesquisador uma reflexão crítica capaz de transformar realidades. No lugar da postura distanciada e supostamente neutra, almejada pelo positivismo, ele assume seu envolvimento com o campo e reconhece o quanto isto faz parte do conhecimento construído durante a pesquisa, colocando em análise estas implicações. Neste sentido, Schwandt compreende a “investigação qualitativa como uma arena

para a crítica científica social, mais do que como um tipo específico de teoria social ou metodologia, que rejeita a suposta neutralidade da ciência dominante” (SCHWANDT, 2006, p. 194).

Na pesquisa social, o “caráter intrínseca e extrinsecamente ideológico” (MINAYO, 2001, p. 14) da ciência se torna ainda mais nítido. As visões de mundo tanto do pesquisador quanto dos sujeitos de estudo estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto aos resultados do trabalho e à sua aplicação. Por ser da mesma “natureza” que seus “objetos” e muitas vezes compartilhar a mesma identidade social e cultural, o investigador é também alvo de observação (MINAYO, 2001). As suas impressões não podem nem devem ser suprimidas, pois se colocadas em análise contribuirão para a reflexão sobre a questão da pesquisa. De acordo com o construcionismo, o significado da ação social não é algo pré-estabelecido, a ser descoberto, mas sim um elemento que só existe e se constitui no interior de interações permeadas por visões de mundo. Os sujeitos da pesquisa interpretam sua realidade a partir de determinado enquadramento cultural e o pesquisador dá voz e suas próprias interpretações a isso no ato da pesquisa, construindo o saber nesta interação. Nas palavras de Schwandt (2006), o conhecimento é ideológico, político e permeado por valores. Pela perspectiva antropológica, Geertz (1989) caminha na mesma direção, ao afirmar que os textos dos pesquisadores são eles mesmos interpretações e, na verdade, de segunda e terceira mão, pois a primeira é aquela dada pelo sujeito do estudo.

No presente trabalho, a questão principal é fruto de minha prática como psicóloga em um CAPS do Rio de Janeiro, onde trabalhei por seis anos. Lá, me defrontei com casos nos quais, apesar dos esforços no sentido da desinstitucionalização, a família ou o próprio usuário optou pela institucionalização. Dois pacientes que haviam sido desospitalizados após longos anos internados acabaram sendo asilados novamente pelos familiares, desta vez em instituições privadas. Um destes casos é o de Augusta, que após passar um ano em residência terapêutica, foi retirada pela parente/curadora e colocada em um asilo particular situado em outro território, sob a justificativa de que os cuidados seriam mais adequados. Em outro, a familiar e também curadora internou o usuário em uma espécie de comunidade terapêutica em cidade interiorana, após conflitos entre ele e os vizinhos. Há também usuários sem histórico de institucionalização que, por diferentes motivações, iniciaram percurso institucional em hospitais particulares, asilos, CTs ou instituições afins. Além dos que lá permaneceram, houve os que foram reinternados e os que conseguiram sair definitivamente depois de um tempo. Evidenciam-se aí novos processos de institucionalização que, na ausência dos antigos estabelecimentos

manicomiais, retraçam caminhos de segregação, desta vez por meio de igrejas, empreendimentos particulares e filantrópicos.

As inquietações e desafios colocados por estas situações foram molas propulsoras da presente pesquisa, evidenciando que o saber se produz também a partir das afetações do pesquisador. O que o desestabiliza, impulsionando a busca por conhecimento, é justamente aquilo que toca em aspectos ligados à sua ideologia e concepções sobre o tema. A aposta na desinstitucionalização e nos dispositivos territoriais como espaços privilegiados para a promoção desta política torna fundamental a pesquisa sobre as razões pelas quais, mesmo sendo acompanhados em CAPS, alguns usuários acabam institucionalizados. Da mesma forma, os resultados do estudo podem abrir caminhos para a transformação desta realidade. A investigação social é uma prática, com efeitos sobre o campo estudado, e não simplesmente um modo de saber (SCHWANDT, 2006).

No percurso para a construção desta pesquisa, o desejo de colocar o CAPS em análise, considerando os usuários que vêm sendo submetidos a uma condição contrária a que propõe a atenção psicossocial, guiou a elaboração do projeto. Para entender se a neoinstitucionalização é de fato uma questão para a atenção psicossocial do município como um todo, foi feito um primeiro contato com diferentes serviços do Rio, o que confirmou a amplitude do problema. A grande maioria dos gestores afirmou que têm ou já teve casos de usuários institucionalizados em asilos, hospitais particulares ou comunidades terapêuticas. Além disso, um contato com a Superintendência de Saúde Mental permitiu ter notícias de pacientes que foram desospitalizados após internações de longa permanência, mas acabaram em outras instituições de caráter asilar. Tendo isso em vista, confirmou-se a relevância da questão e a urgência de se buscar caminhos para contorná-la.

Com o objetivo de abarcar uma maior diversidade de serviços e territórios, optou-se por fazer a pesquisa em diferentes áreas do município. Para tanto, tomou-se como base as três RAPS do Rio de Janeiro: Centro-Sul, Zona Norte e Zona Oeste. Foram usadas letras do alfabeto para nomear os quatro serviços escolhidos, como forma de preservar o anonimato.

Na região centro-sul, escolheu-se o CAPS D, de tipo III, partindo da compreensão de que este poderia dar uma dimensão de como o funcionamento 24h influencia na condução dos casos e nos novos processos de institucionalização. Em uma primeira conversa com o então coordenador do serviço, foi possível identificar que, apesar de contarem com acolhimento noturno para situações de crise, alguns casos acabam sendo direcionados para um circuito neoinstitucional. Segundo ele, devido a conflitos familiares e à falta de estratégias de habitação

para pessoas em sofrimento mental grave, elas são colocadas em instituições particulares que, embora se intitulem de residências terapêuticas ou moradias, reatualizam práticas tutelares.

Na RAPS da Zona Norte, foram escolhidos os CAPS B e C. Como o primeiro é o mais antigo do Rio, supõe-se que a variedade de casos e experiências pelas quais passou desde o início da desinstitucionalização no município o torne um bom lugar para analisar os impasses do processo. Tanto este serviço quanto o C me informaram por telefone que possuíam casos em instituições de caráter asilar. Esta informação, somada à facilidade de contato e disponibilidade que demonstraram para me receber, contribuíram para a escolha de ambos como campos de investigação.

Por fim, o CAPS A, na Zona Oeste, foi de onde partiu a questão de pesquisa e, por isso, não poderia deixar de fazer parte deste estudo. A área onde se situa, com presença significativa da milícia, igreja evangélica e comunidades terapêuticas, favorece situações de intolerância e autoritarismo que influenciam nos rumos da neoinstitucionalização.

Além da variedade de territórios e serviços, a pesquisa também buscou abarcar diferentes perfis e destinos institucionais. De acordo com a sugestão de Patton (2002), é importante alcançar a máxima variação da “amostra”, incluindo poucos casos, mas que apresentem um espectro significativo de diferenciação no campo. Além da diversidade, outro critério indicado pelo autor para a seleção, que serviu de base para esta pesquisa, foi a intensidade em que características, processos e experiências se mostram através dos casos. Por este caminho, as dinâmicas que a investigação busca elucidar tornam-se especialmente claras (FLICK, 2009).

A etnografia foi a abordagem escolhida, considerando o importante engajamento com o campo que ela produz, condizente com a concepção construcionista sobre o conhecimento. Partindo da ideia de que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu no interior da cultura, Geertz (1989) toma a etnografia como uma “descrição densa”, capaz de interpretar estes significados junto aos sujeitos de pesquisa. Portanto, esta abordagem antropológica não se define pelo conjunto de métodos através dos quais é aplicada, mas pelo “tipo de esforço intelectual que representa”. Trata-se de uma ciência interpretativa, em busca do significado. Nas palavras de Geertz, o objeto da etnografia é:

[...] uma hierarquia estratificada de estruturas significantes em termos das quais os tiques nervosos, as piscadelas, as falsas piscadelas, as imitações, os ensaios das imitações são produzidos, percebidos e interpretados, e sem as quais eles de fato não existiriam (nem mesmo as formas zero de tiques nervosos as quais, como categoria cultural, são tanto não-piscadelas como as



piscadelas são não-tiques), não importa o que alguém fizesse ou não com sua própria pálpebra (GEERTZ, 1989, p. 17).

Desse modo, o pesquisador deve se indagar, não sobre o suposto status ontológico de comportamentos ou eventos humanos, mas sobre “o que está sendo transmitido com a sua ocorrência e através da sua agência” (GEERTZ, 1989, p. 20-21). Transportando para a presente pesquisa, passamos a questionar o que as atitudes de familiares, usuários, profissionais e empreendedores da neoinstitucionalização significam e representam. Com base nesta perspectiva, as falas, iniciativas e construções que se erguem no lugar dos antigos manicômios são tomadas como símbolos de processos que só poderão ser esmiuçados no engajamento com o campo.

A imersão nos CAPS e instituições para a realização desta pesquisa em profundidade enfrentou o desafio da pandemia do novo Coronavírus, que se instalou definitivamente no Rio de Janeiro em março de 2020, levando a medidas de distanciamento social que limitaram a presença física nos serviços. Na semana que eu havia marcado com a coordenadora do CAPS C de participar da reunião de equipe para apresentar a pesquisa e fazer um primeiro mapeamento dos casos, a Prefeitura determinou o início da quarentena na cidade, levando à suspensão do encontro. Como a pandemia se estendeu por muito tempo, com um número elevado de casos e mortes no Brasil e no Rio, precisei redefinir os caminhos do estudo para preservar os sujeitos da pesquisa e a mim mesma. Devido à alta transmissibilidade do vírus, o contato com os serviços foi reformulado para o modo *on-line* em um primeiro momento.

Embora a presença maciça nos diferentes espaços não fosse possível, a densidade do estudo se deu por meio do contato e escuta de técnicos, familiares e gestores em entrevistas *on-line*, bem como de visitas pontuais a CAPS e instituições, que me permitiram sentir o cotidiano e dinâmica destes locais. Nas situações em que isso não foi possível, buscou-se alcançar a profundidade do campo por meios remotos, captando as falas, silêncios e reverses envolvidos em cada contato e descrição oferecidos por meus interlocutores. O desenvolvimento de uma investigação qualitativa com olhar etnográfico não depende estritamente da presença física, mas sim do modo como o objeto de estudo é tomado e da relação que se estabelece com ele.

Como mostra Flick (2009), na análise qualitativa o desenho da pesquisa é pensado em função do objeto e não o contrário. Nas palavras do autor: “a adequação ao tema em estudo e as circunstâncias concretas em que é estudado devem ser a principal orientação na decisão de

uma ou de outra alternativa [de desenho] [...]” (FLICK, 2009, p. 141-144 - tradução minha<sup>17</sup>). Ao invés de testar teorias já existentes, com base em protocolos científicos pré-estabelecidos, busca-se elaborar novos saberes e formas de análise a partir da experiência em campo com tudo o que ela traz. A importância de investigar os motivos da neoinstitucionalização pela ótica dos usuários e pessoas envolvidas, de fazê-lo em diferentes CAPS - para abarcar a real dimensão do problema na cidade -, somada à necessidade de reduzir a presença física nos serviços, fez com que o estudo de caso por meio de entrevistas se colocasse como caminho mais adequado na presente pesquisa. Ao transformar situações clínicas em objetos de estudo (DENZIN e LINCOLN, 2006), esta estratégia de investigação faz destas experiências singulares, analisadoras da situação-problema.

Para reconstruir o histórico de cada caso, as entrevistas são um recurso frutífero. Segundo Flick (2009), as perguntas contribuem para tornar explícito, o conhecimento implícito do entrevistado. Desse modo, as perspectivas de familiares, profissionais e dos próprios usuários sobre a institucionalização podem ser colocadas em palavras. A entrevista revela os saberes destes atores na forma de respostas, tornando-os acessíveis à interpretação. A narrativa que se desenvolve nesta dinâmica oferece o enquadramento pelo qual experiências são apresentadas e revividas. Nesse processo de transformação, as interpretações e modo próprio de cada um conceber sua realidade são transpostos para o universo simbólico da ciência social (FLICK, 2009).

Há três tipos principais de entrevista elencados pela literatura: estruturada, semiestruturada e aberta. O presente estudo considerou o segundo tipo mais indicado por oferecer um roteiro de questões para guiar o processo e, ao mesmo tempo, comportar uma abertura em relação a novos tópicos que o entrevistado pudesse apresentar. Segundo Alves e Silva (1992), se por um lado, núcleos de interesse do pesquisador vinculados aos seus pressupostos teóricos e contatos prévios com a realidade estudada dão a direção das perguntas, por outro, o roteiro pode ser adequado ao universo dos sujeitos. Nas palavras dos autores, a entrevista semiestruturada adota uma formulação flexível das questões,

cuja seqüência e minuciosidade ficarão por conta do discurso dos sujeitos e da dinâmica que flui naturalmente no momento em que entrevistador e entrevistado se defrontam e partilham uma conversa permeada de perguntas abertas, destinadas a ‘evocar ou suscitar’ uma verbalização que expresse o modo de pensar ou de agir das pessoas face aos temas focalizados, surgindo então a oportunidade de investigar crenças, sentimentos, valores, razões e

---

<sup>17</sup> No original: “The appropriateness for the issue under study and the concrete circumstances in which it is studied should be the main orientation in the decision for one or the other alternative discussed here”.

motivos que se fazem acompanhar de fatos e comportamentos, numa captação, na íntegra, da fala dos sujeitos (ALVES e SILVA, 1992, p. 64).

Sobre a escolha por este tipo de entrevista, Flick (2009) indica que é o recurso mais econômico se declarações concretas sobre um assunto são o objetivo da coleta de dados, como é o caso do presente estudo. A entrevista semiestruturada contribui neste caminho, pois comporta um direcionamento temático e foco em certos tópicos. A elaboração de perguntas capazes de estimular os diferentes atores a falarem sobre o percurso e impasses vividos pelo usuário institucionalizado, somada à abertura para acolher outras contribuições que eles possam trazer, fazem da entrevista semiestruturada o caminho mais frutífero para a presente pesquisa.

Flick (2009) mostra ainda, que este tipo de roteiro não se define apenas pelo estilo das questões, mas pelo modo como o entrevistador conduz o processo, oscilando entre mencionar certos tópicos e manter-se aberto à forma como o entrevistado aborda estes assuntos e outros que possam ser relevantes para ele. Trata-se, portanto, de uma atitude que requer alto grau de sensibilidade ao andamento concreto da entrevista e ao entrevistado. Nesse contexto, é fundamental um olhar fenomenológico capaz de suspender pressupostos e hipóteses já formulados pelo pesquisador com base na teoria e experiência prévia, para permitir que o novo surja. Como diriam os fenomenologistas, deve-se fazer um esforço para “‘colocar entre parênteses’ (Gearing, 2004) premissas e conceituações prévias sobre um fenômeno de interesse, a fim de permanecer aberto ao que está nos dados”<sup>18</sup> (ROULSTON, 2014, p. 302).

Considerando que a presente pesquisa é fruto de uma questão oriunda da minha prática em um CAPS onde trabalhei por seis anos, foi preciso cuidar constantemente para que as suposições e hipóteses relativas aos usuários que acompanhei não obstruíssem minha escuta sobre outros casos e sobre o próprio caso de Augusta, também escolhido para integrar o estudo, como será esclarecido adiante. Foi essencial o exercício de “colocar entre parênteses” aquilo que eu pensava com base nas supervisões do CAPS A e nas conversas com os colegas de trabalho. Vale destacar que este esforço não teve como objetivo o cultivo de uma postura neutra, que iria na contramão do posicionamento aqui defendido, mas sim de facilitar a abertura para as novidades do campo, de modo que minhas hipóteses pudessem se somar ou ser confrontadas com os achados, ao invés de obstruí-los.

Justamente porque as entrevistas não são mera coleta de material, mas uma construção sobre a construção dos sujeitos do estudo, é essencial esclarecer o contexto e dinâmica do

---

<sup>18</sup> No original: “‘bracketing’ (Gearing, 2004) assumptions and prior conceptualizations about a phenomenon of interest in order to remain open to what is in the data”.

processo. Nesse sentido, o diário de campo pode ser um importante instrumento, que permite retomar o que foi vivido na relação com os entrevistados. Por meio dele, diferentes elementos são identificados, descritos, percebidos e revividos pelo pesquisador. De acordo com Potter e Hepburn (2012), os pesquisadores devem fornecer informações detalhadas sobre o contexto da entrevista e a co-construção dos dados, dando transparência ao modo como se configurou, esclarecendo o papel ativo do entrevistador e mostrando a dimensão interativa do processo. Desse modo, ganham voz aspectos fundamentais da pesquisa social construtivista: a subjetividade do pesquisador como parte do processo de produção do conhecimento, a interação entre ele e os sujeitos da pesquisa e a relação destes atores com o entorno. A elaboração de notas sobre todo o percurso contribui para esta reflexão.

No diário elaborado no decorrer da presente pesquisa, buscou-se registrar as percepções, afetações e dificuldades experimentados nas entrevistas e incursões em campo, as características dos espaços físicos e outros aspectos não verbais que contribuísssem para a compreensão do objeto de estudo. As variáveis observadas neste processo foram: sentimentos dos familiares/cuidadores em relação ao usuário, ao tratamento no CAPS e à institucionalização; afetos demonstrados pelo paciente em relação ao serviço substitutivo e à instituição na qual encontra-se; dinâmicas de interação entre pacientes, funcionários e gestores no estabelecimento; formas de interação estabelecidas comigo; hesitações, impasses e estranhamentos despertados pelas questões do estudo; meus sentimentos e impressões sobre os diferentes encontros e a organização dos espaços visitados.

Tanto o registro das entrevistas, quanto o diário de campo mostram a relevância da escrita para a pesquisa. De acordo com as análises de Geertz (1989), o ato de escrever inscreve a ação, dando-lhe um contorno que permitirá interpretar os significados subjacentes. A escrita fixa não o acontecimento de falar, mas o "pensamento", "conteúdo", "substância" desse ato. Por esta via, a etnografia interpreta o fluxo do discurso social. Como diria Gergen (1994), avaliar formas de discurso existentes é avaliar padrões de vida cultural, pois o que sobreviverá como explicação válida ou útil são as eventualidades dos processos sociais envolvidos.

A pesquisa social permite analisar estruturas maiores a partir de um conhecimento "muito extensivo de assuntos extremamente pequenos" (GEERTZ, 1989, p. 31). Ou seja, temas que também dizem respeito a historiadores, economistas, cientistas políticos e sociólogos são abordados por meio da forma que assumem em contextos específicos. É o caso dos dizeres, afetos e iniciativas envolvidos na institucionalização de usuários de CAPS, que, se por um lado, envolvem situações e contextos particulares, por outro, expressam interesses e impasses mais amplos, a serem investigados na presente pesquisa.

O primeiro passo para a identificação e escolha dos casos foi a participação nas reuniões de equipe dos diferentes CAPS, que estavam se dando por meio de plataformas de videoconferência em função da pandemia. No dia 26/08/2020, tive a oportunidade de participar de duas delas, dos CAPS B e D. Na primeira, a coordenadora do serviço logo se recordou de Roberto, usuário que, segundo ela, tinha sido internado pelo pai em comunidade terapêutica havia anos. Disse que em situações como esta, a equipe faz um primeiro investimento na tentativa da desinstitucionalização, mas dificuldades, como a barreira de acesso imposta pela instituição e a recusa de diálogo pelo familiar, impedem a continuidade do acompanhamento. Considerando os desafios trazidos por este tipo de situação, ela reconheceu a relevância do estudo e disse que poderia ser um bom estímulo para o serviço retomar estes casos e se repensar.

No CAPS D, tipo III, a equipe falou principalmente de uma “moradia” chefiada por um psicólogo de orientação junguiana. Uma profissional se mostrou bastante crítica à instituição, pontuando, com indignação, que a própria justiça enviava pacientes para lá por mandato. A técnica de referência de uma das moradoras, Neide, esclareceu que o CAPS não indicava o local, mas as famílias e usuários faziam esta escolha em parte por causa dos furos, precariedades e dificuldades da rede. Também foi citada uma “Residência” particular onde um usuário, Francisco, ficou antes de ir para o Centro Junguiano. Ambos os locais já haviam sido mencionados pelo ex-coordenador quando conversamos meses antes.

Para a minha surpresa, esta reunião trouxe uma situação inusitada, em que o local da institucionalização não era um asilo, hospital, CT nem “Residência” privada, mas o próprio CAPS. A usuária, Sandra, estava há mais de três anos no acolhimento noturno por não ter uma alternativa de moradia. Diante das questões colocadas pelo meu projeto, a nova psiquiatra do serviço pensou nela. Como se tratava de longa permanência no principal dispositivo da reforma psiquiátrica, me vi em um impasse: por si só, este serviço não poderia substituir uma moradia em hipótese alguma, mas seria possível definir um CAPS III como nova forma de institucionalização? Parecíamos estar diante de um paradoxo. Em orientação, concluímos que eu precisaria ouvir mais sobre o caso para decidir se poderia entrar na pesquisa. Ao conversar com a técnica de referência e constatar o isolamento no qual Sandra se encontrava no serviço, decidi que se adequava ao estudo.

Na reunião do CAPS C, os técnicos mencionaram diferentes casos a partir da apresentação do meu projeto. Com alguns deles, o serviço havia perdido contato, como, por exemplo, um usuário que foi colocado em uma clínica em Niterói pela família. Já com outros, o vínculo se mantinha, embora de forma reduzida. Era o caso de Vitor e Severino. O primeiro estava em uma “clínica” judaica nas proximidades e o segundo em uma “suposta moradia

assistida”, nas palavras da coordenadora. Recordaram também da situação de Jorge, que, após sete meses em uma “Residência” particular - a mesma em que ficou Francisco, do CAPS D -, voltou para casa.

A crise sanitária ocasionada pela pandemia, somada à distância de alguns territórios, fez com que eu concentrasse os esforços da pesquisa primeiramente nos casos que se encontravam em instituições mais próximas, como aqueles dos CAPS C e D (Zonas Norte e Sul). Fiz visitas e entrevistas nos serviços e “Residências” particulares destas regiões, esperando que em um segundo momento a pandemia arrefecesse e eu tivesse a chance de ir às instituições mais distantes. Como as taxas de contágio permaneceram altas, esta possibilidade foi se tornando cada vez mais longínqua. Resolvi então reduzir o número de casos a serem analisados naqueles locais. Em relação ao CAPS B, me detive na situação de Roberto, e ao CAPS A, na de Augusta, usuária que eu mesma havia acompanhado quando trabalhei no serviço. Foi tanto uma forma de incluir na pesquisa a situação que motivou o estudo, quanto de aproveitar o meu conhecimento prévio do caso e a visita que fiz à instituição como técnica de referência, para tentar compensar de alguma forma a dificuldade de retornar a este local no contexto pandêmico. No contato feito com a dona do asilo para combinar a entrevista, foi possível constatar que o acesso não seria tão difícil, pois, apesar da distância, o estabelecimento se localizava próximo à estação de trem. Decidi então ir até lá, de modo que a pesquisa pudesse se valer não só das minhas recordações e registros no prontuário sobre a institucionalização, mas também de uma visão atual da situação, sob o ponto de vista etnográfico. Caso eu me restringisse ao contato remoto, não conseguiria falar com Augusta.

Ao mesmo tempo, os avanços na investigação do caso de Roberto revelaram que ele não estava em uma comunidade terapêutica, mas sim em hospital psiquiátrico particular com influências religiosas. Esta descoberta foi feita quando tive acesso ao prontuário do paciente, que dizia o nome e localização do estabelecimento. Ficou claro então, o que a própria coordenadora e ex-técnica de referência do caso havia dito na reunião de equipe: na dificuldade de manter contato com a família e acessar a instituição, a equipe do CAPS acaba se distanciando dos casos em situação de neoinstitucionalização. O equívoco sobre o perfil do local parecia ser reflexo disso.

Considerando tanto a importância de abarcar uma maior variação da “amostra” (PATTON, 2002), para compreender as diferentes formas de institucionalização que se articulam hoje em dia, quanto o destaque das comunidades terapêuticas no cenário atual, decidi investigar mais um caso, que estivesse ou já tivesse passado por CT. O conhecimento prévio e as conversas com a equipe do CAPS A me permitiram chegar a alguns casos nesta situação.

Dentre estes, escolhi aquele em que o tempo na comunidade e a busca por ela em diferentes momentos foi maior, o de Eduardo. Dessa forma, a intensidade das experiências envolvendo a neoinstitucionalização pôde se mostrar com mais nitidez.

Todo o material coletado na forma de entrevistas e diário de campo sobre as visitas, telefonemas e chamadas de vídeo realizados foi sistematizado em relatos sobre cada caso. A leitura de prontuários serviu para complementar lacunas que possam ter surgido nas entrevistas. Desse modo, foi possível recompor o histórico de cada usuário e avaliar os fatores envolvidos na neoinstitucionalização, identificando o lugar do CAPS nesta trama.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro e do Instituto de Medicina Social da UERJ, sob o número 27834619.0.0000.5260. Para preservar o anonimato, todos os nomes usados são pseudônimos. Os roteiros das entrevistas e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido estão disponíveis nos apêndices.

## 4 OS CASOS

### 4.1 RAPS Zona Oeste

#### 4.1.1 CAPS A

##### 4.1.1.1 Augusta

Augusta foi acompanhada por mim no CAPS onde trabalhei por seis anos. A partir da presente pesquisa, pude me deslocar do lugar de técnica de referência da usuária e revisitar o caso pelo ponto de vista da pesquisadora. Por meio de entrevistas com profissionais que a acompanharam na época em parceria com o CAPS, da visita à instituição em que está asilada e da leitura do prontuário, ganhei uma nova perspectiva sobre seu percurso e pude colocar em análise a minha própria atuação no caso. No decorrer do relato, as minhas recordações são intercaladas com registros do prontuário e depoimentos da cuidadora e da ex-coordenadora das RTs do CAPS. Além disso, as observações feitas na visita ao asilo como técnica de referência, em 2017, são cotejadas com as impressões e relatos obtidos em 2021, no contexto da pesquisa. A entrevista à família não foi possível porque ninguém atendeu às minhas inúmeras tentativas de contato. Logo, os relatos de familiares aqui expostos são fruto das minhas memórias, complementadas com registros do prontuário.

Nascida em 18/10/1945, a usuária tem uma história marcada por muita violência. É a mais nova de uma prole de cinco, com três irmãs (Elisa, Simone e Marisa) e um irmão. Quando tinha menos de cinco anos de idade, a mãe morreu por uma tentativa de aborto. Foi quando o pai colocou Augusta e Elisa para trabalharem e morarem cada qual em uma casa de família e elas sofreram graves maus-tratos. Ele era alcoolista e já faleceu. Elisa conta que a família para a qual trabalhava não a deixava sair e que a patroa de Augusta uma vez enfiou sua cabeça em um balde de água fervendo. Diante dessa situação, a irmã mais velha, Marisa, tirou-as de onde estavam e levou-as para morarem em sua casa, quando já eram adolescentes. Embora Elisa não fale diretamente sobre isso, tudo indica que Augusta continuou atuando como empregada doméstica, pois atualmente tem uma aposentadoria no valor de um salário-mínimo, fruto deste trabalho. Em relação à escola, cursou apenas o primário.

A usuária teve a primeira crise após engravidar, com aproximadamente 19 anos e, desde então, sofreu inúmeros surtos nos quais ficava muito violenta, quebrando coisas e agredindo pessoas. Uma vez, “deu uma surra” na vizinha e a polícia foi acionada. Também já tentou



esfaquear a irmã, Elisa. Após o nascimento do filho, ficou ainda mais agressiva e desorganizada psiquicamente. Maltratava o menino e deixava-o na rua. A relação dela com o pai da criança foi rápida e bastante conturbada. Ele jamais assumiu a paternidade.

Augusta passou por inúmeras internações psiquiátricas e em 1985 deu entrada no então Hospital Pedro II, atual Nise da Silveira. Foi seu irmão quem conseguiu levá-la, pois fingiu estar conduzindo-a para ver o pai de seu filho. Devido à gravidade do quadro e à falta de uma rede que proporcionasse o suporte necessário, ela foi transferida em maio daquele ano para a Clínica da Gávea e lá ficou até 2013. O filho a visitava às vezes. Ele ficou morando com seu irmão e na adolescência se envolveu com o crime, sendo preso. Após ser solto, morou um tempo com Elisa e trabalhou em uma padaria, mas logo sumiu. Anos depois, souberam que havia morrido, provavelmente assassinado devido ao envolvimento com o tráfico de drogas.

Em 2013, o CAPS passou a atuar no caso, a partir do encaminhamento do supervisor de desinstitucionalização da Superintendência de Saúde Mental. O primeiro contato do serviço com a usuária foi em uma visita hospitalar feita pela terapeuta ocupacional (TO). Nesta ocasião, Augusta estava calma, apresentava discurso “incoerente” e dizia estar grávida, com medo de sair da instituição. Passava o dia arrumando e desarrumando sua cama. Reclamou que lá não tinha atividade. A TO lhe explicou os planos para a sua saída, mencionando a possibilidade de um retorno familiar ou uma residência terapêutica. Diante disso, ela refletiu um pouco e disse que gostaria de morar com a irmã Simone. Ela havia assumido a sua curatela em 2008 e lhe fazia algumas visitas, assim como Augusta recebia licença para ir a sua casa em alguns natais.

Após o adoecimento desta irmã por câncer, ela se afastou. Com a entrada do CAPS no caso, as técnicas fizeram contato com ela, que demonstrou bastante resistência à ideia de receber Augusta. Argumentou que estava com problemas de saúde e não tinha condições de acolher uma pessoa “crônica”, internada por tantos anos. Após algumas tentativas, ela acabou aceitando ir ao “grupo de área”<sup>19</sup> do CAPS, em junho de 2013, onde foi informada sobre o funcionamento do serviço. As técnicas também buscaram explicar a importância do retorno familiar e negociar a possibilidade de Augusta ir passar dois dias da semana com a irmã, como uma experiência. Inicialmente ela aceitou, mas após uma conversa em família, mudou de ideia. Diante deste impasse, as profissionais de referência à época conversaram com o diretor do CAPS para que as auxiliasse na condução do caso. Ele orientou que continuassem tentando promover o retorno familiar.

---

<sup>19</sup> Este dispositivo consiste em uma reunião de usuários e familiares que habitam uma mesma microárea do CAPS. A equipe do serviço é dividida entre estes territórios de referência.

Em final de junho, a parte da Clínica da Gávea conveniada ao SUS foi fechada e a usuária precisou ser transinstitucionalizada para o Hospital Pedro de Alcântara. No dia 17/07/2013, a equipe do CAPS fez visita hospitalar a ela, que disse estar gostando da instituição e não ter mais interesse em morar com a irmã. Explicou que não queria dar trabalho a Simone, pois ela tinha dois filhos pequenos para cuidar. No dia 09/09/2013, foi feita nova visita hospitalar, em que as técnicas do CAPS conversaram com a equipe do hospital e foram informadas que a paciente se encontrava estável e vinha recebendo visitas da irmã. No atendimento a Augusta, ela falou que havia “ganhado neném” no dia anterior e, por isso, não estava bem, nem podia conversar. A equipe tentou fazer novos contatos com a família, sem sucesso. Em 22/10/2013, consta no prontuário o último relato de tentativa de ligação por parte de uma das técnicas de referência à época e apenas em agosto de 2014, após a minha entrada na equipe, o CAPS volta a trabalhar no caso.

Quando passei a conversar com a família, Simone já estava muito doente. Ela havia passado oito meses fazendo quimioterapia e, enquanto se recuperava, descobriu outro nódulo no fígado. A sobrinha, filha de Elisa, que estava cuidando dela, foi quem me passou estas informações. Ela explicou que, devido a esta situação, não seria possível acolher Augusta em casa e pediu que ficasse mais tempo no hospital. Expliquei que a usuária estava de alta, mas havia a possibilidade de morar em uma residência terapêutica. Ela me agradeceu muito por isso, pediu o endereço do local e o telefone do serviço. Vale mencionar que o irmão e a irmã mais velha de Augusta, Marisa, já eram falecidos nesta época.

Diante das dificuldades vividas pela família e da fala recorrente de que não seria possível acolher Augusta, entendemos que a RT seria o caminho mais indicado. Agendamos então uma reunião no CAPS com Elisa e a sobrinha, já na presença da coordenadora das residências vinculadas ao serviço. Elas chegaram muito mais cedo do que o combinado porque tinham de retornar para receber o médico que visitaria Simone em sua casa. Elisa reiterou que era inviável abrigar Augusta, porque, além da irmã doente, também tinha que cuidar da filha “bipolar”. Além disso, achava que não conseguiria lidar com a agressividade da usuária, embora reconhecesse que estava muito mais tranquila. Em relação à curatela, explicou que seria transferida para ela quando Simone morresse. Explicamos então como funcionava o serviço residencial terapêutico da Prefeitura e a necessidade de repasse do valor da aposentadoria de Augusta para custear suas despesas. Elas mostraram resistência a esta ideia, pois achavam que só seria necessário prover o valor que ela precisasse a cada momento e não o total.

Apesar dos impasses deste encontro, foi uma oportunidade para combinarmos uma visita à usuária em conjunto, no final de setembro. Nesta ocasião, primeiramente deixamos que

Augusta ficasse a sós com Elisa e sua filha, pois elas não se viam há muito tempo. As duas lhe presentearam com um cacho de uvas, pois lembravam que ela gostava muito. Depois, eu e a coordenadora da RT nos apresentamos e conversamos com a usuária, que estava cabisbaixa e com a dicção bastante comprometida. Era difícil compreender o que dizia, mas pudemos entender que ela não queria sair do hospital, pois lá tinha o que precisava: comida e roupa.

Nas visitas subsequentes, ela continuava resistente à desospitalização e explicava o motivo por meio de construções delirantes. Dizia que seu marido policial não a deixava sair e que estava grávida do segundo filho, necessitando dos cuidados hospitalares. Buscamos acolher o que estava nos trazendo e, ao mesmo tempo, construir um vínculo que a deixasse segura para ser cuidada por nós, residindo na RT. Como seu aniversário estava chegando, combinamos que a cuidadora, Ester, e a acompanhante terapêutica do serviço residencial (que depois se tornou coordenadora), Salete, iriam visitá-la no dia para comemorar. Assim foi feito e elas levaram bolo de chocolate diet, a pedido de Augusta.

Ester conta que visitou a usuária no hospital várias vezes, algumas delas até sozinha. Esta profissional também levou Augusta para comprar os móveis que ela usaria na RT, como sua cama, armário, geladeira... A família mostrava-se resistente e pouco disponível ao processo de transição da usuária para a residência. Em 08/12/2014, Elisa faltou a uma reunião marcada no hospital com a equipe do CAPS. De todo modo, os profissionais aproveitaram o encontro para discutir o caso e os encaminhamentos necessários. Estavam presentes eu, a coordenadora das RTs e a AT, bem como a assistente social, dois psiquiatras e um enfermeiro da instituição. O psiquiatra de Augusta explicou que sua alta já estava assinada e os encaminhamentos necessários redigidos, como por exemplo, para a clínica médica. O diagnóstico da paciente era de esquizofrenia residual (F 20.5), quando os sintomas positivos (delírios, alucinações...) se tornam menos evidentes e os negativos (embotamento afetivo, discurso “pobre”, retraimento...) predominam. Sobre as questões físicas, apresentava diabetes e hipertensão, mas encontrava-se estabilizada. Ele esclareceu que o edema na perna, do qual ela tinha se queixado conosco uma vez, não era fruto de nenhuma destas condições clínicas, mas sim do fato de não se movimentar muito. Em relação à família, a assistente social informou que Elisa já havia feito o pedido de transferência da curatela de Simone para ela.

No atendimento a Augusta, ela mostrou-se cabisbaixa e retraída, dizendo novamente que não iria para a RT por estar grávida e porque o hospital já fornecia o que precisava, como o vestuário. Buscamos mostrar-lhe que receberia a assistência necessária quando estivesse morando na RT e que poderia comprar suas roupas com seu próprio dinheiro, mas ela continuou

dizendo que não sairia do hospital. Para Salete, este processo foi marcante, pois foram poucos os casos em que a pessoa impôs resistência a sair da instituição.

Fizemos nova tentativa de reunião com a família, mas Elisa desmarcou novamente, alegando que a irmã tinha sofrido uma piora em seu quadro clínico. A coordenadora da RT fez então contato telefônico e conseguiu falar com a sobrinha. Ela explicou que todos estavam abalados emocionalmente com o estado de Simone e pediu compreensão à equipe do CAPS. Ao mesmo tempo que buscávamos acolher a situação delicada na qual a família se encontrava, não podíamos adiar por mais tempo o processo de desospitalização de Augusta, há tantos anos internada. Uma nova RT estava em vias de ser aberta e havia uma vaga reservada para a usuária. Como a irmã assumiria a curatela, dependíamos dela para viabilizar esta passagem, em seus diferentes momentos.

Em janeiro de 2015, a coordenadora das RTs e a AT tentaram levar Augusta para conhecer a residência recém-aberta, junto a duas outras pacientes que também iam morar lá, mas não conseguiram porque a instituição só aceitava liberá-las mediante autorização formal da família. A assistente social precisou então ligar para Elisa e convocá-la a uma reunião, que ocorreu em 16/01/2015, junto à equipe do CAPS e à Superintendência de Saúde Mental. Nesta ocasião, ela compareceu com a filha e o marido e foram esclarecidas dúvidas sobre o funcionamento da RT. Eles demonstraram apreensão em relação à mudança, considerando que Augusta havia chorado dizendo não querer sair do hospital quando a visitaram no final de dezembro de 2014. Esta questão foi trabalhada no atendimento e ficou combinado que Elisa buscaria a irmã no dia 21/01/2015 para levá-la à residência terapêutica.

Encontramos Augusta após a reunião e ela se mostrou mais animada do que das últimas vezes. Apesar disso, continuava reticente em relação à RT, o que mudou após o estímulo de Elisa e da filha. Ela acabou concordando em ir junto com elas para a nova moradia. Como se pode ver, a conversa e os esclarecimentos prestados aos familiares neste dia tiveram ressonâncias no modo como se posicionaram em relação a Augusta, transmitindo o impulso necessário para que ela aceitasse ser desospitalizada. Este encontro também foi uma oportunidade de esclarecermos a situação de Simone. Ela havia falecido há dois meses, informação que estava sendo omitida pela família e só foi revelada nesta ocasião. O processo de passagem da curatela seguia em andamento, mas ainda sem conclusão.

Augusta foi para a RT no dia combinado, acompanhada pela irmã, a sobrinha e a cuidadora. Apesar do receio em relação à mudança, aceitou o novo local e foi se adaptando aos poucos. Salete recorda que ela estendia sua roupa, via filmes, ouvia rádio... Segundo Ester, a usuária gostou muito da residência e de todas as cuidadoras, era bem quista e não teve problema

com nenhuma companheira de moradia. Com o tempo, adquiriu maior independência, passando a cuidar da casa e dos seus pertences. Além de lavar a louça, forrava a cama, lavava suas calcinhas à mão e limpava “um pouquinho” o seu banheiro. Além disso, costumava mandar que outras moradoras arrumassem a casa. Nas palavras de Ester, ela dava “ordem em [nome de outra moradora], nas outras e até mesmo nas cuidadoras... ela era uma pessoa bem ativa na residência [...] ela se achava como se fosse a dona da casa e as meninas<sup>20</sup> as companheiras dela” (2021 - relato verbal). Salete associa este jeito de ser ao relato da irmã sobre a postura de Augusta antes da internação em hospital psiquiátrico.

A mudança para a RT proporcionou a recuperação de uma vitalidade que a usuária havia perdido nos anos de institucionalização. Enquanto no hospital ela estava quase sem expressão, falando “bem baixinho”, como se não estivesse se dirigindo a ninguém, na residência passou a falar alto, brigar, chamar a atenção de outras moradoras e ser respeitada. Considerando esta diferença, Salete pontua que o ganho de expressividade foi notável, embora a autonomia não tenha se desenvolvido tanto.

Por ser “muito autoritária”, Augusta tinha um quarto só para ela e não queria ninguém junto. Sentia-se muito feliz de ter este espaço exclusivo, como pediu no início. Por outro lado, não gostava de ir à rua e “era uma luta” para levá-la ao CAPS. Achava que não precisava, pois estava bem, e recusou a chave que recebeu em seu nome (assim como os outros moradores<sup>21</sup>), pois não era do seu interesse sair sozinha. Costumava apenas andar até o portão e voltar, bem como ir à padaria acompanhada. Também foi ao *shopping* algumas vezes e comprou suas roupas íntimas. Salete recorda que ela começou a ter mais itens de beleza, como o pente, desde que foi para a casa.

Uma vez, Augusta foi ao supermercado com a cuidadora e outras moradoras.<sup>22</sup> Em geral, preferia não ir porque andava muito devagar. Ester pontua que nas reuniões de equipe costuma ser discutida a importância de se incentivar os moradores a participarem das compras, mas nem todos aceitam. Embora Augusta não quisesse e pedisse para ficar na casa, ela ajudava a preparar as refeições, catando feijão. A cuidadora também costuma perguntar aos residentes o que preferem comer naquele dia, implicando-os nessa escolha. Além disso, busca incentivar, orientar e negociar com eles não só em relação à cozinha, mas também à limpeza da casa e lavagem das roupas.

---

<sup>20</sup> Ester se referia aqui às moradoras que estiveram internadas no mesmo hospital de Augusta antes da RT.

<sup>21</sup> A coordenadora deu uma chave para cada morador assim que a RT abriu, como um ato simbólico. Alguns não tinham autonomia para usá-la, mas outros conseguiram.

<sup>22</sup> As compras da RT são feitas com um vale no valor de R\$ 2800,00, fornecido pela ONG que administra o serviço.

Sobre a relação com a família, Ester lembra que, uma vez por mês, a irmã ia com a sobrinha visitá-la. Levava um cacho de uvas e uma coca pequena. Nestas ocasiões, Augusta oferecia esse lanche para as duas moradoras que estiveram internadas com ela antes de ir para a RT e não conversava muito com as familiares. As únicas duas vezes em que Elisa aceitou dar algum dinheiro à irmã foi para fazer exames médicos, em caráter de exceção. A usuária se tratava em um Centro Municipal de Saúde, onde fazia todo o acompanhamento clínico necessário.

Em geral, os moradores tinham seus recursos guardados em uma “caixinha” dentro de um armário na sala e o retiravam quando precisavam. Segundo Ester, este não era o caso de Augusta, pois além de não receber dinheiro da família, ela não queria ficar com nenhum valor em mãos. De acordo com Salete, ela costumava dizer que as coisas tinham de ser feitas por ela, desde as compras até botar a comida no prato: “Tinha bem essa coisa de que ela não... não era ela que tinha que fazer as coisas dela, era a gente que tinha que fazer” (2021 - relato verbal). De todo modo, quando ela pedia uma Coca-Cola, as cuidadoras a convidavam a ir comprar na padaria e, dessa forma, conseguiam que saísse um pouco de casa e desenvolvesse alguma autonomia.

Com o objetivo de auxiliar no processo de desinstitucionalização, continuamos recebendo a família no serviço, tanto para acolher as questões que pudessem surgir, quanto para mediar aspectos práticos que dependiam da curadora. Em uma reunião feita em fevereiro de 2015 comigo, a AT e a coordenadora da RT, Elisa e a sobrinha explicaram que, como a passagem da curatela ainda não tinha se concluído, a aposentadoria de Augusta ficava inacessível para elas e, por isso, estavam tendo que dispor de sua própria renda para custear as despesas necessárias. Esclareceram ainda que verificaram a conta corrente de Simone após a sua morte e só encontraram R\$ 2,00. Ficou claro, portanto, que a aposentadoria da usuária vinha sendo usada indevidamente por esta irmã, considerando que ela ficou recebendo este valor por aproximadamente sete anos e só o tinha utilizado em prol de Augusta raras vezes, quando lhe levava lanche no hospital. Este foi outro fator que dificultou o ir e vir da usuária. Na ausência de recursos próprios, as cuidadoras dependiam da saída de outra moradora para levá-la aos lugares e tinham de pegar dinheiro emprestado para que pudesse comprar algo.

O tema do repasse da renda gerava desconfiança por parte de Elisa e parecia revelar o modo como ela via Augusta. Na reunião de fevereiro, a irmã questionou mais uma vez a proposta de repassar todo o valor da aposentadoria para a RT quando se tornasse curadora. Disse que Augusta não precisava, porque não demandava nem fazia quase nada. Apreciava

somente alguns alimentos, como uvas. Na entrevista com Salete, ela recorda desta dificuldade com a família:

Eu acho que foi a principal coisa, elas ficavam muito, é... coisa de que como assim o dinheiro ia ficar com a gente, como assim a gente ia ajudar ela a comprar as coisas, ela não tinha condições pra nada, é... Muito essa coisa mesmo de que ela não tinha condições de nada. Muito... a família era muito assim, né, de que não ia ter como e tal, e duvidando também da... é... da nossa ética e disso, né, de que a gente não estaria se, é... utilizando o dinheiro pra outras coisas que não as coisas da Augusta, né? Aí foi muito difícil essa conversa com elas, muito... (SALETE, 2021 – relato verbal).

A equipe buscava explicar à irmã e à sobrinha, em termos acessíveis, sobre a importância do acesso à renda para a aquisição de autonomia e poder de contratualidade no território, pontuando que estes eram passos importantes para a melhora do quadro. A coordenadora da RT também mostrou os recibos emitidos para a comprovação dos gastos dos usuários, de modo que ela pudesse ganhar mais confiança neste trabalho.

Apesar disso, Elisa continuava relutante. De acordo com Ester, ela dizia categoricamente que não iria deixar nenhum dinheiro na RT para a irmã. Argumentava que se tratava de um serviço do governo, que deveria, portanto, ser sustentado por ele. Quando a equipe tentava contra-argumentar, explicando que Augusta precisava se vestir e se calçar, ela retrucava dizendo que poderia comprar e levar o que precisasse, inclusive uma espécie de “sacolão” por mês, para a alimentação. As profissionais da residência buscavam então esclarecer que a usuária havia saído do hospital para desfrutar de seus direitos e desejos, o que incluía a escolha por lugares para comer e roupas para usar. Ester comenta que é comum as famílias não se importarem com o bem-estar do usuário e “só quererem saber do dinheiro”. Segundo ela, quando a pessoa estava no hospital, eles “mandavam e desmandavam no recurso” e até faziam empréstimos.

Sobre a relação de Augusta com o CAPS, a recusa em frequentar o serviço permanecia, à despeito das tentativas de estímulo. Por isso, a cuidadora tinha que ir sozinha buscar suas medicações. Em 27/02/1015, ela compareceu pedindo que a psiquiatra modificasse sua receita, trocando a oxcarbamazepina por outra medicação equivalente disponível na rede pública. Argumentou que o dinheiro de Augusta havia acabado e ela não podia mais pagar pelo remédio, que lhe fazia muito bem. Durante o tempo que ficou sem tomá-lo, tornou-se agressiva verbalmente com as pessoas da casa e cuidadoras. Depois que voltou, melhorou bastante, ficando mais calma e passando a lavar suas próprias roupas. O psiquiatra fez a mudança

solicitada, trocando a oxcarbamazepina pela carbamazepina, de modo que ela pudesse ter acesso ao medicamento na rede pública.

Também foram feitas VDs à usuária, a partir de março de 2015. Nestes encontros, observou-se que a agressividade verbal notada inicialmente por Ester não apareceu mais e Augusta estabilizou. Como relatado pela ex-coordenadora e pela cuidadora nas entrevistas, ela tomava as medicações regularmente e estava desenvolvendo autonomia para as atividades da vida diária na residência. Em uma das visitas, levou a equipe do CAPS para conhecer a casa, apresentando cada um dos cômodos. Também convidou as profissionais a ficarem para um lanche. Tomou leite, comeu mingau e se retirou para lavar a louça e assistir TV na sala. Disse que gostava de morar lá.

Em outra visita, a encontramos assistindo um filme na TV e fazendo comentários enérgicos sobre a história. Logo depois, me mostrou toda a casa e dançou *funk* com outras moradoras. Busquei estimulá-la a ir ao CAPS, mas ela disse que não gostava de lá, sem conseguir explicar o motivo.

Em junho de 2015, Elisa foi ao serviço pegar um laudo para auxiliar no processo de mudança da curatela. Neste dia, nós fornecemos o documento e ela disse que estava muito satisfeita com nosso trabalho. Embora Augusta tenha dito que não gostava do serviço, compareceu com a cuidadora para pegar as medicações neste mesmo mês, participou da oficina de vídeo e interagiu com a equipe e usuários. Perguntou se poderia “ter neném” no CAPS, pois estaria prestes a parir.

Em julho de 2015, a psiquiatra do CAPS fez VD. Em seu relato, ela disse que a usuária estava tranquila, com o quarto organizado. Durante a visita, os pacientes lancharam e Augusta sentou-se à mesa. A médica aproveitou para alertar a cuidadora sobre a necessidade de controle da glicemia da usuária, tendo em vista a diabetes. A esta altura, Salete já havia substituído a antiga coordenadora e estava acumulando duas funções, pois uma crise na ONG que geria as RTs dificultou a contratação imediata de outro AT. Para ela, a falta deste profissional por alguns meses comprometeu o processo de desinstitucionalização da usuária. Neste período, o estímulo para o ir e vir da residência acabava se concentrando nas mãos das cuidadoras, pois Salete tinha duas casas para coordenar.

Continuamos fazendo o acompanhamento principalmente por VDs, devido à resistência de Augusta em ir ao CAPS. Ela sempre nos recebia bem. Ao mesmo tempo, fazíamos reuniões com a família no serviço com o objetivo de construir um vínculo que contribuísse para fortalecer o apoio a Augusta. Nestes momentos, voltávamos a nos deparar com as dúvidas e desconfianças de Elisa em relação aos acordos propostos pelo CAPS e RT.



Em 27/11/2015, a irmã compareceu a uma reunião comigo, Salete e a nova acompanhante, que havia sido contratada em torno do mês de setembro. Disse que a passagem da curatela ainda não tinha se concluído e questionou mais uma vez a necessidade de repassar todo o dinheiro da aposentadoria de Augusta para ela. Achava que devia entregar apenas o necessário para alimentação e roupas, quando lhe fosse demandado. Pontuamos que o dinheiro pertencia à usuária justamente para que pudesse adquirir autonomia e fazer os programas que desejasse. Elisa contestou, argumentando que a irmã não costumava sair. Explicamos que o recurso poderia ser um incentivo para ela descobrir novas possibilidades.

Nesta mesma reunião, a irmã se recusou a nos entregar a cópia da identidade de Augusta, item necessário para inscrevê-la em uma atividade na Clínica da Família (CF), o grupo de diabéticos. Mostrou-se desconfiada e disse que preferia levar pessoalmente no local. Estranhamos esta desconfiança, considerando o fato de já nos conhecermos há mais de um ano. A coordenadora também sugeriu que Augusta passasse o Natal na casa de Elisa, mas ela não aceitou. Argumentou que seria complicado por causa de sua filha, bipolar. Também temia que a irmã não quisesse ir embora, pois ela não tinha como acomodá-la. Diante de tantos impasses, agendamos novo encontro para dia 11/12/2015.

Na data combinada, Elisa retornou ao CAPS, desta vez na companhia da neta. Neste atendimento, a coordenadora da RT lhe pediu os documentos necessários para dar entrada na Bolsa Rio<sup>23</sup> de Augusta, como já havia feito anteriormente, mas ela não entregou e disse que veria isso em outro momento.<sup>24</sup> Buscamos entender o motivo de não contribuir para a irmã receber este benefício e ela respondeu que Augusta não precisaria mais ficar na RT, pois resolveu acolhê-la em sua residência. Segundo ela, tomou esta decisão depois que a irmã chorou dizendo querer ir para casa quando foi visitá-la. Pontuou que sempre cuidou das irmãs e, desta vez, não seria diferente. Contou também que já havia chamado uma pessoa para tirar medidas de sua residência e construir um quarto com banheiro para Augusta. Ficamos bastante surpresas, mas ao tempo entusiasmadas com a possibilidade do retorno familiar. A coordenadora comunicou à Superintendência de Saúde Mental sobre isso, pois, caso o plano se concretizasse, uma vaga seria aberta na RT. Salete recorda que fomos parabenizados pelo trabalho com a família e a mudança comemorada por todos como uma conquista. Ela própria falou na época:

---

<sup>23</sup> Também chamado de Bolsa de Incentivo à Desospitalização, este benefício foi criado em 2002 pela Lei Municipal nº 3.400, de 17 de maio, para pacientes com histórico de internação de no mínimo três anos (até a data da promulgação da lei).

<sup>24</sup> Vale destacar que o início da vigência deste benefício também ficou comprometido pela mudança de curatela, mas buscamos agilizar a burocracia necessária quando o processo já estava avançado.

“Gente, olha que bacana, né, a gente conseguiu realmente sensibilizá-las, né, numa construção de um espaço pra Augusta dentro da casa dela...” (SALETE, 2021 – relato verbal).

Para contribuir neste processo, explicamos a Elisa que a Bolsa Rio poderia ajudá-la a dar andamento à obra e orientamos mais uma vez sobre as cópias de documentos necessárias. Ela se comprometeu a levar na semana seguinte. Como o combinado não foi cumprido, fizemos contato, mas sem sucesso. Devido à escassez de recursos para custear as despesas da usuária, conseguimos um benefício provisório para ela, chamado Bolsa ONG, no valor de R\$ 400,00. O recurso era fornecido pela instituição que administrava as RTs e destinava-se a pessoas com alguma pendência de benefício. Em 18/01/2016, Augusta foi ao CAPS com a cuidadora e a AT para pegar o dinheiro. Ficou na sala dos técnicos durante todo o tempo em que esteve no serviço, sentada, de cabeça baixa. Quando perguntávamos algo, não dava para ouvir a resposta, pois ela falava muito baixo e “para dentro”. Aproveitando que havia aceitado ir ao CAPS, combinamos seu retorno para o dia 25/01. Ela não compareceu.

Pouco tempo depois, em fevereiro de 2016, Elisa surpreendeu a equipe da RT e foi buscar Augusta sem um combinado prévio. A nossa intenção era fazer esta passagem aos poucos, tanto para que a usuária pudesse se familiarizar com a nova moradia, quanto para que a obra do quarto fosse concluída. Na condição de familiar e curadora, ela se sentiu no direito de tomar esta iniciativa sem qualquer brecha para negociar com a equipe. A própria Salete entende que, por deter a curatela de Augusta, ela tinha o direito de levá-la para casa. Por outro lado, recorda que quando avisaram a usuária sobre a decisão de Elisa, ela respondeu de forma evasiva, sem demonstrar vontade de ir. Só disse que poderia ser como a irmã quisesse: “ah, é... ela que sabe, né?”

De acordo com Ester, poucos dias antes de levar Augusta definitivamente, Elisa foi à RT avisar que iria fazê-lo. Nesta ocasião, apresentou-lhe uma cuidadora que supostamente passaria a cuidar dela em casa. Para contribuir com os cuidados da usuária, Ester transmitiu a esta pessoa toda a prescrição medicamentosa e os exames de Augusta. Ela, por sua vez, disse que não queria ir e questionou: “Quem disse para você que eu quero sair daqui?”. Afirmou que ali era a sua casa, com seus móveis e outras coisas. Mesmo assim, elas reafirmaram que da próxima vez iriam levá-la e só não tinham feito isso daquela vez porque o carro do frete para a cama e o armário havia quebrado. Este encontro ocorreu em uma quinta-feira e no sábado elas já retornaram. A cuidadora que estava de plantão no dia sentiu muito, porque a irmã e a sobrinha a retiraram da RT à força, “arrastando mesmo, uma num braço outra no outro e levando ela, as coisas dela já no carro, porque veio um senhor buscar também [...] ela querendo ficar, se pegando nas paredes pra não ir... isso foi muito duro pra gente” (ESTER, 2021 – relato verbal).

As cuidadoras ficaram muito tocadas com o modo como a família retirou Augusta da residência, tamanha a brutalidade. Ester acha que o projeto da RT é muito bom, mas no papel, pois na prática, o dinheiro e o poder de curador autorizam os parentes a tomarem este tipo de atitude.

De acordo com o relato de Ester, Augusta nunca quis ir para a casa da irmã e só saiu do hospital porque estava acompanhada pela cuidadora, sabendo que ia ficar na RT. Em seu discurso, esta profissional dá a entender que Elisa já falava em levar a usuária antes de comunicar isso ao CAPS. Augusta, entretanto, “dizia que não, não, não”. Uma vez, Ester conversou com ela para entender o motivo dessa recusa e teve a seguinte resposta: “porque ela me jogou dentro do manicômio, como é que eu vou... agora ela vai me querer? Porque eu sei que ela só quer pelo meu dinheiro” (ESTER, 2021 – relato verbal). Infelizmente, este posicionamento não foi suficiente, porque a usuária “não tinha autonomia nenhuma” e quem decidia era a irmã: “Quando Augusta dizia que não ia, ela dizia que vai sim, que quem mandava nela era ela, ela era a tutora dela” (ESTER, 2021 – relato verbal).

Para Ester, os pacientes que “são tutelados pela família, que têm um tutor, é um problema e é sério”. Ela fica se questionando que trabalho é esse em que a equipe tem de presenciar os moradores saindo por decisão dos familiares, sem poder fazer nada: “ele (morador) fica lá até a hora que a família quer, quando a família não quer, leva pra casa?” (2021 – relato verbal). Ester entende que precisaria haver uma mediação do juiz nestes casos que envolvem curatela. Ou seja, a justiça deveria ouvir o usuário e os parentes quando a família resolve levar a pessoa, garantindo que a decisão seja tomada com base no desejo dela. Se Augusta tivesse sido chamada a falar na época, ela teria tido a chance de demonstrar que não queria ir.

Com o objetivo de dar continuidade ao cuidado, telefonamos para a residência de Elisa depois que ela retirou a irmã da RT. Em 11/04/2016, conseguimos contato, mas ela não aceitou passar o telefone para a usuária. Disse apenas que Augusta estava muito bem, aceitando sair e fazendo tratamento com um médico particular. Busquei entender o motivo de não seguir com o acompanhamento do CAPS, mas ela não quis responder. Assegurou que não tinha nenhum problema conosco. Expliquei novamente que Augusta tinha direito à Bolsa Rio por ter passado muitos anos internada, mas que para isso, precisaria de formulários emitidos pelo serviço territorial. Elisa disse que buscaria se informar sobre isso e nos daria um retorno se fosse o caso. Pontuou que a usuária já recebia uma aposentadoria.

Apesar do distanciamento que a irmã estava nos impondo, continuamos fazendo contato na tentativa de falar com a própria Augusta e acompanhar os desdobramentos do retorno familiar, mas sem sucesso. Tínhamos a intenção de fazer VD, mas não foi possível pois Elisa

não aceitou sequer nos passar o endereço atualizado (o que havia no prontuário era o de Simone, ex-curadora). Em maio, recebemos um ofício do Ministério Público, vindo da quarta Promotoria de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência, solicitando um relatório sobre a situação da usuária. Presumimos que fazia parte do processo de passagem da curatela. Aproveitamos o ensejo para, não só informar o histórico e quadro de Augusta, mas também as dificuldades com a irmã. Sinalizamos que quando ela ainda estava na RT, Elisa negava-se “a entregar todo o dinheiro, alegando que a paciente só precisaria do necessário para comprar roupas e comida”, e que após a mudança para a sua residência, não estava permitindo a realização de VDs nem o contato com a usuária ao telefone. Entendemos que esta era uma forma de comunicar ao poder público sobre os empecilhos colocados pela futura curadora no acesso da irmã aos seus direitos.

Após muito tempo sem conseguir falar com Augusta, discutimos o caso em reunião de equipe e decidimos organizar uma VD. Concluímos que, embora Elisa não tenha autorizado, esta era a única forma de acessar a usuária. Como não tínhamos seu endereço, lançamos mão da seguinte coincidência: uma técnica do serviço morava próxima da irmã e conseguiu descobrir o número da casa. Em 13/03/2017, fomos até lá com o carro da Prefeitura e, para a nossa surpresa, descobrimos que a usuária jamais esteve no local. Elisa admitiu que após retirá-la da RT, levou-a direto para uma clínica de repouso em outro bairro. Estava tudo planejado neste sentido, mas ela nos omitiu e ainda nos fez pensar que se tratava de um retorno familiar. Para justificar a escolha pelo asilo, argumentou que a irmã não estava sendo bem cuidada na residência terapêutica, embora jamais tenha nos dito isso. Ao seu ver, o estado dela era ruim tanto do ponto de vista mental quanto físico: quadro psiquiátrico instável, pouco responsiva, “mole”, pernas esmorecidas, “não parava em pé”, “quase em coma”, bem como sobrepeso e inchaço, que a preocupava devido a diabetes. Afirmou que ela estava bem na nova instituição e havia emagrecido, pois lá tinha bastante espaço para andar e assistência médica.

Dois momentos serviram de base para compor as impressões e análises sobre esta clínica de repouso e a situação da usuária. Primeiramente, a visita feita pelo CAPS, em 24/03/2017, logo após a descoberta da institucionalização e, depois, os contatos, pesquisa na *internet* e visita realizada no contexto da presente pesquisa, em 18/10/2021. Nesta ocasião, entrevistei a dona da instituição, o administrador, duas enfermeiras e Augusta.

Para iniciar as entrevistas com a gestora e os profissionais da instituição, fiz contato com o número disponível no prontuário, sem sucesso. Busquei então alguma informação sobre o local pela *internet* e encontrei uma página no Facebook, em que a clínica se descreve como “um novo conceito em casa de repouso”, com estrutura e equipe especializada, terapia ocupacional,

nutricionista, enfermagem 24h e geriatria. A maioria das postagens cita frases religiosas. Também há fotos de festa junina, ação social de uma igreja no asilo, convite para que as pessoas trabalhem voluntariamente lá, promoções na mensalidade... O número de contato disponível é o mesmo que eu já havia contatado.

Nesta busca virtual, encontrei também um *link* no Google com endereço, fotos, nota (3,9), avaliações... Na primeira delas, a pessoa alerta o público a tomar cuidado com a instituição, pois teria perdido a pessoa que amava por maus tratos. Em seguida, a assistente social responde que “nossos idosos nunca foram maltratados” e que possuem uma “equipe com profissionais capacitados”. Outra pessoa diz que o cuidado com os idosos é péssimo e seu avô piorou 90% em sete dias lá. Já os outros três comentários tecem elogios ao trabalho feito no asilo e ao ambiente. As fotos mostram um espaço bem mais cuidado e bonito do que vi pessoalmente na visita feita com o CAPS.

A partir da pergunta de uma pessoa sobre como internar o parente na clínica, um profissional responde fornecendo um número de celular para contato. Liguei então para este telefone e falei com o administrador<sup>25</sup>, Erasmo, que foi muito solícito comigo e confirmou que Augusta ainda estava lá. Após minha explicação sobre a pesquisa, ele disse que ia falar com a dona da clínica e outros profissionais sobre o assunto, para então me transmitir os contatos destas pessoas. Como o combinado não foi cumprido, fiz novo contato por WhatsApp duas semanas depois, mas não obtive resposta.

Decidi então tentar falar com a instituição por outras vias e enviei mensagem pelo Facebook. Só assim consegui outro número telefônico, pelo qual finalmente conversei diretamente com a dona, Margarete, e consegui agendar uma visita. Segundo o relato dela, a família de Augusta conheceu a clínica “através de igrejas”, porque também são evangélicos. O espaço existe há 26 anos e tem aproximadamente 23 pacientes, dentre homens e mulheres, que se dividem em quartos femininos e masculinos, com três camas em cada um. De acordo com Erasmo, há em torno de 20 cômodos. As origens do empreendimento estão na experiência que Margarete teve com sua rádio comunitária. A partir das campanhas promovidas por este veículo de comunicação para doação de medicamentos, roupas e alimentos a abrigos, ela constatou as condições degradantes nas quais estes estabelecimentos se encontravam e decidiu abrir seu próprio negócio. Começou como uma clínica sem fins lucrativos que recebia ajuda da Prefeitura e doações dos familiares, do bairro e das igrejas. Após 19 anos, mudaram-se para um espaço

---

<sup>25</sup> Na visita à instituição, vim a descobrir que ele é também filho da dona.

maior e tornaram-se uma instituição com fins lucrativos, pois não estavam conseguindo se sustentar.

A clínica conta com cinco técnicos de enfermagem se revezando em escalas de 24/38h, além de médico e enfermeira. A assistente social e a nutricionista haviam sido demitidas devido à crise financeira deflagrada pela pandemia. Margarete cita também os funcionários responsáveis pelos serviços gerais (limpeza, cozinha e lavanderia).

Além do geriatra que atende quinzenalmente, há uma psiquiatra “de fora”, paga à parte pela família. Os pacientes que precisam desta assistência são levados ao seu consultório particular. De acordo com a dona, todos são “crônicos”, seja por enfermidades típicas do envelhecimento (senilidade, demência) ou sofrimento mental.

Sobre a relação com a CF, Erasmo e a enfermeira, Clarice, explicam que, além de fornecer medicações, os profissionais comparecem ao asilo para aplicar vacinas. Desse modo, os pacientes não precisam ir até a unidade, apenas pontualmente: “Quem é que vai lá são mais os lúcidos, aquele que tem/que precisa passar por um dentista, entendeu? Inclusive, tem três marcado [sic] lá, pra levar eles” (ERASMO, 2021 – relato verbal). Como a instituição se encarrega de todos os cuidados clínicos, quase não há necessidade de ir à CF. Também não dialogam nem recorrem ao CAPS, pois “tudo é resolvido aqui”. Segundo Clarice, todas as medicações e a aferição de sinais vitais são feitas no asilo, de modo que só precisam recorrer ao hospital local quando há necessidade de algum exame ou internação clínica. A hipertensão de Augusta é monitorada e tratada na instituição.

Os internos chegam lá tanto por indicação de outros familiares quanto pelo Ministério Público, que envia idosos ou usuários de saúde mental em situação de vulnerabilidade. Margarete dá o exemplo de um homem com diagnóstico de esquizofrenia que chegou à clínica com 48 anos de idade pois estava sendo explorado pela família. Foi então curatelado por ela. A dona esclarece que primeiro a pessoa é colocada provisoriamente em uma instituição da Prefeitura até que se organize a sua inserção em um local de longa permanência particular. Para Margarete, os estabelecimentos públicos são só para aqueles que não têm renda. Nesta dinâmica, o próprio MP contribui para que o asilo receba pessoas fora da faixa etária estipulada em alvará e estimula que a dona assuma a curatela. Ela já ocupou esta função para cinco ou seis pacientes.

O uso extraoficial da instituição ocorre sobretudo para pacientes com transtorno mental: “Se tem alguns distúrbios, eles não implica [sic], não [...] porque tem pessoas de 60 aqui que, de 40... de cinq/aqui não, mas de cinq/40/de 50, que tá pior que a de 70” (MARGARETE, 2021 – relato verbal). É uma brecha aberta pelas próprias instâncias reguladoras: “[...] Nem pode,

mas aí, como a... a... o Ministério Público conhece o nosso trabalho, aquela coisa toda, eles faz [sic] uma vista grossa e...” (MARGARETE, 2021 – relato verbal).

Sobre estes casos, a enfermeira, Clarice, dá o exemplo de um homem de 55 anos que, após alguns surtos e internações na ala de psiquiatria do Hospital geral Pedro II, foi encaminhado para a clínica. Ele nunca havia passado por tratamento em CAPS, segundo ela, porque suas crises se deram na pandemia e alguns serviços estavam fechados. Embora Augusta tenha sido internada muito tempo antes do período pandêmico, o contato com o serviço de saúde mental foi rompido pela internação: “No momento que ela veio asilada, ela não tem mais contato com o CAPS, o contato dela é só com a gente” (CLARICE, 2021 – relato verbal).

Há também outra usuária, a mais antiga da instituição, que tem diagnóstico de esquizofrenia e foi levada para lá com aproximadamente 40 anos de idade. Isso foi necessário porque o hospital psiquiátrico no qual estava internada desde que seus pais morreram (quando tinha 15 anos) fechou e sua madrinha, responsável por ela, resolveu buscar outra solução institucional. As duas foram juntas para o asilo: a madrinha pela idade e a afilhada pelo transtorno psiquiátrico.

Na entrevista, Margarete fala da necessidade de monitorar tudo que ocorre na clínica e da função de estabelecimentos como este para os familiares:

É um trabalho que você não pode frouxar. Entendeu? Você tem que tá trabalhando mesmo, de olho em tudo... Não que vai ter maus-tratos, porque não tem mais isso, não existe mais isso, porque agora dá cadeia... mas passando o amor que eles precisam, porque se eles estão aqui, eles não têm o amor da família, né? Ou tem o amor da família, mas a família tá na guerra lá fora, trabalhando pra sobreviver, trabalhando pra pagar aluguel, trabalhando pra, né, pra não deixar eles sozinhos. Porque a maioria eles ficam chorando, mas eles vão fazer o quê? Eles vão parar a vida? Tá com fome... por causa do idoso? (MARGARETE, 2021 – relato verbal).

Clarice também entende que os familiares precisam da clínica porque não têm como dar suporte em casa. Além de estarem sobrecarregados por suas rotinas diárias e pela necessidade de cuidarem de outros parentes, como seus próprios filhos, sentem dificuldade de lidar com o idoso no dia a dia e demarcar os devidos limites. É a partir desta compreensão que ela interpreta a decisão da família de Augusta por colocá-la no asilo, demonstrando desconhecimento sobre o histórico da usuária e o período em que ficou na RT. Segundo a enfermeira, após a alta das internações psiquiátricas na rede pública, as familiares optaram pela “clínica geriátrica” pois não tinham estrutura para mantê-la em casa. A irmã já era idosa e a sobrinha tinha um filho para

cuidar. Como Augusta sente necessidade de reservar seu próprio espaço e fica alterada diante de qualquer “não”, a convivência teria ficado insustentável.

Desde o início, a instituição recebe idosos com transtornos mentais. Na data da entrevista, havia aproximadamente três ou quatro nesta situação.

Os pacientes que nós temos antigos psiquiátricos era o convívio com o dia a dia, hoje em dia a vida é muito corrida, a gente não tem como dar atenção pra pai e mãe idosos e deixá-los sozinhos, e às vezes fica muito caro ter cuidador em casa, até mesmo questão de confiança. Então por isso que é procurada a casa de repouso (CLARICE, 2021 – relato verbal).

Nesta dinâmica, a instituição assume o cuidado e o controle que a família não está podendo exercer, mas, ao mesmo tempo, mantém elementos fundamentais sob seu poder. Os documentos e recursos financeiros do interno ficam com os parentes. Nas palavras de Erasmo: “A única coisa que a gente tem dela é o contrato, a xerox do documento, se caso passar mal, ter o documento pra levar pro hospital, entendeu? Agora, matéria de cartão, de dinheiro, é tudo família. É tudo com... é tudo com o responsável que assinou o contrato” (2021 – relato verbal).

Se por um lado, os familiares mantêm algum poder sobre o paciente em suas mãos, por outro, precisam se adequar aos desígnios do estabelecimento. Como mostra a dona, que se sente uma “mãezona”, há um controle rígido em relação às saídas, pois eles entendem que é necessário manter lá fora o mesmo cuidado com a saúde física cultivado na instituição:

Aí a gente faz como se fosse uma parceria. Eu tomo conta do seu idoso e você me paga “X” e eu sou 100%, do portão pra dentro, responsável, e você vai obedecer aquilo que eu te pedi, né, que só tem horário pra sair, tem horário pra chegar, é... que nos dê obediência, pra onde vai... Eu não deixo o idoso sair sem saber pra onde ele vai, só com um responsável. Aí, o que que acontece... Vai pra onde? Bangu? Vai pra Campo Grande? Vai... pra onde que vai? Aí tem que escrever pra dizer e já botar ali também o que ele vai comer. Porque quando chega aqui na dieta, sai daqui e vai comer mocotó, vai comer uma feijoada? Tem que dar comida leve, a gente apresenta a comida que a gente dá aqui. É uma responsabilidade (MARGARETE, 2021 – relato verbal).

Nesta logística, o próprio paciente passa ao largo do que está sendo planejado para ele. Na entrevista com Clarice, já de início ela pediu que saíssemos de onde estávamos para que uma idosa recém-chegada não ouvisse nossa conversa. Ela não podia saber que se encontrava em uma instituição asilar. Para levá-la até lá, seu neto havia lhe dito que o objetivo era fazer exames. Enquanto eu aguardava a enfermeira, a idosa chegou a me perguntar que lugar era aquele e demonstrar estranhamento. Segundo a dona, “quando o idoso dá uma de lúcido e não



é”, eles mentem e dizem que está apenas indo fazer tratamento, para que não oponha resistência ao asilamento.

No caso de Augusta, o movimento brusco de levá-la da RT para a instituição deflagrou uma reação violenta. A equipe chegou a pensar que não conseguiria ficar com ela, pois batia em todo mundo. Por isso, recebeu o apelido de “miliciana”. Clarice relata que ela chegou à clínica muito agressiva com todos, quebrando móveis. Precisaram levá-la ao consultório da psiquiatra que atende os pacientes do asilo e administrar medicações intramusculares para acalmá-la. A crise durou meses. Quando pergunto o que a dona e as enfermeiras acham ter motivado este comportamento, as três justificam pela patologia. De acordo com Margarete, “é a cabeça dela”, com Clarice, “é da própria bipolaridade<sup>26</sup>” e com Bárbara<sup>27</sup>, “foi o desencadeamento mesmo da própria doença”. As profissionais da enfermagem também mencionam o alto número de pessoas na clínica como fator precipitante da agressividade e relacionam isso ao “individualismo” da paciente.

Após alguns meses, Augusta se estabilizou com as medicações e não precisou mais frequentar os atendimentos psiquiátricos. Nas palavras de Margarete:

Ela tá tão boazinha, tão centralizada, junta o medicamento daqui, né, que a gente pega na Clínica da Família, e junta aquilo que a família não pode comprar, né, que a gente compra, o médico daqui também passa, a Clarice traz de algum lugar também quando precisa. Porque ela tá normal... (MARGARETE, 2021 – relato verbal).

Quando o CAPS descobriu que Augusta estava nesta clínica de repouso, a primeira medida tomada foi ir até lá. Eu, a terapeuta ocupacional do serviço, Salete e uma estagiária participamos da visita. Nesta ocasião, a crise já havia passado e não foi sequer mencionada pela profissional que nos recebeu, uma técnica de enfermagem, única funcionária presente na instituição naquele dia. Assim que chegamos, ela nos levou até uma sala ampla, com uma televisão ligada. Havia muitos idosos nitidamente debilitados, sentados nas poltronas e sofás dispostos em torno da TV. O clima de prostração dominava o lugar. Ali também estava Augusta, que foi muito receptiva à nossa chegada. De fato, havia emagrecido muito, como nos disse a irmã.

---

<sup>26</sup> Clarice afirma que Augusta já chegou à clínica com diagnóstico de transtorno bipolar dado pelo CAPS, embora ela fosse diagnosticada com esquizofrenia. Também entende que a paciente pode estar desencadeando um quadro de Alzheimer, pois não lembra de nada recente e todas as suas memórias se referem ao passado mais distante.

<sup>27</sup> Esta profissional foi chamada por Clarice a participar da entrevista. Bárbara divide os plantões com ela, que se sente sobrecarregada por trabalhar também em outras instituições para somar um retorno financeiro satisfatório.

Durante o tempo em que estivemos lá, ela nos levou a diferentes partes da clínica. Mostrou seu quarto, um espaço amplo com algumas camas e armários escaninho onde são guardadas as roupas do dia a dia. As vestimentas usadas para sair ficam separadas por idoso, em uma sala dentro do posto de enfermagem, localizado no meio do longo corredor onde estão os cômodos. Segundo o que Clarice me explica na entrevista, há um armário no quarto com algumas roupas e outro no posto com as vestimentas de todos os idosos, provenientes de doações. Como Augusta dispõe de poucas peças, ela costuma pegar as roupas comunitárias.

Embora a usuária tenha autonomia para escolher o vestuário e tomar banho, ela é sempre observada pela enfermagem: “Todos os pacientes têm que ser acompanhados, que são institucionalizados. Aí tem o grau de dependência, mas todos eles são/tão aqui pra ser observados, eu não posso deixar um idoso sozinho no banheiro” (CLARICE, 2021 – relato verbal). Sobre este monitoramento estrito, Clarice também me mostra uma maçaneta e fala que as portas entre as áreas dos pacientes e da equipe precisam estar trancadas para que eles não tenham acesso ao lado de fora: “[...] porque se a gente deixar as portas abertas, eles passam pra tudo que é canto. Eles não têm uma limitação... porque senão eles abrem a porta e vão pra rua” (CLARICE, 2021 – relato verbal).

Após conhecer os quartos e o posto, fomos à área externa, que apesar de ampla, aparentava receber poucos cuidados. Havia apenas alguns bancos e um pequeno gramado. Embora sejam ambientes ao ar livre, não pude revê-los na visita feita em 2021, devido às restrições impostas pelo asilo no contexto da pandemia.

A impressão que tivemos da dinâmica institucional quando fizemos a visita pelo CAPS corrobora a fala da técnica de enfermagem presente no dia. Ela nos relatou que não havia atividades na instituição além de assistir televisão. Tudo indica que este perfil mudou, pois nas entrevistas, a dona e o administrador relataram uma série de práticas desenvolvidas semanalmente com os pacientes antes da pandemia: jogo de “bolinha”, bambolê, dança, “baile de terceira idade”, desenho, cultos, filmes... Trabalhadores voluntários de cinco igrejas (contando com a da própria dona da clínica) iam ao asilo promover estas atividades. Havia também festividades, como o São João. Com a pandemia, todas foram suspensas e só restou a reflexão sobre a palavra de Deus promovida por Margarete duas vezes por semana. Segundo ela, Augusta participava de tudo e se envolvia muito com a dança. Já segundo Clarice, gostava apenas de ficar assistindo.

Durante a visita ao espaço, a usuária nos disse que estava gostando de morar lá, pois teria uma pessoa “para retirar o bebê”. Além disso, demonstrava assumir uma certa posição de

liderança em relação a outras idosas, mandando que fizessem coisas para ela. Surpreendentemente, expressava mais energia e ânimo do que antes.

Na perspectiva de Salete, ela manteve a mesma expressividade que havia adquirido na RT, falando alto e ordenando, mas tornou-se ainda mais dominadora pela posição de privilégio em relação aos outros moradores. Enquanto estes eram mais idosos e debilitados, ela havia ganhado agilidade na locomoção por ter perdido peso.

[...] ela dizendo que gostou, né, que tá gostando de lá, né... que deixa a gente muito assim, né... e é isto, né, a gente não tá conseguindo talvez... a gente não c/ não conseguiu talvez construir outras coisas em que ela se sentisse firme, assim, porque não deu tempo também, e porque foram quarenta anos institucionalizada e sei lá... menos de um ano na RT (SALETE, 2021 – relato verbal).

Ou seja, Augusta estava familiarizada com a lógica asilar, na qual viveu a maior parte do tempo, e sentia-se bem em um esquema de relação de poder institucional, no qual ela ditava regras para os outros internos. É nítido, porém, que ao longo dos anos, esta dinâmica voltou a mostrar seus efeitos mortificantes. Em minha visita à instituição já no contexto da pesquisa, ela já não mais se relacionava com os outros pacientes. Além disso, sua fala ficou novamente difícil de entender de tão baixa e voltada para dentro. Quando tentei abordá-la pela primeira vez, na companhia do administrador, Augusta não quis falar e entrou de volta no quarto. Nos vimos de longe e eu não pude fazer nenhum movimento em direção a ela, pois tinha que obedecer ao limite da porta de vidro. Colocado no início de 2021, este anteparo separava a área dos pacientes do exterior. Assim, as famílias, que estavam proibidas de qualquer visita desde o início da pandemia, poderiam vê-los novamente através deste material.

Na segunda tentativa, ela aceitou ir ao meu encontro porque eu estava junto de uma pessoa que se tornou referência para ela, a dona. Para estimular que Augusta falasse comigo, Margarete me conduziu até a copa onde os funcionários comem e mandou chamá-la. Este ambiente fica logo ao lado do refeitório dos pacientes e é separado dele por uma parede com um passa-prato. A usuária foi então conduzida até ali, de modo que pudéssemos nos comunicar por este vão. Ao invés do vidro, agora era a parede da copa que nos separava.

Assim que Augusta chegou próximo ao passa-prato, a dona falou: “Vem cá falar com a mãe”. Ela me reconheceu e lembrou que eu trabalhava no “outro” lugar. Quando perguntei como era seu dia a dia, não respondeu diretamente e logo convidou Margarete para o seu quarto. Disse que estava bem e costumava comer no refeitório. Também comentou que sua irmã e seu irmão (já falecido) iam visitá-la. Enquanto nos falávamos, algumas funcionárias almoçavam na

copa, logo atrás de nós. Em um dado momento, uma delas comentou: “Sexta-feira ela tava grávida”. Augusta confirmou e ainda acrescentou que na instituição havia uma moça responsável por tomar conta de um filho seu.

Sobre sua chegada à clínica, disse que estava “ruim à beça”, pois sentia-se muito nervosa. Quando perguntei o que despertou este nervosismo, ela respondeu: “Muita coisa”. Busquei ajudá-la a falar mais sobre isso, porém logo ela mudou de assunto, comentando sobre o almoço das funcionárias. Em relação ao local onde estava antes (a RT), disse que gostava e recordou que ficavam no quintal, faziam “cabelo, barba...”. Sobre o motivo para ter sido levada ao asilo, só mencionou que foi conduzida por uma moça “pequeninha”, que trabalhava lá com “sorteio para desenho”.

A “mãe” se manteve ao nosso lado durante toda a entrevista, como uma figura de cuidado e autoridade. Ao mesmo tempo em que estimulava a aproximação da usuária comigo, representava a instituição e, por isso, comprometia o nosso diálogo. No espaço fronteiro entre o dentro e o fora, materializado pelo passa-prato, ela mantinha o controle sobre a usuária, cumprindo o mandato de voltar-se 100% para o idoso relatado na entrevista. Tanto o embotamento produzido pela instituição total, quanto a postura totalizante da dona contribuíram para que Augusta não pudesse colocar em palavras aquilo que a levou a agir com violência nos primeiros meses de institucionalização. Após poucos minutos de entrevista, ela demonstrou querer voltar para seu quarto e disse que ia embora.

Apesar de ter estabilizado, a usuária ainda apresenta alguns momentos de agitação, quando a família demora para levar o remédio. Erasmo explica que, em geral, a instituição consegue pegar os medicamentos necessários na CF, mas aqueles que não estão disponíveis devem ser comprados pelos parentes. Nos momentos de alteração, ela anda de um lado para outro, pega as roupas dos outros internos, diz que são dela e que foi sua “mãe” (a dona) quem lhe deu. Também fica extremamente incomodada se entram no quarto onde dorme, que ela entende como seu espaço exclusivo. Nas palavras de Margarete:

[...] Só tem um problema agora que ninguém consegue resolver: ela dorme num quarto que tem três, quatro camas, e ela cismou que o meu filho deu aquele quarto pra ela, então ninguém pode dormir no quarto dela. E ela não deixa ninguém arrumar as camas. Ela quem arruma a cama, ela que cuida do quarto, e só deixa uma menina varrer, varrer e lavar o banheiro dela (MARGARETE, 2021 – relato verbal).

Caso arrumem as camas de seu quarto, ela desarruma para rearrumar do seu jeito, com muita organização. Segundo Clarice, Augusta gosta de ficar isolada neste cômodo e se alguém

entrar lá, torna-se agressiva. Até mesmo no refeitório, a paciente delimita um assento que apenas ela pode ocupar: “Tem um lugar dela cativo, ela tem todas as coisas dela divididinhas [sic] só pra ela, é como se ela estivesse morando sozinha” (CLARICE, 2021 – relato verbal). Desse modo, não vai para espaços coletivos, como a sala de televisão, diferentemente do que observamos quando a visitamos em 2017. Interage apenas com alguns membros da equipe no posto de enfermagem e na sala de evolução de prontuários, onde se senta “e vai conversando, só que só ela fala”. Também sai para tomar sol. De acordo com Clarice, desde que começou a trabalhar na instituição, em 2019, a interna já era assim.

Augusta não demonstra movimentos concretos para sair, mas constrói um discurso que lhe permite experimentar realidades distintas da instituição. Segundo a enfermeira, ela costuma arrumar suas bolsas e se produzir toda com acessórios. Diz que vai para diferentes lugares da Zona Sul: “Ela cria como se ela estivesse indo trabalhar, algo na cabeça dela, mas ela em nenhum momento ela chega ali na porta pra tentar sair, pra fugir” (CLARICE, 2021 – relato verbal).

Mesmo fora do período pandêmico, a família de Augusta a visitava pouco e não a levava para passear. De acordo com Clarice, os dias de visita eram quarta-feira e sábado e as parentes da usuária iam aproximadamente de 15 em 15. Mantinham uma relação distanciada, em que apenas elas falavam enquanto Augusta olhava: “Ficavam mais ou menos uns quarenta minutos e iam, e aí depois de uns 15 dias depois, vinham, visitavam, geralmente próximo de trazer medicação, aí dava uma olhadinha... coisa rápida” (CLARICE, 2021 – relato verbal).

Com a pandemia, todas as visitas e saídas foram suspensas. Segundo Margarete, o Ministério Público e a Prefeitura determinaram este isolamento e só seria possível flexibilizar quando toda a população estivesse vacinada, bem como os pacientes imunizados com as três doses da vacina contra a Covid-19. A circulação só estava ocorrendo esporadicamente, na companhia da dona e dentro de um veículo:

Eu já tô começando a levar eles pra passear comigo, porque eu tenho uma Kombi muito boa, aí eu já coloco eles tudo direitinho na Kombi, dou uma volta aqui na praça com eles, dou uma volta numa praça, não deixo sair da Kombi, só pra tomar um ar diferente (MARGARETE, 2021 - relato verbal).

Mesmo com a possibilidade de ver Augusta através da porta de vidro a partir de início de 2021, suas parentes não voltaram a procurá-la.

Sobre o pagamento da clínica, Margarete fala algo que me surpreende. Segundo ela, no início, a família da paciente custeava a mensalidade com a ajuda do “dinheiro do CAPS”, o que

me fez pensar na Bolsa ONG. Possivelmente, Elisa havia direcionado este recurso, junto com a aposentadoria de Augusta, para o custeio da instituição fechada. Ela esclarece também que outros usuários de saúde mental tiveram um auxílio do CAPS, que chegava ao valor de R\$ 1000,00, para pagar o asilo. Margarete não soube dar maiores esclarecimentos sobre esta informação, mas fez parecer que benefícios assistenciais da reforma psiquiátrica podem estar sendo usados para custear uma instituição manicomial.

Após a visita do CAPS ao local, o caso foi novamente discutido em reunião de equipe. Nesta ocasião, falamos da importância de nos aproximarmos novamente da família e combinarmos de levarem Augusta ao CAPS. Liguei então para Elisa, em abril de 2017, mas ela se recusou a ir ao serviço conversar conosco. Disse que, se quiséssemos fazer um trabalho com a irmã, precisaríamos falar com os profissionais do asilo. Parecia não entender a necessidade de participar desse processo.

Devido à dificuldade de diálogo com os parentes e a certa resistência nossa em construir um trabalho com a clínica de repouso, passamos um tempo sem trabalhar o caso, até que em 08/12/2017, a sobrinha de Augusta entrou em contato com o serviço. Para a nossa surpresa, ela queria tirar a tia do asilo e recolocá-la na RT, pois sua mãe estava muito doente e não poderia visitá-la em um local tão distante. Disse que estavam arrependidas de terem retirado Augusta do serviço residencial. A técnica que atendeu, outra profissional de referência do caso, explicou que a vaga já estava preenchida<sup>28</sup> e perguntou se elas não poderiam acolher a usuária em casa. A sobrinha respondeu que não havia espaço e deixou o telefone de contato para caso abrisse uma nova vaga em RT.

Poucas semanas depois, uma profissional do Ministério Público telefonou para o CAPS pedindo informações sobre Augusta. Foi informada do que ocorreu e de onde ela estava residindo naquele momento. O contato foi feito porque a família da usuária havia solicitado ao MP que a paciente retornasse à residência terapêutica.

Apesar das dificuldades alegadas pela sobrinha, Elisa informou, em conversa com o CAPS no início de 2018, que estava conseguindo visitar a irmã de 15 em 15 dias na clínica e ela estava sendo bem cuidada. Apenas demonstrou preocupação com as medicações, considerando que a receita emitida pela instituição não é aceita no sistema público. Elas tinham ido a outro CAPS da região para pegar os remédios, pois as CFs não aceitariam o documento do asilo. A técnica que fez o contato telefônico se prontificou então a falar sobre isso em

---

<sup>28</sup> A família foi avisada de que a vaga seria preenchida por outra pessoa quando resolveu tirá-la da RT.

supervisão para verificar se poderíamos passar a transcrever a prescrição médica da usuária. A equipe não concordou com a ideia, pois Augusta não estava frequentando o serviço.

Vale destacar que esta profissional, também integrante da miniequipe de referência do território da usuária, tomou a frente do caso nesta época. Dei-me conta disso por meio da leitura de prontuário movida pela presente pesquisa. No ano de 2018, os relatos são todos dela. De certa forma, o desgaste na relação com a família desde o período hospitalar, somado à frustração com a reinstitucionalização da usuária apesar de todo o nosso investimento, fez com que eu e a outra profissional de referência nos afastássemos.

Em novo contato feito pelo CAPS no mês de março, Elisa voltou a se mostrar arredia. Disse que a irmã não tinha mais nada a ver conosco, pois encontrava-se em uma casa de repouso, passando bem. Em telefonema para a clínica no mês de abril, a assistente social confirmou esta informação e relatou que Augusta estava fazendo uso da medicação prescrita pelo geriatra da instituição, cooperativa e organizada. As familiares raramente a visitavam. Segundo a dona do local, isso ocorria uma vez por mês. Todos os relatos feitos por contato telefônico durante o ano de 2018 reproduziam falas semelhantes, de acordo com o prontuário.

Os impasses com a família, somados à fala de Augusta de que desejava continuar na clínica, nos traziam questionamentos sobre como conduzir o caso. Para nortear esta reflexão, perguntamos a um assessor da Superintendência de Saúde Mental o que o nível central poderia fazer numa situação como esta, considerando que a usuária estava novamente institucionalizada. Ele disse que se a família podia arcar com as despesas da clínica particular, a paciente desejava estar lá e os direitos humanos estavam sendo respeitados, não podíamos fazer nada. A profissional da miniequipe de referência que havia tomado a frente do caso chegou a cogitar a possibilidade de arquivá-lo, mas o coordenador do CAPS achou importante que fosse feita uma visita antes.

No dia 28/01/2019, a técnica foi ao asilo. Segundo relato do prontuário, já de início a dona relatou que a paciente estava bem, o que foi confirmado pela fala da mesma. Ela disse que gostava dos cuidados que recebia ali. Havia sofrido apenas uma crise em dezembro do ano anterior, que foi contornada por meio de consulta com o médico do local e com a psiquiatra que costuma atender os pacientes da instituição. A dona também esclareceu que Augusta tinha acompanhamento pela CF da região.

Foram muitas as questões despertadas por este caso. Perguntei-me por muito tempo o que teria levado a irmã a preferir uma instituição particular paga, em detrimento de uma RT pública. Diferentemente de outras situações, em que os familiares pediam pela internação/asilamento quando se viam sobrecarregados e sem saber como manejar as crises,

Elisa não morava com Augusta nem sequer ia com frequência à residência terapêutica. A única motivação aparente, que ela apresentou quando fizemos VD, foi a busca por um cuidado médico com o corpo, supostamente mais apurado.

As entrevistas com Ester e Salete me permitiram entrever outras motivações. De acordo com a cuidadora, Elisa achava bom quando Augusta estava no manicômio e ela podia “comandar” o seu dinheiro. Gostou da proposta da residência até o momento em que a orientaram sobre a necessidade de entregar o pagamento para a irmã. Como não concordava com isso, tirou-a da casa assim que a passagem da curatela se concluiu e a aposentadoria foi liberada. Além do valor a ser recebido mensalmente, havia uma quantia alta acumulada durante o tempo em que o recurso ficou bloqueado. Ester não consegue vislumbrar outro motivo. Elisa nunca apresentou qualquer queixa ou embate com a residência além deste.

Salete concorda que a decisão de Elisa foi motivada pela necessidade de controle total sobre o dinheiro e pela busca de um lugar que não lhe demandasse nenhum tipo de participação frequente. Por isso, escolheu uma instituição como um hospital, em que não estivesse sujeita a qualquer envolvimento neste sentido:

[...] porque, assim, a gente lá, a gente prestava contas, então se ela quisesse ver mensalmente lá o caderno da Augusta, que era o caderno das anotações das compras, ela poderia ver, mas eu acho que ela não queria nem ter esse trabalho, ela queria que fosse algo que ela tivesse completamente no controle mesmo (SALETE, 2021 – relato verbal).

Salete pontua que o mal-estar relacionado à administração da renda de Augusta pesou muito não só pelo dinheiro em si, mas pela demanda de presença que isso envolvia: “Esse clima que não era um clima que ela tava acostumada, que era lá, de ir lá deixar as frutinhas, dar um abraço... ela tinha que participar mais das coisas, a gente falava mais com ela, a gente demandava mais dela e da família dela participação das coisas, né, já que ela era curadora” (SALETE, 2021 – relato verbal). A equipe precisou mobilizar a atenção da família de diferentes formas, desde a mudança para a RT, até o tema do repasse do dinheiro, as reuniões no CAPS...

Ainda segundo Salete, este incômodo se somou à preocupação com os comprometimentos físicos de Augusta. Ela era a mais idosa da casa e a que tinha ficado mais tempo internada. Apesar dos esforços de Ester, o suporte clínico ficava aquém do necessário, pois a área da RT não era coberta pela Estratégia de Saúde da Família. Salete recorda que a equipe da casa conseguia pontualmente o apoio de algum ACS, mas não havia um acompanhamento mais contínuo. Para a ex-coordenadora, isso restringia tanto o acompanhamento clínico de Augusta quanto a integração com o território, que poderia ser



facilitada pela vinculação com agentes comunitários. Esta defasagem estrutural se somou, por alguns meses, à falta de AT na residência, período em que Salete teve de exercer dupla função.

Sobre a parte clínica, a família queixava-se de Augusta estar engordando, como se estivesse pior do que no hospital. Elisa questionava o fato de a irmã comer o mesmo dos demais,

E aí a gente... a gente tentava, claro, negociar com ela as coisas de comer que estivesse de acordo com a dieta dela, com a questão de hipertensão e de diabetes, mas ela não tinha aquela coisa tão, é... tão... é... como se diz, assim, del.../ o prato dela não era tão feito da mesma forma que era feito num hospital psiquiátrico, né? Era... ela tinha mais part/... a gente tentava que ela participasse mais, assim, das coisas, mas... (SALETE, 2021 – relato verbal).

Esta tensão entre o trabalho da RT em prol da autonomia e o desejo de controle por parte da família esteve muito presente nos relatos da cuidadora e da ex-coordenadora. Ester propõe formas de prevenir o problema. Para ela, o CAPS deveria estabelecer um acordo claro com os parentes antes da desospitalização, para garantir o devido repasse mensal do dinheiro para a RT. Ela sugere que os familiares passem a assinar um termo se comprometendo com isso, de modo que possam ser chamados a atenção caso não cumpram. Sem um instrumento como este, as famílias acabam atrasando o repasse e as profissionais da casa precisam “se virar” para garantir o mínimo ao morador.

Ester também acha que faltou, por parte do CAPS, escutar Augusta para saber se ela aceitava a proposta da irmã de levá-la para a sua casa. Após Elisa comunicar sobre sua decisão, a equipe deveria ter marcado uma reunião com a presença dela e da usuária para ouvir o que a própria queria para si. Além disso, a cuidadora pontua que é preciso ter cuidado com a passagem da RT para a casa da família, pois quando os parentes veem os usuários lá, felizes e fazendo passeios, acham que será fácil a convivência em casa. Citou o exemplo de outro morador cujas filhas optaram pelo retorno familiar, mas acabaram levando-o para um abrigo por não saberem lidar com a crise. De acordo com Ester, ele estava calmo quando foi morar com elas, mas, após um tempo, adoeceu, ficou impulsivo, queria andar e sair. As filhas o internaram por medo de ele até falecer.

Para Salete, o que pode ter faltado por parte do CAPS foi um apoio maior no trabalho “de dentro para fora”. Ela acha que o serviço precisaria ter mais “possibilidades domiciliares”, como os agentes comunitários, “com essa intenção de poder ir com” Augusta. Sem este apoio, a vinculação acabou ficando muito restrita às cuidadoras. Elas buscavam negociar a saída de Augusta, mas “[...] é um trabalho difícil, né, você ficar pedindo... você ficar chamando a pessoa pra sair e a pessoa não quer e... né, a pessoa... não tá tão disponível a fazer as coisas de casa,

diz que é você que tem que fazer... e aí eu acho que fica algo que tende a ficar... a paralisar ali, né?” (SALETE, 2021 – relato verbal). Na opinião de Salete, este processo se torna ainda mais difícil porque as cuidadoras não têm formação no trabalho de desinstitucionalização.

#### 4.1.1.2 Eduardo

Como trabalhei no CAPS por seis anos, conheci Eduardo. Estive poucas vezes com o usuário, pois ele não ia ao serviço com muita frequência e inicialmente não era da minha miniequipe de referência. Só em torno de 2017, com a reorganização do território, passou a fazer parte da região que eu cobria. Estas recordações se somaram à análise do prontuário, às entrevistas com a mãe, com ele próprio e o administrador da CT onde foi institucionalizado, todas por telefone. Tentei inúmeras vezes falar com os profissionais da instituição, mas eles não tiveram disponibilidade para a entrevista. Também fiz contato com a técnica que estava mais próxima do caso, com a qual trabalhei durante meu percurso no CAPS. Ela se mostrou sobrecarregada pelo trabalho e com poucos elementos para compartilhar comigo.

A dinâmica do telefonema com a mãe e o usuário ajudou a elucidar pontos importantes da relação entre eles. O celular pelo qual consegui falar com os dois era dela. Ele não tem um aparelho próprio. Falei primeiramente com Damiana e depois com Eduardo. Os dois estavam juntos em casa como de costume. Já no início da ligação, a mãe se irritou com o filho, disse para parar de bobeira e ficar quieto. Em outros momentos, voltou a se irritar e lhe disse que estava falando “um monte de besteiras”. Alguns destes conflitos serão pontuados no decorrer do relato.

Nascido em 15/05/1987, Eduardo foi adotado ainda bebê. É o mais novo dentre cinco irmãos, sendo os outros quatro (uma mulher e três homens), filhos biológicos de Damiana com Eusébio. A família tinha um sítio onde eles, os seis primos e outras crianças da comunidade se reuniam. A mãe conta deste lugar com muita alegria, lembrando dos porcos, cavalos, gado e galinhas que criavam e das comidas que ela fazia para todos no fogão à lenha. Eduardo se envolvia com as rotinas do sítio: tirava leite e tomava conta dos bezerros junto ao pai. Filhos de outras famílias também foram criados neste ambiente. Sobre a escola, ela relata que ele ia bem e fez até o ensino médio, não demonstrando qualquer alteração mental na infância e adolescência.

Ainda segundo a mãe, o usuário serviu ao quartel, teve dois empregos e três namoradas. Damiana não esperava que viesse a ter problemas mentais, pois era trabalhador, a respeitava, limpava a casa, cozinhava, chegando até a ajudar financeiramente a irmã/mãe solteira com seu

salário. O único indício que a mãe observa retrospectivamente é a “mania de grandeza”, já presente antes da abertura do quadro psiquiátrico.

Quando Eduardo terminou seu tempo de serviço no exército, “[...] a gente viu que ele só queria assim tudo muito e só falava em quartel, quartel, quartel, quartel...” (DAMIANA, 2021 – relato verbal). Damiana acha que estas alterações são fruto das “bombas”, como “injeção de cavalo”, que ele tomou para ficar “fortão”. Ela tem certeza que isso abalou o cérebro do filho. Eduardo ainda trabalhou três meses em uma firma, depois como segurança em *shopping* (sendo demitido em dois meses por ficar conversando “com as meninas”) e por último, entregando compras para um mercadinho perto de casa, por aproximadamente seis meses. Teve que parar quando “surtou” dentro do estabelecimento. Nesse período, estava se relacionando com a terceira namorada e ela reparou que “não estava legal”. Eduardo disse que lhe daria um supermercado e ela acabou terminando com ele, que ficou “mais desesperado ainda”. Dava socos na parede, passava álcool, querosene e sabão em pó no corpo. Era o início do desencadeamento de seu quadro psiquiátrico, há 11 anos.

Nesta época, seu pai havia falecido aproximadamente um ano antes. Quando ele ficou doente, devido a diabetes e câncer nos rins, o filho já estava apresentando sinais da esquizofrenia, mas o agravamento do quadro foi impulsionado pela morte do progenitor, ao qual ele era muito ligado, em dezembro de 2008. Até hoje, não aceita que ninguém morra. Consta no prontuário que no primeiro atendimento no CAPS, em 01º/07/2009, Eduardo falava que era muito apegado a ele e sentia remorso por não ter chorado na ocasião de seu falecimento. Passou a pensar que a Globo o contrataria e a tomar banho de álcool, “pois acredita que é negro tipo A e pode ficar mais claro”. Também se sentia perseguido e apresentava ideação suicida.

Antes de chegar ao CAPS, Damiana o levou a um psiquiatra particular em Nova Iguaçu-RJ, indicado pela nora, que é psicóloga e havia tido aula com ele na faculdade. Nesta época, ela já morava sozinha com o filho, pois os irmãos tinham se casado. Este médico receitou Risperidona<sup>29</sup> e Clonazepam<sup>30</sup>. Após um tempo deste tratamento, a mãe ficou sabendo da existência do CAPS porque uma sobrinha se tratava lá. A irmã sugeriu que ela experimentasse levar Eduardo ao serviço, porque a filha estava se dando bem com os remédios e a injeção prescritas pelo psiquiatra. Damiana seguiu esta sugestão e conseguiu que agendassem um primeiro atendimento para o filho. Este momento inicial se deu em grupo, numa roda com os

---

<sup>29</sup> Medicação antipsicótica que pode ser usada no controle dos sintomas da esquizofrenia, como delírios e alucinações.

<sup>30</sup> Mais conhecido como Rivotril, este medicamento é um ansiolítico capaz de diminuir a excitação, tensão e estado de alerta, induzindo ao relaxamento e à sonolência.

psicólogos, em que foi agendado novo atendimento com um profissional do serviço. Após este encontro: “Aí, marcou médico pra ele e dali eu fiquei tratando com o Dr. Silvério” (DAMIANA, 2021 – relato verbal). Quando questiono se este era o único acompanhamento no CAPS, ela responde que não e esclarece que antes da pandemia, eles frequentavam a academia carioca e às vezes iam assistir filmes. Referia-se à oficina de vídeo.

Embora seu relato foque no atendimento médico, o prontuário mostra inúmeros encontros com o psicólogo, em que Eduardo expunha suas questões. Falava sobre sua vaidade, a relação com sua imagem e a expectativa de entrar na Globo. Houve também momentos de erotomania. Um relato do psiquiatra em novembro de 2009 refere que ele estava “assediando muitas mulheres, até desconhecidas, inclusive por telefone”. Manteve algumas construções delirantes, mas passou bastante tempo estabilizado, apresentando melhora dos sintomas. Parou de apresentar ideias persecutórias e de querer se matar. Em 2010, ficou um tempo sem frequentar o CAPS, pois estava estudando e trabalhando com o irmão. Por isso, foi encaminhado para acompanhamento ambulatorial no Centro Municipal de Saúde de referência, no segundo semestre de 2010.

Em 24/04/2012, entretanto, Eduardo precisou voltar. A irmã compareceu ao serviço explicando que ele tinha ficado internado no hospital da Colônia Juliano Moreira por quatro dias, mas continuava em crise de agitação psicomotora. Havia abandonado o tratamento ambulatorial no posto de saúde quando achou que estava bom. Diante deste relato, a técnica do serviço agendou atendimento médico para o dia seguinte. Damiana recorda que o usuário saiu da Colônia Juliano Moreira “todo roxo”, pois lá ele era amarrado e deixado “com uma fralda cheia de xixi”. Por querer sair para tomar sol, “o guarda meteu o cacete nele”, motivo pelo qual os irmãos falaram para ela nunca mais interná-lo em instituição pública.

Entre relatos de consultas médicas, oficina de arte e jardinagem (duas vezes), expressiva (uma vez), de música (uma vez), comparecimento ao grupo de área, atendimentos individuais, academia carioca, participação na assembleia (uma vez), e muitos pedidos de laudo para o INSS, é possível perceber uma piora do quadro ao longo do tempo. Nos primeiros anos desde que voltou ao CAPS, Eduardo participava dos atendimentos relatando suas questões, demonstrava o desejo de fazer curso e trabalhar, bem como ajudava nos afazeres domésticos. Em torno de 2016, passou a tomar as medicações da sua forma ou não tomar, chegando a ter convulsões por isso. Também relutava em sair de casa e ir ao serviço. Quando os técnicos ligavam para ele, era difícil o contato. A psiquiatra pontua, em um dos registros do final de 2016, que ele não cumpria seu Projeto Terapêutico Singular, mas não estava claro qual era este projeto. Pouco tempo depois, um técnico define o PTS no prontuário: comparecimento ao

serviço toda quinta-feira, “ou pela manhã (Gr Área) ou à tarde p/ a Oficina da Saúde”. Tudo indica que o plano não foi cumprido, pois não há nenhum registro de participação nesta oficina. O relato seguinte é de um atendimento em que Eduardo disse ser sobrenatural, conversar com Deus e que as pessoas da televisão o estavam incomodando. Tinha vontade de xingar e sentiu-se vigiado durante o atendimento. Passou a apresentar auto e heteroagressividade, insônia, atitude alucinatória...

No final de 2017, aos 30 anos de idade, sofreu uma crise intensa quando estava viajando a passeio com a mãe para São Lourenço-MG. Ficou se batendo, se jogando no chão e quis pular do terceiro andar. O descontrole foi tão forte que precisaram chamar os Bombeiros. Enquanto ela falava sobre isso, Eduardo fez um questionamento ao fundo, o que a irritou muito: “Eu tenho que falar a verdade, tudo que acontece. Você esquece o que aconteceu com você. Dá licença, dá licença. É fogo, minha filha, é fogo!” (DAMIANA, 2021 – relato verbal). Após essa crise, parou de levá-lo para viajar, como de costume, e passou a pagar para uma amiga ficar com ele enquanto ela viaja, o que sente necessidade de fazer senão sua “mente não aguenta”. Ele mesmo não quis mais ir com a mãe.

Ao longo de 2018, os relatos no prontuário demonstram que Eduardo continuava mal, com períodos em que não dormia e passava a noite tomando banho. Ficava a maior parte do tempo em casa deitado. O próprio disse que não gostava de sair nem de estar no meio de muita gente, pois “as palavras ficam cruzadas”, de acordo com registro do prontuário.

Considerando seu delírio de ser ator da Globo, foi indicada a oficina de teatro na Lona Cultural (Centro de Convivência da Zona Oeste). Eduardo ficou de ir com a mãe, mas isso nunca aconteceu, pois ele não quis. As sugestões de que fosse mais vezes ao serviço também eram infrutíferas devido ao seu estado. Passou a dormir bem, mas continuava resistente a sair de casa. Vale destacar que nesta época, ele já era parte da minha miniequipe de referência. Em um atendimento que fiz a ele quando foi ao serviço pegar medicações, busquei incentivá-lo a experimentar o teatro na Lona Cultural. Eduardo, entretanto, se mostrou resistente à ideia.

Em 2019, constam relatos de que seus delírios o impulsionaram a pular no imóvel vizinho, chegando a fraturar o pé. Achava que a mãe estava fazendo feitiço e que a namorada morava ao lado. Os convites para atividades e passeios promovidos pelo serviço permaneciam sem sucesso. Em 12/12/2019, Damiana compareceu ao CAPS relatando que a família havia decidido internar o filho em uma comunidade terapêutica em Itaguaí-RJ para melhorar o quadro em que se encontrava: agressivo com as pessoas, mostrando os genitais, ouvindo vozes, falando com objetos... Recusava-se a sair e não se alimentava. Os profissionais da CT foram buscá-lo em casa e ele aceitou ir. Estava calmo e foi receptivo à abordagem do psicólogo. Segundo

registro do prontuário, Damiana planejava visitá-lo em 30 dias. Na entrevista comigo, esta internação não foi mencionada em nenhum momento.

Logo após esse relato, um registro do dia 14/01/2020 diz que a mãe compareceu ao CAPS para informar sobre uma nova internação, no Hospital São Francisco Xavier, também em Itaguaí, por um quadro clínico de infecção e intoxicação. Ele já havia recebido alta, em 04/01/2020. De acordo com o que Damiana me conta na entrevista, o filho teve febre, vômitos e ficou muito mal fisicamente. Por isso ela precisou levá-lo ao hospital, que identificou uma “toxina em seu sangue” resultante da medicação. Eduardo passou dez dias internado para que se concluísse o processo de desintoxicação. Como não podia tomar medicações psiquiátricas neste período, sofreu convulsões e um surto no hospital. Gritava e xingava as enfermeiras e a mãe, cuspiam nela e tentava mordê-la no rosto. Precisou ser contido mecanicamente.

Quando pergunto se Damiana procurou pela CF para verificar o motivo da febre de Eduardo, a resposta é: “Que clínica da família o quê?” Ela buscou diretamente o médico do hospital de Itaguaí, recomendado por um conhecido. Em relação à atenção básica, demonstra indignação. Ela própria toma Fluoxetina<sup>31</sup> e Clonazepam à noite para dormir, “[...] porque eu não conseguia dormir de jeito nenhum, muito problema, muita coisa...” (DAMIANA, 2021 – relato verbal). Sofre de depressão e síndrome do Pânico. Antes era atendida no posto de saúde/CMS, por uma “ótima psiquiatra”, mas “quando dividiu todo mundo e eu fui para a CF, só consegui uma vez falar com a enfermeira, em 2017” (DAMIANA, 2021 – relato verbal). Nas vezes em que tentava ser assistida, não havia remédio, enfermeiro nem ninguém que pudesse renovar sua receita. Por isso, desistiu de tentar e passou a se tratar com o psiquiatra de uma empresa de saúde particular da Zona Oeste. Ela mesma compra a sua medicação. Após um período de muitas dificuldades financeiras, inclusive pelo valor dispendido na internação de Eduardo, resolveu voltar à CF para tentar algum atendimento. Chegando lá, foi orientada pela “irmã de igreja”, esposa do pastor, que também trabalha na clínica. Desse modo, Damiana conseguiu a Fluoxetina, mas ainda não o Clonazepam, pois não tinha a receita para mostrar.

Após a internação no hospital de Itaguaí, Eduardo melhorou um pouco, mas logo voltou a ficar mal psiquicamente. Na consulta médica marcada em fevereiro de 2020 no CAPS, ele não compareceu. Foram apenas os familiares para pegar a receita. Em um relato do prontuário não assinado, com uma letra que ainda não tinha aparecido antes, o(a) profissional relata que a mãe pediu ajuda para o filho, pois ele não saía da cama, nem queria comer. Chegou a tomar banho com o removedor Faísca. Estava rejeitando as tias, com as quais se dava bem antes. Disse

---

<sup>31</sup> Medicamento antidepressivo.

que uma delas urinou em sua comida. Falava bastante sozinho e entendia que havia uma mulher em sua cama. Diante disso, Damiana solicitou intervenção do CAPS, mas encontrou dificuldades. O(a) técnico(a) conclui o registro da seguinte forma: “Falo de como estamos funcionando e que uma VD pode demorar, mas que tentaríamos ver o que é possível e nos organizarmos. Fico de discutir o caso com o Dr. Silvério para questões de medicação” (PRONTUÁRIO DE EDUARDO, 2020). No relato seguinte, que foi feito meses depois (dia 08/10/2020), a mesma pessoa afirma que há semanas tentava contato com Damiana sem sucesso.

Os registros só retornam em 26 de fevereiro de 2021, quando o psicólogo diz que a mãe foi ao serviço “atualizar a prescrição da ‘clínica que ele está internado’”. Contou que em setembro do ano anterior o filho havia começado a fazer “jejum para a humanidade”, a andar nu em casa e ser agressivo com familiares, especialmente com um irmão. Por isso, no dia 03/10/2020, foi internado em uma comunidade terapêutica - não aquela de Itaguaí relatada em prontuário, mas outra, na própria cidade do Rio. A saída estava prevista para 04/03/2021. O profissional marcou então de comparecerem ao CAPS no dia subsequente, 05/03, mas eles não foram.

Na entrevista, Damiana relaciona a crise à injeção de Haldol Decanoato<sup>32</sup>: “Ao invés de acalmar, ele extravasava, ficava inquieto, não dormia a noite toda...” (2021 – relato verbal). Embora o filho tome a medicação desde 2017 e as alterações psíquicas tenham se manifestado com mais força em 2020, ela demonstra muita convicção nesta associação. Diz ainda que a conhecida que fica com ele durante suas viagens também já o levou várias vezes ao CAPS para tomar injeção e percebeu o quanto a substância o deixa “ouriçado, numa perturbação só”.

Ela explica também que, nas situações de crise, Eduardo fica agressivo, entra na casa dos vizinhos, fala sozinho, “sem paciência para nada, deita, levanta, toma dez banhos...”. Ele “cisma” que o carro dos outros é dele e “soca” estes automóveis, “cisma” que a casa dos outros é do pai dele e que o sargento mandou chamá-lo. Segundo a mãe, o usuário afirma que tem diferentes pais: Simba, Jones, Van Damme... Na entrevista comigo, ele apresenta o verdadeiro pai pela via do delírio, que não é o adotivo, mas outro, um “cara muito guerreiro”: “Eu não gosto nem de falar nele porque a gente dá choque eu e ele, é um cara excelente, eficaz, muito

---

<sup>32</sup> O Haldol é um antipsicótico especialmente eficaz no tratamento dos sintomas produtivos da psicose, como delírios e alucinações, além de ter função sedativa em condições de excitação psicomotora. O Haldol Decanoato é uma injeção intramuscular que resulta em gradativa liberação da substância ativa no organismo. Costuma ser indicado para usuários que não aceitam ou têm dificuldade de tomar o remédio em comprimido.

gente boa, fecha comigo, eu fecho com ele, muito determinador com determinação...” (EDUARDO, 2021 – relato verbal).

Para Eduardo, a repórter Patrícia Poeta internou-o por achar que estava ficando “maluco”. Ele havia passado uma semana dando chute na parede para encontrar com seu tio Van Damme e também para expulsar o demônio, pois “a família estava tendo conflito na sala”. Desde quando era “pequeninho”, Van Damme teria colocado 200 ml de sangue em sua veia. O Clark e o Superman também teriam injetado mais 400 ml; Alexandre Pires, 200 ml e Nazareth, 700 ml. Neste momento, Damiana fica muito irritada e interrompe a conversa. Ela pega o telefone dele e exclama: “Ah, dá licença. Peraí, peraí [sic], você tá vendo o que ele tá falando com você? Tá vendo? Isso aí é só pra você ouvir que ele fala coisa com coisa, o sangue dele é misturado, do sangue do Van Damme, o sangue não sei de quem...” (DAMIANA, 2021 – relato verbal). Esta atitude me remeteu ao primeiro atendimento no CAPS, relatado em prontuário, no qual a técnica pontua que a mãe falava bastante e interrompia o filho.

Damiana estava sofrendo muito com o estado de Eduardo, chorando dia e noite. Chegou ao limite quando ele tentou se jogar da laje no final de semana para se matar. Chamou os outros filhos para ajudarem e ligou para o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) 11 vezes, mas a ambulância não compareceu. Mesmo com a presença dos irmãos, foi difícil conter o usuário. Na tentativa de segurá-lo para que não subisse na laje, Damiana caiu e ficou com um “galo que parece que tinha arreventado minha cabeça”. Teve até que ser levada para o serviço de saúde particular (o mesmo em que se tratou com psiquiatra), onde fez tomografia para se certificar de que não era nada mais grave. A irmã ficou em casa cuidando de Eduardo e ela retornou por volta de 1h da manhã.

Nesta ocasião, ele já estava há um tempo sem beber água, comer nem dormir e tinha chegado a 40 quilos. Dizia que tudo estava amaldiçoado e mantinha jejum. Andava nu pela casa, extremamente emagrecido: “Eu fiquei em desespero de noite, eu não sabia o que fazer, ele não estava comendo...” (DAMIANA, 2021 – relato verbal). Este relato, feito na entrevista comigo, vai ao encontro do que ela contou ao psicólogo em 26/02/2021 sobre a crise iniciada em setembro de 2020, como visto anteriormente. Após o episódio de risco na laje, Damiana resolveu pesquisar no Google um local para internação. Localizou então uma comunidade terapêutica em região rural do município, que ela escolheu por ter um valor mais acessível do que as outras instituições encontradas na *internet*, muito caras. Mesmo sendo mais barata, ela destinou todos os seus recursos (os dois salários-mínimos que ganha como pensão do falecido marido) ao pagamento e ainda precisou da contribuição dos outros filhos. Os nove pedidos de



BPC que havia feito para Eduardo ao longo dos anos anteriores, desde 2009, foram negados pelo INSS.

Damiana esclarece que internou o usuário lá devido à gravidade do quadro, “senão eu nem colocaria ele lá, eu jamais... eu não gosto de internar ele, isso é quando ele tá com um problema sério mesmo” (2021 – relato verbal). Ela, a filha e outro filho foram até a comunidade de carro, conheceram o espaço e acharam razoável. Todos os quartos são múltiplos, a partir de quatro pessoas, e Eduardo ficou em um com oito. A instituição tem em média 70 internos na ala masculina e 70 na feminina. De acordo com o administrador, Celso, a empresa está no mercado há aproximadamente 15 anos, com duas sedes em São Paulo-SP, além do Rio. Eles não estabelecem articulações com outros serviços de saúde da rede por serem uma clínica particular. As famílias geralmente descobrem o local pela *internet*, como foi o caso de Damiana, ou por indicação de outra família. Quando os parentes não têm condições de levar o paciente, a própria instituição pode fazer o transporte.

Embora Eduardo jamais tenha feito uso de drogas, este profissional explica que a instituição recebe pacientes “que já vêm apresentando um problema, dependente químico ou alcoólatra, que se torna insustentável para a família” (CELISO, 2021 – relato verbal). Segundo ele, após tentarem resolver de todas as formas, chega a um ponto em que os familiares não conseguem mais, porque é uma “doença que se agrava, dependência química e alcoólatra, a gente considera ela como incurável, progressiva e fatal, né?” (CELISO, 2021 – relato verbal). Para promover o tratamento, que deve se manter “pelo resto da vida”, a unidade oferece uma equipe multidisciplinar, com psiquiatras, psicólogos, terapeutas e nutricionistas que avaliam o paciente e acompanham sua evolução. Os terapeutas organizam reuniões diárias, tanto na parte da manhã, quanto da tarde, num cronograma que vai de 7h até 21h e deve ser seguido pelo paciente. Nestes encontros, que envolvem “partilhas de sentimentos”, “prevenção à recaída”, o acolhido “aprende a ter munições” para evitar futuras recaídas quando sair da CT. A equipe trabalha com base no método dos 12 passos do Narcóticos Anônimos. O acompanhamento terapêutico é feito tanto em grupo, quanto de forma individual. De acordo com Celso, a medicação é usada para controlar a ansiedade e ajudar no sono, não para dopar como em outros lugares, porque é preciso manter o paciente consciente para ele absorver o que é transmitido nas atividades diárias.

Outra reunião que a instituição promove todos os dias pela manhã se chama “espiritualidade”. O administrador esclarece que o encontro não prega “nenhuma bandeira religiosa”, mas fala da fé, com base na ideia de que esta é uma das ferramentas capazes de ajudar a pessoa a superar seu problema. Já Eduardo recorda de orações na clínica, demonstrando

um viés diferente do apresentado por Celso. Ele lembra também das reuniões com outros pacientes, mas diz que não era prevista a sua participação, possivelmente porque seu caso não correspondia aos métodos propostos, todos voltados para a dependência química. O administrador não percebe esta disparidade. Quando pergunto sobre Eduardo, ele consegue dizer apenas: “Se não me engano, é um caso de psiquiatria”. Como é da área administrativa e não conhece bem o paciente, presume que fizesse uso de drogas por ter sido internado lá. Segundo Celso, a instituição só acolhe pacientes psiquiátricos com distúrbio mental leve e derivado do abuso de substâncias. Como não são um hospital, não possuem uma ala de psiquiatria capaz de dar conta de usuários mais graves. Considerando o caso de Eduardo, fica claro que a CT vem abrindo exceções à regra e ganhando novos usos.

Apesar de não ser uma instituição voltada a casos como o do filho, Damiana ficou muito satisfeita:

Eu gostei dessa clínica, porque... ele foi pra lá com 40 quilos... aí chegou lá, teve aquelas outras pessoas também que estão lá, né, que tem problemas também, outros são mesmo por tóxico... então assim, eles fazem uma amizade muito boa, o terapeuta de lá é ótimo, entendeu? E ele conversava muito com ele e eles faziam a vontade dele e dava comida na boca... (DAMIANA, 2021 – relato verbal).

Damiana acha que um interno dava força ao outro, o que ficou nítido nas vezes em que foi buscá-lo e eles se abraçaram para se despedir. Sobre a alimentação, ela levava dinheiro e deixava “com as meninas lá” para que ele pudesse usar na cantina, além das refeições diárias. Desse modo, Eduardo foi se alimentando e engordando. Passou a comer muito bem.

Em relação ao esquema de visitas na CT, Damiana dá um depoimento diferente de Celso. Nas palavras dela: “Primeiro fica lá um mês sem ninguém ver”. Só depois, os familiares ganham permissão para visitar uma vez por mês e levar comidas que ele goste, no horário entre 13h e 16h. Apenas na primeira vez em que Eduardo esteve na comunidade, ela pôde vê-lo quinzenalmente. Já segundo Celso, os parentes podem ir a qualquer momento, mas a instituição aconselha que visitem o mínimo possível, porque a presença deles gera sentimentos e vontade de ir embora: “Quanto mais contato eles tiverem com familiares e com o mundo externo, menos focados eles vão estar no tratamento” (CELSO, 2021 – relato verbal). As visitas podem gerar tanto o desfoque e regressão em relação ao trabalho da CT, quanto brigas e discórdias. Por isso, ele argumenta que o ideal é manter contato por ligações. Quando estávamos encerrando a entrevista por telefone e eu pedi para falar com um funcionário da equipe, Celso disse não ser

possível, pois a sexta-feira era reservada para o telefonema das famílias, que só podia acontecer em dias determinados.

Nas inúmeras tentativas feitas depois, era o mesmo administrador quem atendia. Ele dizia sempre que os profissionais não podiam falar por estarem atribulados. A mensagem que enviei ao WhatsApp institucional jamais foi respondida e, com o tempo, as chamadas para os diferentes telefones da instituição passaram a cair na caixa postal, antes de tocarem normalmente. Como esses contatos eram de celulares, cheguei a me perguntar se meu número teria sido bloqueado. Esta dificuldade de comunicação tornou inviável a possibilidade de combinar uma visita à CT.

Eduardo ficou em situação de porta giratória nesta comunidade: primeiro por cinco meses, depois três e agora, em uma internação ainda em curso. Na perspectiva dele, o tempo foi mais longo: a primeira teria durado pouco mais de um ano e a segunda seis meses. Minha entrevista com o usuário foi feita entre a segunda e a terceira internação. Nas palavras dele, a CT oferecia atendimentos “clínicos”: “Psicólogo, prevenção da Covid, gripe, essas coisas todas...”. Ele recorda que falava, malhava e comia na cantina, salgados e refrigerantes, dos quais gostava bastante. Havia muita natureza e uma rua de pedra num lugar bonito, com piscina, espaço para corrida, malhação, pesos para os exercícios...: “É uma clínica padrão, completa” (EDUARDO, 2021 – relato verbal). Segundo Damiana, havia também totó, pingue-pongue, sinuca, futebol, horta, “grama para eles cortarem”, uma rua enorme, “eles varrem aquela rua, lavam banheiro, eles botam pra fazer tudo, atividade...” (DAMIANA, 2021 – relato verbal).

Eduardo recorda que, às 7h30, a porta da casa para o pátio era aberta e ele ia jogar sinuca. Depois, havia uma reunião com os pacientes, bem como limpeza e faxina do salão e da grama, no que o usuário chama de “pente fino”. Os internos tinham que “tirar no rastelo os resíduos” do corte da grama. Damiana faz um contraponto dessa rotina com o dia a dia em casa, onde ele não quer fazer nada, “só ficar sentado, deitado, comendo, bebendo... e fazendo besteira” (2021 – relato verbal).

De acordo com o administrador, estas atividades fazem parte da laborterapia, “[...] porque a maioria dos pacientes que chegam aqui já deixaram de se cuidar, já deixaram de cuidar do ambiente onde vivem, já deixaram de... escovar um dente, tomar banho, fazer barba, limpar um quarto, arrumar uma cama... então isso tudo a gente induz eles a fazerem” (CELSONO, 2021 – relato verbal). Para Celso, esta é uma forma de eles voltarem a uma vida normal, considerando que antes só pensavam em usar drogas ou beber. Há diferentes ramificações da laborterapia: cuidar de uma horta, regar uma planta, varrer uma calçada... Nas palavras do administrador, “cada um tem um talento, então a gente procura extrair dessa pessoa o talento que ela tem e

encaixar ela em determinados setores para que ela possa desempenhar este tipo de talento que ela tem” (CELSO, 2021 – relato verbal). Assim, a laborterapia seria um caminho para o interno “resgatar o que tem de bom dentro dele”.

Neste percurso rumo à recuperação, a rotina deve ser bem regradada:

A gente costuma dizer que a gente tem normas e regras, então, desde o horário de acordar, às 7h, até o fechamento da casa para o repouso, que é às 21h, existe horário pra tudo, existe horário pra banho, horário pra higiene pessoal, horário pro almoço, horário de lazer, horário de reunião, isso tudo é bem regradinho, entendeu? (CELSO, 2021 – relato verbal).

Eduardo diz que gostou do modo como foi tratado lá, “mas a casa aqui é melhor, porque depois que vira rotina tudo enjoa, né?”. Ele ficava angustiado e cansado da repetição: “Eu ia ficar triste se ficasse pensando nisso lá dentro, na rotina [...] todo dia é isso, não vejo a hora de ir embora, quando passa o dia me dá agonia”. Em suas palavras, o que se repetia era “ter horário de acordar, ficar preso, ter horário de abrir a porta... pra fechar, pra descansar” (EDUARDO, 2021 – relato verbal). Segundo a mãe, havia câmeras de vigilância com monitoramento constante: “Se um fizer com o outro, lá dentro eles estão vendo” (DAMIANA, 2021 – relato verbal). Damiana busca mostrar com isso o lado positivo do controle, que evitaria abusos como aquele que ela diz ter ocorrido na Colônia Juliano Moreira.

Após cinco meses sem crise, o usuário voltou para casa. De acordo com a mãe, isso não ocorreu por ele ter recebido alta, mas sim porque o contrato havia findado e ela não tinha mais dinheiro para pagar. Damiana esclarece que a clínica estipula três meses para fazer uma avaliação, reajustar a medicação, averiguar se houve melhora... Segundo Celso, este é o tempo mínimo para se fazer um “trabalho básico, um trabalho em que a gente pode ter o mínimo de resultado” (2021 – relato verbal), mas tem pacientes que com seis meses não estão prontos para sair.

O termo contratual estabelecido entre a comunidade e o familiar<sup>33</sup> sistematiza o que o administrador relata e ainda traz outros elementos. No “objeto do contrato”, consta que o tratamento é voltado para dependentes químicos, “pelo período mínimo de três meses, prorrogáveis por prazo indicado pela equipe terapêutica como um todo”. Para promover a “recuperação física, mental e espiritual”, são feitas:

---

<sup>33</sup> Uma cópia do “contrato particular de prestação de serviços” estava disponível no prontuário. Assim como de costume, Damiana deixou este documento no CAPS para manter a equipe informada sobre as medidas tomadas em relação ao filho.

Terapias cognitivas, incluindo grupo de sentimentos e estímulo ao desenvolvimento da espiritualidade, reuniões de autoavaliação, laborterapia, atendimento psicoterapêutico, terapia racional emotiva, vídeo terapia, atividades desportivas, programa de prevenção a [sic] recaída, tudo voltado aos 12 passos de narcóticos anônimos (NA)/alcóolicos anônimos (AA) (CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, 2020, p. 2).

Estas atividades são desenvolvidas em regime fechado e a saída para a “ressocialização” só é permitida se o residente demonstrar “resposta positiva àquilo que lhe é sugerido”. Há, porém, um prazo para o retorno, que, se não for cumprido, pode levar à rescisão do contrato por parte da CT, “independentemente de multa contratual”.

No tópico “Das obrigações do residente”, fica claro que, além de cumprir as regras e normas da instituição, ele deve participar de todas as atividades propostas. A “limpeza da comunidade e participação na laborterapia” também são obrigatórias. No parágrafo único consta o seguinte: “O não cumprimento destas regras e normas internas acarretará em [sic] medidas disciplinares denominadas pela equipe terapêutica, visando a recuperação e a motivação para com o tratamento” (CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, 2020, p. 3).

Sobre o CAPS, Damiana explica que comunicou ao serviço sobre o estado crítico do filho só após interná-lo. Quando falou com o psicólogo, ele disse que ela deveria ter recorrido a eles no momento da crise, mas a mãe retrucou argumentando que era fim de semana e o serviço estava fechado. Ao ser perguntada, na entrevista, se tentou falar com o CAPS quando ele estava sem comer nem dormir (o que não se resumiu aos dias de sábado e domingo), ela responde: “Fui, mas olha, ele não saía de casa de jeito nenhum, ninguém tirava ele da cama pra levar no CAPS. Eu cheguei a derrubar ele, tô falando a verdade, derrubei ele no chão com colchão e tudo pra tirar ele, pra levar no CAPS, pra ver se eles lá faziam alguma coisa” (DAMIANA, 2021 – relato verbal). Mesmo com esta atitude, Damiana não conseguiu conduzi-lo ao tratamento. Era ela quem ia ao serviço pegar medicação e, antes deste período de crise, ele ia junto aproximadamente uma vez por mês.

Como visto nos registros de prontuário já relatados anteriormente, a mãe pediu ajuda ao serviço em fevereiro de 2020, muito antes de internar o filho na comunidade terapêutica, mas o(a) profissional sinalizou que uma VD poderia demorar. Na sequência, é possível ver que a visita nunca foi feita. Nos primeiros meses de 2020, quando eu ainda trabalhava no serviço, realmente estava difícil conseguir carro institucional para o deslocamento, mas não fica claro o motivo disso não ter sido resolvido posteriormente. Em geral, demorávamos para obter o

recurso, mas em algum momento conseguíamos. Suponho que os desafios colocados pela pandemia tenham contribuído para dificultar ainda mais a mobilidade do serviço.

Pouco tempo após ter retornado dos primeiros cinco meses na CT, de onde saiu em início de março de 2021, Eduardo voltou a sofrer crises. Mais uma vez, Damiana associa a piora de seu estado à medicação, por dois pontos de vista diferentes. Em um momento da entrevista, ela diz novamente que o “desespero” do filho foi consequência da injeção de Haldol Decanoato e, em outro, conjectura: “Aí eu acho que ele acostumou com a medicação, sei lá, deve ser. Aí o organismo acostuma, sabe?” (DAMIANA, 2021 – relato verbal). Um relato do prontuário de 14/06/2021 diz que ela compareceu ao CAPS para comunicar que recorreu novamente à CT porque o filho havia parado de tomar as medicações, apresentando mudança de comportamento, que alternava entre carinho e agressividade. Também estava tomando banho de cloro e amaciante. Na entrevista comigo, Damiana diz que ele voltou a “socar” carros e ela não teria dinheiro para cobrir o dano. A ambulância o levou para a instituição em 04/06/2021 e ele foi “feliz” por ter reconhecido os funcionários.

A mãe precisou buscá-lo após três meses, pois os profissionais da instituição telefonaram avisando que havia quebrado espelho, mesa da psiquiatra, cadeira... Isso ocorreu no momento da consulta com esta profissional, “ele deu um ataque lá dentro”. Além disso, subiu uma escada, caiu e machucou a costela. Foi então que os profissionais da comunidade trocaram todo o seu esquema medicamentoso. Quando ligaram para a mãe, já tinham administrado as medicações e Eduardo havia se acalmado, mas necessitava de suporte para verificar sua condição física após a queda. No dia 04/09, ela retirou-o de lá e levou-o ao centro de saúde particular que costuma frequentar, onde foram feitos exames.

Para Damiana, Eduardo ficou melhor com o novo esquema medicamentoso prescrito pela comunidade terapêutica. Voltou a se alimentar e estava tomando a medicação regularmente. Parou de tomar banho de querosene e de cloro e de jogar sabão em pó no corpo. Dois dias antes da entrevista, que ocorreu em 25/09/2021, havia passado por consulta com o psiquiatra do CAPS, tendo a dosagem da medicação aumentada, “para ver se ele para de falar sozinho” (DAMIANA, 2021 – relato verbal). Este atendimento foi marcado por uma técnica do serviço, a quem Damiana se reportou quando o filho foi internado pela segunda vez na CT. Entregou-lhe o “papel da internação e ela foi escrevendo tudo”.<sup>34</sup> Após falar sobre a marcação

---

<sup>34</sup> Neste documento, a comunidade declara que Eduardo estava internado para “tratamento Psiquiátrico e Patologias Associadas” por no mínimo três meses, passando pelas atividades previstas, já relatadas. A única diferença para o que já foi descrito é que o documento menciona a terapia “comportamental” cognitiva.

da consulta psiquiátrica, ela faz um adendo, pontuando que, além do médico, ele também “conversa com as meninas” no CAPS.

Em alguns momentos, Eduardo ainda andava de um lado para outro, dizia que tinha casa na Barra, queria ir embora e voltar para o quartel, “mas isso eu tiro de letra”. Logo depois de dizer isso, Damiana faz uma observação demonstrando que o filho ainda não tinha estabilizado: “O pior é quando ele quer pular para a casa dos outros, quer namorar as moças na rua, todo mundo é namorada dele” (2021 – relato verbal). Ela teme as reações das pessoas diante disso, considerando que o “mundo está terrível”. Eduardo chegou a entrar na casa de cima, pois entedia que o irmão dele estava lá. Pretendia matá-lo. A vizinha foi passar uns dias dormindo na residência da filha com medo dele. Para evitar que isso se repetisse, Damiana trancou o portão e demais portas e escondeu as chaves: “Não tem como ele sair de dentro de casa e minha casa é de grade, entendeu? Não tem como sair” (DAMIANA, 2021 – relato verbal). Ela também pensou em aumentar o muro.

Nos últimos relatos do CAPS, se evidencia que o usuário ainda não estava bem. Em setembro de 2021, ele foi duas vezes ao serviço, uma para falar da medicação e a outra para atendimento psiquiátrico. Nestas duas ocasiões, ficou silencioso a maior parte do tempo e sua mãe falou por ele. Relatou que estava tomando banho dez vezes por dia, dando menos socos na parede e que costumava conversar com uma voz. Ele próprio admitiu isso e apresentou atitude alucinatória. Ficou com a cabeça baixa e demonstrou “falar com alguém” durante a consulta psiquiátrica.

Quando pergunto, na entrevista, sobre o dia a dia do filho, Damiana chega a fazer uma pausa e responde: “Nada, só andar pra lá e pra cá”. Neste momento, ouve-se a voz de Eduardo ao fundo e ela retruca: “É isso mesmo. Que malha o caramba! Malha? Malha quando você estava na clínica. Aqui é só assim: andar, deitar, levantar... e fala um monte de besteiras e pronto” (DAMIANA, 2021 – relato verbal). Sua fala demonstra muita irritação.

Como a primeira conversa com Eduardo foi interrompida, porque Damiana precisava usar o telefone, liguei novamente dias depois, mas não pude falar com ele. O usuário havia sido internado novamente na CT, em 27/09/2021, dois dias depois de nos falarmos pela primeira vez. Foi levado de carro pela irmã e o irmão. Segundo a mãe, ele estava entrando em outras casas e “falando que a mulher dos outros era mulher dele”. Em torno da meia-noite, a vizinha ligou gritando para Damiana porque ele estava lá, dizendo que amava a sua filha. Também tentou entrar na residência da moradora da frente. Ficou balançando seu portão, com uma força “tremenda”, e chamando por seu nome. Por mais que a mãe tranque a porta de casa, ele pula o muro. Nas palavras dela:

Eu estava passando um sufoco [...] eu estava sofrendo, mas sofrendo muito por causa dele [...] eu chorei um dia e uma noite, mas meus outros filhos falaram: Mãe, não tem condições, mãe, do meu irmão ficar aí, porque já vieram falar. Sabe o mundo hoje como é que está, né? Vieram falar que iam matar ele se ele entrasse em casa de gente estranha (DAMIANA, 2021 – relato verbal).

A milícia alertou o irmão de Eduardo de que precisaria dar um jeito nisso, senão “o negócio vai ficar estranho para o lado dele”. Este irmão foi avisar à mãe deste alerta, considerando que os milicianos tinham matado recentemente um “doente mental” pelo mesmo motivo. Damiana ficou desesperada com isso e muito triste de ter que internar o filho novamente, pois ele é o seu “xodó”. Ela lamenta ter tido que tomar esta providência, mas admite a dificuldade de lidar com as oscilações do caçula. Logo depois de ser carinhoso e dizer que ama, Eduardo a estranha, pergunta quem ela é. Ele também não reconhece que pulou na casa do vizinho e questiona: “O que que eu fiz?”

Chegando à CT, o usuário foi abraçado pelos outros internos, que conheceu nas internações precedentes, e foram logo jogar sinuca. Damiana conta também que, desta vez, a instituição vai fazer uma parceria para que ele possa realizar um exame “de cabeça”, um “mapeamento no cérebro” para eles saberem o grau da sua esquizofrenia e se está tomando a medicação correta. Ela vai ter que pagar por fora. Sua filha está lá toda semana e leva a roupa do irmão para lavar, pois seu marido é terapeuta dele e ela mora nas proximidades do local. Por coincidência, o genro trabalha nesta comunidade. Quando achou no Google, Damiana não sabia que ele era funcionário da instituição. Ela só pode visitá-lo uma vez por mês, quando vai fazer o pagamento. Nestas ocasiões, fica aproximadamente três horas conversando e passeando com o filho pela CT. Aproveita para levar coisas diferentes para ele comer.

Mais uma vez, a mãe argumenta que não falou com o CAPS porque era fim de semana. Ela ainda avisaria o serviço sobre a internação. Após dizer isso, comenta que seus filhos não querem mais que ela o leve de volta para casa. Dizem para Damiana pegá-lo só no fim de semana, levando de volta na segunda-feira:

Querem que ele fique definitivamente lá, porque lá ele é bem tratado e lá ele tem assim pessoas pra conversar, né, tem os terapeutas, psicólogo, enfermagem... tem o psiquiatra, tem também os grupos, lá tem tudo isso também. Aí tem a piscina, quando tá sol, pra tomar banho, tem jogo de futebol [...] eu acho que é isso, essa falta de comunicação que ele tem em casa, porque aqui em casa é eu e ele, entendeu? (DAMIANA, 2021 – relato verbal).



Após fazer esta contraposição entre as relações na instituição e a ausência de relação em casa, Damiana pontua que é casada, mas o marido tem medo do filho. O padrasto só fica na casa dela quando ele não está presente, porque “Eduardo judia dele”. O usuário já “deu um apertão” em sua clavícula, “que o velhinho, tadinho ficou uma semana sentindo dor”. Outra vez, “deu um puxão no nervo da coxa”. Também já ocorreu de pegar a faca e ameaçar matá-lo quando estava dormindo lá. Damiana acha que pode ser ciúme dela, considerando que após a morte do pai, “só viveu nós dois mesmo, entendeu?” (2021 – relato verbal).

Eduardo “vira rápido” e, “do nada”, começa a olhar o padrasto com “cara feia”. Ela entende que tenha medo do filho, pois ele já cometeu atos agressivos graves. Tentou enforcar a tia, irmã de Damiana, que também não aceita mais dormir em sua casa se o sobrinho estiver presente. Ele a chama de feiticeira e acha que fez feitiçaria para assassiná-lo. Além disso, tem “pinimba” com o irmão e diz que vai matá-lo. Acha que roubou suas roupas. Desse modo, foi ficando cada vez mais isolado com a mãe.

## **4.2 RAPS Zona Norte**

### **4.2.1 CAPS B**

#### **4.2.1.1 Roberto**

Para reconstruir o histórico deste caso até chegar ao processo de institucionalização em clínica psiquiátrica particular, fiz uma entrevista *on-line* com a coordenadora do CAPS, Samara. Ela já havia atuado na assistência e era referência do usuário, tanto como preceptora do residente que o atendia, quanto como psicóloga de Roberto após esse profissional terminar a residência. As informações coletadas nesta entrevista foram complementadas com dados do prontuário. Também estive com os técnicos que assumiram o caso após Samara se tornar coordenadora: primeiramente uma assistente social e depois um psicólogo. Por fim, fiz contatos telefônicos com a clínica particular e o pai do usuário.

Roberto nasceu em 24/09/1979, no Rio de Janeiro. Aos 16 anos, passou a se sentir perseguido e parou de frequentar a escola. Segundo relato da psiquiatra registrado em prontuário, ele apresenta “transtornos psiquiátricos (solilóquios, agitação, delírios paranóides, isolamento social) desde” esta idade (PRONTUÁRIO DE ROBERTO, 2014). Fazia tratamento ambulatorial em posto de saúde, mas apenas a mãe e curadora, Cíntia, comparecia aos atendimentos, já que a médica havia pedido para ele não ir, de acordo com relato do pai, Alex,

registrado em prontuário. Roberto também passou por aproximadamente cinco internações. A última antes de chegar ao CAPS foi em hospital psiquiátrico, durante 42 dias.

Em 20/09/2013, foi levado ao serviço pelos pais por demanda espontânea. Neste primeiro atendimento, se apresentou como o jogador Romário e falou do personagem que o protegia na Barreira do Vasco. Tinha algumas feridas no corpo, que, segundo o pai, ele mesmo provocava, e estava sem comer nem sair de casa, além de não tomar medicação havia cinco dias. De acordo com Samara, ele é um psicótico grave. Em suas palavras, trata-se de um “caso bem raro, um menino muito comprometido”.

A primeira medida tomada pelo CAPS foi indicar internação. Nas palavras do prontuário: “Encaminhamos para avaliação psiquiátrica no PAM c/ indicação de internação e retomada de seu tto, aliás, início de seu tto aqui no CAPS” (PRONTUÁRIO DE ROBERTO, 2013). Em 09/10/2013, Roberto retornou ao serviço após alta do hospital de referência da região. Os pais relataram que ele estava melhor, conseguindo comer e cuidar de si. O próprio usuário disse que se chamava Jesus Cristo. A psicóloga que o atendeu apresentou o serviço e falou sobre as oficinas, como futebol e música.

Em 06/12/2013, consta no prontuário que Roberto estava frequentando o serviço como combinado, mas sem participar das atividades. Segundo Samara, ele ia uma vez por semana. Permanecia na convivência em companhia da mãe. Os profissionais buscaram estimulá-lo a participar da oficina literária, mas ele mostrava resistências a isso. Na confraternização de fim de ano, ficou incomodado com o barulho e o grande fluxo de pessoas. Solicitava a mãe “o tempo inteiro para tudo”, até mesmo beber água.

Roberto morava com os pais, mas a mãe era quem encarregava-se dos cuidados. O pai trabalhava o dia todo, enquanto ela ficava em casa com ele ou o levava ao CAPS. Havia também uma avó, mãe do pai, bastante idosa, sem possibilidade de dividir estes cuidados. Ela própria precisava ser cuidada. Sobre as atividades de interesse de Roberto, consta no prontuário que ele gostava de assistir a filmes, programas sobre futebol, novela, desenhos, bem como ouvir uma rádio que tocava o estilo Heavy Metal, como o grupo Iron Maiden.

O usuário e a mãe eram bastante “grudados”. Ela costumava “ficar muito em cima” e responder por ele, dificultando que pudesse falar com a equipe. Buscava controlá-lo devido à preocupação de que agredisse os técnicos, o que acabava “até provocando uma agressão, de tanto que ela ficava esperando isso acontecer” (SAMARA, 2020 – relato verbal).

Para esta profissional, era difícil construir vínculo com Roberto, por ele ser muito paranoico e sentir-se perseguido a ponto de ficar hostil. Quando pessoas da equipe tentavam chegar perto, ele ameaçava bater. Havia momentos em que as agressões também se dirigiam

aos pais. Pelas recordações de Samara, o usuário estava sempre muito agitado, com pensamento e discurso desconexo. Nas palavras dela, o “basal” dele era muito desorganizado.

Para promover algum tipo de separação entre Roberto e a mãe, incentivando que ele se vinculasse a alguém diferente dela, um profissional a escutava enquanto o residente acompanhava Roberto. O atendimento a Cíntia tinha a função de lhe proporcionar um certo espaço e acolher suas dificuldades em casa, considerando que ficava muito sozinha, sobrecarregada pelo cuidado do filho, além de sofrer de problemas cardíacos. Enquanto isso, o residente pôde desenvolver um trabalho bem interessante com Roberto, levando-o para circular fora do CAPS. Os dois passeavam pelos arredores do serviço e frequentavam a oficina de futebol na praça. Ele não queria jogar, mas ficava assistindo. Nestes caminhos, o usuário expressava questões importantes e falava muito do jogador de futebol Romário, em torno do qual tinha uma construção delirante. Às vezes, Roberto via o Romário na pessoa que estava com ele, e em outras, ele próprio era o jogador. Esta figura nem sempre era “legal” e também se tornava um perseguidor.

Ao longo desse acompanhamento, o usuário atravessou algumas agudizações do quadro. No final de 2013, sua mãe sinalizou à psicóloga que ele estava em crise e pediu medicação SOS<sup>35</sup>. No relato desta profissional, só consta que ela orientou o retorno de Roberto após uma semana para seguir o acompanhamento com o residente. Nos atendimentos seguintes, o usuário não estava bem. Em 09/01/2014, foi ao CAPS acompanhado dos pais e disse ao residente que não gostava dele e queria ir embora do serviço. Permaneceu sentado, com cabeça baixa e olhos fechados, sem responder às perguntas que lhe eram feitas. Os pais relataram que ele estava desse jeito havia cerca de quatro dias e que tinham esquecido de pegar as medicações na última consulta, de forma que precisaram reduzir a dosagem administrada na semana anterior. Roberto foi então atendido pela psiquiatra, que fez ajustes na prescrição, incluindo o Haldol Decanoato. Demonstrou agitação e agressividade no atendimento.

Apesar de alguma melhora deste quadro, outro relato da médica no prontuário em início de fevereiro sinalizava que ele estava novamente em crise, muito agressivo em casa, tendo se voltado contra a mãe algumas vezes. No CAPS, fez menção de agredir uma técnica. Além disso, apresentava solilóquios, insônia e inquietação havia dias. Foi feito novo reajuste medicamentoso. No prontuário, há uma interrupção brusca dos relatos após este dia e só constam novos registros a partir de julho do mesmo ano, quando Roberto já estava internado na clínica particular.

---

<sup>35</sup> Termo usado para designar medicamentos administrados apenas em caso de emergência.

De acordo com Samara, o residente seguiu acompanhando o usuário e, quando seu tempo no serviço acabou, ela tentou se aproximar. Este trabalho exigiu muito investimento e encontrou resistências. Roberto dizia que ela era o Romário e que não o achava legal. Esta visão dificultou a vinculação entre eles. Quando ele chegava ao CAPS com a mãe e a técnica tentava abordá-lo, o usuário logo cortava e dizia que não queria “papo”. Estranhava a aproximação e interrogava o que ela queria dele. Samara continuou tentando se aproximar devagar.

Em aproximadamente três meses, porém, esta tentativa de vinculação foi interrompida pelo falecimento repentino da mãe. O pai chegou com o filho ao serviço relatando o ocorrido e pedindo ajuda da equipe para “internar o Roberto e pra buscar um lugar onde ele pudesse ficar, onde ele pudesse morar, porque ele não tem condições, porque ele trabalha e não tinha como ele tomar conta do Roberto, o Roberto não poderia ficar sozinho” (SAMARA, 2020 – relato verbal). Samara buscou acolhê-lo e escutar um pouco de sua dificuldade, com empatia, considerando que tinha acabado de perder a esposa. Explicou que não era o caso de internar o usuário, pois ele não estava em crise, mas iriam ajudá-lo a se reorganizar. Propôs que, num primeiro momento, ele levasse o filho diariamente ao CAPS, para passar o dia todo. Assim, poderia manter seu trabalho. Alex agradeceu muito.

A ideia, com este acordo, era ajudar o pai a se organizar, para que, em um segundo momento, se delineassem outras estratégias, como, por exemplo, investir o BPC do usuário no custeio de um cuidador que o acompanhasse algumas vezes por semana. Entretanto, não foi possível dar seguimento a estes planos. No dia seguinte ao combinado, Alex já não levou o filho ao CAPS. A equipe fez contato e ele respondeu com muita hostilidade, dizendo que o serviço não ajudava em nada. Samara perguntou qual ajuda desejava e o pai respondeu que era preciso arrumar um lugar para o filho ficar. Voltou a dizer que Roberto não podia continuar morando com ele, pois quem cuidava era a mãe e ele trabalhava. A técnica tentou retomar o combinado feito no dia anterior, mas Alex estava irredutível, reafirmando que o filho precisava residir em uma clínica. Disse ainda que já estava vendo um local com um amigo pastor. Samara tentou chamá-lo para conversar no CAPS, mas ele não foi. Ela também buscou fazer VDs, mas não o encontrava em casa. Nos contatos telefônicos, ele não atendia, não aceitava falar ou era muito ríspido.

Na primeira tentativa de VD, aproximadamente duas semanas após o último contato com o pai, Roberto já tinha sido institucionalizado, mas Samara não sabia. Veio a descobrir quando ligou para ele de um número diferente. Apenas assim, Alex atendeu e contou que o filho estava em um “Centro de Recuperação da Igreja”. Pontuou que não era mais para o CAPS fazer qualquer contato, pois lá “ele tinha tudo” e não precisava do serviço. O pai não quis revelar

o nome do lugar e só falou em qual município se situava. Samara ficou um tempo tentando que ele desse essa informação, mas Alex se recusava, sempre muito hostil.

Na busca por descobrir a instituição, ela ligou para a Superintendência de Saúde Mental e relatou a situação. Com base na informação sobre perfil do local e município, descobriram de qual comunidade terapêutica<sup>36</sup> se tratava. Samara telefonou então para lá. Inicialmente, foram muito receptivos e disseram que o CAPS poderia visitar, chegando até a definir o melhor dia em função da presença da psicóloga. A técnica agendou a visita, mas quando chegou perto do dia e ela ligou para avisar que estava indo, eles já mudaram de posição. Disseram que o CAPS não podia mais ir à instituição, porque o pai, que tinha assumido a curatela de Roberto após o falecimento da mãe, não estava autorizando. As visitas só seriam permitidas com a autorização de Alex. O fechamento da CT se enrijeceu a tal ponto que eles se recusavam até a dar notícias, afirmando que não podiam falar por telefone, apenas ao curador. Alegavam que ele não estava permitindo ou não ia deixar a instituição se comunicar com o CAPS.

Diante deste impasse, Samara recorreu a outros meios para tentar garantir a assistência do usuário em nível territorial. Entrou em contato com o CAPS do município onde estava a CT, para ver se eles poderiam se aproximar de Roberto, mas não conseguiu parceria. Ligou para lá algumas vezes com o intuito de transmitir a situação. A equipe disse que já tinha ido à instituição algumas vezes e comprometeu-se a tentar ver o usuário, mas não cumpriu. Samara desconfia que eles podem não ter conseguido devido à barreira imposta pelo pai de Roberto, acatada pela CT.

Ela fez então contato com a Superintendência novamente,

[...] porque o que eu queria, assim, na verdade, era... era ver se o pai poderia não autorizar, entendeu? Eu não sab/... eu não... eu fiquei, assim, sem saber se ele, como curador, poderia decidir isso, porque, bom... ele internou o garoto lá, é... e pronto, assim, né... “acabou, o CAPS não pode ter mais contato mais, acabou”. A gente, de alguma forma, responsável pelo cuidado com ele, é ainda, né, é... e eu fiquei um pouco sem saber se o pai poderia, assim, se o fato de ter a curatela dava a ele essa autorização de impedir a aproximação do CAPS (SAMARA, 2020 – relato verbal).

A resposta foi que seria interessante primeiro tentar retomar algum vínculo com o pai e, caso não fosse possível, poderiam acionar o Ministério Público para informar que Roberto tinha indicação de acompanhamento pelo CAPS e isso não estava sendo garantido pelo genitor. Naquele ponto, ela mesma já estava com a ideia de judicializar a situação. Pensava em elaborar

---

<sup>36</sup> Durante toda a entrevista, Samara falava com muita convicção que se tratava de uma CT em município vizinho, mas nas análises do pontuário, esta informação se mostrou equivocada, como será visto mais adiante.

um relatório ao MP pedindo uma parceria que ajudasse o CAPS a estabelecer algum contato com o usuário. Já na supervisão, foi tirada a direção de investir primeiro na vinculação com o pai, como proposto pela Superintendência. Entendeu-se que era necessário tentar outras vias de aproximação e pensou-se na possibilidade de construir parcerias no território, com dispositivos como a CF. A ideia era que outro serviço pudesse se aproximar de Alex, sem a marca de querer saber de Roberto e contraindicar a sua internação. O contato com a atenção básica, entretanto, também não foi bem-sucedido. Samara não se recorda o motivo, mas lembra que os profissionais não conseguiram se aproximar.

Embora esta profissional se refira a uma comunidade terapêutica em outro município na entrevista, consta no prontuário que o pai internou Roberto em clínica particular na Zona Oeste. Ela mesma explicou que, por não ter olhado o prontuário logo antes de falar comigo, pode ter esquecido algumas informações. Possivelmente, o caráter religioso da denominação da clínica (omitido aqui por questão de sigilo) contribuiu para que fosse confundida com uma CT. Além disso, a distância que se estabeleceu entre a equipe e o caso ao longo dos anos de internação também deve ter levado ao equívoco sobre dados importantes da instituição.

Logo depois das tentativas de articulação realizadas por Samara, ela saiu da equipe técnica e assumiu a coordenação. Todos os seus casos foram transmitidos para a assistente social que entrou em seu lugar. Nas palavras da antiga técnica de referência, era uma lista “gigantesca” e “por conta das urgências do cotidiano”, a nova profissional não teve tempo de investir no caso de Roberto. Como ele não estava frequentando o tratamento, acabou não sendo priorizado. Segundo ela, diante da população enorme a ser cuidada pelo CAPS, a tendência é focar naqueles que vão ao serviço e estão em crise.

A própria assistente social me disse que chegou a tentar falar com a clínica algumas vezes, mas sempre diziam que o responsável não estava lá no momento e não davam retorno. Além disso, fez tentativas de contato telefônico com o pai do paciente, sem sucesso. No prontuário, há registros de telefonemas por parte de diferentes profissionais durante 2016, 2017 e 2018. Dentre as poucas vezes que Alex atendeu, ele disse que o filho estava sendo “bem cuidado” na internação e deixou claro que não autorizava o CAPS a entrar em contato com a clínica. Por outro lado, chegou a aceitar o convite para ir ao serviço uma vez, mas não compareceu de fato.

Após um ano e oito meses no CAPS, a assistente social saiu e passou seus casos para um novo técnico de referência, Cláudio. Aproveitando a experiência dele com a desinstitucionalização, por já ter sido AT de residências terapêuticas, Samara lhe disse para investir nos usuários institucionalizados, dentre estes, Roberto e três pessoas que se

encontravam em abrigos. Pontuou que era preciso pensar em como se reaproximar, porque o CAPS conseguia pouco ou nenhum contato com estes usuários.

Ao falar disso, Samara faz um contraponto em relação aos pacientes institucionalizados nos núcleos de internação do município, com os quais o serviço consegue manter contato. Nestes casos, o acompanhamento é semanal ou quinzenal. “Então são pacientes que tão institucionalizados, mas que tão na rede, de alguma forma” (SAMARA, 2020 – relato verbal). Já Roberto está “desaparecido da nossa vista, completamente, assim, a gente não tem acesso, então é um caso que me preocupa muito, porque eu não sei como é que tá esse rapaz, não sei mesmo como é que ele pode tá [sic]” (SAMARA, 2020 – relato verbal). Ela acha surpreendente que ainda esteja lá, considerando quão difícil era estabelecer vínculo com ele.

Tive a oportunidade de conversar com Cláudio quando fui ao CAPS ler o prontuário de Roberto. Ele esclareceu que não conseguiu fazer muitos avanços em relação ao caso, porque o pai não atendeu aos seus telefonemas. Além disso, não pôde falar com a clínica particular por não ter descoberto o telefone. Samara lhe passou o nome e localização, mas ele não encontrou no Google. Pelo que me disse, ela também lhe transmitiu a informação errada sobre o município, o que contribuiu para não conseguir localizar a instituição na *internet*. Cláudio comentou também que a equipe está muito sobrecarregada de casos de primeira vez devido a tentativas de suicídio. Relacionou este aumento na demanda à situação das CFs, que passaram a se voltar prioritariamente ao tratamento da Covid-19 com a pandemia. Outro fator que prejudica o acompanhamento em saúde mental pela atenção básica são as mudanças constantes nas equipes, que reduzem a efetividade do trabalho de matriciamento feito pelos CAPS.

Dias depois de ir ao serviço e conseguir o número de celular do pai por meio do prontuário, fiz contato telefônico. Caiu na caixa postal, assim como acontecia frequentemente quando a equipe tentava falar com ele. Diante dos relatos sobre a dificuldade de contatá-lo e do desejo de seguir com a investigação do caso, telefonei então para a clínica. Eu havia conseguido o número na *internet*, onde encontrei divulgações sobre o local em páginas e redes sociais virtuais: Facebook e Instagram. Observei que o nome havia mudado, porém mantendo o mesmo sentido bíblico. No primeiro contato, falei com um administrador. Após eu explicar a ideia da pesquisa e citar o nome de Roberto, ele me informou que o paciente havia falecido alguns meses antes, por “morte cerebral”. Este profissional não conseguiu dizer mais do que isso e me orientou a falar com a assistente social, embora eu tenha pedido para ser direcionada à gestão da clínica. Ela estaria disponível no dia seguinte.

A notícia sobre a morte de um usuário institucionalizado há tantos anos, em idade tão precoce, me chocou. Fiquei me perguntando como seguir com a pesquisa sem a pessoa presente.

Por outro lado, refleti sobre a importância de dar visibilidade a isso e entender os caminhos que culminaram neste fim. Em contato com a assistente social, ela explicou que Roberto teve algo como um mal súbito em fevereiro de 2021, foi internado no hospital de referência da região e, após alguns dias, sofreu “morte cerebral”. O pai foi quem informou à equipe. Sobre o meu projeto, ela ficou confusa e reticente, tentando esclarecer se eu queria saber sobre o funcionamento da clínica ou sobre o paciente. Expliquei que a ideia era falar dos dois. Novamente, solicitei contato com a direção, mas não consegui. Ela disse que iria me passar, mas, após um tempo de espera, voltou a falar comigo, explicando que já havia comunicado ao diretor e ele “não iria se opor à pesquisa”. Busquei então ver com ela quais profissionais poderiam dar entrevista. Ela explicou que havia quatro equipes de enfermagem, divididas em quatro plantões, além de nutrição, psiquiatria, psicologia... A assistente social e a psicóloga trabalhavam lá desde 2017, quando Roberto já estava internado havia alguns anos. Propus então que nós duas agendássemos um horário para entrevista e, a partir daí, eu buscaria identificar com ela outros profissionais que pudessem contribuir. Esclareci que fazia o encontro no modo *on-line* ou por telefone devido à pandemia e perguntei qual seria o melhor dia e horário para combinarmos. Ela estranhou essa forma de contato, mas acabou compreendendo. Pediu para eu ligar novamente dentro de quatro dias para fazermos o agendamento. Havia uma família aguardando por ela naquele momento e precisava desligar.

No dia combinado, liguei para a instituição, mas um profissional da administração disse que ela não iria me atender, pois a equipe tinha concluído não ser possível dar informações para uma pessoa cuja identificação desconheciam. Expliquei que estava desenvolvendo a pesquisa pela UERJ, com aprovação dos Comitês de Ética responsáveis, e que poderia enviar os documentos correspondentes. Ele disse que compreendia, mas estava me transmitindo o posicionamento da equipe. Pedi novamente para falar com a direção e ele me orientou a telefonar depois de meio dia para conversar com o diretor.

Após alguns dias de tentativa, consegui finalmente ser encaminhada à sala da direção, porém quem me atendeu não foi o diretor principal, mas outro profissional que também atua neste setor. Ao explicar que o foco do projeto era o percurso de usuários que já foram tratados em serviços de atenção diária, mas devido a questões e dificuldades, a família buscou clínicas como aquela para internação/moradia, ele comentou que muitas vezes os pacientes não aceitam tomar a medicação e eles maceram para contornar o problema. Pouco tempo depois, a ligação caiu e eu tive que ligar de novo. O mesmo profissional atendeu, mas logo a ligação caiu novamente. Quando liguei pela terceira vez, a mesma profissional que havia me atendido de início e passado para a sala da direção, disse que ele tinha acabado de sair de moto, mas que



poderia me ajudar. Ela trabalhava lá atendendo o telefone, informando as pessoas e sabia tudo da instituição. Expliquei sobre a pesquisa e ela se prontificou a responder às perguntas.

Independentemente das minhas questões, ela falou espontaneamente e com muito orgulho sobre a clínica. Contou que lá tudo é filmado e eles (equipe) ficam olhando. Desse modo, podem ver quando ocorre alguma briga entre os pacientes. Há aproximadamente 38 internos no local. Embora eu tenha visto na *internet* que a instituição foi fundada em 2003, ela disse que já existia há 37 anos e recebia muitos pacientes militares no início. Citou um que perdeu os pais e passou 28 anos lá.

Sobre os profissionais que compõem a equipe, mencionou um médico neuropsiquiatra capitão da aeronáutica e um psiquiatra. Também contou com orgulho que o estabelecimento tem lavanderia industrial e um sítio repleto de frutas atrás do terreno. Quando perguntei se os pacientes frequentavam essa área, ela respondeu que não, pois a equipe leva as frutas para eles.

A todo momento, ela buscou deixar claro que ninguém fica preso, nem é maltratado. Pontuou que, embora seja chamada de clínica, a instituição é mais uma moradia assistida. Alguns pacientes são levados pela família para passar alguns dias em casa e outros passeiam na estrada onde se localiza a clínica quando o médico autoriza. Além disso, são realizadas de duas a três festas por semana, “senão eles ficam tristes”. Nossa conversa precisou ser interrompida porque ia começar o culto. Segundo ela, tem que ensinar a palavra de Deus, mas eles não são obrigados. Combinamos de nos falar novamente em dois dias.

Nesta segunda conversa, ela começou contando que os pacientes recebem visita da família, conversam e ninguém fica mal por isso, mas já houve épocas em que alguns choravam por desejarem ir embora. Quando perguntei sobre o que motivou a fundação da clínica, ela explicou que é filha de um general e atuou bastante tempo na Marinha, no setor de psiquiatria. Gostou deste emprego, estudou bastante e foi trabalhar no município. Um ano depois, abriu a clínica. Nesse momento, me dei conta que estava falando com a fundadora do empreendimento e não apenas alguém que atendia o telefone e dava informações, como fez parecer no início. Ela aproveitou os contatos que tinha com diferentes especialistas da área da saúde para compor o quadro de profissionais. Tanto o interesse na área, quanto a necessidade de prover o sustento da família motivaram a iniciativa. Ela precisava ajudar sua mãe, que teve 23 filhos. O pai havia sofrido AVC e ficou muito debilitado. Além disso, a inspiração para criar o local também veio da fé, do estudo da Bíblia e de um sonho que teve em que estava morando naquele exato local com mais duas pessoas. Como passou a vida trabalhando e estudando, agora pretende descansar e deixar a instituição, que está em seu nome, para os filhos.

Em relação aos critérios para a admissão na clínica, ela falou que alguns chegam com encaminhamento psiquiátrico. Em seguida, disse que a pessoa descompensada não sabe o que está fazendo. Citou o exemplo de uma menina de 20 anos que matou os dois filhos, tirou as cabeças e sentou ao lado. Foi levada para o Instituto Municipal Jurandyr Manfredini e logo liberada. A família ficou destruída com esta tragédia. Ela pontuou que infelizmente nem todo mundo entende estas situações psiquiátricas, principalmente o paciente estando dentro de casa. Há pessoas que “não conseguem viver”, ficam agressivas, abalam a estrutura dos familiares e os adoecem. Ao falar disso, citou outro exemplo, de uma moça que estava em surto, sem tomar banho, tentando trancar a irmã. Por outro lado, há aqueles que ficam por algum tempo na instituição e conseguem voltar para a casa, pois se conscientizam sobre a necessidade da medicação.

Ela fez uma série de críticas aos hospitais, prontos-socorros ou emergências psiquiátricas, que, ao seu ver, administram medicação para acalmar o paciente e o liberam em poucos dias. Fica chocada ao lembrar das situações em que a pessoa recebe alta para ficar na rua. Acha “engraçado” que o “pessoal do CAPS” se mostre preocupado com os pacientes que pararam de ir ao serviço e foram para a clínica, quando há tantas pessoas com transtornos mentais desalojadas. Segundo ela, os assistentes sociais do Fórum buscam localizar as famílias destas pessoas e alguns desses familiares procuram a clínica. Há casos em que pagam a ambulância para conduzir o paciente até lá. Geralmente, localizam a instituição pela *internet* ou por indicação de familiares de pacientes que já estão internados.

Em relação à equipe técnica, ela contou que, além de neuropsiquiatra e psiquiatra, já citados na ligação anterior, também tem cardiologista, psicóloga, assistente social, farmacêutico... Sobre as diferentes estruturas, mencionou a farmácia, o posto de enfermagem e a “anterclínica” – uma sala onde há todos os equipamentos necessários para reanimar um paciente, incluindo monitorador, “tudo completinho”. Eles só encaminham para outro hospital caso seja necessária a intubação, o que parece ter sido o caso de Roberto.

Algumas informações e reflexões feitas por ela complementaram o que eu já tinha visto no Facebook da instituição. Dentre as postagens e fotos, há imagens de festas, passeios pela estrada com o acompanhamento de profissionais vestidos de jaleco, a nomeação “moradia assistida” dentre as possíveis funções da clínica, uma postagem associando feminicídio ao diagnóstico de esquizofrenia, cultos... Neste último caso, há uma publicação com fotos e os seguintes dizeres:

A fundadora da Clínica [nome], realizou na tarde desse dia como de costume, um culto de adoração e agradecimento juntamente com funcionários e pacientes. O culto, a fé “exercem papel fundamental como fator de equilíbrio psicoemocional à população em especial ao (doente)”. “Sua função tem papel indiscutivelmente relevante no atendimento e promoção da dignidade da pessoa humana, princípio de direito fundamental do ser humano” (PUBLICAÇÃO VIRTUAL DA CLÍNICA, 2021).

Além disso, outras postagens trazem imagens de lanches, piqueniques, churrascos, cuidados com as unhas dos pacientes, cultivo de plantas em uma horta, explicações sobre diferentes tipos de transtorno psiquiátrico e como identificá-los... Em uma delas, há uma explanação sobre a psicose, que a associa ao uso de drogas, acompanhada de uma foto com um homem armado.

Como minha conversa com a fundadora foi interrompida pela chegada de uma família, fiquei de ligar novamente na semana seguinte. Assim o fiz e quando consegui contato, ela falou comigo de forma inteiramente diferente, um tanto ríspida, deixando claro que não me daria mais nenhuma informação, pois havia falado com a direção e eu deveria me reportar a eles. Logo depois, me passou para um agente administrativo. Expliquei que estava disposta a falar com a direção e que gostaria inclusive de mandar os documentos referentes à pesquisa para que tomassem conhecimento. Ele me transmitiu então o telefone de contato da sala do diretor. Quando liguei para o número, escutei uma mensagem de voz avisando que não existia. Diante disso, tentei novamente falar com ele pelo telefone da clínica, mas só no dia seguinte, para evitar qualquer desgaste, considerando que a fundadora tinha se mostrado nitidamente incomodada comigo e provavelmente ela atenderia se eu ligasse naquele momento. De todo modo, foi ela quem atendeu e, de forma muito ríspida, queixou-se que eu já tinha ligado demais para lá. Em seguida, disse que já havia falado com a direção e a orientação era que eu buscasse o estágio. Fiquei sem entender e tentei esclarecer novamente a ideia do projeto, mas ela desligou repentinamente.

Como vi que a fundadora estava com uma postura defensiva em relação à pesquisa, possivelmente pelo receio de que a clínica fosse submetida à “investigação”, insisti no contato para ter a chance de apresentar o estudo à direção. Desta vez, quem me atendeu foi um enfermeiro, que finalmente me passou para o diretor. Expliquei o projeto e ele, sem falar muito, me orientou a enviar os documentos para o seu *e-mail*. Disse que ia repassá-lo para outros profissionais, como a assistente social, e avaliar a proposta. Os arquivos referentes à pesquisa foram enviados, mas nunca obtive resposta.

Em relação ao pai de Roberto, passei inúmeros dias tentando ligar para o seu celular em diferentes momentos. Quando finalmente consegui falar, apresentei a pesquisa e manifestei meus sentimentos pela morte de seu filho. Ele agradeceu e pontuou que o CAPS era muito ruim, pois ficavam esperando longamente para serem atendidos e frequentemente havia brigas. Diante da minha tentativa de marcar a entrevista, ele disse que estava sem tempo, atarefado com a agenda de trabalho, mas que eu poderia deixar uma mensagem em seu WhatsApp para ele me dizer a sua disponibilidade futura. Assim o fiz e fiquei aguardando. Como ele jamais respondeu, voltei a ligar e escrever, mas sem retorno.

#### 4.2.2 CAPS C

##### 4.2.2.1 Severino

A reconstrução da trajetória de Severino esbarrou com um impasse já de início. Após o caso ser mencionado em reunião de equipe, foi difícil identificar o profissional que poderia me falar sobre ele. No levantamento feito pela coordenadora, Lucia, sobre os técnicos indicados para me darem entrevista em cada caso, apenas Severino não tinha um nome de referência. De todo modo, ela própria se prontificou a conversar comigo, já que tinha se deparado com a situação do usuário em meio aos relatórios de Bolsa de Incentivo à Desospitalização/Bolsa Rio, como será visto adiante.

Embora, na condição de coordenadora, Lucia não tivesse muito conhecimento sobre o caso, ela pôde me passar informações fundamentais para que eu acessasse a família e o local de institucionalização. Desse modo, pude fazer contato com a irmã do usuário, Sílvia, que foi bastante receptiva e me deu entrevista por chama de vídeo do WhatsApp, pois não conseguia acessar o *link* do Zoom.<sup>37</sup> Também foi possível agendar uma visita ao usuário na instituição de “moradia” com a administradora do serviço, Rebeca. Neste dia, tive a oportunidade de entrevistá-lo junto à cuidadora, Dora, que foi muito solícita, mas ao mesmo tempo não deixou espaço para que ele decidisse se queria ou não participar do estudo. Logo após eu me apresentar a esta profissional e começar a ouvi-la na sala da “Casa”<sup>38</sup>, Severino chegou e foi orientado por ela a sentar conosco para conversarmos “sobre a sua vida”. Eu busquei inteirá-lo sobre a ideia

---

<sup>37</sup> Plataforma virtual de videoconferência.

<sup>38</sup> Optou-se por grafar tanto a palavra “casa”, quanto “moradia” e “residência terapêutica/assistida” com letra maiúscula para designar as instituições que não são moradias de fato, como será demonstrado pelos relatos e análises. Esta foi a forma encontrada de diferenciá-las de verdadeiras casas ou das RTs da reforma psiquiátrica.

da pesquisa e ele se mostrou à vontade para falar. Estas entrevistas foram complementadas com os relatos da administradora e do terapeuta ocupacional, Júlio, que tive a oportunidade de entrevistar na outra “Casa” da empresa.

O usuário nasceu em 06/06/1959, no Rio de Janeiro. Tem uma irmã um ano mais velha, chamada Silvia, e um irmão de dez anos a mais, Gerônimo, já falecido. Segundo relato da irmã, “sempre apresentou alguma anormalidade”. Desde criança, foi rebelde, agressivo e muito nervoso, se jogando no chão em alguns momentos. Falava palavrão, xingava e dava soco na parede. A agressividade afluía em qualquer situação, mas sobretudo quando era contrariado. Concluiu a quarta série do ensino fundamental em uma escola especial, Severa Romana, associada à Pestalozzi, mas não deu sequência aos estudos. De acordo com Silvia, ele “não interagia assim pra nada, pra estudar, pra trabalho, nada, entendeu? Ele não tinha noção duma rotina, duma obrigação [sic]” (2020 - relato verbal). Severino tinha dificuldade de interação social.

Ao longo dos anos, foi apresentando uma piora, “não desenvolvia mais pra estudar nem nada [...] tanto que hoje em dia, ele nem assinar o nome assina, é tudo no dedo” (SILVIA, 2020 - relato verbal). Na adolescência, se tornou ainda mais agressivo, o que gerava intensos conflitos familiares. De acordo com Silvia, era muito difícil, pois o pai “já tinha uma certa idade”. Foi necessário, então, levar Severino a uma médica, que o diagnosticou com esquizofrenia e prescreveu Haldol. Chegaram a esta profissional, particular, porque ela já acompanhava a mãe.

Apesar deste tratamento, a agressividade permaneceu. Entre 15 e 16 anos, Severino passou a ir para a rua, fazer uso de bebidas alcólicas com Haldol, ficando bastante alterado. Como chegava em casa agressivo, às vezes Silvia não dormia à noite para proteger os pais, porque ele ameaçava matá-los com faca. Também a agredia fisicamente, chegando a lhe dar socos. Ela sofreu muito com isso. Em suas palavras, “eu era um saco de pancada, por isso que eu morro de medo [...] se ele ficasse nervoso com alguma contrariedade, pronto, já era um soco, era um tapa, era um empurrão, era assim, desse jeito...” (SILVIA, 2020 - relato verbal). Isso ocorreu, por exemplo, na véspera do seu casamento, porque ela defendeu os pais. A diarista que trabalhava na casa deles também era frequentemente agredida.

Embora ameaçasse os genitores, nunca lhes batia de fato. A única vez que isso ocorreu foi quando tinha aproximadamente 20 anos e deu um tapa no rosto da mãe, porque “queria dinheiro”. Como ela não aceitou dar, ele tirou de sua bolsa à revelia. Nas palavras de Silvia, “ela não podia ter uma bolsa deixada num lugar que ele pegava”. Além disso, se chegasse algum familiar em casa, fosse tia ou irmão da mãe, era preciso ter muito cuidado, porque “ele estava

sempre pronto pra poder mexer na bolsa e pegar dinheiro” (SILVIA, 2020 – relato verbal). Usava estes valores para ir à rua e jogar no bicho, que ele adorava. A agressão à mãe levou Gerônimo a interná-lo no Pinel, onde passou dois dias.

Silvia ressalta que teve uma mocidade muito sofrida por causa de Severino. Ele gerava uma constante desarmonia dentro de casa. Recorda de uma vez que o usuário ameaçou agredir o pai e o irmão interveio, batendo nele: “Olha, ai Luisa, uma tragédia, uma tragédia, eu sou traumatizada com isso, muito, muito mesmo” (SILVIA, 2020 - relato verbal). O almoço de domingo, ao qual costumavam ir tias, tios e primos, virava um caos, pois ele ficava muito alterado e agredia verbalmente a todos. Ela considera que sua vida só foi “florir” e ter um pouco de alegria quando conheceu seu marido, aos 24 anos.

Nesta época, o pai faleceu, mas a mãe ainda permaneceu viva por três anos. Após sua morte, Severino foi morar com Gerônimo, que sempre organizou e orientou a família. O irmão ficou com ele por um ano, mas não aguentou, porque o usuário saía, bebia e possivelmente usava drogas, de acordo com o que a vizinhança contava. Como “arrumava problema com todo mundo na rua”, pedindo às pessoas que lhe dessem dinheiro ou lhe pagassem coisas, Gerônimo era chamado. Para a irmã, Severino não precisava fazer isso, pois não lhe faltava nada em casa. A situação estava tão difícil que Gerônimo chegou a dizer que poderia acabar matando o irmão. Foi quando resolveu interná-lo definitivamente, em 1994, na Colônia de Rio Bonito. Como Silvia já estava casada e havia se distanciado de Severino, não sabe contar detalhes deste período.

Sobre as internações, o próprio usuário menciona outros lugares pelos quais teria passado antes da institucionalização de longa permanência: “Vou até contar, aqui, Colônia, Friburgo, pra lá de Friburgo, Clínica da Gávea, Rio Bonito, em Botafogo, aqui, Friburgo, Clínica da Gávea, um montão de casa, Pinel também, um montão de lugar [sic]” (SEVERINO, 2020 - relato verbal). Cita também o Hospital da Praça Mauá, demonstrando pavor de retornar para lá.

Na Colônia de Rio Bonito, ele passou 18 anos. Este hospital foi inaugurado em 25 de abril 1967 por iniciativa privada em um terreno particular, às margens da BR 101. Posteriormente, todos os seus leitos foram conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), aproximadamente 630 em 2006 (ALBUQUERQUE, 2010). De acordo com a autora: “sua criação fazia parte de um movimento de se trazer para as cidades menores, do interior, para as áreas rurais os pacientes em ‘fim de carreira’, sem perspectiva de alta, já naquela ocasião com longo tempo de internação e sem vínculos familiares” (ALBUQUERQUE, 2010, p. 32).

Gerônimo ia visitar o irmão de 15 em 15 dias. Nestas ocasiões, via como estava, levava coisas para ele e pagava a cantina, que estava liberada para pegar o que quisesse, como café, sanduiche e Coca-Cola. Ele havia assumido a curatela do usuário. Severino afirma que a Colônia é um perigo, pois lhe davam “choque”. Estava se referindo ao tratamento de eletrochoque, prática comum nos grandes manicômios. Ao contar sobre isso, apontou um fio elétrico para mostrar com qual instrumento era feita a intervenção. Ficou tão traumatizado que passou a associar diversas instituições e procedimentos de saúde ao eletrochoque, opondo resistência até a fazer exame de sangue. De acordo com a cuidadora, Dora, quando ele chegou à “Residência Terapêutica”, sempre relatava as violências e dificuldades sofridas na Colônia de Rio Bonito, desde apagarem cigarro nele até brigas por comida. Ele tinha marcas nítidas de maus tratos pelo corpo, inclusive de queimaduras, e uma higiene muito prejudicada. Nas palavras de Severino: “Só sei que eu cheguei aqui fedendo, cabelo grandão, um mal cheiro horrível, magrinho, [...] Magro, fedendo, com o cabelo aqui...” (2020 - relato verbal).

Em 2011, foi movida uma ação civil pública contra o hospital, ajuizada pelo Ministério Público do Rio de Janeiro (MPRJ) e Ministério Público Federal (MPF), denunciando má gestão. Foram constatadas diversas irregularidades, “como enfermarias em condições precárias, pacientes vagando pelas instalações sem assistência, instalações sujas e precárias” (GLOBO.COM, 2016). A ação tinha como finalidade cumprir a Lei 10.216 e estimulou que em 2016, os últimos 54 internos fossem transferidos para seus municípios de origem, onde passaram a ser acolhidos e tratados nos serviços territoriais, como os CAPS.

Severino foi transinstitucionalizado para o Pinel em junho de 2012, onde ficou até maio de 2014. Em 2011, seu irmão, Gerônimo, havia morrido por infarto. Por isso, Silvia passou a cuidar dele e se tornou a nova curadora. Ela ia visitá-lo no Pinel e nestas ocasiões passava por uma assistente social. Foi esta profissional quem indicou algumas “Residências” particulares como opção para Severino morar:

Na época ela me deu quatro Casas pra eu visitar, né, pra ver preço, aí eu fui, aí essa que ele está [...] eu gostei muito, gostei do médico, que o dono é um psiquiatra, gostei muito da recepção dele, das propostas, né, adorei e aí resolvi e aí fiquei com essa, entendeu? Ele tá muito feliz, muito feliz, muito bem cuidado, sabe? Graças a Deus! (SILVIA, 2020 - relato verbal).

Silvia achou este médico, Pedro, muito humano e interessado, o que foi determinante para que escolhesse esta “Moradia”. Ele próprio buscou o paciente no Pinel em seu carro, junto com ela, gesto pelo qual é muito agradecida, visto que tem medo de sair com Severino sozinha.

Pedro esclarece que nesta época, a empresa ainda era pequena, sem muitos recursos, e por isso usou o seu veículo para levar o paciente. A assistente social do Pinel indicou a “Residência” porque tinha conhecimento do serviço pelo próprio Pedro, com quem já havia trabalhado.

Em entrevista com ele, feita por chamada de vídeo no Zoom, foi possível entender o histórico da instituição, que possui duas filiais, uma na Zona Sul e outra na Zona Norte. Pedro sempre teve o desejo de abrir um negócio vinculado à saúde e se juntou então a outras duas psiquiatras para realizá-lo. Com o dinheiro emprestado pelo pai de uma das sócias, compraram uma ambulância e fundaram uma empresa de remoção psiquiátrica, em 2011. Este serviço existe até hoje e conduz pacientes de qualquer parte da cidade para hospitais ou clínicas psiquiátricas particulares. Como não provia lucro suficiente para o sustento da empresa, resolveram expandir os negócios de outras formas. Tiveram a ideia de abrir uma “Residência Terapêutica”, que consideraram algo promissor por não haver ainda no setor privado. Começaram com uma casa pequena na Zona Sul em 2012 (substituída por um imóvel maior em 2016) e, em meados de 2013, abriram a sede da Zona Norte. Ao longo dos anos, a empresa foi crescendo, a tal ponto que outra filial está em vias de inaugurar na cidade de São Paulo.

A remoção psiquiátrica e o serviço residencial se tornaram complementares. Quando o próprio Pedro ia na ambulância e identificava que o paciente poderia se beneficiar da “Residência”, ele conversava com a família e oferecia o serviço. Dizia que era um espaço onde a pessoa poderia morar de forma mais confortável e manter a estabilidade do quadro psiquiátrico após a internação. No início era comum os pacientes chegarem por este caminho, mas com o tempo o serviço se tornou mais conhecido e passou a receber muitas indicações, tanto de médicos, profissionais de saúde, quanto dos próprios familiares de pacientes da “RT”.

Sobre o público da “Casa”, Pedro explica que o serviço trabalha basicamente com pacientes psicóticos e que quase 100% são esquizofrênicos, bipolares, têm demência ou retardo. Ele esclarece também que “95% dos nossos clientes são pacientes de 40 a 60 anos, que foram cuidados pelos pais a vida inteira e esses pais ou morreram ou ficaram velhos, aí os irmãos se mobilizam pra resolver o problema, em geral ninguém quer trazer o paciente pra dentro de casa e aí é o momento que a gente entra” (PEDRO, 2020 - relato verbal).

Na sede da Zona Norte, onde Severino se encontra, há aproximadamente 12 moradores, de acordo com a administradora. Ao falar sobre esta quantidade, ela fez um adendo que ajuda a entender a dinâmica da instituição e sua proximidade com o esquema hospitalar. Uma possível nova moradora havia desistido de ficar:



peessoa que veio só pra... pra tomar medicação e foi embora. [...] a família trouxe, fez a med/ a gente fez a medicação, tudo direitinho pra ela ficar, mas aí o... ela não era uma pessoa que não era interditada, então ela tinha o livre arbítrio de ficar ou não, né? E a família optou por levar pra casa. Tá tratando em casa mesmo [...] Ela é uma pessoa que precisou de um atendimento, veio pra estabilizar, quando ela ficou bem, no dia seguinte, ela foi embora (REBECA, 2020 - relato verbal).

No caso de Severino, a irmã não achava possível recebê-lo em sua residência. Até hoje, sente medo dele pelas lembranças das violências do passado. Embora o usuário tivesse tempo de institucionalização suficiente para ganhar acesso a uma RT pública, os profissionais envolvidos na desospitalização definiram a instituição particular como projeto de moradia. Para Pedro, isso se explica porque Severino tem irmã e renda. Recebe pensão do falecido pai no valor de R\$ 4.200,00. Desse modo, iria para o “último lugar da fila da RT pública”, considerando a enorme quantidade de pessoas que precisam deste recurso. Vale destacar que ele também passou a receber a Bolsa de Incentivo à Desospitalização quando saiu da internação de longa permanência.

Quando perguntei à coordenadora do CAPS o motivo de Severino não ter sido encaminhado a uma RT pública, ela respondeu: “Olha, a gente, quando trabalha na ‘desins’, o nosso trabalho ele é... a gente trabalha com o retorno familiar e retorno pra algum dispositivo na cidade” (LUCIA, 2020 - relato verbal). Desse modo, ela parece atrelar o trabalho de desinstitucionalizar à família, independentemente das condições que seus membros disponham. Vale destacar que este motivo foi pressuposto por Lucia, pois ela não participou do processo de desospitalização. Passou a atuar no serviço em 2017, quando Severino já estava de alta há quase três anos. Além disso, não há atualmente nenhum técnico que tenha acompanhado o usuário quando foi desospitalizado e que conheça o caso para esclarecer o que ocorreu na época.

De acordo com o relato de Silvia, o CAPS não fez visitas ao irmão durante o tempo em que esteve no Pínel, nem ele compareceu ao serviço antes de ter alta. Apenas ela foi, junto à assistente social, conhecer o CAPS e conversar com a então coordenadora. Quando Severino já estava na “Casa” é que passou a ir ao serviço, porém nunca gostou de frequentar. A irmã explica que apesar de tentarem convencê-lo, o irmão opõe bastante resistência. Diz que lá tem “um bando de malucos, que gritam...”. Por isso, vai apenas à consulta psiquiátrica. De acordo com a cuidadora, isso só ocorre uma ou duas vezes ao ano. Sobre as oficinas terapêuticas, Silvia acha que ele não aceita participar por não desejar interagir e ser um tanto tímido.

O próprio Severino diz que não gosta de ir ao CAPS porque não consegue ficar parado, passa mal e sente tonteira. Segundo ele, “é muito grande lá, eu passo mal, não gosto de ficar em lugar muito grande não, que eu tenho medo de altura” (SEVERINO, 2020 - relato verbal). Além disso, afirma que não precisa do serviço, pois “está bom da cabeça”. Acha que se for ao CAPS, pode “ficar preso de novo”. Segundo a cuidadora, quando demora a ser chamado para o atendimento, ele começa a desconfiar que vai chegar alguém para buscá-lo e interná-lo. Nas palavras de Silvia: “Às vezes demora muito lá, sabe, a consulta, demora muito, aí ele fica irritado, ele fica muito agressivo, dá soco na parede, fala palavrão e a cuidadora tem que estar comigo, né, sozinha eu não vou não, sozinha não tem como, eu morro de medo” (2020 - relato verbal).

Para Severino, há maldade não só na “clínica”, mas também em outros lugares, pois além do eletrochoque, existem os perigos urbanos. Sente muito medo, pois acha que o Rio de Janeiro não tem segurança nenhuma e que tanto traficantes, quanto policiais são todos “safados, matam as pessoas à toa, sem ganhar nada” (SEVERINO, 2020 - relato verbal). Segundo a cuidadora, o que ele vê na televisão o faz pensar que os bandidos vão pegá-lo e roubar seu último “cigarrinho”. Para levá-lo ao médico, precisam prometer que vão recompensá-lo com cigarro. A administradora conta que já o convidou para passear, mas “ele morre de medo”. Antes, conseguiam conduzi-lo ao barbeiro, mas nem isso aceita mais. Vale ressaltar que mesmo quando estava internado, Severino opunha resistência a sair da instituição. Consta no prontuário que ele indagava: “Pra quê sair daqui? Lá fora está tão violento” (PRONTUÁRIO DE SEVERINO, 2013).

Quando pergunto à administradora como é a rotina de outros usuários de CAPS que moram na “RT”, ela responde que, embora não tenham o mesmo medo de Severino em relação às saídas, também acabam ficando mais na instituição, fazendo as oficinas. A frequência ao serviço se resume às consultas médicas, pois eles “não gostam” das outras atividades oferecidas.

Silvia conta que poderia buscar o irmão na “Casa” para saírem juntos, mas não o faz porque ele não quer e ela própria sente medo de ficar sozinha com o usuário, pois o considera muito agressivo. Enquanto o marido ainda era vivo, ele ficava mais à frente do cuidado junto com ela, deixando-a mais segura. Severino tinha muito respeito ao cunhado. Após a sua morte, o receio aumentou ainda mais. Ela se dispõe a ir à “Residência” para levar o que o irmão precisar, mas não para circularem juntos.

A dificuldade de levar Severino ao CAPS gerou embates com a equipe e lançou um alerta para Lucia, que é responsável por organizar os relatórios dos usuários que recebem a

Bolsa de Incentivo à Desospitalização, conforme a Lei nº 3.400/02. Estes documentos devem ser preenchidos pelo CAPS regularmente e enviados à Superintendência de Saúde Mental do município. Funcionam como um instrumento da gestão para acompanhar e fiscalizar a situação dos pacientes desinstitucionalizados. Por meio de informações sobre PTS e parecer da equipe do serviço extra-hospitalar, os relatórios permitem que a Prefeitura averigüe se o dinheiro está sendo usado de fato para favorecer a autonomia do usuário e a vida no território.

Lucia ficou sabendo, através da enfermeira Viviane, que há muito tempo Silvia só comparecia ao serviço para pegar receita, sem Severino. Esta profissional, umas das responsáveis por fornecer as prescrições medicamentosas, questionou bastante a irmã sobre a ausência do usuário no CAPS. Ela e Lucia precisaram chamá-la para conversar, solicitando que levasse Severino nas próximas vezes em que fosse ao serviço. A coordenadora considerou necessário fazer este movimento, pois não achava razoável assinar um relatório de acompanhamento de Bolsa “sem saber o que estava assinando”. Silvia, por sua vez, sempre dava algum pretexto para não levar o irmão. Argumentava que o UBER<sup>39</sup> era muito caro, que ele tinha diabetes ou algum outro problema de saúde momentâneo pelo qual não podia estar presente. De acordo com Lucia, ela “botava sempre na conta de que ele não quer, ele não gosta, ele não consegue” e dizia ainda ter que “pagar alguém da clínica, alguém da enfermagem, algum cuidador da clínica... não clínica, né, moradia, pra trazê-lo ao CAPS e que aí é toda uma mobilização pra vir de UBER, vir de táxi” (2020 - relato verbal).

O depoimento da administradora da “RT” corrobora esta fala. Segundo ela, é necessário “pegar no pé da irmã” para que leve Severino à consulta: “aí eu organizo, eu vou pra lá, aí pega um cuidador, né... pra fazer um serviço extra, leva, vai junto, aí leva, acompanha. Porque o Severino, também, foi o que eu te falei, ele é uma pessoa muito difícil, né, é muito de momento...” (REBECA, 2020 - relato verbal). Este comentário permite constatar que o acompanhamento do usuário ao CAPS não faz parte da função do cuidador.

Foi por meio de discussões em equipe e do levantamento de prontuários, feito a partir de decisão tomada em um seminário anual do serviço substitutivo, que o caso pôde ser retomado de alguma forma. Esta iniciativa foi necessária para verificar “quem aparecia no CAPS, quanto tempo tinha que não era visto, se era necessária uma busca ativa ou não...” (VIVIANE, 2020 - relato verbal). Nesta ocasião, chegaram a encontrar fichas de pacientes que tinham ido à óbito

---

<sup>39</sup> A UBER é uma plataforma que conecta usuários a motoristas por meio de um aplicativo.

e a equipe ainda não sabia. No prontuário de Severino, só constavam registros de que a irmã buscava receita e ele não ia por estar gripado ou algo do tipo, há quase dois anos.

Diante de tamanha ausência e falta de contato com a equipe, Viviane precisou dizer a Silvia que caso não levasse o irmão ao CAPS, ela não poderia mais fornecer as prescrições medicamentosas e teria que dar baixa na “ficha” dele. Esta profissional esclarece que isso precisaria ser feito porque a situação do usuário configurava abandono de tratamento e o serviço não poderia manter alguém que não era visto e não se sabia onde, nem como estava:

A gente dá uma trava, aí ela leva o Severino e a gente pode ver que ele realmente tá bem, tá bem cuidado, ele vai até com o cuidador da Casa, a gente dá uma pesquisada com esse cuidador de como é a Casa e tudo mais... bem nesse estilo asilar, de abrigar... não sei se ele circula, acho que ele não circula sozinho, tudo que ele faz, ele faz é com o acompanhante da Casa... (VIVIANE, 2020 - relato verbal).

Viviane avalia que esta intervenção deu certo, pois foi possível estabelecer alguma parceria com a irmã. Diferentemente do que apontam os relatos de Silvia, Dora e do próprio Severino, a enfermeira afirma que ela passou a levar o irmão para eventos como festas, reuniões, aniversários do CAPS, dia da luta antimanicomial... Ele precisa ir sempre acompanhado porque, embora não tenha problema locomotor, sofre de “retardo” e corre o risco de se perder, segundo a técnica. Ao seu ver, esta iniciativa de levá-lo ao CAPS é importante como forma de tirá-lo da “clínica”. A frequência, porém, permanece baixa, com um “PTS praticamente mensal”.

Silvia afirma que está muito satisfeita com o CAPS, porque Severino foi muito bem acolhido: “Gosto muito assim de todos os médicos que ele já passou, né, [...] todos assim muito atenciosos, muito calorosos, sempre atento à medicação, a ver como ele tá, como não tá. Não tenho absolutamente nada a reclamar não” (2020 - relato verbal). Fica nítido que seu olhar sobre o CAPS se foca na psiquiatria.

Lucia admite que o serviço precisa se aproximar do usuário e ela mesma gostaria de agendar visitas à “Moradia Assistida” para conhecê-lo e iniciar um trabalho com o objetivo de “melhorar sua autonomia” e proporcionar-lhe “alguma inserção em outro espaço”. Esclarece que prefere chamar de moradia e não RT, pois não se trata do mesmo dispositivo da reforma psiquiátrica. Ela entende que minha pesquisa pode colaborar para elucidar o que está ocorrendo com o usuário e reaproximá-lo do CAPS.

Como se pode ver, a entrevista com a coordenadora permitiu não só a mim, mas também a ela própria adentrar o caso e identificar as lacunas no acompanhamento extra-hospitalar.

Enquanto conversava comigo, aproveitou para acessar o FormSUS/desins<sup>40</sup> do usuário, algo que ainda não tinha feito. Algumas informações chamam atenção neste documento. Está registrado que, com a desospitalização, ele passou a ganhar a Bolsa Rio TIPO I e em seguida consta, entre parênteses, “Serviço Residencial Terapêutico” (FORMSUS/DESINS, 2013, p. 4). Este benefício, porém, se destina a pacientes que “irão retornar ao convívio com seus familiares ou família acolhedora”, de acordo com a Lei nº 3.400/02. Enquanto a bolsa TIPO 2, destinada àqueles que vão para RT, vale um salário-mínimo, a TIPO 1 tem o valor maior, de dois salários-mínimos, justamente para custear as despesas de alguém que vive em sua própria casa. Outro ponto controverso do formulário é que a “Moradia Assistida” consta no campo Projeto de Desinstitucionalização e Projeto Terapêutico Singular, junto ao CAPS UERJ. Nos relatórios de Bolsa, a instituição também é colocada como equivalente a uma residência terapêutica, embora a própria coordenadora não a reconheça como tal.

O valor do benefício, que deveria ser usado para a desinstitucionalização no seu sentido mais amplo, acaba sendo investido no custeio da “Moradia”, da qual Severino não quer jamais sair. Diz que lá é um paraíso. Quando pergunto sobre o que faz diariamente, ele responde: “É só comer, beber e dormir. 8h é o café, meio-dia almoço, 3h lanche, 6h janta e 8h da noite é a ceia. Tem cinco refeição [sic] todo dia” (SEVERINO, 2020 - relato verbal). Em seguida, comenta que costumava comer no sofá, próximo da TV, mas que agora não é mais permitido. A cuidadora esclarece que os moradores não podem mais fazer as refeições no sofá da sala porque o equilíbrio de Severino ficou ruim e “aí pra poder um, não poder nenhum, a gente faz toda a alimentação de todo mundo no refeitório, fica melhor, mais organizado também” (DORA, 2020 - relato verbal). Após a entrevista, enquanto Dora me apresentava os diferentes espaços da “Residência”, nos deparamos com o usuário comendo abacaxi na sala e ela chamou sua atenção, orientando que se direcionasse à mesa principal, do lado de fora.

De acordo com Pedro, Severino está feliz. Passa o dia na instituição, interage com os cuidadores e tem amizades dentro da “Casa”. Além disso, costuma ver televisão e fazer tabelas de jogo do bicho. Sabe todos os números, pois já jogou inúmeras vezes, inclusive quando estava internado na Colônia de Rio Bonito. Também participava de algumas oficinas terapêuticas, antes da pandemia. Na entrevista comigo, quando perguntado sobre as atividades pelas quais se interessava, ele próprio aponta para os quadros expostos na sala, produzidos em uma das oficinas. Diz que não gostava de fazer, mas de ver os outros moradores pintando. A cuidadora

---

<sup>40</sup> Este formulário foi criado pelo nível central/prefeitura para sistematizar os dados dos usuários em processo de desinstitucionalização e, assim, facilitar seu acompanhamento.

comenta em seguida que ele participava mais da oficina de música e escolhia as que gostava de ouvir. Nesta atividade, eles se sentavam em roda e a oficinaira os estimulava a escolherem uma canção. O terapeuta ocupacional, que vai toda quinta e sábado à “RT” da Zona Norte e quarta e sexta à da Zona Sul, é quem coordena as oficinas. Fora do período pandêmico, ele também faz passeios (uma vez por mês) e saídas específicas com moradores que tenham necessidades especiais.

Na entrevista com o TO, ele menciona outros profissionais, além daqueles lembrados por Severino e Dora: um oficinairo de educação física que trabalha com dança, expressão corporal e movimento e uma oficinaira de artesanato. Além disso, ele próprio promove oficinas de estimulação cognitiva e expressiva, com pintura, arte, música, poesia... Em suas palavras, “são atividades escritas ou através de jogos, pra estimular a atenção, concentração, memória, até mesmo a escrita, formação de... de conceitos, frases, palavras...” (JÚLIO, 2020 - relato verbal). Ele organiza os profissionais em dias diferentes de modo que os moradores “possam ter atividades a semana inteira”.

Além destas práticas regulares, também são organizadas festividades dentro da “Residência”: “É uma oportunidade também de eles interagirem um com o outro num outro olhar, não só naquela vivência diária de... de comer, de assistir televisão... né? Através de uma festa... então festa junina, festa de Natal, festa da primavera, carnaval...” (JÚLIO, 2020 - relato verbal). Embora as atividades tenham sido suspensas com a pandemia, o TO deu a entender que a de artesanato permanecia. Na ocasião da entrevista a este profissional (realizada na sede da Zona Sul no dia 05 de novembro de 2020), estava previsto o comparecimento da “professora” desta oficina e eles aproveitariam para montar os objetos decorativos de um aniversário que aconteceria dia 17 de novembro.

Nas palavras de Pedro, “não deixa de ser uma vida parecida com o que Severino tinha no hospital, mas um ambiente não-hospitalar, um ambiente de uma casa, de um lar, de fato, né, muito melhor, muito mais confortável” (2020 - relato verbal). Neste espaço de proteção, controle e cuidado, alguns hábitos considerados prejudiciais são cerceados. Como ele costumava fumar três maços de cigarro por dia, estipulou-se que esse número seria reduzido para um. Este acordo foi feito a partir de uma conversa em que Pedro explicou sobre os males do fumo a Severino. Para controlar o uso, a cuidadora fica com o cigarro e lhe dá apenas em horários específicos, após cada refeição. Nos dias em que ele está “muito legal”, deixam que fique com seu maço.

As medicações também são controladas pela cuidadora e ela entrega ao paciente no horário determinado. A “Casa” compra os remédios e faz toda a gestão destes produtos, que ficam armazenados em “uma sala de enfermagem”, onde são guardadas as caixas de medicação de cada um, bem como “caixinhas” divididas pelos dias da semana e horários. Para Pedro, “talvez seja a principal função dos cuidadores garantir a tomada dos remédios dos pacientes” (2020 - relato verbal). No caso da medicação injetável, quem aplica é a administradora, responsável por organizar a equipe de cuidadores e os psicotrópicos. Ela também é técnica de enfermagem.

Os documentos dos usuários e produtos de higiene também ficam nesta sala de enfermagem, que só os funcionários podem acessar. Cada cuidador é responsável por um grupo de pacientes, devendo gerir sua lista de medicamentos, itens de higiene, roupas e outros produtos que o paciente use regularmente, bem como a marcação de consultas. A lista é transmitida mensalmente aos familiares para que comprem e entreguem à “Casa”. Segundo Silvia, todo mês ela compra roupa, chinelo, seis pacotes de cigarros e material de limpeza para o irmão. Dora afirma que além dos itens corriqueiros, a irmã às vezes leva “uma coisa ou outra que ele quer [...] pra um agrado” (2020 - relato verbal). Severino diz que agradece muito a Jesus por ter feito a irmã e que ela lhe dá refrigerante, latinha de Guaraná Antártica ou Coca-Cola Zero, cigarro e moedinhas.

Nesta dinâmica, tudo é entregue em mãos e o usuário não precisa adquirir nada por conta própria. Apesar disso, mantém inúmeras moedas com ele, que ficou manuseando durante a entrevista. Dora conta que ele tem “esse hábito horroroso de acumular um monte de moeda” (2020 - relato verbal). Gosta tanto que, se receber alguma quantia em nota, vai trocar tudo por moedas. Silvia às vezes lhe dá cédulas de R\$ 2,00, que ele gosta também, mas não provê nenhuma quantia maior. Segundo a cuidadora, ela não tem o hábito de levar dinheiro para o irmão, porque se levar, ele vai ficar na janela, que fica em seu próprio quarto, negociando com todo mundo que passa na rua. Ao ouvir Dora falando disso, Severino ri e esclarece que faz esse movimento para obter maço de cigarro. Quando pergunto o motivo de a irmã não levar dinheiro, se é por orientação da equipe, ou por decisão dela, a cuidadora responde:

Ela já não traz e não faz diferença, até porque realmente a Casa tem uma alimentação muito boa. Ele tem toda a alimentação, ele tem suco, ele tem frutas, ele tem tudo, né? É mais pra uma coisa ou outra que ele quer, e aí quando ele quer, ele liga pra ela e pede, aí ela traz (DORA, 2020 – relato verbal).

Em geral, a compra de roupas também é responsabilidade da família, mas como toda a renda de Severino (Bolsa Rio Tipo 1 e pensão do pai) é investida no pagamento da “Casa”, às vezes acontece de usarem dinheiro do caixa da empresa para lhe comprarem vestimentas novas. Pedro explica que fazem isso quando o vestuário do paciente fica igual ao de um “mendigo”, com roupas velhas, gastas e sujas. Eles buscam então melhorar sua aparência:

Olha só, apesar de toda essa questão humana, não é, é um negócio, é um *business*, então, a gente precisa pensar em coisas do tipo, uma família não pode ir conhecer a Casa e ver o Severino parecendo um mendigo, então compra uma roupa decente pra o Severino. Aí a gente vai, a gente compra, pra deixar ele arrumadinho, pra deixar ele bonitinho (PEDRO, 2020 - relato verbal).

Já houve situações em que Pedro pediu para levarem Severino ao andar de cima e darem “uma segurada nele” quando novas famílias estavam indo conhecer a “Casa” e havia a possibilidade de “fecharem” negócio. Por ser um paciente muito grave e guardar as marcas da longa institucionalização, o dono da “Residência” acha que ele poderia assustar estes familiares. Após dizer isso, esclareceu que o quadro de Severino já melhorou bastante e ele está “bem mais tranquilo”.

A cuidadora relata que as roupas dele ficavam danificadas porque o próprio as furava com o cigarro. Dizia que era para queimar as linhas excedentes. Quando o furo estava feito, ele colocava o dedo no local e ia rasgando o tecido. A irmã se queixa que ele fazia isso com as peças que ela dava e ainda arrebatava o chinelo Havaianas que havia comprado. Chegou a rasgar e jogar no telhado da casa vizinha um conjunto de moletom.

Além de furar e rasgar as roupas, Severino também tinha o hábito de abrir e fechar as portas do armário violentamente, de modo que ele quebrou. Para evitarem que continuasse cometendo esses atos, levaram o móvel para longe de seu quarto, dentro de um banheiro no andar de cima: “Então hoje a gente tem o armário aqui dentro do banheiro, a gente consegue manter as roupas dele, produto de higiene, tudo, e ele não vai quebrar nada e nem vai furar nada, entendeu? Só a gente que mexe” (DORA, 2020 - relato verbal). Ainda segundo Dora, isso também ajuda na hora do banho, pois assim as cuidadoras têm facilidade para organizar e acessar os produtos e vestimentas necessários neste momento. Elas dão banho nele, pois consideram que não consegue fazer uma boa higiene sozinho. Vale destacar que este relato foi feito enquanto ela me mostrava a “Residência”, percorrendo diferentes cômodos. Atravessamos



o refeitório e todo um pátio para chegar às escadas que levavam aos quartos de cima e a esse grande banheiro onde fica o armário.

Para ela, o comportamento de rasgar e danificar objetos diminuiu tanto porque tiraram seu acesso ao armário, quanto porque ele melhorou de modo geral. Há aproximadamente três anos, ainda ouvia muitas vozes e ficava agressivo, brigando com os outros pacientes. Chegou a agredir fisicamente um morador. Segundo a cuidadora, falava o dia inteiro “com uma outra pessoa”, discutindo com a voz, em tom alto. Esta experiência alucinatória era tão perturbadora que o levava a socar e jogar coisas contra a parede. Nestes momentos, as cuidadoras conversavam com ele e o “distraíam” até que conseguissem contato com o Dr. Pedro. Este fazia atendimentos ao paciente na própria “Casa” e orientava a irmã a falar com o psiquiatra do CAPS. Para amenizar os sintomas psicóticos, Pedro sugeriu que ela pedisse a este médico para introduzir a Risperidona. Assim foi feito e, segundo a cuidadora, esta medicação foi determinante para a melhora de Severino. Ele foi se abrindo mais ao diálogo, à convivência na “Casa” e não cometeu mais agressões.

Na visão de Pedro, em uma “RT” o psiquiatra acaba sendo um coordenador do tratamento, o que diminui a necessidade do “contato e atendimento formal de uma consulta”. Quando é preciso, ele ou as outras psiquiatras sócias vão lá, atendem e fazem ajustes na medicação. Para este profissional, a equipe da instituição “acaba fazendo muitas vezes essa relação, essa aproximação do paciente com o médico. Até porque no nosso caso, que nós somos além de médicos, donos, a gente tem um trabalho também como gestor, como uma coisa de fazer a Casa funcionar de forma harmônica e funcionar bem” (PEDRO, 2020 - relato verbal).

Em relação ao CAPS, fez um adendo, pontuando que o psiquiatra deste serviço está completamente assoberbado de casos e, por isso, “o paciente que tá numa RT privada vai ser a última prioridade desse médico, então se é alguma coisa que eu acho que eu posso fazer e ajustar e até diminuir o trabalho do CAPS, eu vou fazer” (PEDRO, 2020 - relato verbal). Para Pedro, a instituição dá conta de 99,9% das necessidades dos pacientes, então o contato com o CAPS só é preciso de forma pontual, com o objetivo de rever a medicação. Ele deu como exemplo o episódio em que Severino ficou mais agressivo e hostil. Embora em alguns momentos Pedro faça os ajustes, ele prefere deixar que o médico do morador medique e prescreva as alterações necessárias.

Este fechamento na própria “Moradia” se acentuou com a pandemia do Novo Coronavírus. Segundo Dora, eles estão seguindo uma medida do Ministério da Saúde que proíbe qualquer saída, exceto para médico, dentista ou situações de emergência. Ela não soube

especificar a qual medida estava se referindo, mas mostrou um aviso na parede da “Casa”, de 12 de março de 2020, onde constavam algumas recomendações: colocação de álcool gel em todos os ambientes de convívio; interrupção de passeios para museus, exposições, teatros ou qualquer aglomeração de pessoas; incrementação de atividades lúdicas e festivas dentro da unidade; pedido de que os familiares e amigos evitem visitar os moradores, com incentivo a ligações de vídeo; pedido aos médicos e responsáveis pelos moradores que “conversem com os mesmos sobre proibi-los de irem às ruas”. Dora pontuou que a proibição de saídas se torna ainda mais necessária por se tratar de uma população idosa e, portanto, mais vulnerável ao vírus. Vale destacar que embora o aviso fale do incremento de atividades lúdicas, todas as oficinas da “Casa” estavam suspensas. Minha visita ocorreu em 3 de novembro de 2020.

Apesar de Pedro identificar o serviço como uma “RT” particular, as recomendações adotadas não condizem com as diretrizes formuladas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em relação a esta modalidade residencial. Em 30 de março de 2020, foi feita a Resolução SMS nº 4.344 para “nortear profissionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) do Município do Rio de Janeiro quanto a ações de prevenção, manejo clínico, e proteção relacionados à COVID-19 para organização dos SRTs visando a segurança dos moradores e profissionais” (RIO DE JANEIRO, 2020, p. 15). A vigência desta resolução foi de 90 dias. Nela, constam orientações sobre como limpar superfícies, materiais, roupas, objetos e banheiros e como os cuidadores devem zelar pela própria higiene. Em relação aos moradores, recomenda-se que sejam orientados quanto à etiqueta da tosse e a correta higienização das mãos, bem como fiquem isolados e não recebam visitas em caso de síndrome gripal. Como se pode ver, não há uma proibição em relação à saída de qualquer morador, em qualquer hipótese.

As diferenças da “clínica/Casa” em relação às residências da reforma se mostram também no desconhecimento de pessoas importantes na equipe sobre estes dispositivos. Dora sequer sabia que existiam moradias destinadas a egressos de longa permanência hospitalar. Apenas tinha conhecimento de que “eram mais pra usuário de drogas, do que pra eles, psiquiátricos”. Estava confundindo RTs com comunidades terapêuticas. Considerou importante a realização da pesquisa para favorecer a saúde pública, “até porque nem todos tem condições de pagar” um serviço privado. Em suas palavras: “Até onde o SUS pode ir, né? Porque esse leque tá crescendo cada vez mais, infelizmente. A gente acaba vendo cada vez mais casos, pessoas muito mais jovens hoje. Dr. Pedro fala isso abertamente” (DORA, 2020 - relato verbal).

#### 4.2.2.2 Jorge

A reconstrução do caso de Jorge contou com entrevistas e visitas ao CAPS e à instituição onde ele passou aproximadamente sete meses (sede da Zona Sul da mesma empresa em que está Severino). Os profissionais que acompanham o usuário e sua irmã/curadora foram entrevistados no modo *on-line*, pela plataforma Zoom. No caso dos acompanhantes terapêuticos da equipe particular que lhe dá suporte em casa, optou-se por fazer uma chamada de vídeo coletiva, considerando que alguns ATs se revezam neste cuidado há anos e a troca entre eles ajudaria na recomposição dos diferentes momentos do acompanhamento. Já no caso do próprio Jorge, que não está habituado a usar aplicativos, combinamos um encontro no CAPS. Ele tinha consulta marcada com o psiquiatra e eu aproveitei o ensejo para encontrá-lo no serviço. A entrevista se deu justamente enquanto o usuário aguardava no pátio pelo atendimento, que demorou bastante para começar. Além disso, na visita à “Residência Terapêutica” onde ele ficou institucionalizado, tive a oportunidade de conversar com a administradora, Rebeca, o terapeuta ocupacional, Júlio, e o cuidador, Armando. Como já visto, foi desta forma que também tive acesso a algumas informações relatadas na seção anterior. A entrevista com o gestor da “Casa”, que serviu para elucidar aspectos importantes do caso de Francisco, não trouxe contribuições sobre Jorge, pois ele não tinha quase nenhuma recordação do paciente. Em compensação, o relato da irmã foi bastante extenso, esclarecendo pontos fundamentais de sua história e processo de neoinstitucionalização.

Jorge nasceu em 21/04/1961. Faz tratamento no CAPS desde junho de 2015. De acordo com relato de sua irmã e curadora, Eunice, de 65 anos, ele já não apresentava um comportamento muito “regular” desde a infância. Era bastante agressivo, brigando na escola e enfrentando os mais velhos. Tinha dificuldade nos relacionamentos sociais devido aos conflitos e discussões nos quais se envolvia. Em sala de aula, era um pouco indisciplinado e nunca teve interesse em estudo. A irmã era frequentemente alvo de sua “implicância”, que envolvia agressões físicas. Eunice pontua que naquela época não se percebia o caráter patológico de seu comportamento, mas da perspectiva atual, ela consegue identificar. Jorge era extremamente competitivo e “não sabia perder”. Quando jogavam Banco Imobiliário em casa, sempre acabava em conflito. Era necessário deixá-lo ganhar algumas vezes para evitar confusão. Devido a esta competitividade e não aceitação da derrota, ele chegou a desmaiar no judô, porque não sinalizou que estava sufocando com o golpe do adversário, como se deve fazer neste esporte. Na natação, ele costumava conquistar o primeiro lugar e ficava bastante raivoso quando chegava em

segundo. Além desta intolerância com a perda, a irmã relata que ele também não tinha muito foco nem concentração, de forma que não permanecia por muito tempo na mesma atividade.

Na adolescência a situação piorou. O pai, na intenção de proporcionar aos filhos uma boa educação, colocou-os em escolas renomadas. Como os colegas tinham uma condição social bastante elevada, diferente da deles, Jorge mentia sobre a sua situação financeira e não convidava os amigos para irem a sua casa. Foi assim nos primeiros anos do “ginásio”, até que a mãe resolveu mudar-se para uma residência maior, de três quartos, como tentativa de solucionar o mal-estar do filho. A partir daí, ele passou a receber os amigos em sua casa e, quando tinha aproximadamente 14 anos, se envolveu com a “turminha da pesada do colégio”, segundo a irmã, meninos que fumavam maconha. Foi por isso que aos 15 anos, quando passaria para o ensino médio, o padre chamou o pai à escola para pedir que não renovasse a matrícula de Jorge, com a justificativa de que ele não tinha um perfil adequado à instituição. Além de não gostar de estudar, era “rebelde e não obedecia às normas da escola” (EUNICE, 2021 - relato verbal), faltando frequentemente às aulas.

Segundo o próprio Jorge, ele começou a usar drogas aos 13 anos, pois na infância e adolescência perdeu a noção de responsabilidade e foi “buscar no uso o equilíbrio”, que ele considera ter conseguido por alguns anos. Até os 17, estudou e fez “tudo normal como uma pessoa que possa usar droga e não afete os setores da vida” (JORGE, 2020 - relato verbal). A irmã conta que nesta época ele saía frequentemente para lugares onde pessoas de classe média usavam substâncias psicoativas, como festas na praia e casas de jovens cujos pais tinham viajado, eventos típicos dos anos 70. Sumia por dias e, numa destas vezes, estava com a moto emprestada de um vizinho. Há tempos, ele já pedia insistentemente uma de presente aos pais e não se conformava com a negativa. Segundo Eunice, desde criança Jorge era assim: quando “cismava” com algo, ele “perturbava” até conseguir, não aceitando um não como resposta. Em relação à moto, o pai só aceitou lhe dar depois que o filho ficou o final de semana todo sumido com a do vizinho e este ameaçou dar queixa na polícia. Quando voltou, levou pela primeira vez uma surra de cinto do genitor, mas depois foi presenteado com a moto que queria. Nas palavras de Eunice, a partir dali, “as coisas só pioraram”.

Neste mesmo período, os pais já haviam tomado conhecimento que Jorge fazia uso de maconha e ficaram bastante apreensivos com isso. Buscaram ajuda psicológica e o incluíram em um tratamento particular que envolvia toda a família. Foi inclusive a psicóloga que orientou a mãe a dar a moto para Jorge. Apesar de nunca ter se sentido vinculada ao irmão devido às suas implicâncias e agressões, e de ter se distanciado ainda mais com o tempo, Eunice também era chamada aos atendimentos com esta profissional. O processo de afastamento foi

impulsionado pelo desgaste na relação dos dois. Ela se sentia “torturada” por ele. Enquanto estudava para o vestibular em seu quarto, Jorge batia inúmeras vezes na porta e botava música alta, fazendo de “tudo para me perturbar”. Uma vez, de madrugada, quando Eunice dormia após ter estudado até tarde para a prova do vestibular, ele puxou seu travesseiro e o jogou contra a sua cabeça, retirando-se aos risos. Este episódio foi marcante para ela. Durante um tempo, a irmã reagia a esses atos, de modo que ele ficava muito agressivo. Para evitar que se machucasse seriamente, passou a ignorá-lo.

O pai também se afastou de Jorge. Na época dos atendimentos com a psicóloga, ele ia a contragosto, pois achava que não fazia efeito e já estava desiludido com o filho. Como o usuário optou por não fazer vestibular, o pai incentivou-o a trabalhar e a prestar concurso, de nível médio, para a Secretaria de Fazenda do Estado. Jorge passou e “aí ninguém mais segurou ele”, segundo as palavras da irmã. Como começou a ganhar bem, passava madrugadas na rua e sumia aos finais de semana, com um comportamento muito errático. Já tinha mais de 18 anos e havia abandonado a terapia há muito tempo. A mãe ficava muito estressada tentando controlá-lo e o pai já não acreditava mais que pudesse mudar. De acordo com Eunice, na tentativa de ajudar, ela acabava atrapalhando, pois “aliviava o filho em muita coisa” (2021 - relato verbal). Por discordar desta postura, a irmã acabou afastando-se da mãe.

Jorge refere que o momento de virada foi quando fez 17 anos. Nesta ocasião, tomou um LSD e ficou bastante alterado. Em suas palavras:

Pirei, tropecei da adolescência pra fase adulta, só fui me... conseguir encontrar depois de um bom tempo. Eu ainda tenho viagem de LSD quando eu durmo. [...] Eu tomei o LSD e fiquei cheio de paranóia, fui pra casa pra me tranquilizar por causa da rua, eu tava muito exposto, tava de moto, entrei em casa, fechei a porta do quarto, deitei na cama, quando eu vi, tava dormindo, só acordei no dia seguinte sem entender mais nada. Eu cheguei em casa, acabou a paranóia, que eu tava na rua, exposto, mas eu dormi, comecei a viajar de LSD dormindo (JORGE, 2020 - relato verbal).

Em 1986, o pai soube que estava com leucemia, bastante doente, quando Jorge tinha 24 anos. Nesta ocasião, ele teve um surto muito violento em casa, arremessando o sofá em direção à janela, quebrando objetos, jogando coisas para o alto. Como Eunice já estava na residência em medicina e conseguia fazer diagnóstico, ela foi buscar ajuda no hospital mais próximo de casa, onde implorou por uma ampola de Diazepam para aplicar no irmão em casa. Conseguiu a substância, mas quando chegou de volta à residência, ele já tinha saído.

Além deste episódio de crise, a família foi surpreendida por policiais com uma ordem judicial para busca e apreensão porque um vizinho fez uma queixa de que no apartamento havia

venda e comércio de drogas. Encontraram um pacote de maconha no quarto de Jorge, escondido embaixo da gaveta. Logo, ele foi preso e o pai teve que acionar seus contatos para conseguir sua liberação. Ficou muito abalado emocionalmente com isso e veio a falecer pouco mais de um ano depois, em 1988. A partir de então, a vida da mãe se tornou um “inferno”, nas palavras de Eunice. Com o uso de drogas, Jorge desencadeou um quadro que demorou muito para ser diagnosticado, o que ocorreu apenas sete/oito anos depois, quando ele tinha aproximadamente 34 anos.

A mãe não entendia o que se passava com Jorge e Eunice já tinha “a sua vida”, mas quando ele apresentou uma piora significativa, ela resolveu interferir e orientou que a mãe buscasse ajuda psiquiátrica. Com base na formação em medicina, que já datava de sete anos, Eunice conseguia identificar que o irmão sofria de um “distúrbio psiquiátrico”, além do uso abusivo de drogas. Ela temia que ele chegasse ao extremo e acabasse matando a mãe. Foi então que buscou indicação de psiquiatra e chegou a um profissional particular, um dos primeiros a trabalhar com dependência química, segundo ela. A partir de uma anamnese com a mãe, em uma consulta na qual Eunice também esteve presente, ele recomendou a internação para depois iniciar o acompanhamento ambulatorial. Assim foi feito e Jorge passou um mês internado em uma clínica particular, recebendo visitas frequentes da mãe e da irmã. Como apresentou uma melhora significativa e implorava para ser retirado dali, prometendo fazer o tratamento e não mais usar drogas, Eunice atendeu a este pedido.

Após seis meses bem, ele voltou a fazer uso abusivo de entorpecentes, incluindo cocaína. Voltou a “sumir de casa” durante dois/três dias, deixando a mãe preocupada. Como ela cuidava dos afazeres domésticos e arcava com todas as despesas, Jorge podia gastar todo o seu dinheiro com drogas e lazer, sem qualquer responsabilidade. Costumava ir para uma praia em São Paulo, passou a fazer voo livre e comprou uma asa delta. Trocava de moto frequentemente, chegando a adquirir uma de *cross country*. Quando sua renda acabava, pedia emprestado para a mãe, mas jamais pagava.

Eunice questiona a passividade da genitora diante do comportamento do irmão, mas reconhece que ela ficava um tanto “perdida”. Quando ele já tinha aproximadamente 35 anos, a mãe foi procurar ajuda, sendo encaminhada ao Nar-Anon, para familiares de Narcóticos Anônimos. A participação nesses grupos de autoajuda foi o que a sustentou durante toda a vida. Quando Jorge estava com mais de 40 anos e a mãe tinha aproximadamente 65, ela ia todo dia a uma reunião de Nar-Anon, em diferentes lugares. Dizia que se sentia muito bem lá por poder contar a sua experiência, ouvir dos outros e trocar, além de ler toda a literatura do programa. Chegou a desempenhar um papel de protagonismo em seu grupo. Assumiu a função de

administradora e deu palestras, que se estenderam a outros grupos. Devido à sua experiência, tornou-se uma “veterana” do Nar-Anon.

Jorge, por sua vez, se mantinha resistente ao tratamento e não seguia qualquer acompanhamento ambulatorial. Nas palavras de Eunice, “ele implicava com psiquiatra” e queria sair. A mãe misturava o remédio na comida, mas ele descobria e cuspia. Foi então que começou a agredi-la. Como ela não conseguia medicá-lo, Jorge era reinternado, entrando num ciclo que totalizou 18 internações, algumas com duração de oito meses, todas em clínicas particulares. A mãe gastava um montante de dinheiro muito alto para custear estas hospitalizações.

A irmã esclarece que eram ciclos bem definidos: ficava internado, passava pelo período da abstinência sendo medicado, melhorava, insistia para ter alta, conseguia, passava por tratamento ambulatorial com psiquiatra particular, comparecia nos primeiros três meses, mas no terceiro já começava a dizer que estava bem e não precisava mais, abandonando o tratamento e reiniciando o ciclo. Jorge foi ficando cada vez pior e quando a mãe já tinha mais de 75 anos, começou a agredi-la violentamente. As agressões costumavam ocorrer quando ela não lhe dava dinheiro ou negava lhe comprar algo. Nestes episódios, a genitora ficava com muito medo a ponto de só conseguir dormir quando se trancava no quarto. Houve um dia em que ela fugiu de casa e foi buscar abrigo junto a Eunice, no meio da madrugada, levando apenas uma bolsa de mercado com seus documentos, para ele não perceber que estava fugindo.

A partir deste dia, que já era em início dos anos 2000, a mãe passou a morar com a filha. Jorge ficou sozinho na casa e ela ia todo dia levar comida e fazer faxina. Neste período, ele entrou em um “surto” muito grave, configurando a pior época de seu adoecimento, segundo a irmã. “Aterrorizava” a vizinhança, gritando, quebrando coisas, proferindo xingamentos pela janela, a ponto de a vizinha da frente vender seu imóvel e ir embora.

Preocupada com o futuro financeiro de Jorge e no intuito de garantir que ele tivesse uma moradia após sua morte, a mãe colocou a casa à venda para comprar um apartamento no Grajaú de proporções mais adequadas ao filho. Foi necessário interná-lo para que ele saísse da casa, o que resultou em sua institucionalização mais prolongada. Estava muito mal e ficou aproximadamente 11 meses hospitalizado. De acordo com a irmã, ele estava sem noção de nada e ela chegou a achar que este quadro não mudaria. Na sua perspectiva, o que estava em jogo não era mais o uso de drogas, mas o avanço da doença, levando a uma desagregação mental.

Quando saiu da internação, Jorge foi morar no apartamento do Grajaú. Em poucos anos, por volta de 2002, foi afastado definitivamente do trabalho pelo Estado. Ele já havia passado por licenças para tratamento psiquiátrico que foram renovadas, além de ter sido colocado à

disposição sem conseguir ser recolocado em nenhuma repartição, porque em todas passava um mês, quebrava tudo e botava fogo nos processos.

Em 2005, a mãe sofreu uma hemorragia subdural devido a uma queda em casa. Passou por uma cirurgia que conseguiu drenar o hematoma, mas ficou bastante debilitada dali em diante. Diariamente, ela se revezava entre passar o dia no apartamento do Grajaú com Jorge, tendo auxílio da empregada, e dormir na residência de Eunice. Era uma forma de se preservar, considerando que o filho levava “todo tipo de vagabundo pra dentro de casa” (EUNICE, 2021 - relato verbal). Quando ela acordava durante a noite, se deparava com pessoas “esquisitas” em seu próprio lar. Chegou a um ponto de o imóvel não ter mais quase nada, pois ele vendia, dava ou estas pessoas levavam, desde geladeira, TV, micro-ondas, até roupas e móveis da mãe. Neste estado de tamanha desorganização psíquica e agravamento do quadro, chegou a agredi-la despejando uma panela de feijão quente sobre sua cabeça, quando a empregada não estava em casa. Era a época em que o uso de drogas o levava a “subir morro” e pegar dinheiro emprestado com agiota. Além disso, perdia grande parte de sua renda em “consignado”. Como ficava “cheirando” na rua, bastante alterado, entregava seu cartão de banco com a senha para qualquer um. Desse modo, as pessoas iam ao caixa eletrônico e contratavam crédito consignado, comprometendo todo o seu salário.

Com medo de que ele perdesse o apartamento ao contrair todas estas dívidas, a mãe curatelou Jorge, condição que lhe causou muito incômodo. Na entrevista, ele afirma: “Na hora que eu comecei a parar de fazer droga e querer parar de usar, me aposentaram e me curatelaram. Eu ainda tinha uma moral suficiente, perdi, por completo” (JORGE, 2020 - relato verbal). Jorge queixava-se que a irmã teria feito isso para roubar seu dinheiro, pois sempre localizou nela a responsabilidade por suas mazelas. Em 2014, com a morte da mãe, Eunice assumiu a curatela. Foi quando ela pôde verificar o que estava acontecendo realmente na vida civil dele. Descobriu então que há três anos ele não recebia sua remuneração por não ter comparecido à prova de vida. Após um ano, foi dado como morto. Eunice precisou entrar na justiça para provar que ele estava vivo e reaver o dinheiro, processo que durou dois anos. Ela não conseguia levar Jorge à perícia e quando os peritos iam ao seu apartamento, ele “fugia”.

Apenas quando saiu a curatela definitiva, ela conseguiu interná-lo no Pinel e marcar a perícia neste instituto. A internação foi feita pela mesma ambulância particular acionada em internações anteriores. Diferentemente do que a mãe fazia, Eunice internava o irmão na rede pública e não particular, pois não achava viável ter os mesmos gastos da genitora com clínicas privadas. Desde a morte da mãe, ela o internou quatro vezes, sendo três no Pinel. A quarta foi



em uma “Residência Terapêutica” particular. Nesta narrativa, Eunice evidencia que a “RT” privada não é tida como espaço de moradia, mas sim de isolamento.

Os antecedentes desta última “internação” foram marcados pela busca por serviços públicos que pudessem acolher o irmão. Eunice foi a um CMS que a decepcionou muito. As consultas eram marcadas de três em três meses e não duravam nem cinco minutos. Ela tinha muita dificuldade de convencer Jorge a ir e quando chegava, o atendimento atrasava uma hora e meia e se resumia à repetição da receita anterior.

Após quase um ano neste tratamento, sempre com a mesma prescrição medicamentosa e o quadro psiquiátrico oscilando, Eunice foi procurar o Serviço Social do posto de saúde, onde conheceu um estagiário de psicologia do Centro de Atenção Psicossocial. Ele participou do atendimento dela com a assistente social e entrou em contato depois, propondo o acompanhamento no CAPS. Eunice ficou muito grata pela oferta e aceitou imediatamente. No serviço, passou a receber apoio da assistente social que ficou como referência do caso, Laís, e dos residentes. Jorge também era atendido pelo psiquiatra.

Laís, que também tive a oportunidade de entrevistar, esclarece que a ponte entre o CMS e o CAPS foi feita através do PET gradua SUS, projeto de educação tutorial para o trabalho, composto por estagiários que atuavam com supervisão. Devido à gravidade do caso e à resistência de Jorge em comparecer ao tratamento, a equipe iniciou o trabalho fazendo VDs junto ao CMS. Na primeira, encontraram o apartamento muito deteriorado, com tomadas expostas e escassez de recursos, porque ele vendia utensílios e objetos para comprar drogas, desde telefone, televisão e cafeteira, até roupas e calçados. Jorge estava bastante emagrecido, sem nenhum cuidado de higiene, com o chuveiro queimado, de modo que só podia tomar banho frio nas poucas vezes em que o fazia. Demonstrou pouca receptividade à equipe e resistência em iniciar o tratamento pelo CAPS.

A técnica de referência relaciona o estado de desorganização psíquica no qual Jorge se encontrava ao uso excessivo de drogas. Ele saía várias vezes de casa ao longo do dia, deixando a porta do apartamento e o portão do prédio abertos, o que incomodava muito a vizinhança. Por isso, o síndico passou a fazer ligações semanais para o CAPS e a visitar o serviço pedindo a mediação da equipe para a internação do usuário. Dizia que Jorge não tinha condições de viver “aqui fora” e pedia muito à irmã para retirá-lo do prédio.

Laís pontua que nessa ocasião o usuário vinha de dois anos sem nenhuma hospitalização, vivendo de forma errante, com muitos delírios, alguns envolvendo a Polícia Federal, onde haveria agentes que seriam seus informantes. Além disso, estava respondendo a um processo por tráfico e perturbação da ordem e sossego, devido à apreensão de uma pequena quantidade

de cocaína em seu apartamento. De acordo com o relato de Eunice, o condomínio prestou várias queixas na delegacia, tanto do barulho que Jorge fazia depois das 22h, quanto de ameaças de morte e agressões ao zelador, quebra do quadro de luz e entrada de pessoas suspeitas no prédio. Segundo a irmã, ele enchia o apartamento de “bandidos” que desciam o morro para usar drogas em sua casa. Os processos abertos em função destas queixas também motivaram a irmã a procurar o CAPS. Preocupada em como Jorge responderia a eles e se correria risco de ir para um manicômio judiciário, ela encontrou no serviço não só uma forma de assistência como também de proteção.

Diante de toda esta conjuntura e da compreensão de que o usuário estava se colocando em risco, o CAPS, junto à Coordenadoria de Área Programática (CAP) e ao CMS decidiram por indicar internação. Assim foi feito e os profissionais do CAPS participaram ativamente deste processo, fazendo visitas ao usuário na enfermaria do Pinel. Após algumas semanas, a equipe o percebeu mais organizado, porém sem muita consciência de morbidade e ainda com alguns delírios “muito construídos” e persistentes. Ele permanecia arredio com a equipe, não entendendo que necessitava de tratamento. Argumentava que frequentava o Nar-Anon e isso bastava para ele. Sobre este ponto, Jorge me contou que achava não precisar do CAPS por estar em uma condição “normal” naquela época. Buscava suporte do NA (Narcóticos Anônimos), para onde sua mãe o havia levado.

Na tentativa de contornar a resistência do usuário ao tratamento, Laís buscou trazer alguns dados de realidade para ele, pontuando que apesar de a equipe não desejar vê-lo internado, foi preciso recorrer a esta medida pela difícil situação que ele estava vivendo no território. Também disse que isso poderia ser necessário mais vezes, porque a irmã, pessoa disponível ao cuidado, estava “no limite”. Apesar de relacionar estas falas à sua falta de tato e experiência em saúde mental, Laís entende que foram importantes para Jorge, pois com o tempo, a consciência de que a internação poderia ser acionada passou a organizá-lo de alguma forma, incentivando-o a seguir alguns limites.

Como ele continuou se recusando a ir ao CAPS, seus atendimentos psiquiátricos se mantiveram ainda por um tempo com o psiquiatra do CMS. Paralelamente, o usuário recebia visitas quinzenais do CAPS que, pela perspectiva de Laís, lhe proporcionavam um “contorno”. Jorge entendia que a visita no domicílio era um espaço como um consultório, em que o psicólogo do CAPS estaria no lugar do psicanalista. Entretanto, no final de 2015, foi preciso reduzir a frequência das VDs, pois uma crise no governo gerou greves devido ao atraso no pagamento dos funcionários do CAPS por quase um ano. Nesse contexto, foram tentadas

algumas articulações com a CF e realizadas visitas em conjunto quando possível, sem muitos avanços.

Um elemento que promoveu certa melhora do quadro de Jorge foi a introdução do Haldol Decanoato. Ele se mostrou mais organizado com esta medicação, mas por outro lado, iniciou um quadro depressivo. De acordo com Laís, quando o usuário alcança uma organização psíquica significativa, ele entra em depressão, ao se defrontar com sua realidade. É o momento em que se dá conta de sua condição de “invalidez”, de não ter conseguido construir uma família... Na relação de ambivalência com a irmã, oscila entre sentir ódio e angustiar-se sobre o que vai ser dele depois de sua morte.

Apesar de ter apresentado alguma melhora com o Haldol Decanoato, em pouco tempo Jorge voltou a piorar, não aceitando mais tomar as medicações nem comparecer a nenhum atendimento. Continuava fazendo uso intenso de drogas, com “aparência descuidada” e atitudes que incomodavam os vizinhos. O síndico passou a entrar em contato com o CAPS reclamando do comportamento dele. Em um momento de significativa desorganização no ano de 2016, foi para a frente do prédio da irmã e pôs-se a gritar e xingá-la, com uma fala mais ostensiva, que lhe causou muito medo. Segundo Laís, situações como essa geraram uma falta de confiança de Eunice no acompanhamento dos serviços públicos e ela começou a falar no desejo de uma internação prolongada. De acordo com o relato da irmã, Jorge já a encurralou várias vezes na rua tentando agredi-la e já aconteceu de empurrá-la e ela cair na calçada, gerando reações de alguns transeuntes para protegê-la.

Em agosto de 2016, ele precisou ser internado novamente no Pinel. Como da última vez, a equipe do CAPS acompanhou o período de internação por meio de visitas. Foi nesta época que uma acompanhante terapêutica (AT) particular, que havia sido residente do CAPS, entrou no caso. Eunice contratou este acompanhamento por sugestão da equipe do serviço e pôde custeá-lo porque já havia conseguido reaver a aposentadoria por invalidez do irmão, com a ajuda de laudos emitidos pelo CAPS.

A profissional, Alice, foi apresentada a Jorge em uma das visitas feitas pela equipe de atenção psicossocial ao local de internação. Ela faz parte de uma equipe de acompanhantes terapêuticos que conta com outros profissionais e realiza reuniões de supervisão semanais. Além da visita em conjunto ao hospital, Alice e Laís fizeram um atendimento a Eunice para construir o projeto pós-alta: vinculação ao psiquiatra do CAPS, frequência regular ao serviço para acolhimento com os técnicos de referência, aplicação de Haldol Decanoato quinzenalmente, acompanhamento das ATs tanto nas idas ao CAPS, quanto na circulação pelo

território. Definiu-se que seria necessário ter mais uma acompanhante terapêutica neste processo.

Após a alta de Jorge, as duas ATs passaram a frequentar a casa dele duas vezes por semana, revezando-se neste acompanhamento. No início, as visitas duravam pouco, pois ele logo sinalizava que estava na hora de terminar com um aperto de mão. Aos poucos, porém, passou a gostar de ter alguém que pudesse escutá-lo, segundo Alice. Eles caminhavam muito por lugares significativos para ele, por onde morou, estudou e fez amigos. Em geral, quando Jorge recebe um AT novo (entraram outros acompanhantes depois), ele costuma dar essa volta para mostrar os espaços que já percorreu na vida, os locais que frequentava, onde tinha familiares... Laís também comenta sobre a importância do trabalho de acompanhamento terapêutico e do vínculo estabelecido com Alice, lembrando da circulação pelo território que era feita já nesse início, com passeios, idas à pizzaria, pequenas trilhas, etc.

Na entrevista com a equipe de acompanhantes, uma delas se recordou que Jorge chegou a fazer um pedido para ampliar a frequência dos acompanhamentos, solicitando que fossem mais dias do que o previsto. Entretanto, nessa época a irmã colocava alguns obstáculos à ampliação. Ela se queixava do uso do dinheiro, que estariam gastando além do possível.

Com o acompanhamento, ele passou a adquirir alguma autonomia e a falar mais sobre o que queria. Isso gerou reações em Eunice. Por exemplo, já ocorreu de comerem uma pizza em um dia de semana e ela reclamar que isso havia elevado os custos. Para Alice, haveria questões individuais da irmã motivando esta reclamação. Ela sempre se doou muito pelo outro, colocando-se numa posição de sacrifício. Em relação ao exemplo da pizza, Eunice estranhou o fato de isso ter ocorrido na terça-feira, enquanto ela jamais poderia fazê-lo. Além de cuidar do irmão, ela se responsabiliza pelo neto, pois a filha também tem questões psiquiátricas. Para Rodolfo, outro AT presente na entrevista, a queixa sobre os gastos não tinha só a ver com a quantidade de dinheiro dispendido, mas também com a qualidade, ou seja, com o que Jorge estava gastando e o que estava fazendo. Havia uma crítica da irmã quanto à forma dele se alimentar e se vestir. Em direção semelhante, os vizinhos e o síndico se queixavam da maneira dele se apresentar, de uma certa “bizarrice” e “estranheza” em sua aparência.

Com a intensificação do uso de drogas em alguns períodos, o condomínio passou a enviar uma série de *e-mails* para Eunice pedindo a retirada do irmão de lá e a sua hospitalização. Os ATs contam que ele estava bastante desorganizado, irritadiço e invadido por vozes relacionadas à irmã ou da própria irmã falando com o pai. Em alguns momentos, dizia que ela matava crianças ou queria prejudicá-lo e estava armando contra ele. Nos momentos de maior desorganização, em que não aceitava tomar as medicações, nem comparecer a qualquer

atendimento nos serviços de saúde, ele ficava pela rua e às vezes tocava o interfone de Eunice, muito bravo com ela, fazendo ameaças. Falava muito alto, o que incomodava o condomínio, principalmente à noite.

Para Alice, a própria postura do síndico em relação ao usuário contribuía para esta desorganização psíquica. Incomodado com os comportamentos de Jorge, ele se sentia no direito de adentrar a sua residência sem pedir permissão e tirar fotos para comprovar que não estava bem “cuidado”. Esta postura invasiva também era adotada pelo zelador, que atuava como um informante para o síndico e ficava “em cima do Jorge”. Uma vez, quando Alice chegou ao prédio para fazer o acompanhamento terapêutico e pediu que interfonasse, o zelador retrucou: “olha, mas é só entrar na casa dele” e ela precisou dizer que não, pois entrar na casa do outro sem permissão seria crime. Teve de colocar este limite várias vezes para ele e o síndico.

Nas conversas dos ATs com o síndico se evidenciava o quanto ele não apenas queria acabar com os barulhos e entradas de pessoas “estranhas” promovidos por Jorge como também modificar o seu próprio modo de ser. Ele demonstrava querer adequar Jorge a um padrão de normalidade, questionando como era possível uma pessoa não assistir televisão e não tomar banho diariamente. Frisava que se ele estivesse em uma instituição, a higiene diária seria feita. Os ATs problematizavam as regras ditadas pelo síndico, buscando ajudá-lo a compreender a singularidade de Jorge e a modalidade de cuidado que eles propunham através do AT, distinta da lógica hospitalar. Nestes momentos, ficava claro o quanto era difícil para ele acolher a diferença.

O CAPS também fez um trabalho na tentativa de conscientizar o condomínio sobre a lógica da atenção psicossocial. Foram realizadas diversas reuniões e contatos telefônicos para esclarecer que o tratamento do usuário de saúde mental atualmente é feito no território, buscando preservar o seu direito ao morar, sendo a internação acionada apenas em momentos específicos.

Embora tenha sustentado a importância do cuidado territorial junto ao condomínio, Laís reconhece a insuficiência da rede de saúde mental pública diante do desafio colocado por casos tão difíceis como o de Jorge. Ela fala da necessidade de uma atenção básica de maior potência, bem como da presença de CAPS III e II em número adequado e com equipe robusta. O território onde atua, pelo número de habitantes, deveria ter dois CAPS II e não apenas um, como ocorre na prática.

Esta precariedade, somada aos processos que Jorge respondia e à recorrência do uso problemático de drogas são fatores que Laís elenca como propulsores da institucionalização prolongada na “Residência Terapêutica” particular, que veio a ocorrer em 2017. Eunice conta

que, nesta época, ele estava respondendo à queixa-crime feita em 2015 sobre a agressão ao zelador, dentre outros processos, e que o juiz chegou a determinar sua internação compulsória em “hospital penitenciário”. Diante disso, a advogada de defesa apresentou todos os laudos e relatórios dos tratamentos e internações de Jorge para mostrar que estava sendo assistido e não se fazia necessária a medida de custódia. O juiz acatou essa solicitação, mas determinou que ele só não iria para o “hospital penitenciário” caso seguisse o acompanhamento ambulatorial e não recebesse mais nenhuma queixa. O caso então continuou sendo acompanhado por meio de audiências para que se verificasse o cumprimento da medida. Eunice, na condição de curadora, deveria comparecer semestralmente à vara de órfãos e sucessões para comprovar o acompanhamento do irmão em saúde mental. Porém, ele sofria agudizações do quadro e continuava resistente a tomar as medicações psiquiátricas e a frequentar o tratamento no CAPS.

Muito preocupada com as consequências disso, a irmã acabou recorrendo a duas “internações”: em maio de 2017, acionou ambulância particular para internar Jorge no Pinel, hospitalização que durou até início de junho, e quatro meses depois, em outubro, acionou este mesmo recurso para conduzi-lo a uma “RT” particular. Disse aos ATs que a inserção nessa “clínica” se daria apenas pelo tempo necessário para comprovar ao juiz que ele estava sendo assistido. Na entrevista comigo, Eunice esclarece que o estopim para a busca da “Residência” foi o fato de Jorge ter demonstrado resistência à abordagem dos ATs. Segundo ela, eles não estavam conseguindo controlá-lo. No contexto da crise do CAPS, esta havia sido a última tentativa que ela fazia para garantir um suporte ao irmão em casa. Na perspectiva de Laís, Eunice não tinha mais esperança e havia chegado ao seu limite.

Apesar de se tratar de um serviço que se define como residência terapêutica, Jorge foi levado para lá por ambulância, como se estivesse sendo conduzido a uma internação. Segundo a administradora da “Residência”, ele chegou desta forma, inclusive com as mãos amarradas, porque estava agitado em casa, “alucinado” e com discurso desconexo, bem como andando pelas ruas como se fosse um mendigo, sujo e muito maltratado. Essa experiência foi traumática para ele. Segundo seu relato, estava chegando ao seu apartamento para se alimentar, com um prato de comida na mão, quando foi surpreendido pelos técnicos da ambulância. Inicialmente, não sabia do que se tratava e aceitou o convite de um deles para fumar do lado de fora. Foi deste modo que o enfermeiro lhe “agarrou” e levou para o veículo. Ele ficou “rodando” sem ver nem entender para onde estava indo e sem poder avisar os familiares. Esse episódio, somado às outras internações, foi tão marcante que ele passou a sentir medo sempre que via uma ambulância na rua, presumindo que estavam indo lhe pegar.

Jorge passou sete meses “sofridos” na “Residência”, uma casa de quatro andares, com 18 quartos e 28 moradores, em um bairro na Zona Sul. O imóvel tem cômodos individuais, duplos e triplos, nos quais os residentes são alocados dependendo do valor pago. Na minha incursão pelo espaço junto ao terapeuta ocupacional, foi possível ter dimensão do tamanho do imóvel. Quando eu achava que já tinha chegado ao fim, havia mais quartos e escadas a serem percorridas. Além disso, tive a oportunidade de conhecer o refeitório e uma sala com TV, no primeiro andar, onde também são guardados em um grande gaveteiro os quadros pintados pelos próprios moradores nas oficinas terapêuticas. Algumas destas obras ficam dispostas nas paredes. O único local onde não pude entrar foi a cozinha, que só é acessada pelos funcionários.

Jorge passava o dia “trancado” na “Casa”, fazendo as refeições e tomando as medicações que os cuidadores administravam, uma rotina “horrrível”, que consistia em “tomar remédio, almoçar, jantar, tomar café, lanchar, fumar e ficar no pátio” (JORGE, 2020 - relato verbal). De vez em quando, deixavam que telefonasse. Sobre os cuidadores, diz que “enchiam a paciência com negócio de remédio, toda hora tinha que tomar” (2020 - relato verbal). Nas palavras do cuidador entrevistado:

Aí, cê [sic] falava com ele, no caso, aqui a gente tem que ser um pouco não ríspido, não agressivo verbalmente, mas pulso firme com alguns moradores, porque se deixar o povo muito solto, eles acabam entrando em surto, ficam agressivos achando que podem fazer o que quer, né? Aí com o Jorge: “Isso, isso e isso, ok?”, batia continência: “Sim, senhor capitão”, aí ele me tratava assim. Era assim, desse jeito. “Seu Jorge, vamos tomar banho?”, “Tem que ir agora, capitão?”, “Agora, isso é uma ordem”, “Sim, senhor”, aí batia continência, ia tomar banho [...] eu brincava nessas questões que ele achava que era... achava que era militar, aí brincava e funcionava, e funcionava (ARMANDO, 2020 - relato verbal).

Este profissional também explica que é necessário fazer um certo monitoramento dos moradores, para identificar se estão apresentando alguma alteração que possa resultar em crise. Caso observem alguma mudança comportamental, comunicam a um dos psiquiatras/gestores da instituição para decidirem qual medicamento devem administrar:

É, alguns moradores, de vez em quando, a gente vê que tá dando surto, a gente entra em contato com o médico, explica o quadro clínico que está acontecendo, e aí geralmente faz uma medicaçãozinha, não pra poder, assim, deixar... deixar a pessoa impregnada, não, só pra realmente dar uma segurada naquela... naquela questão que... que é pré-surto, né, no caso que possa vir a surtar (ARMANDO, 2020 - relato verbal).

A administradora complementa este comentário com a seguinte observação: “Se não funcionar... se não funcionar, aí eles acionam uma/um médico pra vir até a Casa com a remoção e fazer a remoção pra uma clínica... ou IPUB, algum hosp/se for plano de saúde, a gente leva pro hospital particular, né, agora, se não for, a gente leva no IPUB... no Pinel...” (REBECA, 2020 - relato verbal). Ela diferencia os moradores que são atendidos pelo serviço privado dos que são acompanhados pelo público: “A gente só não tem acesso a médico que é do CAPS ou... público, né, o que é tratamento particular e da Casa, a gente consegue ter acesso a qualquer horário...”. Logo, quando os usuários dos serviços de atenção psicossocial apresentam sinais de crise, os psiquiatras/donos da instituição intervêm e, caso necessário, recorrem à internação. Já “quando é uma coisa que dá pra contornar, que teve só uma agitação e tal, a gente faz o quê? A gente vai até o local e tenta antecipar a consulta” (REBECA, 2020 - relato verbal). Desse modo, o CAPS só é acionado para contornar alterações mais brandas, por meio de atendimentos psiquiátricos.

Sobre as oficinas terapêuticas, Jorge não se interessava por nenhuma. Considera um crime o que fizeram com ele, tirando seu direito de ir e vir. Nesta “Residência”, o morador só tem liberdade de sair se o familiar autoriza, mesmo que não seja curador. Eunice não deu esta permissão ao irmão, porque segundo ela, se ele pudesse sair, fugiria. Tendo em vista seu estado, ela argumenta que colocá-lo nesta “Casa” era também uma forma de proteção.

O terapeuta ocupacional, que organiza as oficinas e os passeios com os moradores, explica que no primeiro mês Jorge não podia sair, mas depois isso passou a acontecer sob acompanhamento dele, para locais bem próximos. Nestas ocasiões, este profissional buscava ir com menos pessoas para que pudesse ficar mais atento ao usuário e garantir a sua volta, por saber de seu histórico. Sozinho na tarefa de acompanhar muitos moradores, o terapeuta ocupacional acabava tendo que selecionar: “Então eu ia até com outras pessoas aqui da Residência, outros moradores, com menos quantidade, porque geralmente quando eu saio, uns dez, 12 querem ir... Então como eu vou com ele pra dar esse suporte, sabendo desse histórico dele, eu ia com menos, ele e mais duas pessoas, assim...” (JÚLIO, 2020 - relato verbal).

Este profissional esclarece que, antes da pandemia, realizava passeios de dois tipos: os mais simples, semanalmente, para locais próximos onde se podia chegar a pé, e os mais elaborados, mensalmente, para teatro, cinema, museu, praia.... Nestas ocasiões, buscava orientar os moradores para que aprendessem a se situar nestes caminhos. Embora a grande maioria se interessasse por sair, ele só conseguia levar no máximo dez, doze por vez. Apenas eventualmente, quando tinha a companhia daicineira de artesanato, era possível conduzir um número maior.



Apesar de Jorge ter passado sete meses na “RT”, ele só fez um passeio “maior”, para o Museu do Amanhã. Tanto a dificuldade de levar muitos moradores de uma vez só, quanto o receio em relação à possibilidade de fuga parecem ter contribuído para isso. Sobre este tema, a administradora faz um adendo. Segundo ela, alguns moradores têm autonomia para sair sozinhos e “se preocupam com o horário de voltar pra não perder a refeição, pra não perder o horário do remédio” (REBECA, 2020 - relato verbal). Ou seja, os que conseguem se orientar na cidade podem ir e vir, mas devem tomar os horários pré-estabelecidos pela instituição como balizas.

O cuidador relata que saiu algumas vezes com Jorge para dar uma volta no quarteirão. Ele também demonstra o limite de moradores que era capaz de levar e a impossibilidade de sair na pandemia:

Eu pegava, assim, hoje, no dia, eu pegava uns três, quatro e ia dar uma volta, porque eles pediam pra poder dar uma volta por aqui, ir até o Furnas e voltava, tomava uma Coca-Cola, comia alguma coisa... mas com essa pandemia, não tem como mais sair com eles [...] ele [Jorge] gostava muito de andar, eles ficavam aqui, faziam fila aqui pra poder sair, esperando pra poder eu sair com eles, mas agora não dá. (ARMANDO, 2020 - relato verbal).

Eunice se recorda de ligarem para ela da “Residência” perguntando se o cuidador poderia dar uma volta com o irmão, a pedido do próprio, e ela autorizar. Ao falar sobre isso, a irmã frisa que era necessário lhe pedir permissão. Jorge sequer menciona isso em seu relato e diz que não o deixavam ir para lugar nenhum, fazendo com que se sentisse em uma prisão. Sua insatisfação era tanta em permanecer na “Casa” que chegou a ter vontade de se matar. Pensou em “pegar” uma viatura vindo na sua direção e se jogar nela para “sair do outro lado sem o corpo”.

Segundo Jorge, a psiquiatra da instituição lhe enganou, dizendo que ia ficar lá por apenas um mês. Foi ela quem assumiu seu acompanhamento. Nas palavras da administradora: “Quando o morador chega aqui, se ele fica com a nossa assistência médica, é... um dos três médicos que são sócios é quem assume, e, na época, era a vez da Dra. [nome], aí a Dra. [nome] que assumiu a... a assistência médica dele” (REBECA, 2020 - relato verbal).

Quando ele se deu conta de que o tempo de institucionalização se prolongaria, resolveu fugir. Foi uma maneira que encontrou de “largar tudo pra trás e procurar uma nova maneira de viver, longe de internação, de psiquiatra, de remédio...” (JORGE, 2020 - relato verbal). Foi quando “estudou” a área e planejou uma “fuga estratégica”. Em um dia de domingo, pulou o muro e foi embora. Em minha primeira visita à instituição, pude ver o tamanho elevado da

estrutura e a grade com espetos que se sobrepõe a ela. Na segunda vez que fui lá, para pegar os TCLE assinados, esta percepção se somou à delimitação em relação à minha entrada. A pessoa que me atendeu abriu somente uma fresta da porta e, após a minha identificação, logo trancou novamente e foi avisar à equipe. Pouco tempo depois, voltou outra profissional, com uma toca na cabeça, que aparentava trabalhar nos serviços gerais como a primeira, e me entregou os documentos. Fiz um pequeno movimento na expectativa de prolongar um pouco mais aquele encontro e talvez entrar na “Residência”, mas ela não deu abertura e trancou a porta. Tanto o alto muro gradeado, como a postura em relação à minha entrada nesta segunda vez trazem indícios da forma como a instituição opera em relação ao exterior.

Após escapar da “Residência”, Jorge passou dois dias sem dormir, andando pela rua, fumando muito e “querendo uma solução prática para o seu problema”. Achou que encontraria este auxílio no NA, grupo que costumava frequentar, e foi para lá na esperança que o retirassem da “Casa” definitivamente. Isto não ocorreu e quando estava voltando, foi “agarrado” pelo pessoal da “Residência” e reconduzido para a instituição, a mando de sua irmã.

Este episódio ajudou Jorge a perceber que o NA não seria o caminho para a solução de seus problemas. Para ele, o programa apenas lhe garantiria não mais precisar das drogas, o que ele entende que pode conseguir sozinho. Em diferentes momentos de seu relato, reafirma que não estava doente, mas sua família o “taxou” assim pois não sabia mais o que fazer para que parasse de usar drogas. Ao mesmo tempo em que admite ter consumido *crack* e cocaína, diz que não adianta obrigá-lo a parar por meio de serviços de saúde, porque apenas ele pode decidir sobre isso.

Quando perguntado sobre as visitas na “Casa”, conta que recebia dos ATs e que da irmã recebeu apenas duas vezes, uma quando foi lhe internar e outra para dizer que era obrigado a ficar ali por causa da justiça. Em suas palavras, “ela me internou senão o juiz ia me prender”. Ao falar sobre isso, fica indignado e questiona-se como seria possível prender um usuário, que já estava usando menos e apenas sozinho, não mais em companhia de outras pessoas.

De acordo com uma das ATs, inicialmente a irmã havia dito que a “internação” seria por um tempo breve, o necessário para responder ao processo, mas a audiência passou, a “clínica” atestou que Jorge estava em tratamento e ele continuou lá. Aí o discurso de Eunice mudou e ela passou a dizer que ele deveria permanecer na “Residência” por muito tempo.

A confusão entre os termos “clínica”, “internação”, “residência” e “moradia” eram frequentes nos relatos sobre esta instituição, evidenciando seu caráter híbrido. A irmã se referiu ao local de diferentes modos, tanto classificando-o como o último espaço de internação acionado por ela, quanto como uma residência terapêutica. Os ATs usaram o termo clínica

várias vezes. Laís usou tanto esta palavra, como disse claramente que na visão do CAPS se tratava de uma internação, em alguma medida, considerando o fato de a equipe avaliar conforme o grau de sofrimento do paciente quem poderia ou não circular pelo território, sendo Jorge proibido desta liberdade.

O grau de institucionalização ao qual o sujeito fica submetido lá dentro parece estar relacionado tanto à avaliação sobre seu quadro psicopatológico, quanto às decisões da família. Entretanto, características estruturais relacionadas às rotinas do espaço, arquitetura e equipe também contribuem com esse processo, como já visto anteriormente no relato deste caso e no de Severino. Além da presença de uma “sala de enfermagem” acessível apenas aos profissionais, da realização de atendimentos no interior da própria “Casa”, da proibição do acesso à cozinha aos moradores, eles também não participam da lavagem de suas roupas, que vão direto para uma lavanderia conveniada à “Residência”, paga à parte, ou ficam sob responsabilidade da família. Caso o morador queira algo a mais do que os produtos de higiene e roupas entregues pelos familiares, estes decidem como ele vai poder obter, o que depende do grau de autonomia:

Nós temos alguns aqui que eles ficam com carteira, com cartão de crédito, cartão de débito, dinheiro que a família traz, fica com eles mesmos, e nós temos alguns que a família libera que compre tudo que eles precisem e a família paga pra gente, só alguns que não podem ficar com dinheiro (REBECA, 2020 - relato verbal).

Após fazer este relato, a administradora cita um morador com demência e esquizofrenia como exemplo dos que não podem administrar seus bens. Vale notar que, embora Jorge tenha passado anos vivendo sozinho em sua própria moradia, ele também não podia ficar com seu dinheiro. Nas palavras da gestora, “quando ele queria alguma coisa, ela (irmã) autorizava” e a “RT” adquiria. De acordo com o próprio usuário, suas roupas e produtos de banho já estavam disponíveis na “Casa”, pois a família “mandava comprar”. Sobre os alimentos, a administradora explica que há um senhor dedicado a esta função, mas que ela também se encarrega de certos produtos: “Às vezes eu saio, eu levo/escolho um ou dois, eu levo comigo pra ir no mercado, pra... pra me ajudar a fazer as coisas, né?” (REBECA, 2020 – relato verbal). Desse modo, apenas poucos moradores participam desta tarefa e de forma colateral, não como parte do dia a dia.

Jorge também relata que o cigarro era controlado e ele só podia fumar um maço por dia. Em suas palavras, eles “controlavam tudo, controlavam até o meu pensamento, se eu deixasse” (JORGE, 2020 – relato verbal). Quando pergunto como era feito este controle, ele responde que

pela conversa e que de vez em quando era atendido pela psiquiatra. Conta também que até seu metabolismo parou de funcionar. Primeiramente, teve prisão de ventre e não conseguia evacuar, mesmo com os remédios dados pelos profissionais da “Casa”. Em um segundo momento, passou a ter diarreia e teve que usar fralda geriátrica. Para Jorge, “foi horrível, foi uma experiência que eu não desejo para o meu maior inimigo” (2020 – relato verbal).

Para que o usuário saísse desta institucionalização, foi necessário todo um trabalho dos ATs e do CAPS, que envolveu visitas na “Residência” e reuniões com Eunice. De acordo com Laís, os técnicos do serviço iam ver Jorge quinzenalmente e em algum período passaram a ir mensalmente. O caso era discutido intensamente em reuniões de equipe e supervisões. Nas visitas, ele sempre perguntava insistentemente quando seria sua alta e os profissionais buscavam lhe transmitir alguns dados de realidade, explicando que não tinham muita gerência sobre isso, pois ele era curatelado pela irmã e não estava sendo negligenciado pela “RT”. Embora não fosse a direção de cuidado do CAPS, os técnicos lhe diziam que Eunice havia feito essa opção porque estava “insustentável” para ela seguir com ele daquela forma. Para Laís, foi a partir destas falas que Jorge passou a se comprometer a ir ao CAPS, tomar suas injeções e seguir o tratamento. Um fator importante que teria movido o usuário neste sentido seria o medo de continuar na “clínica”.

Para a irmã, esta “internação” foi um marco, porque a partir de então ele percebeu que era ela quem decidia se ele poderia ficar livre ou não. Eunice faz uma distinção entre antes e depois, pontuando que até ser internado na “RT” ele confiava, “dentro da esquizofrenia dele”, que podia controlar a situação, seja fingindo que estava seguindo o tratamento ou encurralando-a na rua. As internações na rede pública eram curtas. Quando foi inserido na “Residência”, tendo suas raras chances de sair decididas pela irmã, ele viu que ela tinha o controle. Foi então que passou a pedir por Laís, Alice e a equipe de AT como um todo, enquanto antes dizia que não precisava.

Nas palavras de Jorge, o CAPS foi o seu “trunfo”, sua “carta na manga”, a alternativa que precisou buscar quando viu que ia ficar pelo resto da vida internado na “Casa terapeuta, com a minha remuneração, com o meu apartamento alugado, eu pagando o meu tratamento, mas sem direito de ir e vir” (JORGE, 2020 – relato verbal). Ele diz claramente que saiu da instituição pelo CAPS. Quando o “psicanalista” foi à “Residência” atendê-lo, Jorge conversou com ele e demonstrou que estava com o propósito de realmente se tratar. Por meio destas trocas, o caminho para a “alta” foi se delineando.

Outro fator determinante para a desinstitucionalização foi o trabalho de acompanhamento terapêutico na “Casa”. Inicialmente, Alice fazia visitas semanais, com

duração de uma hora. Ela chegou a perguntar se poderia participar de reuniões de equipe, mas descobriu que não havia esse tipo de trabalho na “Residência”. Conversou então com a médica, ocasião em que foi informada que Jorge não tinha autorização para sair. Pessoas da equipe chegaram a pedir à irmã que não permitisse mais as visitas da AT, argumentando que ele ficava muito agitado quando ela ia embora. Para acalmá-lo, aplicavam uma medicação SOS, injetável.

Alice, por sua vez, argumentou que esta reação de Jorge possivelmente se dava porque ele via nela a chance de sair, de retornar para casa ou circular um pouco. Pontuou também que o AT sempre “fazia o que era passível de contorno pela fala”, não havendo necessidade desse SOS semanal. Por saber que havia um vínculo construído, a irmã sustentou que o acompanhamento terapêutico permanecesse.

Chegou a um ponto, porém, de os acompanhantes se inquietarem com a experiência de realizar o acompanhamento na “Residência”. Perguntavam-se o que estavam fazendo ali, pois como a equipe não os deixava trabalhar o caso, não era possível fazer um AT de fato. Apesar das dificuldades, a sustentação deste trabalho do modo como era possível teve ressonâncias em Jorge, que passou a ligar para a irmã e questionar: “O preço que você paga aqui nessa RT, você pode pagar em AT” (2020 – relato verbal). Neste processo de tensionamento tanto por parte dos ATs, quanto dele, conseguiram aos poucos começar a fazer algumas saídas, indo ao CAPS e ao NA.

Estes movimentos de abertura e as negociações feitas com Eunice permitiram a construção de um projeto terapêutico que buscava garantir a continuidade do cuidado de Jorge no território. Foi pactuado que, para ele voltar a morar em sua casa, seria preciso aumentar a intensidade do acompanhamento terapêutico e que as medicações passassem a ser dadas pelos ATs, condição estipulada pela irmã. Para proporcionar esta intensificação do cuidado, a equipe seria ampliada para três, de modo a cobrir todos os dias, com um AT de manhã e um à tarde, de segunda a sexta-feira, bem como um profissional no sábado e outro no domingo.

Além das negociações e planejamentos para viabilizar a saída da “RT”, outro trabalho importante feito no período de institucionalização foi o acolhimento à irmã. A equipe do CAPS percebeu ela mais silenciada, muito emagrecida, pálida, com problemas de pressão e até episódios de desmaio no trabalho. Foi oferecido, então, um espaço de escuta no qual pôde falar de toda a sua vida e dos projetos que teve de abdicar por causa de Jorge, da filha que também tem problemas psiquiátricos e já se envolveu com o tráfico, do neto que vive uma relação de violência delicada com a mãe, do temor de que ele tenha o mesmo destino do irmão na fase adulta... Apesar de um certo fechamento de Eunice e da pouca disponibilidade para encontros

presenciais, as equipes do CAPS e de AT, com muita insistência, conseguiram fazer reuniões com ela no espaço de um *shopping*, à noite, único horário em que podia.

Parece que tanto este trabalho de fortalecimento do vínculo com a irmã, quanto as negociações com Jorge para que pudesse recuperar seu direito de ir e vir favoreceram novos rumos para o cuidado pós-alta. Ao falar sobre o momento em que resolveu dar uma chance para o irmão, Eunice lembra justamente do trabalho desenvolvido por Alice na “RT” e das pactuações que ela fez com ele. Nesse contexto, a AT buscava transmitir à irmã as mudanças percebidas no usuário e os acordos estabelecidos. Ao falar sobre isso, Eunice afirma entender que os ATs sejam contra a internação de longa permanência “e que aquilo ali só ia piorar ele com o tempo”, pois apesar de “ter esquizofrenia, ele ainda tinha algum vínculo com a realidade...” (EUNICE, 2021 – relato verbal). Desse modo, parece demonstrar que o acompanhamento terapêutico e as trocas com esta equipe contribuíram para a construção de um olhar crítico sobre a institucionalização, a partir do qual pôde tirar seu irmão da “Residência” particular.

Por meio desses acordos e do compromisso de Jorge em frequentar o tratamento no CAPS, a irmã aceitou liberá-lo da instituição, em março de 2018. Desde então, ele está “fora de internação, equilibrado e sem queixas no condomínio”, nas palavras dela. Segundo uma das ATs, após a saída da “Residência”, o acompanhamento terapêutico foi muito diferente da fase anterior. Eles passaram a ficar com o seu dinheiro para poder acompanhá-lo na escolha de suas refeições e dos itens de mercado que deseja. Ou seja, Jorge ganhou autonomia para decidir sobre elementos básicos de sua vida, que anteriormente eram geridos pela irmã. Enquanto antes Eunice comprava os itens de supermercado e entregava na portaria, após a saída da “RT”, ele passou a fazer suas próprias compras junto aos acompanhantes. Além disso, quando há problemas nos utensílios domésticos, que precisam ser trocados ou consertados, ou quando o usuário demanda algum outro produto, como um tênis, os ATs também fazem o contato com a irmã.

Segundo Laís, foi na época em que saiu da “clínica privada” que Jorge conseguiu se vincular mais ao CAPS. Passou a buscar o serviço, a frequentar quinzenalmente para atendimento com ela e o psicólogo, a tomar suas injeções e a aderir ao tratamento com o psiquiatra, com quem construiu um vínculo muito bom. Para a técnica de referência, a institucionalização “foi um disparador pra ele conseguir se vincular melhor ao CAPS” e “a equipe tem claro que muito da vinculação do Jorge com o serviço e de sustentação dele até hoje é também por medo desse processo e de uma internação compulsória” (LAÍS, 2020 – relato verbal). O próprio usuário refere que está no CAPS por determinação do juiz, ao mesmo tempo

que reconhece a importância do tratamento em sua vida independente de qualquer obrigação. Em alguns momentos, os ATs sinalizavam à equipe do serviço que ele não estava usando de forma tão regular a medicação, ora ficava mais delirante, ora menos, mas em geral se mostrou muito mais organizado desde que saiu da “Residência” particular.

Na entrevista comigo, sua fala alterna entre construções delirantes sobre a polícia, o pai e as drogas, lembranças traumáticas e um discurso político mostrando a consciência de que o CAPS é capaz de sustentar a Lei 10.216, defendendo sua liberdade. Em muitos momentos, ele demonstra dificuldade de reconhecer que tem um comprometimento psíquico grave e que fazia uso problemático de drogas. Afirma que não se interessava pelo CAPS antes da “RT” porque “tava ainda numa condição normal, ainda não tinham danificado a minha vida por inteiro” (JORGE, 2020 – relato verbal). Para ele, o NA iria suprir tudo que precisava, contribuindo para que parasse de usar drogas e “voltasse à sociedade”.

Pela via do delírio, afirma que não era doente, mas sim um caso da Polícia Federal. Passou em dois concursos desta instituição, mas como não podia exercer atividade profissional, tornou-se um “caso”. Parece que desta forma, afirma um lugar de destaque, que o diferencia da posição de doente mental. Ele lamenta as 27 internações que lhe “meteram nas costas”, o trauma de ver a ambulância passando, seguindo-lhe, e afirma que existem alternativas a esse modelo, pautadas na Lei 10.216: “trancar não é tratar”. Percebeu que precisava do CAPS justamente quando viu que corria o risco de passar o resto da vida em uma instituição.

Além do serviço substitutivo, Jorge fala da importância do acompanhamento terapêutico, contrapondo este trabalho ao que era feito na “Residência”. Enquanto a “Casa” é composta por pessoas “que a família não quer tratar”, o AT desenvolve um processo diário e cuidadoso de suporte e escuta. Segundo Jorge, o profissional deste grupo vai a sua casa “todo dia no horário certo”, vê os seus recados no telefone e conversa com ele sobre temas que lhe tocam, como o estudo da personalidade, a psicologia e a psicanálise. Com eles, pode “abrir o verbo”. Às vezes, lhes telefona às 5h da manhã para deixar recado na caixa postal, narrando o que está pensando no momento. Em suas palavras: “Isso me ajuda, que eles trabalham comigo, é uma equipe. Falar com eles me ajuda a sair do trauma de internação. Fiquei totalmente traumatizado com todas as internações, a última eu ia ficar pro resto da vida...” (JORGE, 2020 – relato verbal).

Para Jorge, os ATs são “anti-trauma” e não deixam ele ser internado por testemunharem que está tomando os remédios e não tem mais usado drogas, além de compreenderem suas questões mentais. São eles que o “seguram”, o que só é possível pelo fato de Jorge ser “sincero”. Na única vez que fez uso de drogas após a internação na “RT” particular, contou para os ATs.

Essa possibilidade de ter um espaço de troca e escuta no cotidiano e não apenas num *setting* tradicional é fundamental para que “se segure”. A relevância deste suporte em sua vida é tão forte que quando perguntado sobre seu dia a dia após sair da “RT”, Jorge responde: “Meu dia a dia fica na forma deles me visitarem, eu ter sempre um espaço pra comentar o que eu tô querendo, uso a sinceridade...” (2020 – relato verbal). Foi justamente um dos ATs, Rodolfo, que o levou para o CAPS no dia da entrevista. Em muitos momentos, Jorge olhava este profissional buscando um respaldo para o que estava me contando. Depois de um tempo, o AT saiu um pouco para deixá-lo sozinho comigo.

Nesse caminho de vinculação aos ATs e ao CAPS, estimulado pela compreensão de que são dispositivos capazes de sustentar a desinstitucionalização, o usuário passou a depositar neles a esperança de se ver livre de uma outra instituição: a curatela. Sente-se muito incomodado por ter perdido o poder sobre o próprio dinheiro e reivindica ao juiz, através de um “pedido de requerimento” que ele mesmo escreveu, a “revisão do processo de curatela” para que “tenha de volta a responsabilidade perante a sociedade”, a possibilidade de estudar inglês, visto estar “de acordo com a verdade, fazendo o tratamento, tomando remédio e assistido, perante a Lei 10.216...” (JORGE, 2020). Em diferentes momentos da nossa conversa, Jorge se mostrou ansioso para me mostrar o “pedido de requerimento ao juiz”. Estava anexado ao seu prontuário e, ao final da entrevista, fomos juntos até a sala da equipe para que pudesse pegá-lo.

Neste documento, ele cita ainda o apoio e parceria “entre os assistentes terapêuticos”, a intenção de conseguir na justiça, através do laudo do psiquiatra do CAPS, uma procuração para que possa “assumir o assunto de gerir e administrar a minha vida socio econômica [sic], elaborando, analisando, avaliando e criticando o projeto de vida, tendo em vista o autoconhecimento e a possibilidade de me tornar persona grata” (JORGE, 2020). Ele reconhece também que um processo na justiça se iniciou pelo fato de usar drogas e firma o compromisso de se esforçar, amparado no acompanhamento psicanalítico da psicóloga do CAPS, para “ficar limpo até o final, com o fundamento de procurar um pós-tratamento através da linha de Freud, o modelo do CAPS no primeiro mundo (Holanda) e um tratamento dentário especializado” (JORGE, 2020).

O desejo de morar fora recebendo uma bolsa de estudos e um tratamento que aborde o uso de drogas por outro viés se coloca no documento e durante a entrevista. Jorge constrói este horizonte como forma de recuperar sua autonomia e sua vida emocional, que ele só consegue acessar por meio das drogas. Sem este recurso, ele afirma: “Eu não sinto nada, não sinto emoção nenhuma, não choro, não dou risada, não sinto dor, mas sinto” (JORGE, 2020 – relato verbal). Para o usuário, a linha de Freud permite que o tratamento se faça através da ingestão de cocaína



e apenas desta forma ele vai conseguir trabalhar suas questões de forma mais profunda. No documento, solicita “uma audiência com o juiz encaminhando pela equipe do CAPS a autorização (*habeas data*) para viajar e poder usar para rever o emocional de dependente químico, amparado pela lei até a cura” (JORGE, 2020). Ele demonstra que parou de usar drogas devido ao limite imposto pelo juiz, mas que continua “querendo” e “precisando” de cocaína.

Ao falar sobre este tema na entrevista, Jorge se identifica como dependente químico, mas também relata o esforço para não usar mais: “Eu tomei uma atitude, a decisão está vindo por acaso do CAPS, dos ATs, de você... Eu conversando com você eu tô tomando a decisão que eu já falei pra você: aqui eu não uso mais drogas, aqui é proibido” (JORGE, 2020 – relato verbal). A consciência deste limite foi construída quando Jorge se viu “internado” na “Residência Terapêutica” pela irmã. Ele interpretou que estava ali por determinação do juiz devido ao envolvimento com drogas e encontrou no CAPS e no acompanhamento terapêutico uma forma de recuperar a liberdade e de suportar seguir a vida sem recorrer aos entorpecentes. Falando com os profissionais destes dispositivos e tomando seus medicamentos, ele tem conseguido evitar o uso e encontrar outras formas de viver. Segundo o próprio: “Eu tô conseguindo me construir, eu tô indo pelo que o psiquiatra falou, pra eu estudar, eu tô estudando, a primeira coisa que sinalizou o psiquiatra foi estudar. Eu vou estudar inglês agora, eu tô estudando Freud. Eu tô adquirindo estes estudos por mim mesmo” (JORGE, 2020 – relato verbal).

Por outro lado, é no amparo destes mesmos atores que Jorge vislumbra a possibilidade de uma vida mais livre, o que, na forma de um futuro assintótico, também tem sido estruturante para ele. O usuário tem se segurado agora, mas com a esperança de que em algum momento vá para um país onde o uso seja permitido e, dessa forma, possa adentrar, pela via do tratamento psicanalítico, as experiências emocionais que a droga desperta nele e que não tem conseguido alcançar de outras formas. Ele esclarece que no CAPS está tratando os efeitos de ter usado drogas por muito tempo, de forma a evitar a reincidência, mas que gostaria de investigar as causas da dependência. Em suas palavras: “Eu quero saber onde eu tropecei, é, eu quero saber por que eu não funciono sem a droga. O resumo é esse, que eu não funciono sem a droga” (JORGE, 2020 – relato verbal).

Eunice também vê no CAPS e nos ATs uma ancoragem fundamental, responsável pela melhora e estabilização do irmão, sobretudo pelo engajamento de certos profissionais, como Laís e Alice. Ela reitera que nos primeiros anos de tratamento, a técnica de referência abriu caminhos, orientando sobre as medidas necessárias para o suporte ao usuário. Além de inseri-lo em um acompanhamento psiquiátrico, auxiliar no fornecimento dos laudos para que a irmã

pudesse concluir a passagem da curatela e responder aos processos judiciais, ela indicou a equipe de AT no momento necessário. Esta indicação possibilitou que Alice, junto a outros acompanhantes, passasse a fazer um trabalho importante com ele em casa, que se intensificou nos últimos anos. As mediações com Eunice, por um lado, aliviam a sua sobrecarga e a preservam da relação tensa com o irmão e, por outro, permitem certo grau de autonomia ao usuário. O dinheiro não fica nas mãos de Jorge, como forma de evitar que volte a fazer uso abusivo de drogas, mas ele ganhou maior poder de escolha com o apoio dos acompanhantes. Nas palavras de Eunice: “O que me vale, o que me ajuda, o que me salva é o acompanhamento terapêutico... dos meninos da equipe que acompanham ele. Tá? Então, assim, hoje nós estamos em janeiro de dois mil e vinte e um. Eu tenho paz de espírito. Tenho, porque eu consigo viver” (2021– relato verbal).

#### 4.2.2.3 Vitor

Para retomar o histórico de Vitor, fiz entrevistas *on-line* com a técnica de referência do CAPS, o irmão do usuário, a gestora da instituição onde reside e visitei o local para falar com ele e os profissionais que o assistem. Nesta ocasião, tive a oportunidade de vivenciar um pouco do cotidiano e dinâmica da “Moradia”, como será visto adiante.

Vitor nasceu em 09/02/1964. Iniciou tratamento no CAPS em maio de 2013. Sobre seu histórico, relata que passou a infância em Nova Friburgo com toda a família, pais e quatro irmãos, um deles dois anos mais velho, outro gêmeo e dois mais novos, com oito e nove anos a menos. Mudaram-se para o Rio de Janeiro quando tinha 13 anos. Nesta época, soube que era judeu e passou a conhecer esta cultura, experimentando seus hábitos e costumes, como ir à Sinagoga e às festas judaicas. Entrou para o Lar da Criança Israelita, uma instituição antiga, de aproximadamente 70 anos, onde brincava, jogava futebol e lia vários livros da Agatha Christie. Criado em 1937, com o objetivo, segundo o *site*, de proteger “crianças judias órfãs, filhas de refugiados e àquelas [sic] cujos pais se encontravam em situações de vulnerabilidade socioeconômicas [sic]”, este lar busca “manter as gerações futuras conectadas às tradições e valores judaicos através da educação” (LAR DA CRIANÇA ISRAELITA, 2021). De acordo com Vitor, depois foi criada outra instituição, o Lar da Esperança, a qual passou a frequentar “bem depois que saí do lar da criança”. Lá ele ia para “almoçar, todo dia aquele almoço gostoso, bom, de graça” (VITOR, 2020 – relato verbal).

Segundo Lauro, seu irmão mais novo, Vitor estudava em uma escola judaica e era muito bom aluno, tendo até sido considerado o melhor da turma uma vez. Fez curso técnico de

eletrônica no segundo grau e concluiu o ensino médio. Em relação ao trabalho, entretanto, nunca teve uma rotina regular e jamais completava um ano em um mesmo emprego, pois “não conseguia se adaptar, não tinha disciplina e logo parava” (LAURO, 2021 – relato verbal). De acordo com relato do prontuário e do irmão, um de seus primeiros empregos, entre 17 e 18 anos de idade, foi como *office-boy* na Organização Sionista do Rio de Janeiro unificada, por aproximadamente um ano. Uma década depois, ficou mais alguns meses em outra atividade, mas não se adaptou. Com pouco mais de 30 anos, trabalhou com venda de livros e brinquedos pedagógicos junto ao pai, mas devido ao seu temperamento, se aborrecia muito e não mantinha a disciplina. O trabalho se dava de forma eventual e não diária. Mais recentemente, trabalhou na porta do Pinel vendendo água de coco por meio de uma cooperativa.

Apesar da negatividade pela qual Lauro encara a rotina trabalhista do irmão, o próprio conta de atividades informais que lhe garantiram alguma renda e/ou foram significativas para ele. Por um tempo, distribuiu voluntariamente panfletos da farmácia que costumava frequentar. Em suas palavras: “Eu panfletava bem à beça, 90% das pessoas pegavam no meu panfleto” (VITOR, 2020 – relato verbal). Durante a distribuição, agradecia e cumprimentava a todos com graça, gerando reações positivas. Vitor conta sobre isso com orgulho e alegria. Outro trabalho que fazia, pouco antes de ir para a “Moradia Assistida”, era tocar flauta no metrô. Ao falar desta atividade, quis reproduzir para mim o modo como se apresentava e pôs-se de pé para mostrar: “Boa noite, pessoal, com licença, cortaram meu auxílio benefício, auxílio-doença, cortaram meu auxílio-doença, eu vou tocar flauta [...] mas eu não toco bem não (risos), mas vamos lá. Eu fazia só uns seis *pout pourris...*” (VITOR, 2020 – relato verbal). Vitor percorria todo o caminho do metrô tocando e recebia de 70 a 80 reais. Tinha um boné para pegar o dinheiro, uma pochete para guardá-lo e a flauta na mão.

Após a primeira crise e internação, aos 18 anos, obteve o auxílio-doença por um período, mas não foi aposentado. O irmão não consegue contar com detalhes sobre o episódio, por ser muito mais novo, mas recorda que foi na época de uma viagem para Israel, onde Vitor passou sete meses. Provavelmente já não estava bem quando viajou e, por isso, precisou voltar antes do previsto. Foi quando passou a tomar medicações psiquiátricas. A única lembrança dele sobre esta ocasião é que Vitor sentia a orelha se mexendo.

Segundo Lauro, foi ele quem conseguiu com muito esforço o auxílio para o irmão, indo inúmeras vezes ao INSS. Vitor recebeu o pagamento por alguns anos e “torrou o dinheiro”. Em 2016, houve uma perícia que resultou no corte do benefício. Lauro recorreu algumas vezes ao INSS para que o irmão pudesse recuperá-lo, sem sucesso. Apesar de ser o mais novo e não ter muitas memórias sobre o desencadeamento do quadro psiquiátrico de Vitor, ele foi o irmão que

ficou à frente deste cuidado. O mais velho intervinha sobretudo “para brigar” e Lauro tinha que mediar. O gêmeo, diagnosticado com esquizofrenia, mora em Israel e o segundo mais novo também reside naquele país.

Em relação aos últimos 20 anos, ele não sabe contar detalhes, mas recorda-se que Vitor recebeu o diagnóstico de transtorno bipolar, o qual, ao seu ver, explicaria sua agressividade. Em suas palavras, “Vitor sempre foi muito brigão” (LAURO, 2021 – relato verbal). Ele entrava em conflito principalmente com o pai, Alceu, que também era nervoso. Houve vários episódios de agressão física, em que o genitor perdeu o controle. Na entrevista comigo, Vitor admite que brigava fisicamente com Alceu e justifica isso pela sua bipolaridade. Lembra que uma vez o chutou, enquanto ele mordida seu braço. Ele não sabe dizer a razão destes conflitos. Segundo Lauro, depois que o pai desenvolveu a doença de Alzheimer, há dez anos, como não era mais possível o diálogo, Vitor passou a brigar com a mãe, “sem motivo”. Relata que o irmão ficava nervoso, “gritando como um maluco”, porque ela não o escutava devido ao problema de surdez. Falava “nomes feios” e bradava pela janela para que os vizinhos ouvissem. Vitor, por sua vez, diz que ele nunca brigou fisicamente com a mãe e o máximo que fez foi botar a mão na boca dela, “levinho”, e conduzi-la “um pouquinho”.

Nessa época, Lauro já não morava mais com eles e estava trabalhando, mas a cuidadora, contratada nos últimos anos para cuidar do pai, lhe reportava estas situações. Seus telefonemas lhe causavam um estresse muito grande, porque não podia deixar o trabalho, mas ao mesmo tempo preocupava-se com o que poderia acontecer em casa. Quando recebia a ligação, já ficava em “pânico”, mas buscava acalmá-la. Ele se sentia refém da cuidadora, porque seria difícil encontrar outra pessoa que se adaptasse a Vitor. Muitas vezes, tinha que sair do local de trabalho para falar com ele, momentos em que já estava bastante nervoso e “usava a força através da palavra” (LAURO, 2021 – relato verbal) para dar um limite ao irmão.

Preocupado com a convivência entre Vitor e seus pais, já idosos, Lauro mantinha contato diário e ia visitá-lo todo final de semana. Levava-o para passear, em locais como a Floresta de Tijuca, o que o deixava um pouco melhor. Mesmo assim, os conflitos familiares continuavam intensos. Lauro ficava muito estressado com tudo isso e passava “centenas” de noites dormindo mal. Vitor saía sozinho, tinha autonomia, mas sem controle nenhum sobre si. Para o pai, com Alzheimer, e a mãe, já idosa, era impossível lidar com ele, que voltava na hora que queria, fazia uso dos remédios ao seu modo, ora ingerindo em excesso, ora não tomando. Como “não fritava nem um ovo”, segundo Lauro, demandava muito da mãe. Quando voltava da rua, a obrigava a fazer café. O próprio admite que brigava com a genitora por isso: “Faz café, mãe, faz café!” (VITOR, 2020 – relato verbal). Pequenas situações o deixavam nervoso, como

por exemplo, não ser cumprimentado ou não ter seu cumprimento respondido. Lauro faz este relato demonstrando claramente um desgaste emocional na lida com o irmão.

Sobre os tratamentos, ele se recorda apenas que, antes do CAPS, Vitor passou por acompanhamento ambulatorial no Pínel com um psiquiatra. De acordo com o prontuário, nos últimos tempos, ele havia frequentado acompanhamento psiquiátrico ambulatorial no CMS de referência, passando por consultas de dois em dois meses. Já segundo o relato da enfermeira e técnica de referência, Viviane, ele frequentava a Casa das Palmeiras, onde fazia todas as “terapias” oferecidas, porém isso “não sanava” sua demanda insaciável. Nas palavras dela, Vitor tem uma “megalomania e cresce muito com várias questões de sua vida, manipulando as instituições” (VIVIANE, 2020 – relato verbal). Foi direcionado então para o CAPS, mas acabou frequentando todos os tratamentos simultaneamente: CAPS, Casa das Palmeiras, ambulatório... Segundo o prontuário, Vitor foi encaminhado ao serviço de atenção psicossocial pela psiquiatra do Núcleo de Saúde Mental da Policlínica de referência, para onde havia sido direcionado pelo ambulatório do CMS. No acolhimento feito neste Núcleo, ela identificou que ele precisava de acompanhamento intensivo, considerando ter um transtorno de humor (F 31<sup>41</sup>) e ir recorrentemente à emergência em busca de remédios. Embora o CAPS tenha questionado o encaminhamento, visto que ele já tinha o suporte da Casa das Palmeiras, acabou acolhendo.

No relato de Viviane, aparecem frequentes menções à dificuldade de Vitor em seguir as atividades propostas. Durante todos os anos de seu acompanhamento, a equipe buscou construir Projetos Terapêuticos que se adequassem à sua realidade, mas ele “não absorve isso, não segue os combinados, faz do jeito dele, sempre muito assim”. Ela explica que: “A gente faz o PTS de acordo com os espaços das oficinas terapêuticas que o CAPS fornece” (VIVIANE, 2020 – relato verbal). Antes da pandemia, o projeto de Vitor consistia em comparecer ao serviço duas vezes por semana, terça-feira o dia todo, sendo de manhã a oficina da palavra com a psicóloga e à tarde a atividade de expressão simbólica com a terapeuta ocupacional, um espaço de fala, desenho e escrita que consideraram interessante para ele por gostar de falar e escrever. Neste mesmo dia, havia também a leitura de texto. Na quinta-feira à tarde, era realizada a oficina de música, também com a TO, atividade na qual os usuários escolhem canções, dançam e fazem expressão corporal. Entretanto, ele sempre “burlava” este PTS e “nunca seguia”.

Viviane relata também que, há aproximadamente dois anos, o irmão foi ao CAPS pedindo para ampliar o projeto terapêutico de Vitor, como forma de ocupá-lo, “como se fosse uma creche” (2020 – relato verbal). Lauro fez este pedido porque a Casa das Palmeiras havia

---

<sup>41</sup> Transtorno afetivo bipolar.

dado um limite ao usuário, reduzindo para um dia na semana sua frequência à instituição. A equipe do CAPS, porém, não aceitou a proposta de Lauro, argumentando que o serviço não era abrigo, nem espaço de recreação. Disseram ainda que se frequentasse atividades inadequadas para o seu perfil, como artesanato, ficaria mais ansioso e estressado. Ele foi direcionado então para cursos de informática, como forma de incentivar a ocupação do tempo fora do CAPS, no território. Segundo Viviane, a equipe sempre indica atividades gratuitas em comunidades locais, parques, vilas olímpicas e CFs, mas “cabe a eles circular e escolher esses lugares”. No caso de Vitor, ela entende que seria responsabilidade do familiar ou “irmão decidir o que eles podem, dentro das possibilidades deles, fazer, né, com o Vitor, na cidade” (VIVIANE, 2020 – relato verbal).

Embora tenham indicado informática para ele, o próprio demonstrava outros interesses, como dar aula de flauta e leitura ao ar livre. Viviane, em contrapartida, pontua que não existe espaço para ele dar aula, mas sim aprender um novo instrumento. Explica também que não foi possível saber se realizou alguma atividade externa devido ao pequeno número de funcionários no CAPS. Como a equipe é pequena para um grupo muito grande de usuários, acabam não conseguindo sair com eles para fazer a inscrição nos espaços que o próprio serviço recomenda. Nas raras vezes em que isso ocorreu, foi quando algum residente ou aluno estava disponível para acompanhar aqueles que não têm tanta autonomia.

Ao invés de seguir as atividades propostas, Vitor costumava procurar por Viviane ou o psiquiatra na terça-feira à tarde. Sobre isso, ela pontua que, com 400 pacientes para um médico, era inviável prestar-lhe este tipo de atendimento toda semana. Logo, os outros profissionais tinham o papel de “botar barreira, botar limites”, pontuando que a consulta dele era em outra data e que ele precisaria esperar até lá para alterar o esquema medicamentoso, caso necessário. Em suas palavras:

Era um pouco essa a posição que a equipe de enfermagem, da qual eu faço parte, ou os psicólogos que já conheciam o manejo do Vitor, meio que a gente botava um norte pra ele: “Vitor, é isso, é isso, vamos seguir, vamos tentar outra forma de... não vamos mexer na medicação, vamos falar disso, vamos escrever sobre isso, vamos pensar em outras coisas da vida, traz um instrumento pra tocar na quinta-feira...” (VIVIANE, 2020 – relato verbal).

Dessa forma, iam tentando apaziguar um pouco de sua angústia e ansiedade, buscando transformar “este seu modo de agir” insistente e demandante, que consideravam “um pouco destrutivo para a sua continuidade na vida social”.

Vitor frequentemente altera seu esquema de medicação por conta própria e se automedica, tomando Biperideno<sup>42</sup> e Diazepam<sup>43</sup> em excesso. Segundo Viviane, caso a equipe não se mantenha atenta, ele faz uso exacerbado de todo tipo de substância que conseguir, nunca a que está prescrita, no caso, o antipsicótico. O mais comum é ele usar Biperideno, Prometazina<sup>44</sup>, Diazepam, Clonazepam e Bromazepam<sup>45</sup>, medicamentos que consegue acessar em maior quantidade. De acordo com Viviane, a ingestão excessiva destes psicofármacos acaba deixando-o mais acelerado e conseqüentemente mais persuasivo, de modo que as pessoas perdem a paciência com ele.

Esta enfermeira, junto ao médico, buscava fazer acordos e dar um limite a esse movimento insistente de Vitor, mas não sem resistências. Quando o usuário recebe um “não”, reage tentando “perturbar o seu dia de qualquer forma” (VIVIANE, 2020 – relato verbal). Ele levava instrumentos musicais ao CAPS, como flauta e gaita, com os quais fazia barulho até que a equipe desse o que queria, fosse receita, medicação a mais ou permissão para fazer algo irregular, como comer duas vezes a refeição e lanchar fora do horário de funcionamento da copa.

O próprio Vitor diz que não gostava do CAPS, pois lá tem pessoas mais comprometidas do que ele, brigas e quase nenhuma atividade. Além disso, “as psicólogas não eram muito simpáticas, não me davam bom dia, boa tarde, quase não cumprimentavam...” (VITOR, 2020 – relato verbal). Em seguida, se retrata e diz que não pode reclamar, porque quase todo mês ligam para a “Moradia Assistida” onde está institucionalizado perguntando como se sente. Fica muito grato pela preocupação.

A centralidade das medicações em sua vida também se mostra o tempo todo na entrevista. Um dos primeiros temas que ele traz é a “mania de tomar um remédio”, o Fenegan (Prometazina). Segundo Vitor, se trata de um anti-histamínico com fortes efeitos colaterais, que o deixava com “a perna agachada para andar, o corpo agachado e a voz muito fina” (2020 – relato verbal). Para compensar estes efeitos, ele tomava de meio a um litro de café puro e assim conseguia ficar em pé novamente e com a voz normal. Quando pergunto sobre o motivo de tomar esta medicação por conta própria, ele diz que não lembra e ainda não descobriu. Tanto a

---

<sup>42</sup> Medicamento destinado ao tratamento da síndrome parkinsoniana, especialmente para controlar sintomas de rigidez e tremor. Também é usado para aplacar certos efeitos colaterais de outros psicotrópicos.

<sup>43</sup> Psicofármaco usado para o alívio dos sintomas derivados da ansiedade.

<sup>44</sup> Medicamento de ação sedativa, indicado no tratamento dos sintomas incluídos no grupo das reações anafiláticas e alérgicas, na prevenção de vômitos e náuseas. Ameniza os efeitos colaterais de outros psicofármacos.

<sup>45</sup> Assim como o Diazepam e o Clonazepam (Rivotril), este medicamento também é da classe dos benzodiazepínicos, que atuam no controle da ansiedade, tensão e outros sintomas somáticos ou psicológicos associados a quadros ansiosos.

diretora da instituição onde está residindo, quanto a técnica de referência do CAPS entendem que o usuário vive uma angústia muito intensa, difícil de atenuar, que o leva a fazer uso compulsivo de benzodiazepínicos e outros fármacos.

Ao longo da entrevista, Vitor vai dando algumas pistas da função do psicotrópico para ele. Conta de episódios em que fez uso excessivo de Fenergan - de dez a 13 comprimidos - em frente ao hospital israelita e anunciou na recepção o que havia feito. Dessa forma, era colocado na cadeira de rodas e levado para a enfermaria. Do mesmo modo, houve outra vez em que tomou uma garrafa de cachaça Caninha da Roça inteira em frente ao hospital, anunciando em seguida que além de ter ingerido toda a bebida, também fazia uso de medicações psiquiátricas. Neste momento, caiu, perdeu a consciência e foi internado. Admite a gravidade da situação e que poderia até ter entrado em coma e morrido.

Vitor diz não saber o motivo de chegar a estes extremos, mas em conversa com o psiquiatra que o acolheu na ocasião, chegou à conclusão que talvez fosse uma forma de chamar atenção. Quando pergunto de quem gostaria de obter atenção, ele chora e responde que de amigos, amigas, namorada... Em seguida, ri e esclarece que não tinha amigos, mas buscava construir relações na farmácia de seu bairro, a mesma para a qual trabalhou panfletando. Cultivou um “ambiente bom” lá e passava o dia todo conversando e batendo palma. Chegava na hora que ia abrir ou até antes dos funcionários. Ao falar disso, lembra entusiasmado de uma “cena engraçada”, quando fez uma surpresa no aniversário da caixa, que ele apelidou de Petita. Usou um Lança Confetes de Papel Laminado. Em suas palavras: “Explodia cheio de papel colorido metalizado, picado, uma chuva, foi bonito à beça fazer isso com ela, foi muito bonito, choveu papelzinho à beça, metalizado, de várias cores” (VITOR, 2020 – relato verbal).

Apesar dos momentos de socialização e alegria, seu irmão via a convivência na farmácia por um viés totalmente negativo. Acha que Vitor ficava lá “de bobeira” e isso não lhe acrescentava nada, mas apenas causava estresse. Segundo ele, o irmão acabava arrumando briga porque fazia “gracinhas e piadas” e, quando as pessoas brincavam com ele, ficava nervoso e tinha reações explosivas, visto que “não tem tolerância”. O próprio Vitor recorda-se de uma situação difícil, em que fez uma “palhaçada” e depois “pulou no pé” do gerente implorando para que o deixasse continuar frequentando o estabelecimento. Ele estava incomodado, pois “não gostava de bagunça”. Nestes momentos, o usuário ia reclamar com o irmão e lhe pedir apoio. Para Lauro, “ele ficava horas, de bobeira, quer dizer, adianta a pessoa ter liberdade pra ficar à toa? Vai fazer o que numa farmácia? Conversando com as pessoas? Balconista? Vai acrescentar o quê pra vida dele? É o que eu falava, mas... entendeu?” (2021 – relato verbal). Na sua opinião, Vitor deveria fazer algo útil para ocupar seu tempo.



Foi este irmão, junto ao mais velho, que o levou para a “Moradia Assistida”. Extremamente desgastados com as atitudes de Vitor e preocupados com os pais, foram para a porta de seu prédio e impediram que entrasse quando estava voltando da rua. De acordo com o usuário, neste dia ele havia tomado 13 comprimidos de Fenegan em frente à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e sido “internado”. Quando voltou de lá, os irmãos o aguardavam na portaria de posse das chaves, dizendo que não podia mais entrar em casa e que todos os porteiros já estavam avisados disso. Em seguida, o “internaram” na “Moradia Assistida”, termo usado pelo próprio Vitor. De acordo com relato da psicóloga desta instituição, Letícia, ele tinha passado a noite fora e, quando voltou, os irmãos o aguardavam já com as malas prontas. Foi assim que o levaram para a instituição, em junho de 2019, “sem aviso, sem telefonar antes”. Já conheciam o espaço por ser da comunidade judaica. Vitor frequentava algumas atividades da “Casa”, como ginástica laboral, música e teatro, segundo Lauro e a diretora.

Na perspectiva de Viviane, o estopim para a institucionalização foi uma agressão a Alceu. Como os pais não conseguiam mais lhe proporcionar tudo o que queria, por serem idosos e já terem muitos gastos, Vitor ficava agressivo. No final de semana que antecedeu a internação, empurrou o pai, derrubando-o. Com a ajuda dos vizinhos, eles conseguiram botá-lo para fora e trancar a porta como uma forma de defesa. Vitor pôs-se então a gritar, que é seu comportamento habitual quando quer dinheiro ou deseja fazer alguma coisa que lhe é vedada. A partir desta movimentação, os irmãos teriam sido acionados, de acordo com Viviane.

Letícia conta que os dois chegaram com Vitor à “Moradia Assistida” bastante nervosos e alterados, dizendo que se ele não pudesse ficar ali, iria para a rua. Na perspectiva da psicóloga, estavam muito cansados, visivelmente esgotados emocionalmente e preocupados com os pais. Ele próprio diz que foi parar na instituição porque “estava aprontando muito, trocando o dia pela noite” (VITOR, 2020 – relato verbal). Passava quase toda a madrugada na rua e circulava de ônibus por inúmeros bairros, lendo livro. Gostava de fazer isso no ar condicionado “geladinho”. Ao chegar ao Leblon, saltava e ficava em uma padaria onde conhecia um senhor com o qual tinha “certo relacionamento”. Ia para lá ou para uma lanchonete que funciona 24h por dia em seu bairro, porque não sentia sono. Às vezes, não dormia nem de dia porque “ficava malzão”. Letícia conta que uma vez ele chegou a levar uma pessoa estranha para casa, o que preocupou muito os irmãos. Essa dinâmica, que estava ficando muito frequente, somada às três internações que ele mesmo buscou em hospitais gerais da comunidade judaica, contribuiu para que acabasse “internado” na “Moradia Assistida”.

Como não havia ninguém da equipe técnica quando chegou à instituição, apenas a gerente, que ficou muito comovida e também assustada, ela acabou permitindo que o usuário

dormisse lá por uma noite para que no dia seguinte a equipe conversasse com ele. Embora haja uma fila de mais de 20 pessoas esperando vaga na “Casa”, por um acaso, na semana anterior havia falecido um residente e nenhum paciente tinha entrado em seu lugar ainda. Segundo Rosângela, diretora do local, a demanda é grande e chega inclusive de instituições como o IPUB (Instituto de Psiquiatria da UFRJ).

Como a “Moradia Assistida” não se comprometeu a acolhê-lo definitivamente e combinou inicialmente que só poderia passar algumas noites, Lauro buscou o CAPS cobrando que “dessem um jeito nele”. Segundo Viviane, o irmão queria uma solução asilar, um local em que Vitor ficasse restrito e monitorado, pois acha que ele não pode viver, nem circular sozinho. Para Lauro, o usuário deveria ficar “preso nos lugares” e o próprio CAPS deveria trancar as portas quando estivesse lá. Na entrevista comigo, ele fala que o irmão tem que viver “recluso, não tem outra opção” (LAURO, 2021 – relato verbal). Sobre a circulação pela cidade, desejava que os técnicos do serviço fizessem com ele até nos fins de semana, como “um acompanhante terapêutico”, nas palavras de Viviane. Para ela, este seria um dever do irmão, que ele não se prestava a fazer. Como o CAPS deixou claro que não podia proporcionar um espaço fechado e monitorado como Lauro queria, Vitor acabou ficando na “Moradia Assistida”.

Rosângela conta que a instituição tem sua origem na comunidade israelita e foi criada para acolher pessoas que até os 18 anos haviam sido assistidas em um lar judaico, responsável por dar suporte a crianças de famílias com dificuldades financeiras, cujos pais não têm com quem deixá-los enquanto trabalham ou não podem pagar pela escola.<sup>46</sup> São oferecidos cursos, apoio escolar e assistência em saúde, como fonoaudiologia e psicologia. Além deste suporte, o local já serviu de abrigo para crianças e adolescentes, o que foi suspenso por uma lei há aproximadamente 20 anos, segundo Rosângela.

Em meio ao público assistido pelo lar de crianças, havia também pessoas com transtornos mentais que, quando chegavam aos 18 anos e não podiam mais ser acolhidas lá, se viam em uma situação de desamparo, por não terem autonomia, nem a mesma capacidade de se gerir que as outras. De acordo com Rosângela, eles vinham de famílias desestruturadas, fosse no aspecto emocional ou financeiro. Sobre esta situação, ela aponta para a falta de recursos na rede pública e as consequências disso:

Quando acabaram os manicômios, eles tinham residências terapêuticas para as pessoas egressas desses locais, não para novas pessoas, então você ficou sempre na defasagem, você ficou sempre correndo atrás. E é uma população

---

<sup>46</sup> Ela parecia se referir ao mesmo local que Vitor frequentava na infância, mas não foi possível ter certeza disso pelos relatos prestados.

que nem a saúde assume, né, assume muito pouco; e nem a... a segurança assume, porque eles... Hoje você tem uma população de rua muito grande, formada por pessoas com transtornos mentais, entendeu? (ROSANGELA, 2020 – relato verbal).

Ao longo da história da “Moradia” israelita, foram feitas mudanças na estrutura e na equipe de forma a responder às necessidades da população assistida e compensar as carências do setor saúde. No início, era um local que oferecia comida, roupa lavada e administração das medicações, com a assistência de um psicólogo. Buscava-se assim, dar uma qualidade de vida melhor aos moradores diante das experiências duras pelas quais já haviam passado, envolvendo “bullying”, situação de rua e abandono pela família. Com o tempo, perceberam que era necessário oferecer mais opções aos pacientes. Como não havia quem os conduzisse ao CAPS, pois tinham poucas pessoas na equipe e inúmeros residentes, levaram terapias ocupacionais para lá: psicomotricidade, educação física, aula de Cabala, arteterapia, musicoterapia, teatro, roda de conversa, roda da palavra... Houve também computação por um tempo. Para Rosangela, é uma forma de ocupar o tempo dos moradores.

Na experiência com a clientela da “Casa”, descobriram que “o atendimento do Estado” é muito bom, porém pouco frequente. Segundo a diretora, ocorre apenas uma vez por mês ou a cada quarenta dias, tanto nos institutos de psiquiatria, ambulatórios, quanto nos CAPS. Estava se referindo às consultas psiquiátricas. Se por um lado ressaltou a importância deste acompanhamento, sobretudo porque a rede pública fornece medicamentos de alto custo aos pacientes, por outro, fez um adendo:

Quando eles vão nesse médico uma vez a cada quarenta dias, é uma fotografia muito estática daquele momento. Entendeu? Assim, o que que acontece: o médico o vê durante uma hora, uma hora e pouco, de quarenta em quarenta dias. Ele não sabe o que que aconteceu nesse inter [sic], e a gente aqui não, a gente sabe. Então a gente tem uma psiquiatria na Casa também (ROSANGELA, 2020 – relato verbal).

Ou seja, tanto a visão de que o serviço público de saúde mental é um espaço para consultas psiquiátricas, quanto de que os atendimentos são escassos leva a “Moradia” a adotar sua própria profissional. Ela vai uma vez por semana à instituição e faz os atendimentos em uma sala específica. A equipe, por sua vez, lhe transmite impressões sobre possíveis alterações observadas nos moradores que possam indicar uma crise iminente, como por exemplo, estarem “mais verborrágicos, com o olhar parado, mais catatônicos, cismados ou perseguidos” (ROSANGELA, 2020 – relato verbal). Com base nisso e em seus atendimentos, ela liga para o “médico titular”, transmite suas observações e faz ajustes na medicação. Por meio desta

dinâmica, “o tempo inteiro eles estão sendo monitorados, monitorado que eu falo, dentro da doença, né, pra gente não deixar ter uma... uma... uma crise, um surto, seja lá por quê” (ROSANGELA, 2020 - relato verbal).

Na minha visita à instituição, tive a oportunidade de ver como o espaço arquitetônico se organizou para promover estes acompanhamentos. Há uma sala atrás da administração usada tanto pela psiquiatra, quanto pela psicóloga para a realização dos atendimentos individuais. Como fui ao local no período pandêmico, as consultas estavam sendo feitas na parte externa da “Casa”, próximo à portaria. A entrevista com a psicóloga aconteceu no intervalo entre os atendimentos e fomos interrompidas com frequência por moradores/pacientes que aguardavam ansiosos pelo seu atendimento. O próprio Vitor veio falar conosco algumas vezes, em uma delas para reclamar da medicação que a psiquiatra da “Moradia” estava mantendo à despeito de seu pedido. Gostaria de substituir por outra. Uma paciente também veio dizer que estava aflita e queria ficar boa. Letícia pediu que eles aguardassem o momento do atendimento para falarem sobre estas questões.

Além da psiquiatra e da psicóloga, a equipe conta com terapeutas, estagiários de psicologia e cuidadores 24 horas. Apesar de ter vários profissionais, a instituição aceita abrigar moradores pela quantia que a família dispõe, mesmo aquém do necessário. Há os que pagam o valor do BPC/Loas, os que não podem pagar nada e os que conseguem arcar com o valor total, muito abaixo de outras “Residências Terapêuticas” particulares, segundo Rosangela. Ela identificou, através de uma pesquisa, que o valor de instituições para pessoas com menos de sessenta anos estava em torno de R\$ 10.000,00. De acordo com Letícia, Lauro paga um valor muito abaixo do que é estabelecido como padrão, aproximadamente um quarto. Como a “Moradia Assistida” é uma ONG, pode se fazer este abatimento para muitos moradores.

Sobre os critérios de admissão, a psicóloga explica que é tanto ter um transtorno mental, quanto alguma autonomia. Segundo ela, é necessário estar estabilizado, porque se trata de uma “residência” e não de uma clínica. No período de adaptação do paciente, que dura dois meses, eles avaliam qual é a estrutura de cuidado que ele precisa e se a “Casa” pode provê-la. Parece se revelar nesta fala que a “Moradia” é entendida como espaço de tratamento, onde se localizariam os recursos de assistência dos residentes. Caso a instituição não possa proporcionar o cuidado daquele usuário, ele não pode ficar ali. Embora em alguns momentos da entrevista, a psicóloga e a diretora citem o apoio do CAPS, esta fala demonstra certa desconsideração pelo caráter intensivo do acompanhamento neste serviço. Parece não se levar em conta que a atenção psicossocial poderia apoiar a equipe e o morador na lida com situações difíceis e no estímulo à autonomia, facilitando sua permanência na “Moradia”.

Nas palavras da diretora: “A gente precisa que essa pessoa se adapte à Casa, que é uma coisa complicada, mas aí a gente já sente se essa pessoa vai conseguir superar esses obstáculos, que são muitos mesmos, né, e aí... e que também a Casa se adapte a ela...” (ROSANGELA, 2020 – relato verbal). Para favorecer esta adequação, ela recomenda em alguns casos que a família leve o paciente para frequentar as atividades terapêuticas da instituição, antes de começar a residir. Estas oficinas são abertas para pacientes de fora da “Moradia” que sintam necessidade. Nestes espaços, são recebidos não só adultos com transtorno mental, mas também pessoas com síndrome de Down e adolescentes que sofrem de quadros difíceis, com os quais os familiares já não estão mais conseguindo lidar. Seja como espécie de serviço-dia ou oportunidade para ambientação de novos moradores, as atividades buscam proporcionar relaxamento e entrosamento entre os pacientes, segundo a diretora.

No caso de Vitor, embora já tenha frequentado as oficinas antes de morar na “Casa”, teve muita dificuldade de se adaptar às regras, rotinas e horários da instituição. De acordo com a psicóloga, foi “muito complicado”, porque, diferentemente dos outros moradores, ele não seguia uma prescrição medicamentosa. Tomava cada dia um remédio diferente, num horário diferente, automedicando-se. Pela norma da “Moradia”, as medicações são dadas pelos cuidadores e ficam numa sala própria, atrás da cozinha, que só estes profissionais acessam. Vitor já ficou nervoso e foi agressivo com uma cuidadora, Elvira, porque queria fazer uso da medicação fora de hora. De acordo com ela, quando o paciente estava em crise, ameaçava entrar no local onde são guardados os fármacos, exclamando que queria remédios e ia pegá-los, “sempre forçando a barra”. Ela nunca precisou contê-lo, mas já teve que falar de forma ríspida para barrá-lo algumas vezes.

Sobre a rotina da “Casa”, a psicóloga Letícia explica que há sete refeições, cada qual num horário pré-determinado: café da manhã, lanche matinal, almoço, lanche da tarde, cafezinho, jantar e ceia. De acordo com Elvira, estas refeições são preparadas em uma cozinha que os pacientes não podem acessar para evitar acidentes com eletrodomésticos, como o fogão. A cozinheira ou as cuidadoras recebem e preparam os alimentos. Coincidentemente, enquanto eu conversava com ela, as compras estavam sendo entregues. Elvira falava comigo e ao mesmo tempo se direcionava à cozinha para organizar os alimentos e preparar o lanche. Alguns pacientes iam até a entrada deste ambiente para pegar o sanduíche e o suco ou ela própria entregava à mesa. Era nítido que eles já haviam introjetado a regra, pois não se permitiam passar da porta da cozinha. Um deles, que também é cego, direcionou-se para a varanda com o lanche após recebê-lo de Elvira, mas foi impedido por ela, que pediu para ele se manter dentro da “Casa” com os demais “vendo” novela, pois não era hora de sair. Neste espaço interno havia

uma sala com TV, sofá e uma mesa, bem como a cozinha e a sala de medicação, inacessíveis aos moradores. Os quartos ficavam no andar de cima, mas não pude conhecer devido à pandemia.

Em relação à permissão para circular, Letícia explica que depende do aval dos familiares, que podem ou não assinar um termo permitindo a saída sem acompanhamento. No caso de Vitor, inicialmente ele não saía. Em pouco tempo, porém, isso passou a ser permitido. De acordo com a diretora, eles combinavam que ele passaria entre meia hora e 40 minutos na rua, tendo as refeições como balizadoras do horário de retorno. Segundo a psicóloga, o combinado era duas vezes por dia, uma de manhã, retornando para o almoço, e outra à tarde, retornando para o jantar. Mesmo os moradores que têm saída liberada devem voltar até às 18h, pois além do jantar, tem a medicação da noite e uma questão de segurança, visto que a região sofre problemas de violência.

A dinâmica de saídas foi revista quando Vitor começou a causar confusão nas redondezas e a voltar lentificado pelo uso excessivo de Fenegan, que comprava na farmácia. Segundo Rosangela, ele tomava seis comprimidos de uma vez, ficava “dopado”<sup>47</sup> e entrava nos bares desesperado pedindo café ou Red Bull, que o deixavam mais agressivo. Além disso, ia a um salão de beleza na rua da “Moradia”, que oferece café, e ficava pedindo para tomar vários, o que criou uma situação difícil no local. Com o tempo, passou a pedir que os clientes lhe comprassem café para tomar no salão e até a pedir dinheiro na rua, muitas vezes na porta das farmácias para comprar medicações. De acordo com Letícia, isso assustava os transeuntes, porque ele é alto, forte e fala em voz alta, de modo agressivo. Por isso, pessoas chegaram a ir reclamar na “Moradia”, dizendo que estavam incomodadas e com medo.

Vitor não cumpria os horários estipulados para a saída e voltava muito depois. A equipe ficava preocupada porque ele não dava satisfação de onde estava. Na opinião de Letícia, o usuário tem esta “marca” de não respeitar o combinado. Às vezes chegava de volta às 18h10 só para demarcar que não ia cumprir o que havia sido acordado. Acontecia também de “fugir”, como por exemplo quando alguém estava na porta recebendo produtos de farmácia ou supermercado e ele empurrava a pessoa para passar.

Devido ao descumprimento dos acordos, a saída de Vitor passou a ser permitida somente uma vez ao dia, mas “também não deu certo”, segundo a psicóloga. Por isso, combinaram que sairia pontualmente, apenas mediante acompanhamento dos estagiários de psicologia da “Casa”

---

<sup>47</sup> Vale notar que este efeito, o mais esperado no caso deste tipo de medicamento, é o oposto do descrito pela técnica de referência do CAPS, Viviane, que falou de uma aceleração de Vitor ao fazer uso excessivo de benzodiazepínicos (Fenegan, Diazepam, Bromazepam...).

ou do próprio irmão. Lauro ia buscá-lo para passear e visitar os pais todo final de semana. Nestes passeios, o levava para lugares como *shoppings* e a Floresta da Tijuca. Pela mediação do irmão, também eram articuladas saídas de Vitor com uma amiga que morava perto.

Como a instituição começou a se sentir frágil diante do caso, com uma responsabilidade muito grande, passou a cada vez mais tentar implicar a família nesse cuidado. No início, foi difícil porque em vários momentos Lauro deixava o telefone desligado. Chegou a bloquear todos da “Casa” tanto no WhatsApp, quanto para chamadas. Além disso, descumpriu regras da “Moradia”. Uma delas é que os usuários não fiquem de posse de nenhum remédio, nem produto. Quando voltam da rua, precisam entregar o que está na mochila para a cuidadora. O irmão, porém, lhe deu capsulas de cafeína a seu pedido e escondeu dentro de sua mochila. A psicóloga explica que, à princípio, este tipo de produto não causaria problema, mas como Vitor toma dez de uma vez, é preciso regular o uso. Na entrevista, Lauro lembra de quando entregou um remédio de hemorroida para Vitor, pois ele estava sofrendo desta doença e pedindo ajuda, mas a gerente o repreendeu.

Aos poucos, Letícia conseguiu se aproximar do irmão, marcando alguns atendimentos e se colocando disponível por telefone. Ele tinha dificuldade de ir com frequência à “Casa” no horário em que ela estava, por conta do trabalho, mas lhe telefonava à noite ou de manhã para desabafar sobre assuntos relacionados a Vitor e aos pais. Desse modo, estabeleceu um laço importante a partir do qual desbloqueou não só Letícia no WhatsApp, mas também a diretora, tornando a comunicação mais fácil.

Para Vitor, este irmão é um “amor de pessoa” e todo sábado vai à “Moradia Assistida” levar Coca-Cola, livros, adoçante para tomar café... Na época da entrevista, estava aguardando que fosse lá em algum dia da semana lhe levar óculos novos, cuecas e fraldas, visto que tem sofrido de incontinência urinária, ao seu ver, por causa das medicações. Lauro esclarece que a “Casa” fornece produtos básicos, mas “Vitor pede tudo”, como livros, canetas, um sabonete diferente e dinheiro. Mesmo antes da pandemia, ele não comprava nada por conta própria, porque “não tem dinheiro, só quando eu levo”, nas palavras do irmão. Foi Lauro também que mediou o reencontro de Vitor com o irmão mais velho, Sérgio, que estava bravo com ele e ficou mais de seis meses sem lhe dirigir a palavra. No Dia do Perdão, Yom Kippur, Sérgio o perdoou e passou a conversar com ele, dando-lhe força para seguir.

Em relação à equipe da “Casa”, o usuário teve muita resistência com a psiquiatra e não aceitava ser atendido por ela. Discordava das colocações que fazia, de modo que tiveram muitos embates. Era agressivo não só com esta profissional, mas também com algumas cuidadoras. Na entrevista comigo, ele se queixou delas. Disse que são ríspidas e não têm educação. Segundo o

relato de Elvira, houve situações de embate com Vitor em relação às medicações. Como ele pedia SOS de Rivotril e Biperideno recorrentemente, em intervalos muito curtos, de até dez minutos, em algum momento ela tinha que recusar, porque senão ele acabaria “andando todo grogue pela Casa, batendo cabeça na parede” (ELVIRA, 2020– relato verbal). Diante deste limite, o usuário começava a se agitar e dizia que se ela não desse, iria pegar de qualquer jeito. Por isso, uma vez Elvira acabou se alterando com Vitor e dizendo: “Você não vai entrar aqui na cozinha, eu vou entrar na tua frente e, se você entrar, você vai ter que passar por cima de mim” (ELVIRA, 2020 – relato verbal). Apesar de ter recuado com a fala dela, continuou agitado e fez várias ligações pelo telefone da “Casa”. Inúmeras vezes, telefonava para Rosangela, diretora da instituição, solicitando falar com a médica ou tomar determinado remédio.

De acordo com Letícia, devido ao jeito agressivo de Vitor, as cuidadoras da noite e os próprios moradores sentem medo dele. Para Rosangela, 90% das pessoas da “Casa” tinham “medo físico”, porque ele gritava, se colocava com “a postura, assim, sabe? Falava alto e empurrava a porta e segurava a pessoa, né...” (ROSANGELA, 2020 – relato verbal). Já aconteceu de empurrar um residente idoso para provocá-lo, o que o próprio Vitor entende como brincadeira. A diretora interpreta que ele ficou mais agressivo quando a “ficha caiu” e ele percebeu que sua vida tinha mudado para sempre, pois não teria mais a residência dos pais para voltar, “a Casa era aqui, tinha regras e ele tava preso, né?” (ROSANGELA, 2020 – relato verbal).

Além da agressividade, a técnica de referência do CAPS lembra que a intensidade do usuário nas demandas às psicólogas e nas oficinas terapêuticas da “Moradia” foi algo difícil de manejar. Com base em conversas com uma profissional da “Casa”, Viviane afirma:

Ele não esvazia nunca, por mais que elas deem espaços de fala [...] ele quer todas as psicólogas em todos os horários, ele quer fazer todas as atividades da Casa, mesmo que uma seja incompatível com o horário, tem que parar, esperar ele terminar uma atividade pra começar a outra na presença dele (VIVIANE, 2020 – relato verbal).

Devido ao desgaste gerado por este excesso e pelas situações de conflito, após três meses entendeu-se que nem Vitor havia se adaptado à “Moradia”, nem a “Moradia” se adaptado a ele. De acordo com Rosangela, a equipe não sabia mais o que fazer porque ele estava “desorganizando a Casa inteira”, despertando medo em todos, desobedecendo e fugindo. Quando transmitiram isso aos irmãos, eles disseram que iam pensar em alternativas. A própria diretora pesquisou outras “Moradias Assistidas”, mas o valor era muito alto, inacessível para Lauro. Eles pensaram então no Hotel Popular, na Central do Brasil, que custa R\$ 10,00. O



próprio Vitor disse que gostaria de ficar lá, mas a diretora desencorajou-o, questionando como iria comer, tomar remédio, banho e com quem dormiria. Os irmãos, por sua vez, alertaram que se ele não ficasse na “Casa”, iria para a rua, para o Hotel Popular ou “para algum lugar mais pesado” onde ficasse “preso direito.”

Lauro relata que a “Casa” quis “expulsar” Vitor de lá várias vezes por causa de sua agressividade e desobediência. Nestes momentos, ele e Sérgio sugeriam a prescrição de um remédio mais forte, pois entendiam que só assim seria possível controlar o irmão. Tanto na “Moradia Assistida”, quanto no CAPS, demandaram esta intervenção por parte dos psiquiatras. A instituição explicou que não concordava com a ideia de dopar o paciente. A tensão causada por estes embates levou Sérgio a ficar bastante alterado uma vez no CAPS, brigando com Vitor na frente de todo mundo e mandando que calasse a boca, extremamente agressivo. Ele achava que era preciso “entupi-lo” de medicações. O psiquiatra do CAPS, por sua vez, fez um pequeno ajuste na receita, mas sem grandes modificações. Para Lauro:

É uma situação difícil, tá tomando remédio, mas tá agressivo, não tá funcionando, você vai fazer o quê? Aí você fica numa sinuca, porque eles ao mesmo tempo falam, “não, não pode dopar...” [...] mas ao mesmo tempo queria expulsar ele, tipo assim, procurar outra Casa. Qual outra Casa? Qual outro lugar, se a pessoa estiver agressiva? Se chega no Pínel e está agressivo, eles dão logo um mata-leão e acabou. É diferente do que eu tô falando? A visão que eu tenho é que dão um mata-leão pro cara pra ele se acalmar, é a minha visão. Ninguém tem paciência, tem tempo, paciência pra ficar... (LAURO, 2021 – relato verbal).

Como os irmãos estavam resistentes em encontrar uma solução de moradia viável para Vitor e falavam que poderia acabar na rua, a equipe da “Casa” acabou “estendendo a corda” e procurando a ajuda do CAPS. Sobre este momento, a técnica de referência, Viviane, recorda de uma psicóloga ter ido ao serviço dizer que “não conseguia entender o movimento da família de Vitor” e que “o usuário não tinha perfil para ficar” na “Moradia”. Gostaria, portanto, que a equipe do CAPS o retirasse de lá. Esclareceu que aceitaram abrigar Vitor por alguns dias por terem muito carinho pelos seus pais, que sempre ajudaram financeiramente a “Casa” e estavam com idade avançada, mas que tinham chegado ao seu limite.

Nesta ocasião, Viviane e outros técnicos explicaram o que é o CAPS, seu funcionamento, atribuições, responsabilidades da família e o PTS proposto para Vitor. Além disso, ao conversarem sobre o caso, constataram que o usuário saía da consulta com o psiquiatra do CAPS levando uma prescrição medicamentosa, mas na “Casa” dizia que a medicação era outra, omitia a receita e exigia uma consulta com a profissional da “Moradia”. Esta médica, por

sua vez, acabava modificando a medicação dele. A partir desta descoberta, a equipe do CAPS falou diretamente com a direção da “Casa” e decidiram juntos que Vitor só faria uso do que o psiquiatra do serviço prescrevesse. Viviane passou a entregar a receita na mão de Lauro, assim como enviar por WhatsApp para a psicóloga ou a médica da “Moradia Assistida”, o que possibilitou a melhora do quadro, na sua opinião.

O CAPS também foi incluído pela equipe da instituição nos combinados com Vitor, mas de forma equivocada. Segundo Leticia, disseram a ele que, se voltasse depois do horário para a “Moradia” ou não seguisse a prescrição medicamentosa, teria que passar uma noite no serviço. Neste momento, ela demonstra falta de compreensão sobre o funcionamento de um CAPS II, que não fica aberto 24h.

Nesta dinâmica entre instituição e serviço substitutivo, o usuário acaba tendo os dois lugares como polos de atendimento, o primeiro para atividades terapêuticas e acompanhamento psicológico/psiquiátrico e o segundo para consulta psiquiátrica. Apesar das tentativas de articulação entre a “Moradia” e o CAPS, as oscilações emocionais e o uso compulsivo de medicações não cessaram. Diante disso, Lauro constatou que estava pagando por uma instituição incapaz de “solucionar o problema” de Vitor e pediu ao CAPS por uma internação compulsória até que ele melhorasse. O serviço deixou claro que isto não era possível pela legislação e conseguiu convencê-lo a levar o irmão no final de 2019 para organizar um “novo PTS no CAPS” (VIVIANE, 2020 – relato verbal). A equipe propôs de dois a três dias por semana, mas o usuário foi contra, pois só queria ir à consulta com Viviane ou o psiquiatra para ser ouvido, uma vez por semana. Recusou-se a frequentar mais dias, porque tinha muitas atividades que precisava fazer na “Casa”.

Sobre a questão da moradia, o CAPS sugeriu inicialmente o abrigamento. Esta indicação foi feita diante do primeiro contato de Lauro para informar sobre a situação de Vitor na instituição e do risco de ficar na rua.

[...] a assistente social até fala: tem abrigo público, né, mas você tem uma regra, tem que chegar lá até às 17h, não é garantia de vaga, o abrigo fica na Ilha do Governador... passa as informações do abrigo público pra ele e o irmão fala que não, não é isso que ele queria, ele queria exatamente uma Casa que ficasse com o Vitor definitivamente, porque não tem como o Vitor ficar mais com os pais... (VIVIANE, 2020 – relato verbal).

A equipe também propôs que ele fosse para um pensionato, com quartos individuais e coletivos, onde muitos usuários do serviço vivem. Como o irmão custeava a “Moradia Assistida”, presumiam que ele poderia arcar com esse aluguel. Lauro, porém, não aceitou, pois

desejava um espaço onde alguém tomasse conta do irmão. Foi sugerida a equipe de acompanhantes terapêuticos que costuma trabalhar com outros usuários do serviço, mas ele também não se interessou. Em contrapartida, no relato do irmão não aparecem estas sugestões e tentativas de negociação por parte do CAPS. Ele apenas recorda da ideia dos acompanhantes terapêuticos, mas diz que acabou não dando prosseguimento, porque teria que combinar com a “Casa” e não sabe como funcionaria, além de elevar seus custos. Sobre a possibilidade de Vitor ter uma equipe de AT em sua própria moradia, Lauro diz que não teria nenhuma condição, pois o pai havia falecido e ele não poderia viver apenas com a mãe. Pela sua experiência, tem certeza que em pouco tempo voltaria a brigar e gritar com ela. Para ele, seria um milagre o irmão mudar, visto que tem “esse problema há 40 anos e não mudou” (LAURO, 2021 – relato verbal).

Sobre o CAPS, ele ressalta que sempre precisou conduzir o cuidado de Vitor sozinho e o serviço nunca fez nada por ele. Jamais o procuraram para oferecer qualquer suporte e não havia um canal de comunicação entre família e equipe. No discurso de Lauro, fica claro que ele entende o dispositivo como local para atendimento psiquiátrico e não considera outras dimensões desse cuidado. Por isso, também fica desacreditado que o serviço possa ajudar Vitor, pois mesmo que ajustem a medicação, ele não vai seguir o combinado. Quando pergunto se nos momentos de crise ele buscava a ajuda de algum profissional, Lauro se mostra contrariado e responde que não adiantaria, visto que os comportamentos do irmão não eram suficientemente graves para ele ser internado. Na sua perspectiva, a internação só acontece se a pessoa está muito surtada, a ponto de ameaçar a vida dos outros, não se estiver gritando e xingando, como o usuário.

Apesar de ser considerado incapaz por Lauro e pela diretora da “Casa”, Vitor foi buscar, por conta própria, um quarto para alugar. Sentia-se preso e decidiu averiguar um local indicado por um amigo. Como o preço era de R\$ 400,00 e seu irmão paga R\$ 1.200,00 pela “Casa”, ele achou que seria possível. Por outro lado, ponderou e concluiu que lá não haveria ninguém para passar e pendurar sua roupa ou administrar sua medicação. Quando pergunto o que o motivou a esta busca, ele responde que queria um “lugar livre” e que estava “enjoado, preso aqui (na Casa), me sentia preso aqui, tem nada pra fazer, nada pra fazer”. Além disso, diz que na “Moradia Assistida” as cuidadoras são muito baixo nível: “Sabe como é que é? Hospital, os hospitais, é tudo gente cruel, gente cruel...” (VITOR, 2020 – relato verbal). Segundo Vitor, elas diziam palavras indecentes enquanto eles faziam as refeições.

Em relação à busca por um quarto, Letícia conta que no final de 2019 ele falava do desejo de ir morar em um hotel, pois havia conhecido alguém que residia em um estabelecimento deste tipo e concluiu que seria o melhor para ele. Quando consultou o irmão,

ele respondeu que não tinha a menor possibilidade, recusou-se a arcar com esta despesa e disse que era uma fantasia dele. Para a psicóloga, foi quando Vitor “caiu em si” e começou a falar que a “Casa” era o “melhor lugar para ele morar”.

Outro movimento que ele fez no sentido de algum tipo de autonomia foi trabalhar panfletando próximo da “Moradia”, para uma corretora que estava construindo um prédio. Recebeu R\$ 20,00 pelo trabalho, mas quando descobriram onde residia, o dispensaram, alegando que não podiam se responsabilizar por ele.

Diante da dificuldade de construir uma atividade para si ou encontrar um lugar de maior liberdade, Vitor se vê ocioso, situação na qual sente mais vontade de tomar medicações. Na entrevista, pontuou que não estava querendo se medicar naquele momento por estar ocupado, conversando comigo. De acordo com o relato dele, na “Casa tem faxineira, tem lavadeira, tem cozinheira, tem tudo, a gente não tem que fazer nada, não tem que fazer nada, só arrumar roupa de cama, dobrar o lençol, dobrar o cobertor, mas nem isso eu faço, não me obrigam, nunca me chamaram atenção [...] Eles arrumam” (VITOR, 2020 – relato verbal). Em relação ao dia a dia na “Moradia”, seu relato se resume a discorrer sobre a alimentação. Fala das cinco refeições diárias e de cada bebida e comida oferecida em cada um destes horários, que segundo ele, são rígidos.

Em um determinado momento da entrevista, que estava sendo feita na área externa da instituição, Vitor pediu para ir ao banheiro e pegar um café. Nesta mesma hora, se iniciava o lanche e os moradores se dispunham em diferentes mesas próximas de onde eu estava para comer. Enquanto eu esperava Vitor voltar, dois deles se dirigiram a mim para se queixar do local. Uma moça demonstrou o quanto se sentia enganada pela irmã, que a levou para lá dizendo se tratar de uma moradia, quando na verdade o local não era uma casa “coisa nenhuma” e ela queria retornar ao seu lar. Em seguida, outro morador complementou, exclamando que ali era um inferno.

A diferença entre a “Moradia Assistida” e uma casa, com “c” minúsculo, se evidencia em diferentes relatos sobre a instituição. Assim como mostrou a diretora, Vitor recorda que antes da pandemia havia várias atividades, de segunda a sexta-feira: ginástica, artesanato, arteterapia, teatro... Gostava principalmente da ginástica e do teatro. Também houve um passeio, ao Parque Lage, mas ele não pôde ir como castigo por ter “aprontado muito” na “Casa”. Com o início da pandemia, todas as atividades e saídas foram suspensas.

Para a diretora, ele se medica em excesso por não “dar conta de ficar fechado” e por sentir uma angústia que busca aplacar com a dopagem promovida pelos psicotrópicos. Quando percebe que está com os movimentos muito alterados e perdeu o controle sobre si, recorre a

produtos energizantes para compensar. Este ciclo vicioso, que envolve angústia, dopagem, abuso de substâncias e agressividade, já levou o próprio Vitor a acionar a polícia. Nesta ocasião, pediu que o prendessem porque havia batido e empurrado pessoas da “Casa”. Também já telefonou para os Bombeiros algumas vezes solicitando que o conduzissem ao Pinel, visto por ele como local de punição, onde ficaria nu, amarrado, sentindo frio e fome. Nesta ocasião, a equipe da “Moradia” teve a oportunidade de conversar sobre o que estava sentindo e sobre a imagem que tinha da internação naquele espaço. A diretora buscou mostrar-lhe que não seria uma forma de castigo, mas sim de acolhimento, cuidado e ajuda.

Algumas das vezes em que Vitor chamou os Bombeiros, a equipe não concordava que precisasse deste tipo de suporte. Mesmo assim, houve três ocasiões em que Letícia achou importante atender ao seu pedido e acompanhá-lo ao Pinel, mesmo não considerando necessária a internação. Ele era então avaliado e liberado. Nas palavras da psicóloga, “depois de várias vezes que a gente foi e a gente não achava que era o caso dele ser internado, a gente começou a pensar nisso: ‘poxa, se ele tá solicitando tanto, se a gente não tá dando conta desse cuidado, será que talvez seja uma opção?’” (LETÍCIA, 2020 – relato verbal). Foi quando entraram em contato com a coordenadora do CAPS, conversaram com ela e concluíram que a internação poderia ser uma estratégia de cuidado para ele.

De acordo com o relato da diretora, houve quatro situações em que acharam necessário interná-lo. Uma vez, atenderam à solicitação dele como forma de acalmá-lo, mas ele não ficou de fato internado, como já relatado pela psicóloga. Em outra, avaliaram que era preciso levá-lo ao Pinel porque ele agrediu outro residente e furtou o celular de Letícia. Segundo esta profissional, Vitor empurrou um morador com o qual não tem paciência, por ter um “retardo”, e ela precisou intervir. Disse que não podia fazer aquilo e convocou-o a conversar em sua sala. Ele respondeu que não queria falar com ninguém, mas apenas dar “porrada” em todo mundo. Em seguida, pegou seu celular sem permissão na intenção de ligar, ela não sabe para quem. Foi então levado ao Pinel. Apesar da articulação feita pela coordenadora do CAPS, para a qual pediram ajuda neste dia, ele não conseguiu vaga. Apenas passou pela emergência, onde administraram um “sossega-leão”, nas palavras do próprio Vitor.

Houve outra vez, porém, que conseguiram interná-lo, por pressão da diretora. Ele estava extremamente agressivo, sem querer tomar nenhuma das medicações prescritas, situação que a equipe não conseguia manejar. Mesmo assim, o psiquiatra de plantão demonstrou resistência em admiti-lo e Rosângela precisou fazer pressão, argumentando que Vitor havia “estressado” toda a “Casa”. Ele passou, então, aproximadamente dez dias na enfermaria, única vez em que ficou internado desde que entrou na “Moradia”.

Nestas situações de crise, foram feitas articulações com o CAPS para facilitar o acesso ao Pínel. A coordenadora do serviço indicava então com qual profissional do Instituto deviam falar para que Vitor fosse acolhido. A diretora da “Casa” fazia contato com ela quando a equipe da “Moradia” realmente não estava mais conseguindo manejar as situações com o paciente. Além de acionarem o CAPS para facilitar o processo de acolhimento hospitalar, eles também pediam ajuda nos antecedentes da crise, quando “a coisa estava ficando mais complicada” (ROSANGELA, 2020 – relato verbal). Nestas situações, em que, nas palavras da diretora, ele estava mais “sensibilizado”, buscavam levá-lo ao serviço acompanhado da cuidadora para a consulta com a psicóloga e a atividade que vem depois. Ele, porém, dizia que não queria voltar ao CAPS, pois lá as pessoas eram muito diferentes dele. Os questionamentos sobre as medicações prescritas e o pedido por novos remédios permaneciam.

Como se pode ver, foi na assistência pública que a “Moradia Assistida” encontrou interlocuções para acolher Vitor nos momentos de crise. Na perspectiva de Letícia, a chegada dele à “Casa” iluminou várias fragilidades desta instituição. Por ter um perfil bem diferente dos demais moradores, com alterações de comportamento, agressividade e necessidade de um cuidado mais intensivo, Vitor “forçou uma busca pela rede pública mesmo” (LETÍCIA, 2020 – relato verbal).

A psicóloga da “Moradia” esclarece que a maioria dos demais pacientes é atendida em ambulatório público e obtém outros cuidados em saúde, médicos, odontológicos e oftalmológicos, pela comunidade judaica, como por exemplo, no hospital israelita. No caso de Vitor, a própria “Casa” possibilitou que ele começasse a ter estes tipos de tratamento, porque quando chegou lá, estava precisando de óculos e sem ir ao clínico geral há muito tempo. Segundo Letícia, a família não estava dando conta de oferecer essa assistência a ele.

Com o início da pandemia de Covid-19, a “Moradia” passou a proibir a saída dos moradores em qualquer hipótese, levando a uma tensão maior na relação com Vitor. Logo no início deste período, ele desacatou essa ordem e “fugiu”, mais de uma vez. Na primeira, orientaram que tomasse banho e outras medidas de precaução assim que retornou. Na segunda, não deixaram que entrasse de volta imediatamente. Viram que estava na calçada, mas não abriram o portão. Ele já havia ligado da rua para a diretora e ela o havia alertado: “Eu não falei que se você fugisse, você não ia voltar? E agora, você vai contaminar a casa inteira? Eu não sei se você tá contaminado. Você vai ficar muito feliz se alguém pegar e a culpa for sua?” (ROSANGELA, 2020 – relato verbal).

Elvira conta que quando Vitor estava na rua, entraram em contato com Lauro, queixando-se da fuga. Ele próprio relata que sempre lhe telefonavam quando havia algum

problema com o irmão, pedindo a sua mediação. Nesta situação, reclamaram a ele que, para sair, Vitor havia empurrado a cozinheira enquanto passava pelo portão e que estava colocando a si e aos outros moradores em risco de contrair o Coronavírus. Quando voltou, deixaram-no um longo tempo aguardando na rua, pois, nas palavras de Elvira, “enquanto não houvesse nenhuma resposta da chefia, do irmão, eu não podia deixar ele entrar e correr risco dos outros..., porque a gente tem 12 aqui, eu ia botar em risco 11, botando ele pra dentro sem saber o que fazer com ele. Aí com muito custo depois acabei abrindo o portão e mandei ele direto pro banheiro...” (2020 – relato verbal). A diretora mediou esta situação e só aceitou abrir a porta quando o próprio usuário tocou a campainha. Seu irmão havia ligado para dizer que ele estava na portaria, mas o próprio não tocou. Para Rosângela, Vitor demorou para fazer isso porque sabia que tinha feito “besteira” e estava constrangido.

Com muita resistência, ele foi aceito de volta. Assim que entrou, a diretora buscou lembrá-lo dos combinados e regras que estava descumprindo, bem como conscientizá-lo sobre a situação da pandemia e os cuidados necessários naquele momento, tanto de higiene, como de isolamento dentro da própria “Casa”. Colocaram também um cadeado para barrar inteiramente a sua saída e impedir novas fugas. Segundo Letícia, este recurso teve um efeito não só concreto, como também simbólico e o usuário nunca mais tentou sair. Desde então, tem sido mais obediente às regras da “Casa” e ficado mais calmo. Para a psicóloga, ele apresentou uma evolução, pois vem conseguindo negociar mais e segurar sua compulsão por remédio e cafeína. Já no depoimento de Vitor, ele oscila entre se queixar do “ócio danado” e prisão que vive na “Moradia” e valorizá-la como espaço necessário, por lhe proporcionar serviços que não sabe fazer por conta própria, além de impedir que circule e contraia o vírus, como poderia ocorrer se estivesse morando com os pais ainda.

Para Lauro, Vitor ficou um pouco melhor porque está usando técnicas que o acalmam. Além de se afastar da pessoa quando há um conflito, por recomendação do irmão, faz exercícios de respiração e liga para instituições judaicas, recebendo conselhos do Rabino. O próprio usuário conta que tem recorrido a livros de autoajuda judaicos, de base comportamental.

Ao final da entrevista com Lauro, ele lançou um questionamento a partir do qual pôde explicar o que acha necessário para a assistência em saúde mental lograr sem a necessidade dos manicômios:

A minha opinião é a seguinte, eu sou contra a pessoa ficar reclusa, como antigamente a pessoa ficava internada, né [...], mas não adianta fechar um lugar e não dar nada em contrapartida, entendeu? Não ter o acompanhamento

de uma assistente social, não ter do governo, entendeu? Ah, “ir lá no CAPS”, mas ele não gostava (LAURO, 2021 – relato verbal).

A partir destes apontamentos, explicou que em Israel, o irmão gêmeo de Vitor, diagnosticado com esquizofrenia, vive em um prédio comum, num apartamento que divide com outras pessoas com transtornos mentais. Ele tem o seu próprio quarto e paga o aluguel com um benefício do governo. Tem toda a liberdade, sem restrições de saída, e recebe visitas de uma assistente social e um monitor que o ajuda a fazer compras e cozinhar. Por meio desta mediação, ganha o mínimo de independência. Por outro lado, tem “aquele limite, a pessoa sabe: ‘se eu aprontar, vão me internar, vou ficar num lugar fechado, como o Vitor tá’” (LAURO, 2021 – relato verbal). Além do acompanhamento psiquiátrico, Lauro ressaltou a importância dos profissionais que vão a sua casa, conversam com ele e veem como está. Ele acha que no Brasil deveria haver um lugar como esse, com residências e monitoramento dos pacientes.

Segundo o irmão, o CAPS nunca fez nenhuma VD a Vitor e as oficinas que oferecia não lhe interessavam. Apesar de em muitos momentos da entrevista ter associado este espaço à psiquiatria, disse, ao final, que achava fundamental o serviço propor atividades capazes de ocupar o paciente, como um trabalho com acompanhamento, mesmo que simples, uma atividade voluntária em que pudesse ajudar alguém, ou práticas corporais, que “fazem bem para a saúde física e mental” (LAURO, 2021 – relato verbal).

### **4.3 RAPS Centro-Sul**

#### **4.3.1 CAPS D**

##### **4.3.1.1 Sandra**

A análise do caso de Sandra se iniciou por meio do contato com a nova psiquiatra do serviço, que foi quem se recordou da situação da usuária quando apresentei meu projeto na reunião de equipe. Por estar chegando ao CAPS e ter um bom conhecimento sobre autismo, ela estava interessada em se aproximar do caso e contribuir para o seu manejo. A entrevista *on-line* via Skype, feita em conjunto com a profissional de referência e a técnica de enfermagem com a qual Sandra cultivava um forte vínculo, foi inclusive uma forma de ajudar esta psiquiatra a entender mais sobre o percurso e história da usuária. As interações e questões despertadas neste contexto interativo contribuíram para elucidar elementos fundamentais do caso. Para conhecer



a própria Sandra, fui ao CAPS e fiquei junto dela em seu quarto. Nesta ocasião, pude conversar com outra auxiliar de enfermagem e o profissional que foi seu AT na RT onde passou alguns meses, antes de ficar institucionalizada no acolhimento noturno. Atualmente ele é coordenador das residências terapêuticas vinculadas ao CAPS. Tentei contato com o número telefônico da mãe da usuária inúmeras vezes, mas ninguém atendeu.

Sandra nasceu no dia 30/10/1971, em Minas Gerais, não se sabe ao certo a cidade. Foi adotada por uma família do Rio de Janeiro, de boa situação econômica, com menos de um ano de idade. A mãe adotiva, Irene, já tinha um filho cinco anos mais velho que a usuária e desejava engravidar de uma menina. Falava muito sobre isso com os parentes. Para realizar este desejo, seu pai lhe deu Sandra como um presente. Ela era filha da empregada de uma fazenda da família em Minas. Irene não trabalhava e o pai adotivo, João, era funcionário da Varig, o que proporcionava estabilidade financeira ao grupo familiar e a possibilidade de realizarem viagens. Muitas expectativas foram criadas com a chegada de Sandra e seu enxoval foi todo comprado no exterior.

De acordo com Suzana, enfermeira e técnica de referência do CAPS, que me relata este histórico, ela começou a apresentar “alguns sinais de desenvolvimento já em processo de regressão” aos dois anos e meio/três anos (2020 – relato verbal). Andava nas pontas dos pés em casa, raspava e lambia paredes, batia e beliscava o irmão, gritava e às vezes não reconhecia uma voz de comando. Como naquela época, em torno de 1970, não se entendia sobre quadros de autismo nem de transtornos e distúrbios mentais na infância, a mãe ficou desesperada e levou Sandra a uma espécie de posto de saúde da época. O médico indicou que ela fosse internada para que pudessem estudá-la e fechar um diagnóstico. Irene se assustou com isso e não aceitou hospitalizar a filha. Resolveu então mandá-la para a casa da babá, Elaine, em Jacarepaguá, bairro da Zona Oeste do Rio de Janeiro.

Sandra passou bastante tempo morando com ela e sendo cuidada pelos seus pais, que ficavam com os cinco netos enquanto a mãe trabalhava. Deste modo, se vinculou à genitora da babá e, quando esta morreu, passou a apresentar alterações de comportamento significativas. Com aproximadamente quatro anos, mostrava forte agitação, gritava e se autoagredia. Por mais que o pai de Elaine quisesse cuidar de Sandra, ele também tinha que dar conta de outras crianças e achou melhor devolvê-la para a família adotiva.

Os vizinhos do prédio onde os pais adotivos moravam se incomodaram com a presença dela e passaram a reclamar de seus gritos. Sem saber mais o que fazer, a mãe a levou para a consulta médica, onde emitiram o pedido de internação. Sandra foi então para a Clínica Amendoeiras, voltada para a infância e adolescência, onde permaneceu até os 18 anos. Em um

primeiro momento, recebia visitas esporádicas da família, mas com o tempo, eles passaram a enviar a babá do irmão para substituí-los. Neste período, já havia sido curatelada pelo pai. Suzana pontua que “desde sempre, desde pequena, tinha uma relação muito afastada com essa mãe e esse pai adotivo” (2020 – relato verbal).

Aos 18 anos, ela teve que se mudar para outra instituição por causa da idade. Foi então para a Clínica Psiquiátrica Doutor Eiras, em Botafogo, onde passou bastante tempo, até ser transferida para a Clínica Valência, exclusiva para mulheres. Em uma das visitas feitas pela babá do irmão a esta instituição, ela percebeu que Sandra estava grávida. Tudo indica que foi vítima de estupro por parte de um funcionário, visto que o público da clínica era totalmente feminino. O aborto foi feito lá mesmo “e isso muito no miúdo, sem ninguém saber” (SUZANA, 2020 – relato verbal). Segundo Suzana, quando questionam a mãe sobre as providências tomadas em relação a isso, ela demonstra que não houve nenhuma iniciativa de entender o que havia acontecido e processar o hospital. Esta postura é emblemática de como a família vê Sandra e do distanciamento que mantém em relação a ela. Irene falava que a filha “é que nem bicho, ‘aliás eu nem sei por que esse bicho ainda tá vivo’” (SUZANA, 2020 – relato verbal). Suzana afirma que era difícil para a equipe escutar estas falas, frequentemente presentes nos relatos da mãe.

Diante do ocorrido, decidiu-se transferir a paciente de volta para a Clínica Amendoeiras, considerando que Sandra já era conhecida desde pequena na instituição e a equipe sabia como lidar com ela e manejar suas crises, segundo Suzana. Permaneceu lá até agosto de 2012, quando foi transinstitucionalizada para o IPUB. Nesta época, a Clínica Amendoeiras estava sendo fechada por intervenção do MP estadual, devido às condições degradantes nas quais os pacientes se encontravam. Em dezembro de 2011, a Comissão de Defesa dos Direitos Humanos da Câmara Municipal havia feito uma vistoria na clínica, deparando-se com “pacientes desnutridos, jogados pelo chão ou amarrados, paredes sujas de sangue e fezes, pouca comida, remédios armazenados inadequadamente e profissionais insuficientes” (BORGES, 2012). No contexto da reforma psiquiátrica, os internos foram transferidos para unidades que pudessem fazer o trabalho de desinstitucionalização.

No IPUB, em 2013, Sandra apresentou piora do comportamento, ficando mais agressiva e regredindo nas atividades de vida diária, autonomia e socialização. A equipe suspeitou que tivesse sofrido agressão de uma paciente durante a noite e tentou a Eletroconvulsoterapia (ECT), sem sucesso. Buscou-se também uma aproximação com a família, mas era muito raro Irene atender ao convite para comparecer à instituição e quando ia, ficava claro seu distanciamento afetivo. Se por um lado ela levava lanche e dava comida na boca da filha, por

outro, fazia declarações muito duras à equipe, como as já citadas aqui. Na perspectiva de uma das residentes que acompanhou a usuária na época, este contato com a mãe a deixava agitada. Com o tempo, as visitas foram ficando cada vez mais escassas.

Sandra teve três residentes multiprofissionais como referência no IPUB, sendo Suzana a terceira delas, em 2015. Quando conheceu a paciente, sentiu muito receio, pois estava sempre restrita a um leito clínico, contida, em quarto separado das demais internas e protegido pelo posto de enfermagem. Quando Suzana tentava tirar a contenção, a equipe de enfermagem se queixava, argumentando que tinha acabado de colocar. Esta profissional precisou cultivar um diálogo com toda a equipe, de todos os plantões, para articular o processo de desinstitucionalização.

Logo após chegar ao IPUB, Sandra passou a ser acompanhada pelo único CAPS III presente na Zona Sul do Rio até então, com a perspectiva de ser transferida para a RT ligada a este serviço. Foi algumas vezes lá acompanhada de técnicos do IPUB, mas como se agredia muito, a equipe preferia fazer visitas institucionais a ela no instituto. Nesta época, a curatela de Sandra, que estava com João, foi revertida para a justiça pela assistente social do IPUB. Esta medida foi tomada porque o pai tinha ido apenas uma vez visitar a filha, deixando claro que era contra a saída dela da instituição psiquiátrica, onde entendia que deveria ficar para sempre. Considerando que o processo de desospitalização estava em curso e ela começou a ganhar o BPC em 2014, entendeu-se que uma pessoa com esta postura não poderia continuar como sua responsável legal.

A perspectiva de saída do IPUB, entretanto, acabou sofrendo alguns reveses. Sob alegação de que o território era muito perigoso, violento e, portanto, prejudicial a Sandra, a ida dela para a RT prevista inicialmente foi sendo cada vez mais postergada e acabou não se concretizando. Em dezembro de 2015, foi fundado um CAPS III no território de origem da usuária, onde ela residiu em seus primeiros anos com a família adotiva. Por este motivo, a partir de fevereiro de 2016, o novo serviço iniciou um cuidado compartilhado com o IPUB.

Uma estratégia que a equipe buscou adotar ao longo desse período de acompanhamento conjunto foi a de sempre dialogar após os encontros com Sandra, como uma via para elaborar o que ocorria em cada atendimento no IPUB e visita ao CAPS, criando um discurso comum entre os pares que atendiam a usuária. Trabalhou-se também a indicação para uma residência terapêutica de cuidados intensivos, vinculada ao CAPS, onde Sandra foi morar em agosto de 2016.

Para fazer esta transição, a usuária foi primeiramente transferida ao acolhimento noturno do CAPS. Neste ponto, Suzana faz uma crítica ao manejo do caso, argumentando que foi tudo

muito rápido. Apesar da tentativa inicial de manter o diálogo entre os técnicos, isto não ocorreu neste momento de passagem. O serviço territorial deixou de lado a “comunicação do cuidado e o IPUB ficou muito de fora porque na época entendia-se que ‘ah, o psiquiatra não tem muito a dizer, o CAPS pode dizer muito mais do que o hospital psiquiátrico’” (SUZANA, 2020 – relato verbal). Suzana discorda desta visão e argumenta que nessa instituição se sabe de “todas as questões que envolvem a pessoa que está lá dentro”, na longa permanência, e que alguns profissionais do IPUB gostavam muito de Sandra e sabiam como manejar suas crises e lidar com ela no dia a dia. Já a equipe do CAPS não conhecia a usuária com profundidade e, portanto, ainda não sabia o melhor manejo a ser feito com ela. A própria Suzana, que havia sido contratada para trabalhar no CAPS e assumia mais uma vez a referência do caso, ainda estava descobrindo como lidar, se relacionar e interagir com Sandra:

Então ela foi para a nossa RT junto com os outros, naquele afã, daquela coisa assim, daquela emoção “nossa, a gente tá tirando seis pessoas de dentro de um manicômio, de dentro de um hospício”. E aí no calor da emoção né, obviamente ela só se adaptou um mês na casa, o que para mim foi uma grande surpresa (SUZANA, 2020 – relato verbal).

Suzana discordava da rapidez na qual tudo estava acontecendo e teve várias brigas com a equipe de seguimento, ao defender a importância de um trabalho lento e minucioso. Hoje, os profissionais envolvidos conseguem olhar para trás e perceber que o processo foi “um pouco atropelado”. A coordenadora da RT à época admite que isso ocorreu porque estavam “no calor da emoção e com muita expectativa” (SUZANA, 2020 – relato verbal). Para Suzana, “a gente apostou muito nessa adaptação e a gente até então não conhecia que não é o nosso tempo, não é no nosso tempo, é no tempo dela, né. A dificuldade maior foi para entender o tempo dela, a verdade é essa” (2020 – relato verbal).

Após um mês, Sandra sofreu algumas crises devido à dificuldade de adaptação. Segundo Suzana, a nova equipe desconhecia algo fundamental para ela, que é a manutenção de um cotidiano “bem demarcado”, com uma rotina diária. De acordo com o acompanhante terapêutico da RT à época e atual coordenador, Lúcio, ela passou a gritar muito, gerando reações na vizinhança que arriscaram a permanência da residência lá. O grito era tão alto que se ouvia de longe, até mesmo de um prédio do outro lado. Os vizinhos reclamavam com os profissionais e, algumas vezes, enquanto ela gritava, batiam na parede da casa ou tocavam lá para que parasse. Isso também contribuía para o desencadeamento de suas crises.

Lúcio esclarece que os problemas com a vizinhança eram anteriores à chegada de Sandra. A RT foi alocada em uma vila de um bairro nobre do Rio de Janeiro, que os moradores

buscavam para garantir um ambiente reservado e tranquilo. Diante da possibilidade de ter pacientes psiquiátricos morando por perto e do perigo que isso representava para eles, impuseram resistência em relação à própria implantação da RT. Lúcio pontua o quanto isto é emblemático dos desafios do processo de desinstitucionalização na cidade, no contexto de um padrão burguês de vida. Segundo o relato de Suzana, os vizinhos acharam estranha a movimentação na casa e até fizeram ameaças, acusando a equipe de estar criando uma clínica clandestina lá dentro. Foi preciso fazer reuniões com o condomínio para explicar o tipo de trabalho realizado ali e o propósito da residência terapêutica.

Apesar dos desafios, Sandra obteve algum grau de autonomia enquanto esteve lá, como por exemplo, ir ao banheiro e comer sozinha. Foi a alguns passeios, no próprio bairro e na praia da Urca. Em algumas destas ocasiões, beliscava transeuntes ou botava o pé para que caíssem. Oscilava entre momentos mais calmos e períodos em que gritava bastante. Embora o grito seja uma de suas formas de comunicação, nos momentos de crise ela emitia sons mais altos, se autoagredia e batia a cabeça, chegando ao ponto de ter que botar um capacete para amenizar o impacto. Suzana recorda de um dia em que chegou com Sandra à casa, após acolhimento no CAPS, e ela começou a gritar, se bater e sangrar. Neste momento, o próprio síndico bateu na porta e pediu para conversar com a usuária por achar que a equipe estava fazendo algum mal a ela. Disse que não era normal uma moradora ficar gritando e os acompanhantes alegaram que não estava acontecendo nada. Pontuou por fim que aquele não era o melhor lugar para a paciente e que ela merecia estar em um lugar institucionalizado, onde tivesse cuidados intensivos. Esta pressão da vizinhança fazia os cuidadores se sentirem coagidos. Se Sandra começasse a gritar, já ficavam apreensivos, prevendo que algum vizinho bateria na porta para reclamar.

Para contornar as crises, a usuária era levada ao acolhimento noturno. A partir de outubro de 2016, ficou intercalando entre CAPS e RT, até que em novembro foi definitivamente para o acolhimento, onde ainda estava no período das entrevistas (setembro de 2020). Essa medida foi motivada por alguns fatores. A condição colocada pelos vizinhos para que a RT continuasse na Vila foi que Sandra saísse de lá. Estas tensões eram discutidas nos Grupos de Trabalho (GT) que incluíam CAPS, equipe da residência e Superintendência de Saúde Mental. Levava-se em conta que a ONG CIEDS (Centro Integrado de Estudos e Programas de Desenvolvimento Sustentável) geria as RTs do município e não aceitaria arcar com as despesas de rescindir um contrato para pagar outro imóvel. Na intenção de preservar este convênio e a moradia dos outros cinco integrantes da casa, a Superintendência teve que decidir pela saída de Sandra.

Vale mencionar que neste período, a ausência da família se manteve apesar das tentativas de alguns profissionais. Quando a equipe de seguimento foi formada, a então coordenadora da RT fez um trabalho de aproximação com Irene, que não gerou muitos frutos porque João começou a adoecer de Alzheimer. Ela foi somente uma vez à residência visitar a filha, no final de 2016. Com o falecimento do marido, em 2017, retirou-se totalmente e jamais foi ver Sandra no CAPS.

Enquanto permanecia no acolhimento, a equipe buscava outras possibilidades de moradia para ela. Planejou-se a abertura de uma terceira RT, porque já estavam definidos os usuários que iriam para a segunda. Chegaram a pesquisar algumas casas considerando as particularidades de Sandra. Entendiam que precisava ser um imóvel um pouco mais afastado, onde ela tivesse “liberdade para usar a linguagem da forma como se comunica, sem ter a tensão dos cuidadores ali por conta da vizinhança” (SUZANA, 2020 – relato verbal). Entretanto, devido a questões políticas e cortes de gastos, que geraram greves e paralisações, o recurso que se destinaria à abertura da terceira RT acabou não saindo.

O CAPS entrou então em contato com a Superintendência e fez uma reunião para decidir qual caminho seguir em relação a Sandra. A partir desta discussão, decidiram buscar vaga de RT em outra área programática e descobriram uma possibilidade na Zona Norte. Foi feita uma reunião com o CAPS de referência, mas eles “não aceitaram” a usuária, sob a justificativa de que não tinham equipe suficiente para lidar com um caso tão complexo. Segundo Lúcio, acharam que seria difícil sustentar o cuidado por não serem um CAPS III. Desse modo, na hipótese de Sandra sofrer alguma crise, teria que ser levada à emergência e depois ao instituto de psiquiatria da região. Além disso, o serviço estava passando por uma crise institucional, com a equipe muito reduzida.

Após alguns anos, entre 2018 e 2019, foi feita uma nova tentativa com outro CAPS na Zona Norte, onde havia a expectativa de abertura de RT. Suzana e o coordenador foram lá discutir o caso e eles entenderem que tinham condições de receber Sandra. Entretanto, mais uma vez os planos não se concretizaram, pois a ausência de investimentos impossibilitou a abertura da residência.

E assim eu, enquanto referência, a gente vai se frustrando, a gente vai fazendo várias tentativas, várias conversas com a rede... a gente não consegue ter retorno né, essa questão política se agrava cada vez mais né, [...] então durante um bom tempo ela ficou nesse processo de paralisação, sem saber para onde vai... (SUZANA, 2020 – relato verbal).

Enquanto aguarda uma moradia, Sandra permanece no CAPS, restrita ao seu quarto a maior parte do tempo. Quando há alguém para acompanhá-la, fica um pouco sentada na entrada do serviço. Suzana pontua que é mais comum ela sair da cama aos finais de semana, quando o CAPS está calmo, com menos gente. Sente-se invadida com a presença de muitas pessoas, o que a técnica de referência relaciona ao espectro autista. Ao ver que o serviço está vazio, fica mais à vontade para sair. Nestes dias, a técnica de enfermagem com a qual tem um importante vínculo, Paula, e outros trabalhadores a levam para andar no *Campus* onde fica o CAPS. Esporadicamente, fazem algum passeio, como por exemplo, para uma pequena praia próxima. Ela demonstra satisfação em passear de carro, onde observa atentamente a paisagem e emite sons com musicalidade durante o trajeto.

Suzana ressalta que são inúmeras as dificuldades neste manejo, agravadas por comprometimentos físicos. Sandra vem perdendo a acuidade visual e, por isso, se sente insegura ao caminhar. Desse modo, é necessária mais de uma pessoa para acompanhá-la nas saídas. Além do problema de visão, também apresenta reações difíceis de lidar fora do CAPS. Quando levada ao campo de futebol próximo do serviço, ela faz “birra”, senta no chão, tira os sapatos e começa a chorar. Para a psiquiatra, Carolina, estas reações se relacionam ao fato de as saídas serem eventuais e não entrarem para a rotina de Sandra. Por configurarem “mudança de *setting* no autismo”, os deslocamentos a abalam, exigindo um manejo cuidadoso dos profissionais. No início, a equipe investia muito nesse trabalho, mas devido à redução do número de funcionários, não foi mais possível fazer os passeios com frequência. Paula, que costuma levar Sandra para sair, trabalha no serviço apenas quinta-feira à noite e sábado, e nem sempre há uma segunda pessoa para estar junto. Em geral, é a equipe de enfermagem que fica à frente do acompanhamento, o que contribui para a dinâmica institucionalizante. Sem o investimento de outros profissionais, com outras abordagens, o olhar sobre a usuária corre o risco de se centrar nos cuidados corporais.

De acordo com Suzana, a saída é importante por Sandra ser obesa e ficar bastante tempo acamada, o que já levou a uma perda extensa da massa muscular dos membros inferiores. É fundamental, portanto, que possa circular e desenvolver a marcha. Este trabalho de condução fora do CAPS demanda um manejo físico dos acompanhantes, muito no “corpo a corpo”. Como a usuária também sofre da perda da acuidade visual, tem um comprometimento na percepção dos pisos e, quando são de cores diferentes, ela acha que estão em níveis diferentes. Por isso, se “desajeita” e grita, sinalizando o quanto se sente insegura. Nas palavras de Suzana:

Não é um trabalho simples, é um trabalho que exige muito esforço, muita cooperação da equipe e, assim, é onde às vezes eu me encontro sozinha nesse aspecto, porque assim, a equipe está muito cansada, porque são quatro anos que a Sandra tá ali [...] é um trabalho porque assim, é como se fosse uma pessoa que estivesse ali acamada, então você tem que fazer tudo por ela, ela não tem condições de fazer tudo sozinha (SUZANA, 2020 – relato verbal).

Sandra necessita de supervisão para tomar banho, fazer as refeições e trocar de roupa. Após banhar-se, utiliza a toalha de maneira apropriada e dependendo de quem a acompanha, também se veste sozinha, mas atendendo aos comandos desta pessoa. Precisa sempre ser conduzida ao banheiro para satisfazer suas necessidades fisiológicas. Embora demonstre condições de se alimentar por conta própria, isto vai depender de quem está com ela e de seu estado naquele momento. De todo modo, não gosta de fazer as refeições sem uma companhia. Como apresenta compulsão alimentar e não tem a dentição, corre o risco de engasgar caso coma sozinha, necessitando de uma alimentação especial. Embora apresente dificuldade de mastigação, possui maior recusa a alimentos pastosos e tem uma relação compulsiva com a comida, que causa refluxo gástrico.

Sandra se comunica através de linguagem não convencional, com gestos, expressões, atos, sons e gritos. Apresenta construção verbal restrita, pronunciando palavras próprias, como “mama” e “magama”. De acordo com Suzana e Carolina, ela emite vocalizações quando estimulada ou contrariada, demonstrando sua capacidade de entendimento acerca do que acontece consigo e à sua volta. Nas palavras de Suzana, “a aproximação com Sandra requer muita delicadeza e sensibilidade para lidar e entender seu modo peculiar e elaborado de comunicar-se” (2020 – relato verbal). Nas circulações pelo *Campus*, a ideia é que o técnico da equipe se deixe guiar por ela, mais do que lhe demande fazer algo. A intenção é criar um espaço vazio, aguardando que Sandra indique o próximo ato. Nos momentos de insatisfação, se expressa por meio da auto e heteroagressividade. Devido à sua limitação em outras formas de comunicação, utiliza destes recursos para demonstrar desagrado.

Sobre a compra de itens pessoais e o uso do dinheiro, Suzana disse que ela não tem interesse. Interage muito pouco e só corresponde a cuidados com o corpo, como tomar banho. É a equipe que administra o recurso liberado pela curadora pública conforme a necessidade. Os profissionais entram em contato com ela e transmitem o que Sandra precisa para que autorize a liberação do dinheiro. Compram então as medicações psiquiátricas não disponíveis na Rio



Farmes<sup>48</sup>, como Olanzapina<sup>49</sup> e Topiramato<sup>50</sup>, roupas, quando as de doação não cabem nela, e itens de higiene.

Para Suzana, nem sempre os profissionais se mostram disponíveis a estar neste acompanhamento árduo e contínuo, o que se explica tanto pela sobrecarga de trabalho, quanto pelo medo e receio que muitos sentem da usuária. Além da autoagressão, ela também agride quando se sente ameaçada. Por isso, até hoje há aqueles que sequer chegam ao quarto de Sandra e não sabem o que fazer em relação à usuária. Desse modo, o acompanhamento fica mais sob a reponsabilidade da enfermagem, já que estas profissionais “dedicam-se ao cuidado mesmo com ela, do dia a dia” (SUZANA, 2020 – relato verbal).

A equipe toda está muito desgastada, porque cuidar de Sandra exige a manutenção de uma rotina que muitos profissionais consideram cansativa. Como explica Suzana, é fundamental seguir todos os cuidados matinais e manter o mesmo ritmo e horários em todos os plantões. Quando não há pessoas disponíveis para este trabalho, que entendam a importância desta constância, ela começa a desestabilizar. Até para organizar uma saída, é preciso que isso seja feito dentro de uma rotina. Porém, mesmo as técnicas de enfermagem que têm uma sensibilidade maior para este acompanhamento encontram-se em momentos diferentes da escala, o que dificulta o trabalho em conjunto. O único horário em que Suzana está com Paula no serviço é quinta-feira à noite, quando “não dá para fazer muita coisa” (SUZANA, 2020 – relato verbal).

Na visão de Lúcio, jamais foi construído um PTS para a usuária. Quando ainda estava na RT, a equipe propunha que fosse ao CAPS duas vezes por semana, mas ao chegar lá, não havia atividades ou atendimentos interessantes para o seu caso. Às vezes, estava acontecendo um grupo, mas Sandra não se inseria. Em outras, tocavam uma música com ela ou faziam atendimentos individuais, mas sem uma reflexão sobre o propósito daquelas intervenções. Ele entende que faltou pensar sobre a função do que estava se fazendo com Sandra. Questiona também o fato de os CAPS de adulto terem pouca experiência e conhecimento sobre como manejar casos de autismo. Com o tempo, a preocupação em conseguir uma RT para a usuária tornou-se tão grande que todo o planejamento pareceu se reduzir a isso.

Por outro lado, Suzana relata que houve algumas iniciativas de cuidado voltadas ao caso. Uma residente de terapia ocupacional usou um método chamado integração sensorial com

---

<sup>48</sup> Farmácia Estadual de Medicamentos Especializados.

<sup>49</sup> Medicamento indicado para o tratamento de sintomas psicóticos, tanto positivos, quanto negativos, e episódios maníacos.

<sup>50</sup> Medicamento usado no tratamento da epilepsia, de crises epiléticas parciais e crises tônico-clônicas generalizadas primárias.

Sandra, que trouxe bons resultados. Ela apresentou melhora dos quadros de crise e parou de se bater. Como o tempo da residente no CAPS acabou, Suzana buscou outra TO que fizesse o mesmo tipo de trabalho. Primeiramente, encontraram uma profissional que atendia na Barra da Tijuca, bairro da Zona Oeste do Rio de Janeiro, mas não foi possível manter porque Sandra ficava mal com o desgaste causado pelo deslocamento. Em geral, não suporta muito tempo fora. Contrataram então, em abril de 2019, uma pessoa que se dispunha a fazer o acompanhamento no próprio CAPS, uma vez por semana, Eva. Os honorários eram pagos com o dinheiro do BPC de Sandra, que ela recebe desde 2014.

Segundo relato da TO<sup>51</sup>, no primeiro atendimento Sandra se recusou a sair do leito, onde permaneceu a maior parte do tempo, apesar de suas investidas. Eva observou que a permanência na cama e a conseqüente falta de movimento vinham causando não só a perda da massa muscular, como também vertigem e agravamento da insegurança gravitacional, considerando que começou a se mostrar insegura ao levantar-se. Além disso, se desorganizava ao descer calçadas, rampas, desníveis ou passar por tapetes e faixas no chão. A piora da visão contribuiu com esse processo e Eva, junto à equipe, estava se organizando para procurar um local que pudesse realizar os exames necessários e fabricar óculos mais resistentes, próprios para alguém com Transtorno do Espectro Autista.

Ao longo dos atendimentos, a TO pôde compreender o modo particular como Sandra se comunica. Observou que quando feliz ou relaxada, ela vocaliza ritmadamente e, quando contrariada ou irritada, grita, belisca e se autoagride. Ao seu ver, a autoagressão ocorre quando se desorganiza, como tentativa de reorganizar-se, “uma vez que se bater ou chocar-se contra a parede lhe dá estímulo proprioceptivo e que é comum que alguns autistas tenham maior tolerância à dor” (RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO, 2020). Sandra apresenta muitas marcas pelo corpo e deformidades na face e orelhas devido a esse movimento.

Ainda de acordo com Eva, a desorganização psíquica ocorre quando há tumulto no ambiente causado por algum paciente, ausência de profissional ao qual seja vinculada, por greve ou férias, e quando não se sente bem fisicamente devido à prisão de ventre, TPM, resfriado ou dor. A TO entende que a falta de comunicação verbal colabora muito para o mal-estar físico, pois Sandra não consegue expressar exatamente o que sente, apesar de as profissionais de referência interpretarem muitos de seus sinais.

---

<sup>51</sup> Tive acesso às impressões desta profissional por meio do relatório que ela elaborou. Foi Carolina quem me enviou este documento, que também conta com o relato de Suzana e busca apresentar o trabalho compartilhado entre o CAPS e a terapeuta ocupacional no acompanhamento a Sandra.

Se por um lado compreende o que lhe é demandado, por outro, pouco responde e muito se nega a fazer por nunca ter recebido os estímulos necessários, segundo Eva. Músicas animadas (forró, *reggaeton*) e comidas a motivam. Nos meses em que estive em atendimento com ela, estes recursos foram usados para envolver Sandra no trabalho, bem como algumas técnicas: Comunicação Alternativa Ampliada, através de uma pasta com figuras e símbolos; estimulação sensorial; atividades de esquema corporal; função manual, regulação com propriocepção (abraços fortes, toques profundos).

Suzana relata que Eva fez um tapete sensorial para Sandra com as texturas que gostava. Além desta estimulação, também fazia massagem corporal nela com alguns instrumentos. Desse modo, promovia um relaxamento que aliviava a dor nas costas causada pela postura curvada. Chegou a propor atividades para desenvolver a comunicação da usuária, por meio de um livro, mas ela não conseguiu interagir desta forma.

A TO relata que quando iniciou o trabalho, Sandra respondeu bem às atividades propostas. Contudo, ao final desse período, possivelmente pela baixa visão e alterações de funcionários e rotinas do serviço geradas pelas trocas de gestão, passou a colaborar menos, apresentando-se mais sonolenta e pouco reativa. De todo modo, durante todo o tempo que realizou os atendimentos, Eva percebeu diminuição significativa da autoagressão. Infelizmente, o trabalho precisou ser interrompido em 02/02/2020, “devido aos transtornos nos serviços causados pelas mudanças de gestão política e da pandemia de COVID-19” (RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO, 2020).

Desde então, o distanciamento social imposto pela pandemia e o afastamento de muitos trabalhadores, somados às dificuldades próprias da usuária, contribuíram para aumentar o seu isolamento. Ivete, técnica de enfermagem com a qual tive a oportunidade de conversar quando conheci Sandra, disse que, durante a semana, ela fica a maior parte do tempo no quarto e quando grita, técnicos da equipe vão vê-la.

Durante o tempo em que estive com Sandra, ela gritou quase o tempo todo. Após me apresentar e ficar alguns minutos sentada próxima de sua cama, busquei ajudá-la a reduzir o incômodo que parecia estar sinalizando com os gritos. Fazia muito calor e então peguei um copo d'água, supondo que poderia estar com sede. Ela aceitou. Logo em seguida, Ivete observou que era necessário cortar suas unhas e saiu para pegar o cortador. Permaneci por um tempo sozinha com Sandra, que gritou incessantemente, num volume muito alto. Fiquei tentando descobrir o que ela estava indicando com os gritos. Perguntei se queria sair e a levei até a porta, conduzindo-a pela mão. Parecia ser isso o que desejava, mas chegando perto da saída do quarto,

ela parou, então supus que na verdade não fosse isso que buscava. Voltamos para a cama e ela continuava inquieta e incomodada. Arranhou a mão pela qual eu a conduzia. Após sentar-se, ficou tirando a roupa e logo em seguida tentando colocá-la de volta. Quando eu procurava ajudá-la neste sentido, se irritava e tirava novamente.

Após bastante tempo naquela situação, outra técnica de enfermagem chegou e se apresentou a mim. De início, auxiliou Sandra a botar a roupa. Também a levou para beber água, junto comigo, e para o banheiro. Voltamos em seguida para o quarto. Quando esta profissional saiu e fiquei sozinha de novo com a usuária, ela voltou a fazer o mesmo movimento de antes, tirando e colocando a roupa. Ajudei-a a recolocar o *short*. Após um tempo, o coordenador da RT, Lúcio, entrou e ajudou-a a colocar a blusa. Enquanto conversávamos, ela se deitou e nós a auxiliamos a se cobrir. Ficou balbuciando durante um tempo deitada. Deu alguns gritos, mas não tão intensos quanto antes.

A situação vivenciada com Sandra desde que entrei no quarto até o final da conversa com Lúcio é emblemática do modo como vem se dando a sua institucionalização. Em muitos momentos, estive sozinha com ela e as profissionais do CAPS demoravam para retornar, o que me fez lembrar o relato de Suzana sobre o desgaste da equipe e o baixo número de técnicos disponíveis para o cuidado da usuária. No tempo em que alguém pôde estar no quarto além de mim, eram pessoas da enfermagem, que se voltavam para o corte das unhas, o ir e vir do banheiro, a oferta de água.

Por meio dos gritos, Sandra sinalizava incômodos que eu não conseguia compreender. Considerando a importância da manutenção de uma rotina para ela, mencionada várias vezes na entrevista, talvez esta fosse a sua forma de expressar o mal-estar com a minha entrada, uma pessoa nova, que nunca tinha visto. Tal desagrado parecia se intensificar justamente quando as figuras de referência não estavam mais ali. A ausência das duas técnicas de enfermagem durante um tempo, possivelmente para cuidar dos vários afazeres de um dia no CAPS, configurou uma situação que Sandra buscou contornar com gritos e o arranhão em minha mão.

Foi neste dia que pude ouvir a perspectiva de Lúcio sobre o histórico de Sandra na RT, no CAPS e o planejamento futuro. Após tecer as críticas já mencionadas, este profissional explicou que haviam decidido direcioná-la a uma RT da Colônia Juliano Moreira, onde a vizinhança é mais acostumada e familiarizada com a loucura. Devido ao histórico do local, muitos moradores e trabalhadores são parentes ou conhecem pessoas com transtornos mentais, o que gera uma maior tolerância. Suzana também acredita que a RT da Colônia trará uma condição melhor para Sandra, “por ser uma área mais tranquila”. Como a casa abriga apenas

oito moradores, a técnica presume que a usuária vá aos poucos conseguir se adaptar ao ambiente e interagir com os demais. Pontua, por outro lado, que será necessário um trabalho de muita paciência para a adaptação dela.

Com o objetivo de organizar esta passagem de forma cuidadosa, foi enviado o mesmo relatório ao qual tive acesso para a diretora do CAPS de referência da RT. Foi feita também uma reunião na qual se discutiu o caso. No momento da entrevista, estavam esperando a melhora na situação da pandemia para que a equipe do novo serviço pudesse iniciar uma aproximação com a usuária, por meio de encontros e visitas. Para Lúcio, outro fator que contribuiu para o atraso neste processo de transferência foi a crise causada pela saída de uma Organização Social (OS)<sup>52</sup> e a entrada da empresa pública Rio Saúde na gestão do CAPS, gerando incertezas para os trabalhadores.

A psiquiatra, Carolina, acha que devido ao quadro de “transtorno do espectro autista” e “retardo”, muito mais pelo primeiro do que pelo segundo, seria mais interessante a equipe do CAPS da Colônia visitar Sandra para que ela começasse a se familiarizar com os profissionais. Só depois então que passaria a ir ao novo serviço. Carolina justifica esse ponto de vista sob a alegação de que “mudança de *setting*, mudança de local, de objetos, às vezes, de pessoas, isso desorganiza paciente autista” (2020 – relato verbal). Alertou sobre o perigo da pressa em encaminhá-la ao novo lugar, pontuando que embora o desejo de agilizar a transferência tenha a ver com um cuidado, não se pode deixar de lado o trabalho prévio com a equipe que vai recebê-la. Mais do que adaptá-la ao novo contexto, o novo profissional de referência precisa entender as limitações de Sandra e do quadro:

Uma vez que você entende o funcionamento dela, você consegue adaptar o meio e ela responde bem. Se você pensar que uma pessoa que ficou 40 anos institucionalizada, 40 e blau anos institucionalizada, conseguiu com uma TO, em menos de cinco anos, um progresso que não teve em 40, a gente não tá falando de uma impossibilidade do quadro psiquiátrico, a gente tá falando de uma falta de estímulo do meio e de compreensão do meio pras necessidades dela, entendeu? (CAROLINA, 2020 – relato verbal).

Ainda pelo relato de Carolina, o quadro de autismo e a delicadeza da “transferência” nesta clínica demanda uma reflexão em conjunto do CAPS atual com o novo serviço, “porque senão a tendência é acontecer a mesma coisa que aconteceu na outra RT” (2020 – relato verbal).

---

<sup>52</sup> Tipo de associação privada, sem fins lucrativos, que recebe subvenção do Estado para prestar serviços de interesse público.

É preciso que quem está próximo e conhece a usuária “longitudinalmente” transmita ao CAPS da Colônia o manejo desenvolvido com ela. Como mostra Suzana, pela experiência de anos com Sandra, é possível presumir os significados de alguns de seus atos. Por exemplo, bater a cabeça seria uma forma de “tentar se organizar”, tal como Eva também indicou.

Paula, também presente na entrevista, demonstrou receio de que a usuária fosse transferida rapidamente para a RT. Comunicou que a coordenadora havia falado com ela há pouco sobre a possibilidade de a mudança ocorrer a qualquer momento. Queixou-se que desta forma acabaria ocorrendo o mesmo da RT anterior, pois a cuidadora não estaria preparada para recebê-la e lidar com seus comportamentos autoagressivos. Ressaltou a necessidade de fazer uma “desins bacana”, em que Sandra pudesse aos poucos conhecer esta profissional e a moradia. Preocupada em evitar que a transferência ocorresse de “supetão”, propôs-se a ir com a usuária conhecer o novo espaço, ensinar os profissionais sobre o dia a dia dela e os cuidados necessários.

Em resposta às questões de Paula, Suzana garantiu ter deixado claro na reunião com o CAPS da Colônia que não tinham a intenção de fazer a passagem de forma rápida. Além disso, ela vem buscando transmitir aos trabalhadores do próprio CAPS a importância de ir com calma e ter mais tempo de discussão entre as equipes antes da transferência. Para isso, haveria outras reuniões com o objetivo de falar tanto da clínica do espectro autista, quanto de como isso se expressa no dia a dia de Sandra, mostrando aos profissionais do novo território que nem tudo que a usuária apresenta é crise, pois algumas de suas expressões fazem parte de um movimento natural dela. Suzana acha que se isso não ficar claro, Sandra pode acabar sendo sistematicamente encaminhada ao acolhimento noturno. Paula concorda. Para fazer este trabalho minucioso de transição, Suzana alerta também que serão necessários mais técnicos da equipe envolvidos, não reduzindo o trabalho às pessoas de referência no cuidado. Como se pode ver, a entrevista acabou engendrando uma discussão em equipe sobre as angústias e questões de cada um sobre os tempos e necessidades do caso.

Em relação à psiquiatria, a contratação recente de Carolina, após várias trocas de médico, já traz um avanço importante. É a primeira vez que o serviço conta com uma psiquiatra que entende sobre a clínica do espectro autista, podendo “embasar tudo aquilo que a gente lida com ela no cotidiano”, segundo Suzana. Ainda de acordo com esta técnica de referência, enquanto antes havia uma alternância constante de médicos e nenhum que tivesse um interesse maior sobre o caso, agora há alguém que sabe o que precisa ser feito e pode explicar os motivos dos comportamentos de Sandra. Por conhecer as especificidades desta clínica, Carolina dará

uma ajuda importante na transição de cuidados, embasando teoricamente o que a equipe de enfermagem transmitirá do ponto de vista prático. Para Suzana, isso pode permitir que eles entendam o comportamento da usuária e adaptem o meio em função disso.

Como conclusão, a técnica de referência afirma que o tempo de permanência no acolhimento noturno não foi ruim em certa medida, porque permitiu à equipe conhecer mais Sandra, descobrir como lidar com ela e respeitar o seu tempo, levando a uma melhora do quadro.

#### 4.3.1.2 Francisco

Para reconstituir o histórico e entender a condição atual do usuário, fiz entrevistas tanto no CAPS, quanto na “Residência” e no Centro/“Casa” onde foi institucionalizado. A primeira é a mesma de Jorge, que pertence também à empresa onde está Severino, mas em outra sede. Por isso, as entrevistas já citadas com o dono, a administradora, o TO e o cuidador da “RT” privada ajudaram a compor o presente relato, sobretudo no que tange às particularidades do acompanhamento do usuário. Também tive a oportunidade de ouvir Francisco, o cuidador, o psicólogo e o dono do Centro na qual reside agora em duas visitas ao local. Aproveitando o dia de trabalho em comum das duas técnicas de referência do usuário, fui entrevistá-las presencialmente no CAPS. Cheguei ao serviço em 25 de setembro de 2020, onde encontrei inicialmente Helena, que acompanha Francisco desde os tempos da antiga institucionalização. Ele passou 18 anos em hospitais de custódia e tratamento. Após conversarmos um pouco na varanda, ela me levou à sala da administração, onde nos encontramos também com Vitória, que passou a acompanhar o caso já no CAPS, após a internação.

Helena conta que Francisco é um homem negro e vem de uma família de classe média, da Zona Sul. Nasceu em 06/03/1955, no Rio de Janeiro. Seu pai, que tinha um emprego num órgão federal, casou-se com a mãe dele e depois com outra mulher, tendo outros três filhos, duas meninas e um menino, o caçula. De acordo com Francisco, o genitor teria cometido adultério contra a sua “senhora mãe”. Ela era estilista nos anos 50 e tinha família rica, enquanto o pai era comerciário e foi nomeado ao Ministério da Fazenda pelo padrinho, tornando-se “inspetor de polícia técnico especializado e auditor fiscal” (FRANCISCO, 2020 – relato verbal).

Sobre a trajetória de Francisco, Helena lembra que fez curso de inglês, estudou no Colégio Andrews e terminou o antigo segundo grau. Identificava-se muito com lutas marciais e frequentava academias voltadas para isso. Conforme foi crescendo, ganhou até campeonatos. O usuário conta que era semiprofissional em Judô e treinava desde os 20 anos de idade. Lamenta

que o uso intenso de drogas ilícitas, como cocaína, LSD e maconha, tenha impedido a sua evolução no esporte. Devido a este problema, iniciou tratamento psiquiátrico ambulatorial no IPUB em 1974, antes de servir às Forças Armadas. Citou pessoas famosas, jogadores de futebol, que teria conhecido lá. Além deste acompanhamento, passou por mais de 20 internações psiquiátricas por uso abusivo de drogas.

De acordo com Helena, o consumo destas substâncias “disfarçou muito o transtorno mental dele” (2020 – relato verbal). Segundo o que a antiga médica do CAPS lhe transmitiu, “foram décadas de internações” no Pinel, onde ele chegava em crise, acompanhado da tia com quem residia. Já de acordo com o próprio Francisco, ele morava sozinho em uma *kitnet* que ganhou da mãe. Como ela já era idosa e estava doente, parcialmente cega devido à diabetes, ficava com a tia em um imóvel próximo a ele. Veio a falecer pouco tempo depois de Francisco ser preso.

O usuário tornava-se muito agressivo nas crises, levando a tia a procurar a delegacia. Nas palavras de Helena, “era quase um caso já de polícia”. Ela própria testemunhou três episódios violentos desde que começou a acompanhá-lo, em 2012. Nestas situações, Francisco fica hostil e ameaçador. Ele ouve vozes e relata a experiência de estranhamento do ambiente, das pessoas, bem como delírios persecutórios. Além disso, sente-se poderoso, apresenta ideias grandiosas relacionadas a patentes e ao Ministério da Fazenda e fala em processar pessoas. O diagnóstico dado pelo psiquiatra do CAPS foi de esquizofrenia.

Helena presume que na convivência com a tia ele se tornasse “um pouco mais, assim, agressivo fisicamente”, até que chegou ao ponto de causar seu óbito, no ano de 1994. O próprio usuário conta às profissionais do serviço que a empurrou e, por acidente, ela bateu a cabeça e veio a falecer. Às vezes, imprime um pouco mais de afeto e até um pouco de raiva no relato. Ele falou sobre isso no dia em que a equipe do CAPS o encaminhou à “Residência Terapêutica” particular. Quando estavam no carro a caminho do local, afirmou de modo hostil: “ah... aquela velha morreu...” (HELENA, 2020 – relato verbal). Para mim, Francisco relata que estava com o *kimono* na bolsa, saindo para treinar, quando a tia invadiu o apartamento e o impediu de sair. Por isso, ele a empurrou sem medir forças, levando-a a bater com as costas no armário e desmaiar.

Após o acidente, ele próprio buscou a delegacia para registrar ocorrência, sendo então autuado. Foi encaminhado ao Sistema Penitenciário, ficando inicialmente em unidade prisional e depois nos Hospitais de Custódia e Tratamento (HCTP) destinados a pacientes psiquiátricos que cometeram crimes. Por anos, circulou entre os três: Heitor Carrilho, Henrique Roxo e Roberto de Medeiros. Francisco relata à equipe que neste tempo foi medicado e passou por



exames. Segundo Helena, embora as medidas de segurança possam durar até três anos, ele permaneceu por 18 neste sistema. Como os peritos viam que não tinha apoio familiar, o tempo de permanência acabava prolongando-se. Além dele, havia muitos outros nesta situação, que nem documentação civil possuíam mais. Alguns vinham a óbito sem sequer uma certidão de nascimento que os identificasse.

O usuário conta que se não tivesse acontecido isso com ele, ia ser funcionário da Fazenda, supervisionando a polícia no serviço de planejamento. Lembra que em 2002 obteve liberdade condicional e foi para a casa do pai, onde morava com a madrasta. Após um tempo, porém, teve que voltar ao regime fechado. Foi “jogado” na medida de segurança, pois o médico do Henrique Roxo disse que estava agressivo. Segundo ele, abriram a sua bolsa, roubaram seus pertences, o agrediram e “colocaram na tranca”. Questiona os medicamentos prescritos, “elaborados pela Marinha Mercante”, e diz que lhe causaram hipertensão e aceleração cardíaca. Recorda que durante dez anos desta “medida de segurança”, recebeu visitas do pai, das irmãs, filhas do segundo casamento, e do sobrinho, Augusto, filho de uma delas.

Além das medicações, Francisco se queixa do médico/perito do Hospital de Custódia e fala de uma providência tomada pelo genitor para tirar esse profissional da instituição:

Meu pai era do serviço de planejamento do presidente da república, os amigos do meu pai e os companheiros de serviço dele fizeram uma petição para o Conselho Regional de Medicina no judiciário, aí o ministério da fazenda com as forças armadas deu entrada na transferência do médico e do perito lá (FRANCISCO, 2020 – relato verbal).

Francisco recorda também que saiu do Henrique Roxo em 2012 e foi levado ao Heitor Carrilho, que já havia passado por um processo de abertura, tornando-se “abrigo”. Neste mesmo ano, Helena foi participar de um projeto de desinstitucionalização no local e o conheceu. Os pacientes já podiam circular pela comunidade, comprar jornal, fazer um lanche e passear com o acompanhante terapêutico. A equipe buscava contribuir com esse processo de ressocialização, levando-os para fazer programas, como ir à praia. O usuário conta que ficou quatro anos abrigado “com Helena” e recorda que às vezes almoçava fora, saía para comprar cigarro e ia à Banca de Jornal.

Segundo esta técnica, Francisco não tinha roupa, nem documentação. O pai, que já estava com a saúde física muito prejudicada, visitava-o raramente. Houve uma época em que passou um tempo no Espírito Santo, com o objetivo de se afastar um pouco e se cuidar. Ele queria “fugir” do filho caçula, que fazia uso problemático de drogas e tinha uma espécie de retardo/transtorno mental. Quando ela conheceu Francisco, o pai ainda estava fora. Com o

intuito de “resolver toda a parte social” dos pacientes, foi feita uma parceria bastante “azeitada” com a Defensoria e a “Vara de Execuções”, promovendo “várias ações de Certidão de registro tardio” (HELENA, 2020 – relato verbal). Este era o primeiro passo para dar entrada nos benefícios e promover a reinserção social dessas pessoas.

Ao ver “que a família não ia tomar uma atitude” em relação a Francisco, a equipe de desinstitucionalização resolveu providenciar toda a documentação, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e pensar em um projeto de vida para o usuário, evitando que permanecesse “naquela condição de total penúria, sem saber lidar com dinheiro, sem ter acesso às coisas...” (HELENA, 2020 – relato verbal). Quando passou a receber o BPC, fizeram uma poupança para ele, que acumulou por volta de R\$ 3.000,00. De acordo com Helena, “a gente tinha toda uma conduta, assim, ‘guarda dinheiro pra você estar montando a sua casa, pra você fazer o seu enxoval...’” (2020 – relato verbal). Francisco queixa-se que a irmã havia se apropriado de seus documentos com o objetivo de interdita-lo e massacrá-lo, tomando a sua pensão da Fazenda. Por isso, foi fundamental a ajuda de Helena na retirada da segunda via de toda a documentação.

Apesar destes esforços, o usuário só saiu do hospital/“abrigo” em fevereiro de 2016, quando o juiz determinou seu esvaziamento e a prisão dos gestores. Nesta ocasião, Helena veio com ele e outros quatro pacientes para o Pinel em uma ambulância. Durante os meses em que permaneceu transinstitucionalizado neste instituto, ela fez um trabalho de aproximação com seu sobrinho, Augusto, filho de uma das irmãs de Francisco por parte de pai e seu marido, Ademar. Era ele quem visitava o tio no Heitor Carrilho nos últimos tempos. Foi feita também uma visita à casa do pai em São Gonçalo-RJ, onde morava com a esposa na época. Helena considerou o apartamento humilde e simples, incompatível com o valor que recebia de aposentadoria. Augusto ajudou a esclarecer esta situação, explicando que ele era provedor de toda a família e por isso, seu dinheiro acabava sendo dividido.

O genitor se recusava a receber o filho pelo “estigma em relação ao crime”. Segundo Helena, é muito comum a família romper com o agressor e não compreender que seu ato está relacionado ao sofrimento psíquico. Para ela, Francisco pode ter chegado ao ponto que chegou devido à desassistência em saúde, pois a reforma psiquiátrica ainda era incipiente na época. O usuário não teve a oportunidade de frequentar um CAPS em sua juventude, no início do quadro. Como a tendência é dissociar o crime deste contexto maior, cria-se uma visão estigmatizante em que o paciente acaba sendo tomado como louco infrator, fadado a morrer no manicômio. Fazendo um contraponto a esta visão, ela afirma que, após o incidente com a tia, ele não agrediu mais ninguém seriamente, nem colocou em risco a si ou a terceiros. É adorado pelos

profissionais do CAPS, por ser gentil, sedutor e “simpaticão”, apresentando bom comportamento e muita cordialidade. Apenas nas crises sua postura muda significativamente.

Na impossibilidade de um retorno familiar, o cunhado de Francisco, Ademar, resolveu mediar o pagamento de uma instituição particular, recomendada pelo CAPS, para ele morar. Helena não sabe exatamente em que data isso ocorreu, apenas que ainda era 2016. Como se tratava de estabelecimento privado, o serviço apenas sinalizou que havia essa possibilidade, mas deixou a cargo do familiar conversar com uma das donas e decidir. Para Francisco, quem o colocou lá foi seu pai, na época em que ainda estava com saúde. Como era servidor da Fazenda, pagou a “hospedagem” no valor mensal de aproximadamente R\$ 4.400,00. Helena reconhece a “delicadeza” desta indicação, por ser um serviço privado, mas entende que não havia outra saída:

Essa situação dos encaminhamentos pra serviços particulares sempre é uma saída justa, pra gente que é serviço público eu acho... acho muito delicado, mas, assim, as coisas vão se dando porque as... há pessoas responsáveis no jogo ali... né? Se não, é... é... o Ministério Público vai... vai decidir (HELENA, 2020 – relato verbal).

Sobre a RT pública, argumenta que não havia vaga disponível e, por ele ter renda e parentes, não seria o caso de encaminhá-lo a este tipo de moradia. Nas palavras dela:

Ele tem família, você vê um pai que tinha condições de custeá-lo e depois ele fica dezoito anos, né, dentro de um... de um... é... das enfermarias dos hospitais né... ele poderia ter nem... nem sobrevivido, né, uma rebelião levaria a vida dele, né. E a gente, de alguma forma se sente responsabilizado, né, de passar essa responsabilidade pra família, né? (HELENA, 2020 – relato verbal).

Em relação à ideia de uma residência assistida em imóvel próprio, ela diz que também seria inviável porque Francisco não poderia retornar ao apartamento onde vivia antes da internação. Devido à morte da tia, o condomínio havia movido uma “ação” e os vizinhos não o aceitavam de volta.

Sobre a estada na “RT” particular, a técnica de referência afirma que não deu certo. Quando Francisco morou lá, ainda estavam em outro imóvel, também na Zona Sul, que parecia “uma casa de repouso”. Ele dividia o quarto com outros moradores. “A crítica que eu faço, assim: uma, é... muita gente. Era um número de... de... é... eu não sei como eles chamavam os pacientes... eu acho que são pacientes, porque eles ficam internados... tinham idosos acamados, né, é... havia algumas atividades, sim, né...” (HELENA, 2020 – relato verbal).

Sobre a relação do CAPS com a instituição, Helena conta que foi lá algumas vezes “resolver alguma demanda do usuário”, mas “muito pontualmente”. Ele próprio diz que recebia visitas de Helena e de outra profissional. Também fala de passeios que faziam juntos, a lugares como o Museu do Amanhã e AquaRio, mas fica em dúvida se eram organizados pela “Residência” ou pelo CAPS.

De acordo com Vitória, Francisco tinha um perfil diferente dos demais residentes, com o qual a “empresa/clínica” não estava acostumada a lidar. Além de uma vida noturna ativa, fazia uso de drogas com outros moradores, o que “bagunçou um pouco o cotidiano da Casa”. Segundo Helena, familiares de outro paciente pensaram em tirá-lo de lá por isso. Para Vitória, a equipe não quis lidar com o problema e não teve nenhum manejo.

Apesar das dificuldades, Francisco afirma que a “RT” era boa. Ele elogia os aspectos materiais, contando que dormia em um quarto com três camas, ar refrigerado e TV a cabo. Dividia o espaço com mais três pessoas. Também recorda que havia três médicos na direção, com os quais conversava. Sobre as saídas, relata que às vezes ia sozinho e outras acompanhado pelo enfermeiro. Comprava biscoito, chocolate, itens de higiene, cigarro e sacava dinheiro. Além disso, passeava por uma rua próxima à “RT”, voltava de táxi e ia ao Pinel de 15 em 15 dias para visitar a namorada que conheceu durante o tempo de internação no instituto. Era apaixonado por ela e lhe presenteava com produtos, acessórios íntimos, chocolate e dinheiro. Na época, Francisco detinha apenas o BPC e o Bolsa Família. Sobre a rotina na “Residência”, lembra que havia cinco refeições, servidas pelos auxiliares de enfermagem: café da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia. As medicações em comprimido que ele tomava na “Casa” eram guardadas no posto de enfermagem, “tipo uma farmácia”.

Pedro, um dos fundadores e gestores da “RT”, já mencionado no caso de Severino, relata que Francisco saía sozinho e era muito autônomo. Diferentemente de outros moradores, comprava suas próprias roupas, sapatos e produtos de higiene. Frequentava a podóloga, o cabeleireiro e mantinha higiene asseada, bem como uma boa organização de suas coisas. Segundo o cuidador:

Tinha a saída liberada, por ser uma pessoa bem tranquila, que dava pra poder lidar com a sociedade, com essa/ com relação a isso, a sair, a voltar, ter horário, entendeu? Era uma pessoa extremamente limpa, tomava seu banho, fazia a sua higiene pessoal, como eu tô dizendo pra você, tudo normalmente, como uma pessoa realmente normal, mas infelizmente era uma patologia que tinha que ter um... um... seguir uma... uma... uma... uma rotina ali com alguém acompanhando, no caso, aqui, era a gente, né? (ARMANDO, 2020 – relato verbal).

Francisco ia a prostíbulos e negociava comprar filme pornô com a equipe. Neste caso, a administradora anotava os gastos relativos a estas compras e ele pagava no fim do mês. O cunhado dava dinheiro e cartão bancário em suas mãos. De acordo com Helena, o usuário acabou gastando todo o recurso de sua poupança. Uma vez, dispendeu uma quantia exorbitante em uma Termas no Leblon, ocasião que o próprio descreve como “um dia de Rei de jogador de futebol”. Neste aspecto, a técnica de referência faz uma crítica à equipe da “RT” particular, afirmando que não buscaram negociar com o paciente e ajudá-lo a usar o dinheiro. Segundo a administradora, “se ele fosse pra rua, ele bebia, né? Ele queria beber, ele queria fazer coisas erradas, né? E a gente não tinha como, na rua, ter controle, se ele ia usar droga, se ele ia beber bebida com álcool ou não” (REBECA, 2020 – relato verbal).

Como cabe ao familiar decidir sobre o acesso ao dinheiro pelo morador e o cunhado optava por fazê-lo diretamente, a equipe não tinha nenhuma gerência sobre isso. Devido aos gastos descontrolados de Francisco, Ademar acabou passando a impedir seu acesso ao recurso, o que contribuiu para a sua crise. Esta situação demonstra que o poder atribuído ao familiar e a falta de um trabalho com o paciente para ajudá-lo a administrar as próprias finanças reduz o alcance da “RT” sobre um quesito fundamental para a vida na cidade, como mostra a fala do TO:

Com ele foi complicado trabalhar essa questão da administração do dinheiro, porque ele tinha acesso livre, o cartão ficava com ele, né, então não deu nem pra gente fazer uma negociação antes, como que a gente vai fazer isso... já... ele já veio com essa liberação [...] então a gente não tinha nem acesso aos dados dele, bancário, cartão, nada... então quando o cunhado começou a bloquear, não depositar mais, o dinheiro não era liberado... aí ele começou a ficar com o comportamento mais difícil (JÚLIO, 2020 – relato verbal).

Para Pedro, Francisco foi um paciente muito complicado, deu bastante trabalho e atrapalhou a dinâmica da “Residência”. Além de “fazer sintomas psicóticos eventuais” e ser um “dependente químico pesado”, ele tinha “meio um transtorno de personalidade, talvez antissocial, ele manipulava” (PEDRO, 2020 – relato verbal). Entrava na “Casa” com drogas escondidas e mentia muito. Como dois ou três moradores começaram a usar com ele e outros ficaram com medo, a “RT” virou um “caos” e tornou-se muito difícil lidar com isso. Ao chegar “intoxicado” e, portanto, acelerado, Francisco deixava as pessoas desconfortáveis. Para que não oferecesse drogas aos outros pacientes, a equipe o aconselhava a usar apenas na rua, mas não adiantava. Segundo o TO e a administradora, ele mentia que estava no CAPS para ir a outros locais, que a “RT” desconhecia. Voltava com odor de bebida alcóolica. Quando isso foi

descoberto, o terapeuta ocupacional passou a acompanhá-lo ao tratamento para garantir que permanecesse lá. Francisco se desinteressou então por frequentar o serviço.

De acordo com a administradora, ele passou a apresentar agitação, chegando a ameaçar e brigar com outro morador. O cuidador associa este quadro ao falecimento do pai, sobre o qual Francisco falava com frequência. Já o próprio usuário relata que foi retirado da “Residência” porque teve uma “recaída”. Apesar de reconhecer isso, ele diz que quem sofria de dependência química era outra moradora, sua namorada. Francisco comprava drogas para ela, que não tinha controle sobre o uso e acabou por prejudicá-lo. Segundo ele, o conflito ocorreu quando o enfermeiro “deu um sacode” em seu armário e encontrou cocaína. Ele então pegou as drogas da mão deste profissional para “tirar o flagrante”: “Tive uma agressão verbal com ele, peguei a cocaína da mão dele, dei descarga no banheiro, ele falou: ‘Vou chamar a polícia...’, aí deu uma confusão danada” (FRANCISCO, 2020 – relato verbal). Diante do risco de ser autuado pela polícia e do prejuízo que isso poderia lhe causar, buscou imobilizar o enfermeiro.

Os diretores ficaram sabendo do incidente e tanto Francisco, quanto a namorada tiveram que sair da “Residência”. Ele foi encaminhado à sede da Zona Norte, a mesma onde Severino mora. O usuário considerou a experiência muito ruim, caracterizando esta “Casa” como “ambiente horrível, carregado”. Segundo suas palavras: “Eu senti diferença de ambiente quando cheguei lá, eu senti aquela carga negativa quando cheguei lá. Não gostei, não” (FRANCISCO, 2020 – relato verbal). De acordo com o TO, ele reclamava que só tinha “velho” e não queria estar ali. Jogava *videogame*, lia revistas, livros e via televisão. Queixa-se que algumas “fitas” e um aparelho de DVD seus foram “roubados” pela enfermeira. Ela lhe disse que os havia encaminhado ao cunhado, mas este não confirmou. Sobre o uso de drogas, diz ter parado totalmente.

Pedro explica que a transferência para a “RT” da Zona Norte foi uma forma de punição para Francisco. Ele ficou proibido de sair e também distante dos “amiguinhos” que fez na “Casa” da Zona Sul. Mostrando uma percepção diferente da de Vitória, o gestor afirma que estas pessoas eram jovens, bem preservadas e tinham autonomia, perfil relativamente parecido com o de Francisco. Já os pacientes da Zona Norte eram mais comprometidos e um pouco mais velhos, restringindo as chances de “manipulação”, visto que não havia “nem muito estímulo para isso”.

Uma mensagem enviada a Helena pela outra psiquiatra/gestora da “RT” particular, registrada no prontuário, corrobora este discurso e explica o que fundamentou as medidas da empresa em relação a Francisco. Ela afirma que por terem vivenciado “mais um problema com ele relacionado a drogas”, precisaram transferi-lo à outra sede. Segundo a gestora, o usuário

“manipulou outros pacientes dentro da casa, já que ele está com saída restrita, e fez com que trouxessem drogas pra ele, inclusive pedindo dinheiro emprestado que ele não tinha condição de pagar” (PRONTUÁRIO DE FRANCISCO, 2016). Isto teria feito outro morador contrair dívidas com um traficante:

Como medida emergencial, transferimos o Francisco para nossa RT na Tijuca, que é menor e tem pacientes mais comprometidos, o que acreditamos que dificultará o movimento manipulatório do Francisco. O que precisa ficar muito claro é que não será possível tolerar esse tipo de movimento do Francisco. Não podemos permitir que ele faça mal a outros pacientes, como já foi o caso, assim como ele colocar em risco o nosso negócio (que obviamente eu preciso pensar tbm). Conversamos com ele sobre isso, mas é necessário que o CAPS tbm faça um trabalho com ele para que ele entenda que qualquer novo movimento dele nesse sentido culminará com a saída dele da Residência (fato que já foi discutido pra agora, mas que foi decidido tentar mais uma vez) (PRONTUÁRIO DE FRANCISCO, 2016).

Após aproximadamente duas semanas, Francisco pediu para voltar a “RT” da Zona Sul, argumentando que estava se comportando bem e prometendo que continuaria assim lá. Foi então autorizado a retornar. De volta a esta sede, pediu permissão para ir à rua em um determinado momento. A equipe autorizou, pois, segundo Pedro, eles não querem deixar os pacientes presos, mas sim estimulá-los a uma vida independente, com autonomia, apesar das dificuldades: “É uma coisa que eu sempre falo com a equipe, com as minhas sócias, ‘a gente tem que lidar com a crise, lidar com isso’, só que em um determinado momento ficou inviável” (PEDRO, 2020 – relato verbal). Francisco repetiu o mesmo ciclo de antes, voltando a usar drogas e a “manipular”. Na tentativa de controlá-lo, Pedro buscou ser mais duro, afirmando que “da próxima vez” o levariam de volta ao Pinel e não voltaria mais para a “RT”. Pouco tempo depois, ele entrou em crise, com sintomas psicóticos, “então não sei também o quanto isso mexeu com ele, né?” (PEDRO, 2020 – relato verbal).

Para Helena, a “clínica perdeu o *timing*” e foi morosa no processo de perceber e efetivar o acolhimento à crise, de modo que o quadro se agravou. Em 14/09/2016, a equipe da “RT” levou-o à emergência do Pinel, onde uma técnica do CAPS foi vê-lo. De acordo com relato do prontuário, ele estava tranquilo, descalço, portando apenas a carteira de identidade e com “discurso um pouco delirante”. Disse a ela “que não desejava morar naquela RT e contou algo sobre a ‘ditadura’” (PRONTUÁRIO DE FRANCISCO, 2016). Esta técnica combinou com ele que passaria apenas aquela noite na emergência e seria levado ao CAPS na manhã seguinte.

Na perspectiva de Helena e Vitória, ele chegou ao serviço em situação crítica, bastante agressivo e hostil. Embora tenha sido encaminhado ao acolhimento noturno, Pedro afirma que

ficou internado, como se não houvesse diferença entre a internação e o acolhimento em CAPS III. Diante da dificuldade de lidar com Francisco e de tudo que ele estava provocando nos outros moradores, o gestor disse a Helena que era preciso verificar se seria viável voltar para a “RT” quando saísse da crise. Já segundo as técnicas de referência, não houve conversa nem pactuação. A equipe da instituição entregou os pertences do usuário ao serviço e determinou: “Não... o Francisco, para cá não volta. O Francisco é de vocês.” Em relação aos bens pessoais, um relato do prontuário mostra que a situação foi um pouco mais tortuosa. Consta que em 22/09/2016, ele pediu para trocar de roupa e perguntou por seus pertences. Foi quando a técnica que estava no dia fez contato com Pedro e ele orientou falar com a administradora. Elas combinaram então que esta profissional levaria roupas, dinheiro e maços de cigarro que haviam ficado na “RT” ao CAPS.

Para Helena e Vitória, um fator que contribuiu para a instituição não aceitar mais o usuário foi a inadimplência. A família estava sem pagar há um tempo. Nas palavras de Vitória: “Tem uma questão aí, é... capitalista inserida, né? E aí, começou a atrapalhar, né, ah, passou a não pagar direito [...] ou passou a assustar outras famílias que podem tirar os usuários ou enfim, ‘a gente não tá a fim de lidar com essa agressividade dele aqui...’” (2020 – relato verbal).

Francisco ficou no acolhimento noturno até início de fevereiro de 2017. Vitória conta que durante este tempo foi necessário ministrar antipsicóticos, como Haldol, mas muitas vezes ele se recusava a tomar, cuspidos os remédios. Ela reconhece que esta recusa se relaciona aos efeitos colaterais destes medicamentos no usuário, como sintomas discinéticos e extrapiramidais. Ele próprio se queixa dos psicotrópicos durante a entrevista, dizendo que fazem mal ao coração e que ficou hipertenso por causa deles. Diante da dificuldade de manter o uso de comprimidos, a única saída que a equipe do CAPS encontrou foi a aplicação do Haldol injetável. Buscaram, então, travar uma negociação muito fina com Francisco, para não comprometer o vínculo. Em meio a este difícil manejo, o tempo no acolhimento noturno foi se prolongando. Helena e Vitória concordam que o fator desencadeante desta forte desorganização foi o uso de drogas.

Outro foco de preocupação para a equipe era como conduzir o caso após a alta, considerando que a família não tinha a possibilidade de receber o usuário. O pai continuava muito doente e a madrasta sentia medo de Francisco. O prolongamento do tempo no acolhimento noturno devido à dificuldade de suporte e moradia fica claro em um relato do prontuário no dia 20/10/2016:



Francisco obteve melhora do quadro, remetindo os sintomas agressivos e hostil. Ainda com pensamento delirante, porém muito mais organizado. Consegue conversar com falas coerentes. Francisco se mantinha com a mesma roupa desde que chegou no acolhimento noturno, se recusando trocá-la. Segunda-feira, 17/10, chegou ao serviço e Francisco está com outras roupas, pede para ver seus objetos pessoais, passa perfume, retomando sua vaidade. Segundo as equipes dos plantões noturnos, Francisco tem conseguido conciliar melhor o sono e vem aceitando melhor as abordagens. Seu cunhado, responsável por Francisco combina de retornar para visitá-lo e também para conversar comigo ontem (19/10), porém não comparece. Francisco segue com indicação para o acolhimento noturno (PRONTUÁRIO DE FRANCISCO, 2016).

Apesar desta melhora no quadro, o usuário permaneceu aproximadamente cinco meses no CAPS. Ele próprio diz que ficou em acolhimento noturno porque não podia voltar a morar em seu imóvel, aquele em que viveu antes de ser preso. O motivo disso seria um processo que a irmã teria movido para impedi-lo, porque ela desejaria morar lá com o irmão. Após dizer isso, Francisco afirma que não gostaria de deixar o apartamento para os familiares por parte de pai, mas sim para as duas filhas. Uma delas seria fruto do relacionamento com a primeira esposa, teria se formado em Pedagogia e praticado ginástica olímpica desde a infância. A outra, caçula, seria filha do segundo casamento, com uma sonoplasta da JBFM. Ele alega que perdeu o endereço dela, porque teriam roubado, mas vai pedir para a juíza identificá-lo. É lá onde pretende morar, “uma casa enorme, com jardim, em Ipanema” (FRANCISCO, 2020 – relato verbal).

Sobre a filha mais velha, Francisco também diz que ela tem um imóvel de três quartos na rua Santa Clara, dado pela tia, mas registrado no nome do usuário. Ele pretende passá-lo para ela ou a outra filha através de um testamento. Mais uma vez, fala da intenção de garantir que o imóvel não fique para a família do pai. Apesar de gostar de alguns de seus membros, como a irmã mais velha, o cunhado e os filhos deste casal, desgosta de outros, como a madrasta, a irmã do meio, seus filhos e o irmão caçula, devido à ambição pela herança do pai. Ressente que ele não tenha feito um testamento, pois entende que isso levou à necessidade de ser curatelado para receber a pensão, gerando entraves em sua vida: “Eu tô aguardando um chamado da Fazenda, da supervisão da polícia até hoje, ainda não fui por causa dessa curatela” (FRANCISCO, 2020 – relato verbal). Este chamado seria para obter uma aposentadoria por ter trabalhado com o pai fazendo “inteligência” durante sete anos.

Apesar do desejo de viver no imóvel onde morou no passado ou com a ex-mulher e de ter a sua própria renda sem precisar ser curatelado, não foram estes os caminhos percorridos após o acolhimento noturno. Diante do distanciamento da família, a equipe do CAPS indicou

como projeto de moradia um espaço que conheceram por meio de outros usuários. O dono, Manoel, um psicólogo de orientação junguiana, define o lugar como centro terapêutico. Quando o quadro do usuário estabilizou, entenderam que ele poderia morar lá.

Francisco conheceu o local, aceitou as condições e a família pôde custear as despesas. Inicialmente, o Centro funcionava em um sobrado antigo, bastante precário, na região central da cidade, mas depois mudou-se para uma casa grandiosa, ao lado de uma unidade de segurança pública, no ponto mais alto de uma ladeira de um bairro da Zona Sul. Sobre a diferença entre a “RT” particular e esta nova “Moradia”, o usuário menciona o espaço físico. O local é mais amplo e o número de residentes menor, o que permitiria ao dono fazer um trabalho mais personalizado, de acordo com Helena. Francisco tem uma relação muito boa com Manoel e o admira. Segundo Vitória, ele é um homem um tanto excêntrico e faz “análises” sobre os “casos clínicos” dentro da proposta de um atendimento em saúde mental.

Para conhecer este Centro e entrevistar tanto o dono, quanto Francisco e a outra usuária que residia na instituição, fiz contato telefônico pelo número de celular que Helena me passou. Expliquei sobre a pesquisa e Manoel agendou um horário para eu ir lá, em 09 de outubro de 2020. Cheguei a pé pelas ladeiras que conduzem à “Moradia”. No caminho, foi possível notar que a área é estritamente residencial e não há nenhum comércio por perto. Quase ninguém cruzou meu percurso enquanto eu subia. Como cheguei dez minutos antes do previsto, fiquei um tempo na porta aguardando para tocar a campainha. Neste ínterim, pude ver o quanto a rua é calma e silenciosa. Havia apenas alguns profissionais da ComLurb fazendo a limpeza.

No horário marcado, toquei a campainha e Manoel logo veio abrir a porta. Convidou-me a sentar em uma mesa na entrada para conversarmos um pouco. Eu estava de máscara e ele pediu que eu a retirasse, para que a contaminação de fora não adentrasse a “Casa” por meio deste acessório. Como as recomendações sanitárias sobre a pandemia indicam que mantenhamos a máscara para evitar a transmissão, expliquei que preferia permanecer com ela para preservá-los. Ninguém ali dentro estava usando o acessório. Ele pediu que eu explicasse o objetivo da pesquisa novamente e assim o fiz. Enquanto isso, pude ver que os moradores estavam reunidos em roda, em uma sala dentro da “Casa”.

Para iniciarmos a entrevista, ele me levou a outro ambiente, ao lado desta sala: um auditório no qual encontravam-se várias cadeiras de tipo universitário. Explicou-me que lá ocorriam as atividades terapêuticas semanais, com diferentes profissionais. Deu como exemplo a oficina de escrita. Além deste ambiente, ele me explicou que havia mais três salas comuns, incluindo um pátio com cadeiras onde ocorrem almoços coletivos. Ele não me permitiu

conhecer os outros andares do imóvel devido à pandemia, mas descreveu o que havia em cada um deles.

A “Casa” é enorme, com cinco andares. A entrada se dá pelo terceiro, onde fica uma sala ampla com refeitório, cozinha, o espaço com carteiras para a realização das oficinas terapêuticas, uma sala destinada a funcionários e uma varanda. Acima da ampla mesa onde são feitas as refeições, há um quadro da Santa Ceia com um letreiro acima: “Refeitório Junguiano Agostinho de Hipona”. Como explica Manoel, cada sala/ambiente tem o nome de uma figura histórica, relevante na teoria do conhecimento, tanto da psicologia, quanto da filosofia.

Ao lado do refeitório, um cartaz traz as fotos de Jung e Jesus, o nome da instituição e a seguinte frase: “Se caracteriza, essencialmente, pela hospitalidade e práxi educativa em função da saúde mental.” Figuras dispostas em um canto abaixo da escada, algumas com sentido religioso, remetem à psicologia junguiana. É o “Jardim dos Arquétipos”. Acima da televisão, próximo à cozinha, há uma foto de Jung e um letreiro com um dito atribuído a ele: “Chamado ou não, Deus está aqui.” Em outra parede, pode se ver outra célebre frase do psicólogo: “Eu não preciso acreditar, eu sei (que Deus existe).” Manoel explica que este teórico se baseou no Cristianismo e nas religiões orientais para fundar seu campo de conhecimento sobre a psiquê humana. Isso explica as esculturas de Nossa Senhora, a imagem de Jesus e outras representações religiosas espalhadas pela “Casa”.

Há 36 cômodos ao todo, incluindo 14 dormitórios e quatro espaços de convivência. No quarto andar, encontra-se a rouparia e a sala de medicação. No primeiro andar, que eu podia avistar pela janela, há uma área externa com piscina, uma sala de televisão e outra destinada a atendimentos. Há espaços na “Casa” que são de acesso exclusivo dos funcionários, como a rouparia e a sala de medicação. Para Vitória, Manoel é muito centralizador e toma para si o cuidado em detrimento da orientação do CAPS. Ele retiraria a autonomia dos pacientes ao exercer um controle muito rígido sobre o uso da medicação:

Tem uma coisa que fica com ele como se fosse também um mini-hospital, nesse sentido, assim, porque tem lá uma sala, né, que seria dos cuidados de... de enfermagem, digamos, e aí tem o horário da medicação, e aí, às vezes, a gente, hoje, percebe de uma forma até, é... meio antiética, né, eu diria, no sentido de ele pegar a medicação que era pra um e aí ele transfere, “Não, mas aí eu tô dando deste jeito porque eu vejo que ele fica bem deste jeito...”, sabe?... (VITÓRIA, 2020 – relato verbal).

O CAPS parou de indicar pacientes para lá quando percebeu este tipo de situação. Apesar das críticas, Vitória afirma que a postura de Manoel “funcionou” no caso de Francisco, porque ele passou a acompanhá-lo em suas saídas, regulando o uso do dinheiro e fazendo uma

boa parceria. Como a família ficou inadimplente, assim como na “RT” anterior, ele entrou na justiça para reivindicar a curatela do usuário e a pensão do pai.

Logo após abordarem esta questão, Helena recorda o caso de outra usuária para discutir o quanto a falta de recursos financeiros impõe desafios ao morar de alguns usuários. Esta paciente reside na própria casa com o auxílio de cuidadoras custeadas por uma amiga muito rica. Ela própria não tem dinheiro para manter esta moradia assistida e a equipe se pergunta para onde vai quando não tiver mais ajuda. A amiga sugere o Retiro dos Artistas e Helena cogita o Abrigo Cristo Redentor, via Ministério Público, ou o uso do imóvel que a usuária tem na Gávea para custear algum lugar.

A própria fundação do Centro Junguiano é fruto da percepção de que os usuários de CAPS precisariam de uma moradia “mais adequada”. No início, Manoel tinha pousadas populares, voltadas a um público mais carente, onde começou a receber pessoas “que eu percebi que não poderiam ser hóspedes convencionais, que eram pacientes, usuários de CAPS” (MANOEL, 2020 – relato verbal). Ele avaliou que a pousada “não funcionava direito” para eles e então resolveu acompanhá-los mais de perto. “Eu via que essas pessoas não poderiam conviver ali, daquele jeito, elas precisavam de alguma coisa, que eu não sei o que era. Então eu fui observando e percebi que eu teria que criar uma residência especial para acolher aquele tipo de população” (MANOEL, 2020 – relato verbal). Foi neste momento que Manoel fez uma pousada na própria casa e passou a conviver com os pacientes.

Um fluxo considerável de pessoas o procurava, porque, além das pousadas, Manoel havia desenvolvido uma pesquisa sobre esquizofrenia no ano em que começou a cursar psicologia. Neste contexto, teve uma experiência corpo a corpo com alguns usuários do IPUB, que também o motivou a fundar uma “Residência” para acolher aquelas pessoas. O Centro Junguiano foi aberto, então, em 19 de outubro de 2017, como fruto dessas vivências.

Inicialmente, a instituição se instalou em um imóvel no centro da cidade, depois em Santa Teresa e enfim, na localidade atual. Estas mudanças ocorreram porque Manoel está sempre procurando um espaço que tenha um ambiente interno bem estruturado, mas também uma área externa com paisagem que possa favorecer o “processo de saúde mental”. A “Casa” atual conta com vista ampla e natureza vasta no entorno.

O trabalho da equipe do Centro está pautado no olhar da psicologia analítica<sup>53</sup> para cada pessoa que ali reside. Manoel considera a “Casa” como uma família que busca caminhar junta, em “processo de saúde mental”. O público principal é de pessoas com esquizofrenia, de

---

<sup>53</sup> Linha criada por Carl Gustav Jung, que foi discípulo de Freud, mas depois divergiu, criando sua própria abordagem. Os conceitos principais são: inconsciente coletivo, arquétipo e processo de individuação.

“qualquer nível”, salvo algumas exceções. Há somente dois pacientes que não são esquizofrênicos, mas sofrem de problemas neurológicos. Um deles é “deficiente mental”. Porém, a prioridade são as pessoas que “tiveram surto durante a vida na fase convencional da doença [...] e não aquelas que já nasceram com o transtorno” (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Os casos chegam por três vias: família, CAPS ou demanda judicial. Nesta última situação, estão os que não são acolhidos pelos parentes, como por exemplo, pacientes hospitalizados sem lugar para morar após a alta. Com o tempo, a instituição foi aprendendo a lidar com esses casos e entendendo a sua complexidade. A equipe tomou conhecimento do conjunto de fatores que contribui para o adoecimento dessas pessoas, como “os problemas de direitos individuais, da saúde psíquica, da saúde clínica, familiares...”. Com base nisso, buscaram “englobar o todo”, administrando “todas as demandas, sejam clínicas, psíquicas, econômicas ou qualquer outra coisa que ocorra na vida de cada um e de todos” (MANOEL, 2020 – relato verbal). Quando a pessoa tem um problema clínico, por exemplo, algum profissional a acompanha na especialidade, seja pública, privada ou o que for acessível. Como se trata de “uma família, o pai fica atento a tudo o que ocorre na vida do filho” (MANOEL, 2020 – relato verbal). Há também outras formas de assistência dentro da própria instituição.

Então, a empresa tem um lado jurídico de advogados que acompanha todas essas demandas de direitos individuais da pessoa que está conosco ou que é nossa, e as outras demandas, cuidando do lado psíquico, numa psicoterapia, cuidando do lado individual na relação do direito, dando uma certa assistência às famílias quando são afetivas, e quando estão colocando aqui porque são afetuosas e não por uma forma de tirar do meio deles, né. Então quando a família tem um vínculo afetivo, a gente continua dando também um certo suporte pra família. Quando não, a gente afasta a família (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Segundo Manoel, como alguns familiares adoecem a “Casa” e o indivíduo que está ali, a instituição precisa afastá-los, sobretudo por serem casos que chegaram por “demanda judicial”. A maioria dos pacientes está em situação de abandono familiar, o que para ele já seria motivo de “não procurar a família ou até afastar, porque prejudica o empreendimento enquanto caráter empresarial, e prejudica aquele conteúdo que tá na instituição que são os usuários da Casa” (MANOEL, 2020 – relato verbal). Ele cita situações de abandono em que os familiares “prejudicam a Casa de todos os lados”, tornando necessária inclusive a notificação da justiça. Para Manoel, estes parentes são responsáveis por parte da doença do indivíduo. Além do afastamento, que ele mostra ser mais comum, há também a possibilidade de acolhimento da família, como por exemplo, o caso de uma paciente que está na instituição desde dezembro de

2015, quando ainda era uma pousada: “Eu enfrento muitos problemas com os familiares, que também tã em processo de saúde mental, né. Eu dou assistência até à família, eu busco a irmã, levo a irmã pra fazer a... pra sair, pra almoçar com ela, essas coisas todas. Então, eu tenho um atendimento agora de dez horas/11 horas” (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Em relação à equipe, ele explica que tem oito integrantes ao todo: dois diretores (sendo ele o principal), psicólogos, advogados, cuidadores, uma pessoa que se responsabiliza pela comida, outra pelos banhos e o processo de higiene dos moradores, funcionários da alimentação e limpeza. Há uma psicóloga que “encaminha, ajuda, monitora” e faz oficinas terapêuticas: da palavra, da música e do canto. Outros psicólogos de orientação junguiana também participam da realização destas atividades, que ocorrem de segunda a sexta-feira. A equipe sente que as oficinas são produtoras de bem-estar e saúde mental.

Como nenhum destes profissionais estava presente naquele dia, entrei em contato com Manoel semanas depois para agendar outra visita à instituição na qual eu pudesse entrevistá-los. Eu também pretendia ouvir a cuidadora, que não tive tempo de entrevistar na minha primeira visita. Manoel me respondeu que não seria possível, pois estavam “passando por alterações na política interna”. Pedi então que eu os acionasse em outra oportunidade, no ano de 2021. Assim o fiz e consegui retornar ao Centro em 08 de julho daquele ano. Quando cheguei ao local, os moradores estavam todos próximos da porta, após o lanche da tarde, recebendo do psicólogo, Saulo, o cigarro que era de praxe naquele horário. No início da entrevista com este profissional, uma moradora nos interrompeu para pedir o seu, porque ainda não tinha fumado após o lanche.

Saulo fala muito sobre as práticas terapêuticas desenvolvidas dentro da “Casa”. Nas palavras dele: “Aqui a gente se divide em algumas atividades, né, então assim, têm as oficinas com eles, tem a clínica individualizada” (2021 – relato verbal). Em relação às oficinas, ele diz que a de música deu muito certo e trabalha bastante a parte emocional/psicológica dos moradores, resgatando memórias afetivas. Nesta ocasião, eles são reunidos no auditório e escolhem as músicas que querem escutar, as quais costumam remeter muito ao passado de cada um. Há também atividades voltadas ao desenvolvimento da criatividade. Em uma delas, um começa uma história e os demais vão dando sequência ou cada um conta uma história curta. Em outra, eles escrevem para colocar ideias no papel e, assim, canalizar a ansiedade. Há também a oficina de pintura de Mandala ou desenhos espontâneos, respaldada pelo trabalho de Nise da Silveira, “e você acaba interpretando algumas coisas ali do psicológico deles, sabe? Do campo emocional, às vezes transparece ali no desenho, né” (SAULO, 2021 – relato verbal). Além disso, outra psicóloga, que estava de licença naquela ocasião, fazia um trabalho com

confeção de colares. A previsão é que ela retorne para atuar uma vez por semana. Saulo ressalta a importância de ter uma figura masculina e outra feminina no acompanhamento, considerando que, segundo a Psicologia Analítica e a teorização sobre os arquétipos, a vinculação ou rejeição em relação a determinado profissional pode ter a ver com o gênero.

Os horários das oficinas são flexíveis, dependendo da demanda, e este psicólogo vai três vezes por semana. Francisco é bem participativo. Quando pergunto se todos se envolvem, Saulo responde:

Olha, um ou outro que às vezes escapa, porque quer ficar deitado, né, mas assim, não é nada que não dê pra contornar. O objetivo é que todos participem, então, por exemplo: “ah, vamos fazer uma atividade, sei lá, de pintura”, mas aí a pessoa detesta pintar, “ah, então tá bom, o que você gosta de fazer? eu gosto de escrever, então, beleza, então escreve, entendeu?” porque se você desenvolve uma atividade e alguns não participam, isso gera assim, um certo ciúme, tipo assim, “ah, por que ele não precisa fazer atividade e eu preciso, né?” A gente aqui procura equilibrar, equiparar assim, em todas as situações a questão assim da individualidade de cada um, entendeu? Então, por exemplo, você traz aqui um chocolate, tem que trazer pra todo mundo, se não for trazer pra todo mundo, então nem traz, porque um não pode ter um privilégio a mais do que o outro, todos estão nas mesmas condições, então a parte da atividade também envolve isso, entendeu? É bom que todos participem pra não haver nenhuma desorganização nesse sentido, entendeu? (SAULO, 2021 – relato verbal).

Esta ideia de que tudo deve ser dividido e as condições iguais para todos também é colocada por Manoel, como será visto mais adiante. Isso mostra o quanto a direção de Saulo está alinhada a deste gestor, com o qual ele fez reuniões para organizar o trabalho assim que chegou à “Casa” e continua fazendo pontualmente quando há uma necessidade específica em relação a determinado paciente.

Sobre os atendimentos individuais, feitos em uma sala no primeiro andar do Centro, Saulo explica que não são indicados para todos. Ele entende que, em graus mais severos de esquizofrenia, não é possível aplicar este tipo de abordagem, devido ao comprometimento da lucidez. Nestes acompanhamentos, ele busca entender o histórico da pessoa e se sua patologia foi acentuada por alguma circunstância que vivenciou. É também uma forma de lhe proporcionar acolhimento. Saulo procura atender de um a dois moradores por dia. Além disso, participa da convivência e das atividades que já são feitas diariamente, “entrando na dinâmica do dia a dia deles, criando uma afinidade, um vínculo afetivo, para aí sim desenvolver um trabalho psicológico” (SAULO, 2021 – relato verbal).

Ao ser perguntado sobre o trabalho com as famílias, ele esclarece que não há atendimentos individualizados, mas uma disponibilidade para ouvi-las quando é o caso: “A

gente está aqui disponível e tem este certo cuidado de tentar entender como é essa dinâmica de família pra questão não desarmonizar a Casa, porque desarmoniza um, consequentemente vai afetar as outras pessoas” (SAULO, 2021 – relato verbal).

Francisco é acompanhado por sessões individuais e, inclusive, pediu este tipo de atendimento. Saulo ressalta que ele teve uma boa evolução desde que foi morar no Centro, não sofrendo mais nenhuma “desorganização”. Tem alguns delírios, “de contar algumas coisas que não existem, não são reais [...] mas no geral, você conversa com ele e ele desenvolve muito bem” (SAULO, 2021 – relato verbal). Para o psicólogo, é um dos moradores que mais se destaca no desenvolvimento da saúde mental. Após dizer isso, explica que a proposta do Centro Junguiano é de cura:

Você não fortalece a doença mental, então por exemplo, às vezes você vai num CAPS ou até mesmo num hospital grande psiquiátrico, chega lá, o paciente lá que tem esquizofrenia, geralmente esquizofrenia, ele tá lá deitado no chão, as pessoas fortalecem a doença dele, não deixa ele fazer nada, entendeu? Então, assim, existe muito isso (SAULO, 2021 – relato verbal).

De acordo com Saulo, o diferencial do Centro é que Manoel mora lá e vive em função daquelas pessoas, o que não é visto no setor público. Afirma ainda que na instituição, os moradores desenvolvem o vínculo e afeto um pelo outro, numa estrutura familiar que possibilita o desenvolvimento, “e aqui eles têm essa pessoa que, no caso, acolhe as demandas, entendeu? Muita coisa que é possível a gente consegue resolver, o que não é possível a gente tenta mediar” (SAULO, 2021 – relato verbal). Ele acredita que o que mais se aproxima do trabalho feito na instituição é o das RTs.

Como exemplo de conflito a ser mediado, ele recorda de quando vai levar um usuário para tomar medicação e o outro questiona o motivo de não poder ir junto. Explica que este tipo de saída é mais pontual e não faz parte de sua função. É Manoel quem costuma ir, enquanto Saulo e o cuidador atuam no interior da “Casa”.

Se, por um lado, ele situa o CAPS como local de abandono, por outro, reconhece que todos os moradores precisam ir ao serviço por causa da medicação e da “parte psiquiátrica”. Ele próprio nunca fez contato com os CAPS de referência, pois “sua proposta de trabalho era outra”, mas vai começar a desenvolver isso agora, bem como receber estagiários no Centro.

Além das atividades dentro da “Casa”, também são realizados passeios coletivos e individuais, que envolvem a saída para lanche e a visita a algum bosque ou outro lugar. Geralmente, Manoel é quem acompanha os pacientes, mas também acontecem outros arranjos. Dependendo do quadro, do estado e grau de autonomia, os moradores podem sair juntos, um



fazendo companhia ao outro. Há também os que saem sozinhos. Conforme os profissionais vão convivendo com eles, podem observar se têm condições de sair por conta própria e fazer um acompanhamento para que isso se torne possível. Manoel citou como exemplo o caso de um morador que tinha acabado de ir ao mercado:

Então eles vão fazer compras, eles vão fazer pagamento... que eu já peço como uma atitude terapêutica, da pessoa ir, de fazer essa interação com a realidade e aí eles vão fazer coisa de responsabilidade da Casa, porque aí eles vão se sentir úteis, vão fazer essa parte de “pertence”, “eu pertencço à Casa e aí eu vou fazer uma conta, o pagamento da conta, eu vou fazer uma compra...”. Aí é só dizer e eles vão (MANOEL, 2020 – relato verbal).

De acordo com Saulo, apenas Manoel e os funcionários detêm as chaves: “Eles não têm chave assim pra sair a qualquer momento não, não podem não, por mais que esteja organizado, esteja estabilizado, a gente não chega a esse ponto não, entendeu? ‘Ah, quer sair, tá, quer fazer o quê?’ e aí a gente vai conciliando” (2021 – relato verbal). Quando “não há um fim ou propósito”, este psicólogo não autoriza a saída, como no caso de uma ou outra pessoa que pede para ir à rua, ver gente, passear. Por outro lado, ele libera um morador que queira encontrar a mãe para comprar roupa, por exemplo. Em relação a Francisco, Saulo diz que ele sai às vezes, mas acompanhado: “Aqui a gente não pode sair liberando todo mundo que quer sair a hora que quiser, então assim, um ou outro que sai com mais frequência, entendeu? O Francisco não é um caso que sinta necessidade toda hora de sair. Ele fica mais aqui” (2021 – relato verbal). Ao final deste apontamento, ressalta que o usuário tem liberdade de ir e vir, mas isso é combinado entre ele e Manoel, confirmando mais uma vez que o trabalho em relação às saídas fica restrito ao gestor. Justamente por estar distante desta dinâmica, Saulo titubeia sobre o tema e fica na dúvida sobre a rotina de Francisco. Chega a recordar que já viu o usuário indo comer ou comprar algo “lá embaixo” sozinho.<sup>54</sup>

A permissão para ir à rua também depende de outras avaliações, que não só a finalidade. Saulo cita o caso de um morador que queria sair com uma amiga na ocasião de seu aniversário, mas a equipe avaliou que não era indicado, pois ele costumava ficar mais fechado e introspectivo após vê-la. Para Saulo, o contato com alguém que provoca estes efeitos não contribui no caminho para a cura, que é o objetivo do trabalho na instituição. Além disso, naquela mesma semana o morador já sairia outras vezes, inclusive com a mãe. Conversaram

---

<sup>54</sup> Ele usa este termo porque a entrada do imóvel fica no ponto mais alto de uma ladeira tortuosa, enquanto o comércio e outros recursos se situam todos nas ruas de baixo.

sobre isso com ele para que entendesse “que não seria legal naquele momento” e abriram a possibilidade de receber a pessoa no Centro futuramente.

Saulo compara esta necessidade de “zelo” com a relação pai e filho: “As pessoas aqui são acolhidas, né, nas suas demandas, só que muito a gente não vai fazer, porque aquilo não é bom pra ela, igual filho, né, eu saio com filho pra passear, aí quer comprar tudo, né, não dá pra comprar tudo” (2021 – relato verbal). Ele usa também o exemplo do fumo para justificar este controle. Tal como eu havia presenciado assim que cheguei ao Centro naquele dia, o acesso ao cigarro é mediado pelos profissionais e só permitido após as refeições, pois “se dependesse deles, cada um fumaria uma cartela por dia” (SAULO, 2021 – relato verbal).

A analogia com uma família, chefiada pelas figuras paterna e materna, também aparece no discurso de Manoel. Sobre a rotina de refeições, o dono afirma que a “Casa” tem e fornece tudo, os pacientes só colaboram “como atividade terapêutica”. Como são uma família que vive sob o acompanhamento ou monitoramento da teoria psicológica de Jung, tudo é preparado lá e dividido proporcionalmente: “Se é uma família, existe um pai e existe uma mãe, nesse aspecto tradicional, que fornece todas as condições para as necessidades, suprir as necessidades da Casa” (MANOEL, 2020 – relato verbal). As refeições são sempre acompanhadas de um “evento”, como canto ou música, buscando introduzir naquela ocasião coletiva algo que chame a atenção do grupo, para que este se perceba como um todo. Caso alguém receba um presente, como um alimento, deve dividi-lo entre todos. Ou seja, se algum familiar levar uma alimentação para um paciente, esta deve ser suficiente para ser distribuída pelo grupo. “Aqui, tudo é de todos. Nada é de ninguém” (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Na entrevista com o cuidador, Rodrigo, que havia começado a trabalhar na “Casa” recentemente, ele também fala sobre a busca pela coesão do grupo. Antes de cada refeição, que ele tem a função de preparar ou servir, todos cantam “músicas próprias para interagir” junto a Manoel. Ele se recorda de uma que diz: “Essa mesa nos ensina, pão e vinho e segurança... o remédio...”, e comenta que são canções sobre alimentação e medicamentos, “que é obrigação deles de tomar” (RODRIGO, 2021 – relato verbal). Nas suas palavras: “O Seu Manoel faz ele [sic] interagir bem. Às vezes, olha assim aí tem alguém que não tá cantando, Seu Manoel pede pra cantar. Tem uns pandeiro [sic] aí, que Seu Manoel vai e dá na mão de cada um, aí pede pra bater no pandeiro também, pra poder eles se interagir [sic] com as músicas” (2021 – relato verbal).

Rodrigo também explica que o horário de cada refeição é fixo e não costuma atrasar. A rotina deste profissional se organiza em torno disso e ele acorda às 6h40 nos dias em que está lá para preparar o café da manhã. Caso algum morador não acorde a tempo, se encarrega de

despertá-lo. Ele chega à instituição segunda-feira no final do dia e vai embora sexta-feira após o almoço. Rodrigo nunca tinha exercido essa função. Já trabalhou como cozinheiro, açougueiro, churrasqueiro e a vaga que estava pleiteando no Centro inicialmente era na cozinha. Após três dias de experiência, Manoel não ficou satisfeito, por ser muito exigente, mas propôs que ele ficasse como cuidador. Rodrigo aceitou, porque sempre cuidou de criança, por ter sido pai muito cedo, “e aqui alguns são como fosse criança [sic], só que grande. Aí eu gosto, eu gostei” (RODRIGO, 2021 – relato verbal). Por não ter encontrado nenhum profissional que considerasse qualificado para os serviços da cozinha, Manoel acabou contratando uma empresa para fornecer as refeições em forma de “quentinhas”. Rodrigo é responsável por receber, organizar e distribuir esses alimentos.

Na época da entrevista, não havia mais nenhum outro cuidador na “Casa”. Aos finais de semana, ia um auxiliar de serviços gerais, que ajudava na alimentação e limpava. Manoel estava fazendo entrevistas para contratar mais um auxiliar. No momento em que Rodrigo me falava sobre isso, fomos interrompidos pela campainha. A empresa estava chegando para entregar as “quentinhas”. Francisco se ofereceu a abrir a porta, mas Rodrigo disse que ele próprio iria.

Manoel admite ser exigente e me conta que precisou demitir os antigos funcionários e contratar novos, porque:

É muito difícil a qualidade de mão de obra hoje em todos os aspectos, ainda mais aqui que é uma Casa de saúde mental, é uma Casa de pessoas que são completamente vulneráveis [...] é natural que tenha que ter um tipo de comportamento diferenciado... e acho que é outra dificuldade que a gente tem, como lidar com uma pessoa dessa, porque vem a higiene, o cuidado pessoal e todos os cuidados (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Ele acha que os funcionários do “quadro operacional” (cuidadores e auxiliares de serviços gerais) não estavam respondendo à altura das necessidades da “Casa” e tomaram atitudes reprováveis:

Por exemplo, um funcionário que pede para uma pessoa dessa fazer qualquer coisa pra ele tá completamente errado. Eu até poderia pedir, porque aí é outra dinâmica, o psicólogo pode pedir, porque é uma dinâmica terapêutica, mas um funcionário, que tá pra fazer um serviço e pedir pra pessoa fazer o serviço por ele, isso é inadequado, inadmissível (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Devido a estas exigências e questionamentos, a equipe estava reduzida, apenas com um cuidador durante a semana e um auxiliar de serviços gerais no fim de semana. Rodrigo conta que ele dá água, troca lençol, lava banheiro, auxilia alguém que tenha passado mal... “coisas

mais pesadas”. Os moradores conseguem arrumar suas camas e tomar banho sozinhos, mas ele e Manoel buscam orientá-los e chamar a atenção quando algo fica desarrumado ou alguém não faz a higiene. É um trabalho mais de:

Observação, a gente tá sempre de olho no que eles precisam e pra pedir eles [sic] pra fazer [...] a gente tem que tá mesmo mais observando se não esqueceu um garfo no quarto, se não tem algum objeto cortante, se precisa de um banho, se o quarto tá bagunçado, se o banheiro não tá limpo... (RODRIGO, 2021 – relato verbal).

Vale destacar que quando o cuidador entrou na “Casa”, Neide já não estava mais lá. Como será visto na próxima seção, ela precisava de acompanhamento no banho.

Em relação à situação financeira da empresa, Manoel achou importante dizer que a “Casa” trabalha com dois públicos: o “privado”, composto por pessoas que podem pagar o que a instituição necessita, e o “carente”, constituído daqueles que não têm condições de arcar com as despesas. Os últimos são de baixa renda ou dispõem apenas do BPC. A divisão entre os quartos se baseia nisso: o público “carente” fica em dormitórios coletivos, para três, quatro ou cinco, com diferentes preços, e o “privado” em quarto individual com banheiro. Todos os aposentos são suítes.

Sobre a administração do próprio recurso financeiro pelos usuários, Manoel explica que ninguém fica com dinheiro em mãos, porque deste modo ganhariam um “certo empoderamento” que impactaria na saúde, gerando desorganização psíquica. Isso “não é confortável pra um indivíduo e nem confortável pra Casa como um todo” (MANOEL, 2020 – relato verbal). Considerando que “dinheiro é o que move a vida”, a posse deste recurso em espécie na “Residência” traria vários problemas. O morador seria tomado por “certo delírio de poder”, querendo exibir ao outro e se sentindo superior pela possibilidade de comprar o que quer. Manoel menciona o risco de um se apossar do dinheiro do outro ou pedir emprestado, o que constituiria “tráfico” dentro da “Casa” ou causaria confusão se o valor não fosse devolvido como combinado: “Então realmente provoca um desacordo, um desequilíbrio pessoal” (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Os que têm algum valor em suas contas bancárias, podem movimentar de acordo com a necessidade. A instituição “guarda o material” e eles pedem quando querem e precisam, utilizando à maneira deles. Este uso é supervisionado pela “Casa”, porque alguns são ex-usuários de entorpecentes, o que torna necessário acompanhar o seu movimento de ir e vir. Quando o morador sai com seu cartão, ele pode comprar o que quiser, mas deve levar as notas fiscais de volta. Se não for possível, ele precisa mostrar uma prova de que comprou e não teve

nota, com algum tipo de recibo. Este procedimento é necessário em função dos casos de curatela, que exigem prestação de contas à justiça. Quando algum parente é curador, Manoel tem que fazer o relatório financeiro para a família. Já nos casos em que ele próprio tem a curatela, o cartão bancário está em seu nome e o relatório financeiro é enviado diretamente ao Ministério Público.

Há pacientes que não são curatelados, mas “monitorados” e sustentados pela família. Manoel reivindica aos parentes com poder aquisitivo que forneçam uma mesada ao morador. E para aqueles sem assistência familiar, a própria instituição provê um valor mensal. Desse modo, quando vão a um passeio coletivo ou ao CAPS para ficar na convivência, a instituição pode dar uma quantia em espécie para usarem no que for preciso. “E no final da tarde, quando eles retornam, eles vêm aqui prestar contas do que eles fizeram com o dinheiro e do que sobrou, devolvem o troco, porque o troco é da Casa e que é deles, né” (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Sobre o uso do cartão bancário, Manoel explica que há regras. Como alguns são ricos e têm um valor alto em conta, a tendência é que queiram sair toda hora se estiverem de posse do cartão. Este seria um dos problemas gerados pelo “empoderamento”, além do risco da perda do objeto. Para ilustrar esta questão, ele cita Francisco, que “às vezes quer usar de todo jeito” o cartão feito para ele, gastando demais. Segundo Manoel, isso desorganiza e causa ansiedade ao paciente, além de trazer problemas ao coletivo. Se um morador detém o cartão, “todos vão querer as mesmas condições”. É comum que na “Casa” um paciente reivindique aquilo que vê no outro ou questione o porquê não tem o mesmo. Nas palavras de Manoel, “se ele não tem e todos mantêm o padrão, isso facilita, facilita o trabalho da Casa e a saúde de todo o empreendimento, né. Quando alguém tá doente, todos estão doentes. Quando um tá sofrendo, todos sofrem [...] então por isso que tudo é proporcional” (2020 – relato verbal).

Seguindo esta lógica, os moradores só podem ter a cama, os lençóis, o travesseiro e a toalha no quarto. Todos os pertences são guardados em um armário num pavimento específico, na parte onde fica a rouparia e a lavanderia, de acesso restrito aos funcionários. Manoel argumenta que esta separação é necessária por eles não serem “confiáveis”. No momento do banho, as cuidadoras pegam a roupa e a toalha lá e entregam ao paciente.<sup>55</sup> Os mais comprometidos, que não têm condição de fazer esse autocuidado, são acompanhados. Segundo o dono, somente aqueles que dormem em suíte individual podem ter o próprio armário e utilizar suas coisas dentro do quarto.

---

<sup>55</sup> Vale lembrar que na ocasião da entrevista com o dono, em outubro de 2020, ainda havia cuidadoras na Casa. As demissões decorrentes das exigências e críticas de Manoel ocorreram depois.

De acordo com o cuidador, os documentos, identidade, carteira e dinheiro de todos os moradores ficam organizados em pastas no quarto de Manoel, “porque lá ele tranca direitinho, lá só entra com a permissão dele, aí fica lá. Como é coisa mais pessoal, mais séria, aí fica tudo lá no quarto dele” (RODRIGO, 2021 – relato verbal). Diferentemente do que relatou o próprio dono, ele mostra que todos os moradores, independentemente da condição, vivem as mesmas restrições. Sobre as roupas, Rodrigo explica: “Eles têm normalmente um armário no quarto também, mas aí ficam poucas peças, a maioria fica lá em cima mesmo” (2021 – relato verbal). Outros itens que podem manter neste armário são sabonete, pasta de dente e papel higiênico. Embora Francisco tenha um quarto “reservado”, ele também só pode ter o básico em seu próprio armário, ficando o resto na rouparia.

Quando o questiono sobre o acesso aos espaços, ele confirma o que Manoel já havia me dito: “A gente tem a nossa chave, aí certas partes, como a cozinha, que é junto com a sala de medicação, aí só a gente que tem a chave, eles não entram, na rouparia a mesma coisa” (RODRIGO, 2021 – relato verbal). Por isso, Rodrigo precisa colocar garrafas d’água do lado de fora da cozinha para que os moradores possam acessá-las, bem como ir à rouparia toda vez que alguém necessita do vestuário. Coincidentemente, enquanto falávamos sobre isso, o psicólogo veio se despedir e o cuidador aproveitou para alertá-lo que Francisco estava “doido para entrar na cozinha”, como de costume quando Manoel não está presente. Saulo comentou que realmente ele gosta muito desta parte da “Casa” (justamente uma das que não pode acessar). Antes de sair, foi chamar a atenção de Francisco. O término da nossa entrevista se deu justamente quando o usuário veio pedir a chave da cozinha para pegar água, alegando que todos estavam com sede. Rodrigo não entregou, mas levantou-se para atender ao pedido.

Outra regra da “Casa” é sobre a televisão. Nas palavras do cuidador: “[Manoel] só deixa ter uma, porque eu já ouvi até ele dizer que tinha televisão nos quartos, mas aí eles queriam ficar até tarde acordados vendo televisão, rindo de madrugada, aí o Seu Manoel tirou, aí deixou só uma só, que fica aqui na entrada, aqui do lado da cozinha” (RODRIGO, 2021 – relato verbal). Pergunto por que ele achou ruim os moradores ficarem acordados até tarde, ao que Rodrigo responde: “[...] porque aí, quando dá certo horário assim, eles dormem, depois da janta e, como tem a medicação, aí a maioria dorme, após a janta, assim umas 19h/19h30 eles já tão, a maioria já tá se recolhendo já...” (2021 – relato verbal).

Se por um lado, regras e chaves limitam certos movimentos dos moradores, por outro, há algumas exceções. Segundo Manoel, algumas pessoas abrem conta e guardam o cartão consigo de forma monitorada, mediante um processo educativo. Quando pergunto se a decisão sobre quem pode ficar com o cartão depende do nível de autonomia, ele responde que não, mas

sim o contrário. Avalia-se “a questão das demandas”. Para aqueles que são mais desprovidos de recurso e referências, entende-se que a posse do cartão ou outros pertences “vai dar mais coragem de viver, entusiasmo para vida”:

[...] Porque eles só têm aquilo deles, né, não tem casa, não tem um futuro... tem somente aquilo, que é a roupa pessoal, então aqueles pertences pessoais, se dá pra tirar, tira, se não dá, eles permanecem com eles. Aí geralmente ele faz um trabalho longo de acompanhamento, pra pessoa tomar essa consciência de que o mais adequado é deixar ali. Então isso não é tirado assim, de uma vez, vai sendo trabalhado (MANOEL, 2020 – relato verbal).

A “Casa” também guarda o “arquivo completo” de cada usuário, com todos os eventos que acontecem. O documento está dividido em três partes: as demandas do CAPS, a saúde psíquica/psiquiátrica; os problemas de saúde clínica e as questões relacionadas a direitos. Logo após dizer isso, Manoel reitera mais uma vez: “Então, nada fica no quarto, só fica ele e o que ele usa: a roupa dele, que ele tá vestido, e a toalha, o sabonete, a cama e lençóis” (2020 – relato verbal).

Os prontuários são guardados em um local específico, no “poder” de Manoel. Ao explicar sobre esta organização, ele ressalta que tudo é dividido por “departamentos”. Há uma sala para a medicação e outra para a rouparia. Os medicamentos, clínicos ou psiquiátricos, são oferecidos sob acompanhamento, para que possam verificar se a pessoa realmente tomou. Manoel, que está 24h no serviço, costuma fazer isso, mas o cuidador, o psicólogo ou outro profissional disponível no momento também podem exercer esta função. Há uma tabela com a prescrição de cada um, tal como consta no prontuário. Em geral, os remédios são dados após as refeições. Depois de comerem, os pacientes têm um intervalo e, na sequência, aqueles que fumam recebem um cigarro. Quem não fuma, vai para outro ambiente. Quando acaba este momento, eles se juntam e recebem o medicamento. Para os que não tomam naquele horário, os funcionários levam na hora prevista. Na entrevista com o cuidador, Rodrigo, ele conta que auxilia Manoel na organização e entrega dos remédios, mas até esta função fica mais a cargo do dono.

Assim como há um local para guardar as medicações e uma delimitação de tempo e ambiente para administrá-las, todo o espaço da “Casa” “tem que ser bem utilizado e tem que ser bem distribuído e tem que saber o que acontece nele. A gente tem que ter cuidado, do nascer ao pôr do sol, com cada coisa que se movimenta no ambiente...” (MANOEL, 2020 – relato verbal). Para Manoel, pequenas mudanças podem ter efeitos, “um cabo de vassoura que eu

deixar ali, isso pode provocar uma situação constrangedora, um desequilíbrio emocional, um delírio pode surgir dali”.

Quando o morador fica agitado, dando sinais da iminência de um surto, e a equipe da “Casa” não consegue “acomodar suas emoções”, recorrem à emergência ou ao serviço de referência, seja CAPS ou hospital, para que possa ser assistido pelo psiquiatra. Se for domingo e o episódio for grave, “tem que ser numa emergência” (MANOEL, 2020 – relato verbal). É comum encaminharem para o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ)<sup>56</sup> nestas situações, pois muitos usuários vieram de lá e são assistidos pela equipe deste serviço. Manoel tem o WhatsApp da maioria dos psiquiatras e às vezes manda mensagem relatando o que está acontecendo e pedindo ajuda. O auxílio se dá por intermédio deste dispositivo. Quando ele não tem o contato, vai direto à emergência.

Por outro lado, há intercorrências menos graves, que podem ser abordadas por “uma referência qualquer: uma terapeuta, um psicólogo que está na unidade, da equipe multifuncional” (MANOEL, 2020 – relato verbal). Em algumas situações, Manoel busca fazer um passeio, “tomar alguma coisa” ou conversar para “conter e canalizar os sinais”. Apenas se não for suficiente, ele recorre ao serviço.

Sobre Francisco, o dono diz que só houve um momento de desorganização em maio de 2018, “provocado exatamente por falta de empoderamento, capital e dinheiro” (MANOEL, 2020 – relato verbal). O cunhado, Ademar, começou cumprindo o “contrato” estabelecido com a “Casa”, porém depois de um tempo parou de fazê-lo. Segundo Manoel, tudo lá é mediado por um “acordo de contrato”. Se, por exemplo, uma pessoa vai comprar algo para a instituição na rua, ela deve trazer a nota e o troco. Do mesmo modo, a família tem suas obrigações. Francisco demandava uma mesada do cunhado e Manoel buscava mediar este pedido, conversando com ele sobre a importância de prover o recurso. O pai já havia falecido, no mês em que o usuário chegou ao Centro.

Em um momento da entrevista, o dono diz que Ademar só deu a mesada no primeiro mês e depois parou, mas em outro, fala que durante o primeiro ano ele ainda cumpria o contrato. Ia à instituição levar o pagamento, um lanche e a mesada, com um valor inferior ao fixado. Francisco pedia R\$ 250,00, mas ele só levava 20 ou 30. Como o usuário ainda não tinha pensão, dispunha apenas do BPC, que era usado para o pagamento da “Casa”. Nesta época, o cunhado pediu a Manoel uma declaração de que estava prestando assistência a Francisco para entrar com

---

<sup>56</sup> Espaço de cuidado integrado em saúde mental, com internação e acompanhamento ambulatorial, da rede da secretaria de saúde do estado do Rio de Janeiro.



o pedido de curatela. Ele forneceu o documento e isso permitiu que Ademar se tornasse o curador.

Apesar de ter assumido esta função, depois de um tempo passou a não ir mais à “Casa”. O usuário ligava insistentemente pedindo que levasse o dinheiro e ele dizia que estava a caminho, mas não chegava. Foi quando Manoel passou, ele próprio, a dar a mesada, no valor de R\$ 150,00, que extraía da quantia do BPC.

A crise se desencadeou próximo ao Dia das Mães, quando Francisco solicitou um dinheiro para sair. Ademar prometeu levar, mas não cumpriu. O usuário ficou muito “desorganizado” com isso e Manoel passou a noite toda e a madrugada dando assistência a ele, tentando “mediar” a situação e “segurá-lo”. Consta no prontuário do CAPS que em 28/03/2018, ele ligou para informar que Francisco havia entrado em crise, “querendo dinheiro, falando de dívida, hostil e agressivo, com discurso delirante de ser Federal, alta patente, falando do exame no Henrique Roxo etc.” Em seguida, o relato feito pela técnica Helena pontua: “O Manoel vai ver como vai conduzir isso, avisou o cunhado dele (Ademar) e se fosse o caso, iria procurar a emergência do Pínel” (PRONTUÁRIO DE FRANCISCO, 2018). De acordo com o dono, como era tarde e “tudo é muito complicado”, ainda não conseguiria acionar os Bombeiros, então só contactou este serviço às 6h da manhã, quando o usuário foi levado ao Pínel. Consta no prontuário que Francisco estava delirante, principalmente “direcionado à figura de Manoel e à casa, apresentando uma construção desorganizada” (PRONTUÁRIO DE FRANCISCO, 2018).

Embora o dono só cite a dificuldade de acesso ao dinheiro e diálogo com o cunhado como desencadeadores da crise, Helena traz outros elementos. Ela diz que quando Francisco “começa a ficar estranho”, ele manifesta o desejo de ter seus documentos e reivindica algumas coisas insistentemente. Nestes momentos, parece se referir justamente aos pertences que são monitorados e guardados por Manoel. Apesar de reconhecer que este pedido se faz presente nos episódios de desorganização, Helena não considera que seja o fator precipitante do processo.

Assim como de costume, o dono da instituição tentou aproximar a família do cuidado nesta ocasião. No momento da crise, em torno de 20h, pediu a Ademar que comparecesse de imediato e com urgência à “Casa”. Ele, porém, só apareceu no dia seguinte, às 17h, quando Francisco já estava no Pínel. Considerando uma das cláusulas do contrato estabelecido com os familiares, esta atitude é interpretada como “abandono”. Quando a referência familiar é acionada, ela deve responder em, no máximo, três horas. Para Manoel, hoje em dia espera-se que todo mundo veja em 15 minutos “tudo o que está acontecendo em seu WhatsApp, isso é universal”. Quando a resposta demora mais de três horas para chegar, eles tomam as medidas cabíveis, de acordo com a situação. Ao falar disso, ele citou o exemplo de outros moradores

cujas famílias, há aproximadamente um ano e oito meses, não pagam a “Casa”, nem prestam qualquer assistência afetiva, “quer dizer, ignora totalmente a vida, ignora a instituição e ao serviço que está mantendo a vida viva” (MANOEL, 2020 – relato verbal).

O cunhado de Francisco continuou ausente durante a “internação”, termo usado por Manoel. Segundo o prontuário, após alguns dias no Pinel, ele foi encaminhado ao acolhimento noturno do CAPS, onde ficou de 04/04/2018 até 30/05/2018. Como Ademar não aparecia, Manoel também deu assistência a Francisco no CAPS, levando o que precisava: “cigarro, isqueiro... alguma coisa para que ele pudesse ir reelaborando esse retorno ao princípio de busca, que era a mesada...” (MANOEL, 2020 – relato verbal). No prontuário, consta que o usuário demandava usar o telefone inúmeras vezes para fazer contato com o cunhado e mostrava-se angustiado por ele demorar a comparecer “ou simplesmente não atender aos telefonemas”. Nas poucas vezes que esteve presente no CAPS, Ademar foi pegar um relatório que havia solicitado para atestar a permanência de Francisco no acolhimento noturno “e a liberação de pensão por morte de seu pai, que era funcionário do Ministério da Fazenda” (PRONTUÁRIO DE FRANCISCO, 2018). Nesta ocasião, ele afirmou que ainda não havia quitado sua dívida com a “Casa” Junguiana, fez objeção ao retorno de Francisco à instituição e pediu indicação de outro local para “encaminhá-lo”. A equipe não atendeu a este pedido.

Quando o usuário voltou para lá, Manoel manteve sua mesada, mas continuou tentando convocar o cunhado para cumprir suas obrigações. Ele, porém, ficou inacessível. Como estava há um ano e três meses inadimplente com a “Residência” e devendo a mesada de Francisco, Manoel deu-lhe um ultimato e o denunciou ao Ministério Público, seguindo a cláusula contratual da instituição. Esta providência é tomada em situações de “abandono”. O processo resultou na cassação da curatela do cunhado, que foi transferida para Manoel, por sugestão da justiça. A partir de então, ele pôde dar andamento ao pedido de pensão de Francisco, que foi resolvido em três meses. Desde então, o usuário divide o recurso com a madrasta. “A gente cobre todas as demandas e vai administrando tudo, porque tudo é a Casa. Então por isso que eu digo que é uma família, porque aqui ele vai ter a mesma coisa: vai ter a sua pensão, a sua mesada, vai ter todas as suas coisas” (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Vale destacar que há uma briga em família pela curatela e a administração da pensão, envolvendo as duas irmãs de Francisco. Antes que Manoel se tornasse o curador, uma delas, que não é a esposa de Ademar, foi à “Casa” junto a outros parentes quitar toda a dívida e pedir uma declaração de que estavam assistindo Francisco. Nesta ocasião, foram cinco pessoas, tanto familiares, quanto pastores evangélicos relacionados a esta irmã, que ficaram tirando fotos do imóvel, inclusive do quarto do usuário. Disseram que passariam a pagar pontualmente a

instituição, com o objetivo de assumir a curatela e retirar Ademar desta função. Manoel recusou preparar este documento porque estaria infringindo o acordo com o então curador, gerando um mal-estar em relação a esta parte da família. Em seguida, alertou o cunhado sobre a necessidade de tomar providências e cumprir com suas obrigações, o que não se concretizou. Nas palavras dele: “A família não... não tem uma relação saudável comigo, né, não tem amistosidade, mesmo porque, eu entrei de fora, uma pessoa... um terceiro e eu descartei todos eles, né?” (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Em uma das audiências realizadas para tratar do processo da curatela, após Ademar já ter sido denunciado ao MP, nenhum dos parentes apareceu. Somente estiveram presentes Francisco, o advogado da instituição e Manoel. Segundo este, o usuário disse ao juiz que não queria intromissão da família e que estava bem. Apesar disso, os familiares vêm pleiteando a curatela de volta. Há três ou quatro pessoas fazendo este pedido, dentre estes, o cunhado (ex-curador), o sobrinho e a irmã. Eles já ligaram e tentaram marcar de ir ao Centro várias vezes, mas Manoel não permite, “porque vai desorganizar, vai dar problema. Então eu trabalhei com o Francisco... o Francisco entende que a família dele é ele e pronto” (MANOEL, 2020 – relato verbal). O usuário ainda ligava para Ademar mesmo após ele ter sido retirado da curatela, mas como Manoel não considera a relação saudável, foi “conversando e ele foi entendendo [...] e aí, ele realmente parou, ignora totalmente a família, porque ele está atualizado do que está acontecendo” (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Os impasses entre o dono da instituição e a família ficaram claros quando perguntei a Helena o telefone do cunhado, pois o do prontuário estava desatualizado. Ela achou melhor não me passar, porque Manoel fica “paranoico” em relação a este familiar e a minha pesquisa poderia acentuar esta tensão. Como ele insiste em tentar reaver a curatela de Francisco na justiça, ela teme que meu contato possa ter algum impacto sobre o processo e ele venha a usar isso como argumento em alguma audiência. Para Helena, apesar das questões de Manoel, Francisco está bem na instituição, conseguindo levar sua vida. Logo, não devemos fazer nada que possa interferir nisso e prejudicá-lo. Para ilustrar e justificar sua preocupação, ela se recordou que em final de 2020 Francisco lhe solicitou telefonar para o cunhado, porque Manoel não permitia. Ela ligou de seu celular, mas o dono do Centro percebeu e foi atrás dos dois para tirar satisfação. Eles tiveram então que ficar “fugindo” pelo CAPS, “igual criança”. Helena argumenta ainda que Ademar não traria nenhuma contribuição ao meu estudo, pois nunca participou da vida de Francisco e apenas tem interesse em seu dinheiro.

Apesar dos conflitos familiares e dos embates por sua curatela, Francisco não sofreu mais nenhuma intercorrência desde o retorno do acolhimento noturno. Em geral, ele se mostra

tranquilo, colaborativo, cuidadoso, gentil e solidário. Costuma se interessar por tudo o que acontece na “Casa” e participa das atividades terapêuticas. “Ele adere a tudo, ele é sugestivo, criativo, concorda, ele é muito curioso, é curioso com todas as coisas que acontecem” (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Segundo o cuidador, a rotina de Francisco “é mais ou menos igual à rotina assim de todo mundo: acorda 8h da manhã, aí tem o café e eles fumam o cigarrinho deles depois do café, aí tem o almoço...” (RODRIGO, 2021 – relato verbal). Como o usuário gosta muito de futebol e eles torcem pelo mesmo time, costumam conversar sobre o assunto: “A rotina de todo mundo aqui é bem parecida assim, só que com uns a gente tem uns assuntos, com outros, outros” (RODRIGO, 2021 – relato verbal).

Sobre os programas fora da “Casa”, Manoel explica que Francisco sai de acordo com suas condições, apetites e desejos. Gosta muito de festas em boates, “e aí, tem todo o acompanhamento. Vai, volta, eu vou ter que olhar a hora que é, se o ambiente é seguro... Então tudo isso é planejado, mas ele tem o movimento de ir...” (MANOEL, 2020 – relato verbal). No início, Manoel acompanhava-o nos lugares, mas conforme foi ganhando autonomia e cumprindo os acordos, ganhou o aval para ir sozinho. Nas palavras do dono da “Casa”, “a gente vai alterando as cláusulas do acordo, ou restringindo ou ampliando”. O objetivo é dar assistência para que todos os moradores saiam e “realizem suas vontades”. Já segundo o cuidador, as saídas ocorrem mais quando Manoel está indo ao mercado ou ao hospital e Francisco pede para ir junto, às vezes para poder comprar alguma coisa.

De acordo com o próprio usuário, ele sai às vezes para tirar dinheiro no banco com Manoel ou tomar uma cerveja: “Faço um lanche, tomo uma Malzbier. Fumo um cigarrinho e pego meu táxi e venho pra cá” (FRANCISCO, 2020 – relato verbal). Embora haja outros profissionais na “Casa”, em geral é o dono quem acompanha os moradores nas saídas quando isso é necessário. Segundo Francisco, “ele vai comprar um carro para amenizar isso, colocar um motorista pra gente sair, passear, ir à praia, ir no banco, fazer um lanche...” (2020 – relato verbal). Embora goste de praia, caminhada, alongamentos e ginástica, não tem conseguido fazer estas atividades devido a problemas de saúde, como artrose e uma verruga plantar que “pegou” no Henrique Roxo. Por isso, fica mais restrito à “Casa”, onde faz abdominal na “rampa”, usa a piscina e pratica ginástica e alongamento em sua borda. No mesmo dia que conversamos, iria ao podólogo tratar da verruga. Deixa claro o desejo de recuperar seu condicionamento físico por meio de uma fisioterapia, que ainda não está conseguindo fazer.

Francisco precisou interromper os exercícios na academia que frequentava no bairro devido à artrose. Pretende tratar deste problema por meio do plano de saúde que Manoel

arranjou para ele. Lamenta que no passado não tenha conseguido fazer a ressonância magnética e o tratamento pelo plano de saúde custeado pela mãe, “porque aconteceu isso comigo”. Parecia estar se referindo à institucionalização nos hospitais de custódia. Concluiu que provavelmente não será possível retornar ao judô.

Segundo Manoel, Francisco tem cumprido os acordos estabelecidos. Presta contas do que gasta, apresenta as notas e volta no horário combinado. É esperado que todos estejam presentes nos momentos coletivos, como as refeições. Logo, o usuário só pode ficar na boate até a hora do jantar. Embora siga o contrato, Manoel sente necessidade de acompanhá-lo a certos lugares para verificar “se procedem”, pois o usuário “tem um certo delírio de ir aonde não deveria”. Como ele diz que era casado com a locutora de uma rádio, o dono da “Casa” já foi lá duas vezes investigar se essa pessoa existia e descobriu que não. Segundo Francisco, eles não a encontraram porque ela não estava de plantão naqueles dias. Manoel acredita que precisa “delirar junto” e “viver a fantasia” do paciente para ajudá-lo. “Quando é uma coisa que eu acho que é real, ele vai. Quando é uma coisa que eu acho meio duvidosa, eu vou com ele, para saber o que é que tá acontecendo, ou alguém vai com ele, alguém que seja um cuidador ou um psicólogo pra fazer companhia” (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Manoel diz que Francisco também “insiste” em falar sobre uma família com a qual teria morado em Ipanema. Chegou a fazer este relato em audiência, mas o dono da “Casa” concluiu, a partir de uma conversa com Helena, que é outra “fantasia”. Vale lembrar que, pelo relato do usuário na entrevista, esta família seria a mesma da ex-esposa, radialista.

Além de verificar os lugares relacionados aos delírios de Francisco, Manoel também “suspeita” de outros locais, que na sua opinião seriam “promíscuos” e, portanto, inadequados. Deu como exemplo a residência de um amigo que mora numa zona suspeita de usuários de drogas. Francisco insiste em pedir para tomar uma cerveja com ele e Manoel o questiona sobre isso, buscando substituir este local por outro e monitorar a quantidade de bebida alcoólica ingerida de acordo com as recomendações psiquiátricas. Ele pode tomar apenas uma para evitar alterações.

Como o Centro fica na região onde o usuário nasceu e cresceu, ele conhece a área e tem amigos. Apesar de reconhecer este aspecto, Manoel desconfia destas companhias e pontua:

Então, tem que saber o que é, por que vai... um amigo que mora perto do morro, uma região que não é decente, o que pode passar por lá? O que pode usar? Porque teve esses casos, né, eu já acompanhei. No início eu acompanho cada um, de início eu acompanhava e era difícil. Podia usar substância, podia comprar... (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Ao mesmo tempo que Manoel vê os amigos do território atual como más influências, ele recorda que Francisco comprava e usava drogas quando a instituição se encontrava em outra área, no centro da cidade. O antigo imóvel se situava em uma região muito carente, que era “quase uma favela”, com boca de fumo na esquina. Desse modo, fica claro que o uso de drogas pode ocorrer independentemente do contato com os amigos do território de referência. Apesar desta evidência, o dono da instituição busca conversar com Francisco no intuito de “canalizar” o seu desejo imediato para outra coisa quando ele pede para beber cerveja com o amigo. Segundo seu relato, “a gente tenta conscientizar da importância de não ir ou das consequências que podem surgir, porque aí eu tenho um poder legal também sobre ele, eu acho que isso, de certa forma, facilita, ajuda, é um instrumento também, porque é a relação de curador” (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Há um registro feito no prontuário do CAPS no dia 01º/11/2019 que demonstra algo deste controle exercido por Manoel sobre Francisco. Nesta ocasião, ele informou à equipe que o usuário havia utilizado “indevidamente” o valor de R\$ 150,00, destinado ao podólogo, em casa de garota de programa. Apesar disso, Helena e Vitória consideram a relação dos dois muito bem trabalhada. Para elas, o dono da “Casa” entende as necessidades de Francisco, estando sempre junto dele.

Na pandemia, a restrição das saídas ganhou outro tom. Manoel tem buscado acompanhá-las mais de perto, “porque não se pode saber o que vai acontecer”. Francisco continua saindo para comer um lanche ou tomar uma cerveja, mas antes e depois Manoel mede a sua temperatura para verificar se houve alguma alteração. “Então é uma cerveja só, ele não pode tomar mais de uma, porque a partir de uma ele já vai começar a ter uma alteração. Então ele geralmente vai com outra pessoa, e aí uma cuida da outra” (MANOEL, 2020 – relato verbal). Pelo que sugere o discurso do dono da “Casa”, a medição serve tanto em relação à pandemia, visto que o Coronavírus pode causar febre, quanto para monitorar as alterações de temperatura corporal que poderiam resultar do uso de bebida alcoólica.

Sobre a relação com o CAPS, Manoel explica que o serviço indica pessoas para a “Casa” e por isso existe uma troca de informações entre os dois. Ele mantém as referências individuais e a instituição cientes de tudo, enviando fotos periodicamente aos profissionais com os quais têm contato, “para todo mundo computar o seu paciente” e saber o que está fazendo. Do modo como fala, parece que essa comunicação é uma forma de prestar satisfações ao serviço que encaminhou o usuário.

Manoel avalia que fez uma “boa política de saúde mental” com o CAPS e consegue atender todas as suas necessidades. Caso tenham um paciente “sem lugar”, ele tenta fazer de

tudo para supri-lo, oferecendo todo conforto “àquele necessitado”. Há uma preocupação em atender o serviço, que está “esperando que a gente realmente dê aquilo que a pessoa precisa, quer dizer, um ambiente confortável, que não tenha preocupação, que dê essa segurança ao CAPS, à referência individual ou à referência multifuncional” (MANOEL, 2020 – relato verbal). Ele costuma mandar fotos de Francisco para Helena, de modo que ela possa acompanhá-lo, mesmo a distância. Neste momento, Manoel faz uma alusão à figura paterna, que pode estar presente, embora ausente, tal como ele foi com seus filhos. Como a técnica de referência é “a principal peça do acompanhamento dele”, este vínculo precisa ser preservado, em qualquer lugar que ela esteja.

Ainda segundo o dono da “Casa”, antes da pandemia, Francisco ia toda semana ao CAPS para a convivência, um ou dois dias, assim como todos os moradores que se tratam neste tipo de serviço. Depois, passaram a ir à medida da necessidade, para tomar medicação injetável ou oral. Às vezes, Manoel vai sozinho pegar os remédios, mas quando necessário, ele leva o usuário, que é reavaliado, sendo feita a alteração da prescrição. A partir disso, a “folha de controle” da “Casa” é alterada. Para resumir, ele citou três usos do CAPS: convivência ou vivência, resolução de alguma demanda ou contorno de uma crise mais elevada. Em seguida, pontuou que desde 2018 ninguém mais sofreu um episódio grave.

Diferentemente do que diz Manoel, o prontuário mostra muito mais relatos de ida ao CAPS para pegar a medicação do que qualquer outra coisa, mesmo antes da pandemia. Os registros de comparecimento para atividades como musicoterapia e grupo terapêutico aparecem com pouca frequência, entre maio de 2016, quando ele chegou ao CAPS, e setembro de 2018. O próprio usuário afirma que só vai à unidade tomar injeção, mas lembra que antes era diferente. Na sua opinião, o serviço era muito melhor no início, logo após a inauguração: “Era legal, tinha cinema com uma tela enorme, ar refrigerado, pipoca, terapia com as psicólogas...” (FRANCISCO, 2020 – relato verbal). Ele sente falta daquela época, em que passava o dia no CAPS, lanchava e lia livros. Era tudo muito organizado e tinha assembleia às segundas-feiras. Os “internos”, porém, não valorizavam e um deles quebrou a televisão. Ainda gosta do CAPS, “mas mudou muito”. Quando busco entender o que mudou, ele sugere que não há mais uma regularidade de atividades como antes e que o desfalque dos cofres públicos por questões políticas teria levado à piora da infraestrutura e prejudicado os funcionários, deixando-os sem pagamento.

Helena diz que Francisco nunca frequentou muito as oficinas e que o cuidado fica “mais distanciado” porque a “residência terapêutica”, tanto pública, quanto privada, abarca a vida do paciente de forma “muito prenante”, o que ela entende como um fenômeno a ser pensado.

Segundo esta técnica, o usuário vai raramente ao serviço e é mais comum isso se dar quando tem que tomar injeção. Ela e Vitória buscam agendar este procedimento no dia em que estão presentes para que ele possa conversar com elas também. Além disso, acontece, eventualmente, de ser levado por Manoel junto a outros pacientes da “Casa” para ficar na convivência.

Na perspectiva de Helena, já na primeira “Residência”, o CAPS funcionava como “suplência”, resolvendo algumas questões burocráticas “da vida” de Francisco, fazendo AT e fornecendo remédio gratuito, o que ela entende que é de fato a obrigação do serviço territorial. Embora considere que as residências terapêuticas públicas também tendem a “abarcas” a vida da pessoa, ela e Vitória ressaltam aspectos das instituições particulares que reforçam este processo. Diferentemente dos serviços de hospedaria e *hostel* com os quais o CAPS faz parceria, as duas “Moradias” privadas se intitulam de Serviço Residencial Terapêutico<sup>57</sup> e, segundo Vitória, “acabam também assumindo uma parcela aí dessa função terapêutica e por vezes, eu acho que é até demais, né?” (2020 – relato verbal). De acordo com Helena, na primeira “Casa” “tinha uma equipe lá, assim, uma equipe multidisciplinar, né, então tem uma coisa também de você delegar um pouco, né?” (2020 – relato verbal). As duas pontuam que a “Residência” estabelece um contrato envolvendo “esse tipo de cuidado especializado”, com valores altos, superiores aos custos de uma pura moradia. De acordo com o discurso delas, um complementando o da outra, este acordo seria estabelecido não só com a família, mas também com o próprio CAPS e significaria uma certa responsabilização da “Casa” sobre o usuário.

No caso de Francisco, Helena entende que o serviço substitutivo acaba atuando como retaguarda em relação às “pioras clínicas”, no apoio à crise e na continuidade ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico. Também trabalha como órgão fiscalizador sob certo aspecto. Esta última função se relacionaria ao uso do dinheiro. Em alguns momentos, ela pergunta sobre isso ao usuário para saber se sua pensão está sendo guardada, considerando que Manoel é o curador:

A gente tem esse papel mesmo de saber da vida dele, assim, e se... é... o que que... o que que ta se dando aí... se tá havendo algum tipo de abuso, né, né... alguma negligência, né... tanto que quando ele precisou, ele ficou aqui quase um morador, né, durante seis meses, né, e assim, com a gente com uma interrogação: como que ele sairia? porque não tinha porta de saída, porque não tinha instituição. Depois que... pensa-se no Manoel... (HELENA, 2020 – relato verbal).

---

<sup>57</sup> Embora elas usem esta nomeação, em nenhum momento da entrevista Manoel se referiu ao Centro deste modo.



Helena demonstra surpresa e entusiasmo com os avanços de Francisco na “Moradia” privada. Para ela, a primeira “Residência” particular teria sido um momento de “transição dele dessas instituições tão violentas”, como o hospital penitenciário e o Pinel. De caso muito difícil, que mobilizava as equipes e se tornava agressivo e ameaçador nas crises, ele passou a se mostrar de outra forma e pôde construir “uma vida de qualidade”, com acesso a tudo que quer e sem a ameaça da instituição total. Há vezes em que vai ao serviço para almoçar e “fazer uma social”, apresentando-se “falante e simpático”.

Ao relatar a dinâmica do usuário no CAPS, Vitória ressalta o quanto o vínculo possibilitou um deslocamento do seu olhar sobre o tratamento e as medicações. Enquanto antes Francisco entendia que estas substâncias lhe faziam mal, agora ele mesmo pede para ser medicado quando sente necessidade. Ela trouxe como exemplo um episódio, há aproximadamente dois anos, no qual ele procurou o serviço sexta-feira à noite, muito invadido por vozes e por certa perplexidade, pedindo medicação.

Em relação à prevenção da crise, Helena elogia Manoel, dizendo que ele tem um olhar atento a alterações, buscando ajuda antes de o paciente entrar num estágio crítico. Como contraponto, ela comenta que talvez a primeira “Residência” particular não tivesse a mesma firmeza, controle e sensibilidade deste gestor para exercer uma postura “quase tutelar”, necessária na lida com Francisco. Ao caracterizar Manoel como uma pessoa firme, ela ri por reconhecer que tal característica também traz problemas.

Para Vitória, a diferença de uma “Residência” para outra se relaciona ao posicionamento dos gestores diante da inadimplência. Enquanto a primeira dispensou o “cliente” rapidamente pela falta de pagamento, Manoel foi mais “sagaz” e suportou esperar, tendo em vista a possibilidade de assumir a curatela e, com isso, a pensão. O próprio usuário também compara as duas “Moradias”. Para ele, a única coisa que a anterior tinha de vantagem era a “comida de luxo”, o que era esperado, visto que estava pagando quase R\$ 5.000,00 por mês. De todo modo, no geral, a “Casa” em que está agora é melhor, mais organizada e ampla, com churrasqueira e piscina, que não havia na outra “RT”. Além disso, considera o gestor mais capaz de controlar certas coisas, como por exemplo, o consumo de cigarro. Enquanto antes ele fumava um maço por dia, agora consome apenas cinco cigarros, um após cada refeição, e fica satisfeito. Também “tem mais silêncio, meu banheiro, meu quartinho lá refrigerado, minha cama. Vai ter um armário agora, vão colocar uma televisão, um lugarzinho pra mim” (FRANCISCO, 2020 –

relato verbal). Ao que parece, como ele adquiriu uma renda capaz de custear o quarto individual, criou a expectativa de ter consigo itens que a instituição costuma colocar fora.<sup>58</sup>

Francisco também diz que criou um apego maior com o dono e que há mais atividades no Centro Junguiano do que na “Residência” anterior. Cita como exemplo uma psicóloga que vai fazer “dinâmica” e terapias com eles segundas, terças e quartas-feiras: “É um relaxamento, um som do celular de aves florestais/aves silvestres. Olha o som dos passarinhos cantando, tá vendo? [...] Aí coloca, é... no celular, o som dos pássaros... A terapeuta bota dez minutos, enquanto a gente faz a meditação. Relaxa... é ótimo”. Há também um psicólogo junguiano que faz uma terapia envolvendo “identificação e caráter, como é que eles falam mesmo? Eu esqueci, o Manoel que sabe falar...” (FRANCISCO, 2020 – relato verbal).

Apesar dos elogios ao dono e de ter encontrado certa ancoragem na “Casa” Junguiana, quando lhe pergunto o que acha de morar lá, Francisco responde: “Não... vamos ver a audiência, né... vamos ver a audiência agora, como vai ficar essa audiência...” (2020 – relato verbal). Segundo ele, nesta ocasião será abordada a questão de sua pensão, no valor de R\$ 70.000,00. Sugere, então, que voltemos a conversar quando ele estiver morando com a ex-esposa e as filhas, na casa em Ipanema, para onde pretende retornar em 2022. Diz que nesta oportunidade, vai me apresentar suas duas filhas, “umas coisinhas lindas”, que ele próprio não vê há muitos anos.

#### 4.3.1.3 Neide

A usuária, que faz tratamento no CAPS desde agosto de 2016, residiu no mesmo local que Francisco durante dois anos e três meses, mas depois foi abrigada em uma instituição da Prefeitura na Zona Oeste. Na época em que fiz as primeiras entrevistas (outubro de 2020), ela ainda estava no Centro Junguiano. Entrevistei tanto a técnica de referência do CAPS, via Skype, quanto Manoel e a própria Neide, na instituição. Após descobrir, já em 2021, que ela tinha ido para um abrigo, conversei novamente com a técnica, desta vez por telefone, para entender este novo processo de institucionalização.

Neide nasceu no dia 12/01/1961, em Teresina-PI. Segundo a profissional de referência do CAPS, Isaura, é a caçula de uma prole de oito, sendo quatro homens e quatro mulheres. A mãe, esquizofrênica, suicidou-se quando a usuária tinha apenas dois anos de idade e, por isso,

---

<sup>58</sup> Vale lembrar que, na minha segunda visita, ficou claro que um dos objetos mencionados por Francisco, a TV, não pôde ficar no quarto, tal como relatado pelo cuidador.

ela passou a ser cuidada pela tia, Ivonete, que levou as quatro sobrinhas para a sua casa, no Rio de Janeiro. Com o passar do tempo, as irmãs foram seguindo seus caminhos, fosse estudando, namorando ou formando família. Duas delas voltaram para Teresina, mas Neide permaneceu com a tia, assim como uma outra irmã, Beatriz. Esta só saiu da casa de Ivonete quando se casou e foi morar junto ao marido, com quem tem uma filha. Segundo relato desta familiar ao CAPS, ela se sentia desvalorizada por não ser tratada como filha pela tia, o que gerou alguns conflitos familiares. Devido ao grave comprometimento psíquico de Neide, ela continuou sendo cuidada por Ivonete e foi curatelada em 2003. A interdição ocorreu porque a usuária agrediu uma pessoa e teve que responder judicialmente por isso. Segundo Isaura, ela tornava-se agressiva porque tinha “alguns delírios visuais, vendo demônios nas pessoas que transitavam na rua”. Nas palavras da técnica, ela é uma “psicótica grave, gravíssima” (ISAURA, 2020 – relato verbal).

Segundo o relato de Neide sobre sua história, ela fez os cursos técnicos de contabilidade e computação do SENAC, e era a “melhor de todas”. Queria trabalhar no cinema São Luís com informática. Além disso, estudou Turismo e atuou na Marinha como datilógrafa e secretária, mas não ficou muito tempo porque o chefe era “chato para mim”. De acordo com Isaura, foi Ivonete quem a colocou lá, pois ela já trabalhava no setor administrativo da entidade. Neide diz ainda que ia se formar em Psicologia, mas desistiu, pois “enjoei de estudar”.

Quando chegou ao CAPS, em agosto de 2016, residia em um apartamento alugado na Zona Sul do Rio com a tia, que já tinha 91 anos. Pela idade avançada, Ivonete não conseguia mais dar conta dos cuidados de Neide e uma cuidadora contratada havia três anos, Ermelinda, auxiliava as duas. Depois de um tempo, passou a revezar-se com sua irmã e sobrinha neste cuidado. Em conversa com a equipe do CAPS, ela falou sobre as dificuldades com Neide, devido às “condutas provenientes da psicose da mesma, como pedir favores à tia idosa, acordá-la, dormir pouco durante a noite e agitação quando retorna da rua” (PRONTUÁRIO DE NEIDE, 2016). Ivonete não parecia se afetar tanto quanto a cuidadora com estes comportamentos.

De acordo com um relato da síndica também registrado em prontuário, Neide e a tia moravam há aproximadamente dez anos no prédio e a usuária apresentava oscilações, “às vezes tranquila, às vezes em crise, muito agressiva”. Já havia agredido várias pessoas, inclusive um porteiro antigo, com barra de ferro. Ainda segundo a síndica, ela se sentia muito perseguida e achava que todos roubavam seu dinheiro. O asseio pessoal era péssimo e, mesmo quando estava bem, não se cuidava devidamente. Como a cuidadora não ia todos os dias, elas ficavam sozinhas frequentemente. Segundo Isaura, a profissional só trabalhava na casa de terça a quinta-feira, quando retornava para a sua residência na região dos Lagos. Desse modo, Neide precisou passar por inúmeras internações, acionadas pelo próprio prédio.

Antes de chegar ao CAPS, a usuária fazia acompanhamento psiquiátrico em um CMS, mas como interrompeu o uso das medicações, entrou em uma crise que se estendeu por cinco meses, segundo relato da cuidadora à equipe. Ela foi então levada pelos bombeiros ao Pínel com quadro de heteroagressividade, agitação psicomotora, aceleração do pensamento e insônia. Nas palavras da própria Neide, a internação se deu porque “eu sabia cantar e meu computador me obedecia, tudo que eu falava, ‘agora canta’, ele cantava. Aí os vizinhos ficavam com inveja, diziam que fazia barulho lá. Aí chamaram a minha irmã, deu uma confusão lá e ela me internou no Pínel” (2020 – relato verbal).

A internação durou de 09/06/2016 a 02/08/2016. Em seguida, a usuária passou a ser assistida pelo CAPS, mas com dificuldade de comparecer aos atendimentos. De acordo com a cuidadora, ela não queria ir ao serviço com medo de ser internada novamente. Apenas no final de agosto, conseguiu ir sozinha. Estava agitada e admitiu cuspir as medicações da noite por achar que a faziam engasgar e acordar tonta. Contou também que vinha fazendo simpatias com cristais e folhas para conseguir marido e recebendo espíritos que falavam muitas coisas ruins dentro dela. A equipe que a assistia conversou sobre o caso e decidiu introduzir o Haldol Decanoato em sua prescrição.

Na entrevista, ela diz que se sentiu enganada pelo CAPS. Segundo seu relato, uma técnica a convidou para ir ao serviço prometendo que assim nunca mais seria internada, porém “era tudo mentira, Doutora, eles fizeram eu [sic] tomar injeção, pras minhas pernas ficar assim bamba [sic], pras minhas pernas não andarem direito” (NEIDE, 2020 – relato verbal). Parece que a aplicação da medicação injetável e seus efeitos colaterais fizeram-na associar o CAPS a um ambiente de internação num primeiro momento. Esta visão mudou com o tempo, como será visto mais à frente.

Neide foi diagnosticada com “Outros transtornos de humor (afetivos) recorrentes” (F 38.1). De acordo com o prontuário, ela atravessava momentos de exaltação emocional, erotismo exacerbado, insônia, logorreia, ansiedade e abuso no consumo de café e cigarros. A própria usuária relatou à equipe que sentia falta de ar e agitação à noite, mas tinha medo de acordar a cuidadora por ela não entender a sua condição e maltratá-la. Devido à resistência em comparecer regularmente ao CAPS e tomar Haldol Decanoato, sob a alegação de que ficava com as pernas “bambaleando” e urinando nas calças, o acompanhamento e administração de medicamentos passou a ser feito por VDs. Neste contexto, foi construída uma parceria com a CF para garantir a assistência tanto de Neide, quanto de Ivonete. Outra estratégia para aproximar a usuária do CAPS foi convidá-la para as festas no serviço. Segundo Isaura, por ser “gulosa”, ela aceitava ir a estes eventos e o vínculo ia se criando a partir disso.

A articulação com a CF foi feita após uma visita em que se constatou que Ivonete sofria um processo demencial já bastante comprometedor de sua autonomia e autocuidado. Nesta ocasião, ela relatou à equipe sentir-se doente, com muito desânimo, além de fortes dores no joelho e dificuldade de deambular. As cuidadoras não estavam na casa e foi possível observar as condições precárias do imóvel, incompatíveis com a renda de Ivonete. Havia infiltrações e os pertences das duas ficavam guardados em caixas de papelão devido à ausência de armários nos quartos. A tia falava da necessidade de se mudar para um lugar mais barato, pois estava devendo o pagamento do aluguel, do qual não sabia dizer o valor, nem onde estavam os boletos. Tampouco tinha noção da quantia que recebia mensalmente. Havia um bilhete para que lembrasse de tomar suas medicações, mas comprimidos sobrando. Ficou claro que o esquema de cuidados era insuficiente, deixando Neide e a tia desassistidas. Apesar de terem três cuidadoras (a principal e suas familiares), elas passavam dias sozinhas.

Para entender esta desassistência e evitar possíveis abusos de terceiros em relação a elas, o CAPS concluiu que precisava ampliar a presença dos serviços públicos na casa. Após uma discussão com a CF, em que se transmitiu a necessidade de acompanhamento clínico das duas e avaliação do processo demencial de Ivonete, passaram a ser feitas visitas tanto em conjunto, quanto separadamente, por cada um dos dispositivos. Nestes atendimentos, eram administradas e organizadas as medicações de Neide, tendo em vista a sua resistência em manter o tratamento medicamentoso e a desorganização dos remédios na casa. Também era avaliado o estado clínico de Ivonete, o que permitiu às equipes observarem os efeitos do processo demencial, como esquecimento muito intenso, desorientação no tempo e espaço, restrição ao perímetro domiciliar, falta de higiene e cuidado com a casa e a sobrinha. Diante disso, concluiu-se que ela não tinha mais condições de ser curadora de Neide e precisava ser cuidada por alguém. O CAPS entrou então com uma ação/denúncia no MP para auxiliar neste processo. Segundo Isaura, o caso foi apresentado a este órgão para que tomasse as providências necessárias no sentido de designar alguém para se responsabilizar pela idosa e sua sobrinha, bem como resguardá-la de possíveis espoliações.

Ao longo das visitas, era possível observar a degradação das condições da casa e a ausência das cuidadoras em muitos momentos. Há registro de que uma delas impediu a CF de subir para administrar medicações, sob alegação de que Ivonete e Neide estavam dormindo e não podiam ser incomodadas. Para Isaura, a cuidadora impedia este contato e não levava Ivonete à Clínica porque se constatassem seu processo demencial, ela perderia certas regalias, como por exemplo, ir ao banco fazer as retiradas dos cheques que a patroa assinava por não conseguir mais sacar seu dinheiro. Em 28/07/2017, numa visita feita pelo CAPS com a estratégia de saúde

da família e o NASF, Neide mostrou-se um tanto exaltada, falando alto e com semblante irritado. Queixou-se de passarem muitos dias sozinhas, sem os cuidados das funcionárias, e que elas roubavam Ivonete e a agrediam quando a tia tentava impedir. Uma das cuidadoras, que estava neste dia, tentou destituir as falas de Neide, deixando-a ainda mais irritada.

O relato de uma amiga e advogada de Ivonete, chamada Sheila, corrobora as falas da usuária. Em contato telefônico feito pelo CAPS, ela disse que as cuidadoras cobravam uma diária muito acima do padrão e eram suspeitas de roubar o dinheiro de Ivonete, que passou a sumir frequentemente. Contou ainda que Ermelinda tinha acesso a uma poupança no valor de R\$ 174.000,00, destinada a Neide, e que sugeria à tia manter sempre talões de cheque assinados para qualquer emergência. Também observou que nos anos precedentes, a cuidadora havia passado a andar bem adornada de joias e com um padrão de vida bastante superior ao de antes.

Diante desta situação de exploração e do processo demencial avançado que acometia Ivonete, o CAPS entrou em contato com Beatriz para tentar aproximá-la do cuidado. Em 11/08/2017, ela foi ao CAPS junto à filha e o marido para uma reunião com a técnica de referência à época e o assistente social do NASF. Consta no prontuário que eles trouxeram queixas em relação à cuidadora e a Sheila, bem como demonstraram o desejo de cuidar de Neide e da tia. Relataram que Ermelinda tinha sido contratada como acompanhante havia quatro anos, mesma época em que Ivonete estava fazendo tratamento para câncer de mama, que culminou em uma mastoplastia. A amiga e advogada da tia teria então acusado Beatriz de roubá-la, colocando uma contra a outra. Ela e seus familiares foram inclusive proibidos de visitar Ivonete no hospital e desconfiam até da veracidade da doença, pois acham que Sheila e a cuidadora podem ter inventado isso para ficar com o dinheiro da cirurgia. Estavam muito preocupados em como se reaproximar de Ivonete e Neide, por medo de Ermelinda. Gostariam de contratar outros “cuidadores confiáveis” e se dispuseram a pensar em alternativas de moradia para as duas, considerando que o pagamento do aluguel do apartamento atual estava atrasado, com risco de despejo.

Em VD feita no dia 22/08/2017, a equipe encontrou Beatriz com o marido e a filha na porta do prédio e eles subiram juntos. Os familiares ficaram bastante impressionados com o descuido da casa e a falta de móveis, emocionando-se em alguns momentos. Como Neide queixou-se de estar sem dinheiro para comer, deram-lhe uma quantia para que ela e a tia pudessem almoçar. Também se comprometeram a comprar caixas para organizar a medicação de Neide semanalmente.

A aproximação destes parentes, entretanto, não durou muito tempo. Em setembro de 2017, o CAPS contactou Beatriz e a filha para que levassem Ivonete a uma tomografia, a pedido

do NASF, e elas demonstraram resistência em fazê-lo. Com dificuldade, acabaram aceitando, mas como a idosa se recusou a se submeter ao exame, desconfiando da sua necessidade, decidiram se afastar de Ivonete e Neide.

Tanto o relato de Isaura, quanto as falas da usuária registradas em prontuário, demonstram desconfiança em relação à irmã. Em 07/11/2017, Neide disse à equipe, um tanto irritada, que Beatriz e a filha queriam internar a tia para ficar com sua herança. Isaura também relata que ela nunca esteve por perto e só se aproximava de Ivonete para pedir dinheiro.

Ao longo de 2018, a situação piorou significativamente, tanto do ponto de vista da psicopatologia de Neide, quanto do processo demencial de Ivonete. A resistência da usuária à abordagem era frequente e algumas vezes ela recusava a presença dos profissionais em sua casa. A equipe buscou então dialogar com um local de referência para ela, o ambulatório da igreja que frequentava semanalmente. Em 23/03, foram lá com Neide e puderam observar que ela era conhecida por muitos frequentadores. Pediram então que estas pessoas a lembrassem de ir ao CAPS semanalmente para pegar suas medicações e que reforçassem a importância deste acompanhamento para evitar internações. Marcaram também uma reunião com a diretora. De acordo com Isaura, Neide sempre teve um discurso muito religioso. Dizia que frequentava a igreja e pedia ao padre para lhe arranjar um namorado, além de fazer promessa para as santas e a Nossa Senhora. Em sua casa, havia imagens dessas figuras por todos os lados. Na entrevista comigo, Neide também fala do vínculo que tinha com a igreja e diz que todos os padres gostavam dela.

Apesar da tentativa de articulação com este local significativo do território para a usuária, a dificuldade de comparecer ao serviço permaneceu. Em 06/04, ela telefonou para o CAPS dizendo que não tinha dinheiro para ir. Nesta mesma semana, a residente de saúde da família havia feito uma VD na qual encontrou a usuária e a tia sozinhas, sem dinheiro para comer. Ela mesma admitiu gastar toda a quantia que recebia de Ivonete com pizza, salgado, táxi e produtos no bazar da igreja, o que gerava conflitos com a cuidadora. Na entrevista, Neide me contou que ia de táxi comprar cigarros com o dinheiro dado pela tia.

À despeito das investidas dos serviços de saúde, o processo de agravamento do quadro continuou. Em VD feita no dia 26/06, já na chegada o porteiro avisou que a usuária andava agitada e agressiva ultimamente, ameaçando os vizinhos. Como resistiu ao contato com os profissionais, eles precisaram negociar pelo interfone e conversar com ela na portaria para que permitisse a entrada. Notaram que Neide se sentiu invadida com a presença deles. Estava bastante desorganizada, delirante, exaltada e agressiva verbalmente com a tia. No apartamento, havia muitos restos de comida com larvas, insetos, sujeira e alguns cômodos sem luz. Ambas

apresentavam higiene bastante precária, há muitos dias sem tomar banho, nem cortar as unhas. Como estava muito agitada, Neide não permitiu que a equipe fizesse nenhuma abordagem de cuidados básicos. Pediu dinheiro emprestado, alegando que não tinham e precisavam comprar comida.

A partir desta data, tendo em vista a gravidade da situação, intensificou-se o ritmo de VDs. Apesar da resistência e dos delírios persecutórios da usuária, as equipes do CAPS e da CF conseguiam entrar na casa. Em uma das visitas, Neide e Ivonete permitiram inclusive a retirada do excesso de lixo, que incluía comida com larvas, insetos e guimbas de cigarro. Em outra VD, os profissionais descobriram que Ermelinda havia ficado muito magoada com uma denúncia de “sumiço de dinheiro” feita por Ivonete à polícia e, por isso, tinha decidido não voltar mais lá. Um amigo da igreja, Euclides, assumiria então os cuidados das duas. Uma das providências tomadas por ele foi organizar um esquema com um restaurante próximo para que entregasse “quentinhas” regularmente a elas.

Em contato telefônico feito por Isaura, este amigo informou que conhecia Neide e a tia havia muitos anos, desde que começaram a frequentar a igreja e a viajar em excursão para acompanhar a aparição de Nossa Senhora Rainha de todos os Santos. A própria usuária também conta que o conheceu na igreja católica, quando sua esposa ainda estava viva, e que seu filho gosta muito dela. Euclides resolveu ajudá-las a pedido de Neide, que sempre ia a sua casa solicitar que orasse por ela e a ajudasse a arrumar um namorado. Recentemente, ele tinha ido ao banco na companhia de Ivonete e da sobrinha de Ermelinda para sacar dinheiro e pagar contas e dívidas feitas pela usuária com restaurantes e pessoas, bem como quitar o pagamento do condomínio, do aluguel e das cuidadoras. Como mostram estes relatos, elas continuaram trabalhando lá, apesar da insatisfação com a denúncia feita por Ivonete. Euclides informou ainda que Beatriz havia lhe telefonado explicando que tinha ficado afastada da tia por um tempo, mas que estava disposta a ajudá-la a partir de então por meio de uma procuração com a qual daria providências às despesas da casa. Ele, por sua vez, se prontificou a contribuir para a obtenção deste documento em cartório.

Apesar das iniciativas relatadas por este amigo, a situação continuava tensa e a abordagem bastante difícil nas VDs feitas pelo CAPS. Neide era hostil com a equipe e estava com muito medo. Sentia-se perseguida e, por isso, ficava restrita ao apartamento. Disse ter receio de sair porque os inimigos iriam invadir e as baratas voadoras a ameaçavam. Apresentava humor lábil, risos imotivados e higiene ainda precária. O porteiro relatou que ela gritava muito com a tia.



Em 31/08/2018, há um registro no prontuário que retrata o esforço da equipe de fazer o acolhimento à crise na própria residência e a constatação de que a estratégia era incipiente para o quadro. Neste relato, consta que durante as seis semanas precedentes estavam sendo feitas VDs de uma a duas vezes por semana. Embora a equipe levasse as medicações, Neide não conseguia manter o uso, o que contribuía para a sua piora. A usuária demonstrava muita resistência em abrir a porta e a CF já não conseguia mais ter acesso a ela e à tia. Apesar de períodos com alguma melhora, o quadro permanecia grave: autocuidado prejudicado (sem banho e com unhas dos pés enormes), paranoia, construção delirante de que os vizinhos estavam fazendo macumba para ela, escuta alucinatória e muito agressividade verbal em relação à equipe e à tia. Desde o início desta crise, os profissionais do CAPS constataram a necessidade do acolhimento noturno, mas isto não foi possível por não haver ninguém para ficar com a tia, dentre outros fatores.

No dia 14/08/2018, a síndica do prédio havia ligado para o CAPS queixando-se que Neide estava gritando muito à noite e os moradores reclamando por isso. O prédio chegou a receber uma notificação por escrito, exigindo providências. No mesmo dia, a TO, referência do caso à época, foi até lá junto com uma psicóloga do serviço. Embora Neide estivesse exaltada e não quisesse recebê-las, elas subiram. Encontraram uma das cuidadoras e Beatriz indo embora, muito nervosas porque Neide teria ficado agressiva e empurrado a irmã, que teve um pico hipertensivo. As duas técnicas decidiram não chamar os Bombeiros naquele momento, porque não havia quem pudesse ficar com Ivonete, mas orientaram a síndica e o porteiro a acionarem este serviço no dia seguinte para levar Neide ao acolhimento no CAPS, quando a cuidadora estivesse na casa. Como ninguém quis se comprometer, o combinado acabou não sendo cumprido. Devido à superlotação do acolhimento noturno, a própria equipe também não conseguiu concretizar este plano nos dias subsequentes.

Em 23/08, o Ministério público entrou em contato com a técnica de referência por telefone para solicitar relatório psicossocial devido à ação aberta pelo CAPS no MP. Poucos dias depois, a sobrinha de Neide, filha de Beatriz, também ligou para esta técnica, após quase um ano de afastamento do serviço, pedindo um laudo para entregar à advogada que auxiliava ela e a mãe no processo de curatela de Neide e Ivonete. Esclareceu que se reaproximaram das duas, mas não estavam conseguindo entrar no apartamento. Como visto anteriormente, Neide teria agredido a irmã em uma destas tentativas. A sobrinha também contou ter ido à agência bancária de Ivonete e descoberto, pela gerente, que Neide estava indo lá forçar a tia a assinar cheques em branco, muito agressiva e ameaçadora. Segundo o prontuário, o pedido do laudo

foi questionado, sob a argumentação de que o processo de curatela já estava tramitando e que o médico de referência do caso havia saído do CAPS.

De acordo com Isaura, em setembro de 2018, Neide foi levada ao acolhimento noturno pelos Bombeiros após um episódio de forte crise à noite. Logo depois, ocorreu justamente aquilo que a usuária temia: Beatriz internou Ivonete. Ela a colocou em uma clínica geriátrica particular em Vargem Grande e pretendia “fechar um pacote”, enviando a irmã para lá quando saísse do acolhimento noturno, cada qual com o custo mensal de R \$3.000,00. Fez isso sem qualquer diálogo ou pactuação com o CAPS. Em poucos dias, Ivonete sofreu uma queda na clínica, bateu com a cabeça e veio à óbito. Na entrevista, Neide fala sobre a morte da tia com bastante emoção e diz que a amava muito. Logo após o falecimento, Beatriz “fez uma limpa” no apartamento, do qual retirou todos os móveis e pertences, para devolver ao proprietário. Parecia querer se desfazer de qualquer responsabilidade que pudesse vir a ter com a irmã. Foi Euclides quem relatou esta situação ao CAPS e à usuária. Isaura teve que entrar em contato com Beatriz para que ela entregasse ao menos os documentos de Neide. Sobre as roupas e itens pessoais, a irmã não deu qualquer satisfação. A usuária ficou sem moradia, renda nem família.

Neide permaneceu por três meses no acolhimento noturno, com breve intervalo de pouco menos de uma semana em que ficou abrigada. Apesar da forte crise que antecedeu este período e da perda da tia, ela se mostrava calma. Em geral, aceitava as medicações, as refeições e “conciliava” bem o sono. Segundo Isaura, pedia para ir à missa aos domingos e os técnicos buscavam se organizar para levá-la. No Dia de Finados, disse que precisava rezar pela alma da tia e a técnica de referência a acompanhou de táxi à igreja, onde foi cumprimentada de forma enérgica por muitas pessoas.

Em 01º/10/2018, consta no prontuário que ela estava apresentando melhora significativa do quadro, sem intercorrências e, em 25/10, que havia adquirido um pouco mais de independência. Por outro lado, Neide demonstrava sentir angústia pela falta de familiares e amigos, demandando contato com eles, que raramente a visitavam. Os técnicos ligaram para Beatriz e a sobrinha, na tentativa de que ficassem mais próximas, sem sucesso. Também solicitaram o desarquivamento do processo de curatela para que pudessem dar andamento ao pedido de pensão pela morte da tia. De acordo com Isaura, apesar da solicitação, o CAPS acabou não “tendo pernas” para se engajar no encaminhamento desse pedido ou de outro benefício assistencial. Era um período em que o próprio serviço estava em crise devido a demissões e problemas no pagamento dos salários. Com um número reduzido de trabalhadores, não era possível fazer todas as articulações que o caso de Neide demandava.

Embora os registros do prontuário afirmem que a usuária não recebia muitas visitas, ela própria diz, com contentamento, que Euclides e Beatriz iam lhe ver e presentear no CAPS. Segundo suas palavras, o amigo lhe dava muitos cigarros, chocolates e café, e a irmã, bolsas “à tiracolo”. Como será visto adiante, ela traz este relato na entrevista para fazer contraponto ao que passou a viver na instituição onde morou depois.

No dia 08/11, a equipe sinalizou no prontuário que a usuária não tinha mais nenhuma indicação para o acolhimento noturno, porém a irmã não se prontificava a recebê-la em sua casa, alegando que havia pouco espaço e já cuidava do marido doente. Para Isaura, Beatriz se desinteressou em cuidar de Neide quando descobriu que não receberia a pensão tão logo imaginava. Anteriormente, ela havia se aproximado pelo interesse em assumir a curatela e administrar o dinheiro da tia. Embora soubesse que a irmã não ficaria com ela, Neide insistia com esta demanda, garantindo que tomaria seus remédios e “ficaria quietinha”. Na ausência de um lar, ela foi encaminhada, em 03 de dezembro de 2018, a um abrigo da Prefeitura na Zona Norte, para mulheres entre 18 e 59 anos de idade, com equipe técnica formada por assistentes sociais, psicólogo, nutricionista e educadores sociais.

Inaugurada em novembro de 2009, a proposta inicial da instituição era acolher prioritariamente mulheres dependentes do *crack* e outras substâncias psicoativas, proporcionando acesso ao tratamento da dependência química e às políticas públicas por meio de ações em rede. Desde 2013, a unidade atravessou um processo de reestruturação em conformidade com os Serviços de Proteção Especial de Alta Complexidade da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), diversificando o seu público, que passou a incluir, na sua maioria, pessoas em situação de pobreza extrema, com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, sem moradia, além dos “demais fatores desagregadores como o uso abusivo de drogas, violência comunitária, violência doméstica, doença e deficiência mental”<sup>59</sup> (RIO DE JANEIRO, 2021).

Neide não se adaptou ao abrigo e a equipe a levou de volta ao CAPS, alegando que não tinha como continuar lá, “pois não atendia ao perfil” do local. Segundo a usuária, elas “me enganaram que podia sair, podia telefonar no celular, podia fumar... tudo mentira. Elas brigavam comigo, eu não podia ligar no celular das minhas amigas, fazer nada”. Por isso, Neide encontrou um jeito de pedir ajuda: “Deus me deu inteligência que eu fui pra porta da rua e disse ‘chame a polícia que eu tô prisioneira aqui, essas malucas tão brigando comigo’” (NEIDE, 2020 – relato verbal). De acordo com Isaura, o nome do abrigo fez Neide criar a expectativa de que

---

<sup>59</sup> Informações disponíveis no *site*: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro - [www.rio.rj.gov.br](http://www.rio.rj.gov.br)

estava indo para um lugar religioso, com freiras, e ela estranhou ao chocar-se com a realidade. Chamava as funcionárias de “piranhas” e não aceitava as condições do local. Embora, segundo a técnica, as portas da instituição sejam abertas, alguns pacientes provenientes do CAPS demandam cuidados especiais. No caso de Neide, um dos motivos para a limitação das saídas era o seu comprometimento na tireoide, que até hoje lhe causa dificuldades na movimentação.

Isaura negociou então com Manoel, gestor da mesma “Moradia” onde Francisco reside, que Neide fosse acolhida lá, considerando haver no horizonte a perspectiva de conclusão do processo de pensão, a partir da qual ela poderia pagar as mensalidades e os atrasados. Segundo esta técnica, a usuária via o dono do Centro Junguiano no CAPS quando ia levar outros pacientes e, devido a sua forte religiosidade, interessou-se por ele ao ver seu crucifixo pendurado no pescoço. Embora o CAPS tenha várias questões com a instituição, Isaura entende que não se deve cair em polarizações, condenando de antemão um local que exerce uma função importante para algumas pessoas. Ao seu ver, é preciso olhar esta singularidade e considerar que no caso de Neide, as práticas religiosas da “Casa” a tornaram um local significativo para ela.

Apesar disso, quando Manoel tentou levá-la, no dia 20/12/2018, a usuária se recusou, argumentando que sua família iria buscá-la. Em seguida, pediu para os técnicos entrarem em contato com os familiares, pois queria passar o Natal com eles. A profissional que fez este registro escreveu em seguida: “Seguiremos trabalhando com ela, na intenção de facilitar sua ida para o Manoel, uma vez que não tem previsão de que o processo, que envolve pedido de pensão para ela, se resolva tão cedo” (PRONTUÁRIO DE NEIDE, 2018). Desse modo, conseguiram que no dia seguinte ela já fosse para a instituição. Segundo o próprio gestor, Neide não tinha conhecido o local antes de ir definitivamente.

A própria usuária conta, com voz chorosa, que sua irmã tinha lhe dito para esperar no CAPS pois iria buscá-la quando recebesse sua pensão, porém a obrigaram a morar “no” Manoel, afirmando que não era possível permanecer no serviço. Após relatar isso, questiona: “Mas o CAPS é do governo, como eu não podia ficar lá?” (NEIDE, 2020 – relato verbal). Embora demonstre certo inconformismo com a situação, reconhece que acabaria não sendo mesmo possível morar com Beatriz, pois sua filha morreu e ela teve depressão. De todo modo, deseja estar com a família e menciona parentes que estão em Teresina, sua terra natal, dos quais sente muitas saudades. Além da outra irmã, mais velha, também têm sobrinhos lá, já casados e com filhos. Eles estiveram no Rio quando sua tia ainda estava viva. Chorou muito ao lembrar deles.

Neide também fala do encontro com o gestor da “Casa” e de como encara o interesse dele por ela: “O Manoel foi lá, todo de bruxo, feiticeiro, de terno, que a gente se apaixona, aí

veio logo me trazendo pra [nome da rua], onde ele morava, tudo querendo me conquistar, pra ficar com ó [fez um sinal que significa dinheiro]” (NEIDE, 2020 – relato verbal). Afirma que não queria ir com ele, porém os técnicos insistiam, dizendo que lá era a sua família. Preferia continuar no acolhimento, recebendo a vista do amigo Euclides.

Em janeiro de 2019, pouco tempo depois de ter ido morar no Centro Junguiano, Neide foi ao CAPS na companhia de outros residentes e de Manoel, relatando sentir-se feliz e exibindo a roupa que ganhou. No início de maio, entretanto, deu entrada no acolhimento noturno, de onde resistiu a sair por não querer retornar à instituição:

Insiste em dizer que não quer voltar para a casa de doentes mentais, que lá a perturbam muito. Queixa-se de não ter dinheiro para nada, que Manoel não lhe dá dinheiro. Insiste em a deixarmos ficar no CAPS [...] reclama que o Manoel não deixa ela ligar pra quem ela quer (PRONTUÁRIO DE NEIDE, 2019).

A equipe, por sua vez, buscou convencê-la a retornar para o Centro, pontuando que o CAPS não era local de moradia e ela não estava em crise. Neide acabou concordando em voltar, mas pediu que os técnicos falassem com Manoel para levá-la mais frequentemente ao serviço.

Isaura esclarece que a usuária passou por vários acolhimentos noturnos rápidos enquanto esteve no Centro Junguiano, por vezes apenas pernoites, devido a alterações de humor que sofria na “Casa”. Nestas ocasiões, ela brigava com Manoel e outros moradores, xingando-os. Para a técnica de referência, estes conflitos eram fruto de seu quadro psiquiátrico. Ela recorda que uma vez o gestor chegou ao CAPS dizendo que não seria possível retornar com Neide para a “Casa” naquele dia. As alterações emocionais da usuária, somadas à exaustão de Manoel, faziam com que a convivência ficasse insustentável no Centro em alguns momentos, levando à necessidade destes acolhimentos pelo CAPS. Segundo Isaura, a equipe buscava incentivá-la a fazer as pazes, recordando-a que lá eles viviam como uma família e precisavam lidar com os demais.

De acordo com o próprio dono da “Casa”, ela é um caso do tipo que nunca se adapta, que:

De vez em quando quer ir embora... Mas faz parte, porque é o quadro dela. A gente tenta fazer o possível e o impossível [...] A Neide é um caso completamente inusitado, ela tem demandas... Então, é... a Neide já veio de um ambiente muito carente, né. Perdeu a mãe prematura... É... então, é... já começou aí. Então como é que você vai entender uma pessoa dessa pra poder a gente acompanhar, né, pra poder dar aquele conforto que ela nunca vai ter

100%? A gente nunca vai ser suficiente. Então é esse o contexto da Neide (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Sobre o cotidiano da usuária, ele inicialmente diz que é como o dos outros, pois “o que é pra um, é pra todos”, mas depois faz um adendo, mencionando o seu problema nos membros inferiores. Durante o acolhimento noturno, já constavam relatos sobre fraqueza nas pernas e quedas. Por isso, Manoel a levou para atendimentos clínicos que possibilitaram alguma melhora, mas ela ainda precisa de acompanhante para sair. Neide fica com raiva quando ele não a leva, “porque quando eu saio com uma, ela também quer sair. Aí quando eu chego ela fica desorganizada comigo, fica me xingando, aí fica dizendo... aí fica brigando... Xinga porque não pode sair... eu não a levei também... eu levei fulano, não levei ela” (MANOEL, 2020 – relato verbal). Manoel explica que sai muito, “com um, com outro, com um, com outro”, e Neide quer que a leve todas as vezes, o que não é possível. Neste momento, parece revelar que o acompanhamento nas saídas se restringe a ele, como já observado na seção anterior. Sobre o contexto da pandemia, o dono diz ainda que os “confiáveis” vão sozinhos e os não “confiáveis” precisam de companhia.

Além dos conflitos despertados pela impossibilidade de sair com frequência, Neide também se mostra insatisfeita diante de algumas regras da “Casa”. No dia anterior à entrevista, ela não quis jantar, levantou-se da mesa “zangada” e sentou-se no auditório, pedindo um cigarro. Manoel disse que não estava na hora de fumar, mas sim da refeição. Para ele, ela fez isso por raiva de algo que ocorreu anteriormente: outra moradora havia lhe pedido remédio para dor de cabeça “antes da hora”, além de sabonete, desodorante e um creme para pentear o cabelo. Neide disse que queria também, “porque faz parte do quadro dela [...] Então quando acontece esses... esses picos de... é... necessidade, né, então a gente tem que fazer uma intervenção” (MANOEL, 2020 – relato verbal). Ele foi jantar com ela e abriu uma exceção em relação à regra, permitindo que fumasse para aliviar o nervosismo:

Eu quebro essas questões. Tem horário do cigarro, mas, às vezes, a pessoa tá numa coisa que o cigarro vai resolver, então eu levo no meu quarto, levo numa área separada pra que os outros não percebam que ela tá... se não todo mundo vai, né... E aí num lugar seguro, fuma, faz alguma coisa que deveria fazer... Então tem este diálogo, “você quer fumar agora, porque voc/... então vai, fuma...”, a pessoa vai e fuma, fica organizadinha, direitinho, concorda... “vou te dar o cigarro, você fuma, volta, vai dormir tranquila, ficar quietinha...” (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Neide parece fazer uso disso para fumar fora do horário previsto, conseguindo mais momentos de exceção à regra da instituição. Durante a entrevista, ela solicitou insistentemente

que eu pedisse ao dono da “Casa” para lhe dar um cigarro por ter ficado nervosa e chorado ao conversar comigo. Pontuou que tudo fica com Manoel e que ele não bota dinheiro, nem cigarro dentro da “Moradia”. Assim que levantamos e fomos juntas para a varanda, Neide perguntou por ele à cuidadora. Ela respondeu que estava ocupado. Naquele momento, o gestor fazia um atendimento na sala principal, a uma paciente que não residia ali. A usuária insistiu com a cuidadora, argumentando que estava nervosa e que eu estava pedindo o cigarro. Ela negou, pois Neide já havia fumado após a refeição e só poderia novamente depois do lanche.

Outro manejo necessário na relação com ela ocorre nos momentos de banho. Ouvia-se a voz da usuária gritando o nome de Manoel durante a entrevista que fiz com ele, porque a cuidadora estava tentando levá-la, mas ela não queria. Logo depois de falar comigo sobre este comportamento, o dono explica que Neide “tem uma demanda de, às vezes, criar uma certa relação paranoide com outra pessoa, aí fica xingando, não quer saber da pessoa, então tem que ver sempre essas coisas que... é humor... subiu demais e aí a pessoa fica totalmente irritada” (MANOEL, 2020 – relato verbal). Com base em Jung, Manoel entende que nestes momentos a “energia vital” sobe a ponto de ultrapassar os limites orgânicos/psíquicos, extravasando o limiar da pessoa. Ele busca então auxiliar para que a energia não transborde e volte ao prumo. Um indicador destas oscilações seria a temperatura, tal como relatou no caso de Francisco. Em relação ao banho de Neide, ele tenta explicá-la e convencê-la sobre a necessidade, mas também flexibiliza o horário de acordo com o que a usuária está vivendo.

Esta regulação da irritabilidade, que ele associa à energia vital, se dá também por meio da organização dos quartos,

Então, eu vejo que é necessário ter um... ela ficar num quarto individual... eu movo a Neide de acordo com o estado psíquico dela. Ela já ficou num quarto particular, num quarto com dois, num quarto com três, num quarto com cinco, num quarto com três... Porque de acordo com o momento de irritabilidade dela, eu vou percebendo o que é melhor pra ela. Então eu vou sugerindo e ela vai.../ela aceita, então eu logo, eu faço a mudança dela (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Além da dimensão psíquica, estas decisões são atravessadas por motivos econômicos. Pela falta de recursos financeiros, a usuária estava em um quarto com três naquele momento: “porque eu também sou administrador, então também tenho que ver o lado do empreendimento e o lado do corpo humano, né, as pessoas que comem, que vivem” (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Em relação à tendência de Manoel a gerir de modo próprio o estado físico/mental do paciente, um embate vivenciado com o CAPS sobre a administração das medicações é bastante emblemático. No dia 25/07/2019, Neide queixou-se de insônia e informou ao serviço que o dono da “Casa” havia parado de dar todas os seus remédios e “se recusava a fazê-lo, dando uma ‘geminha de ovo’ à noite para dormir”. Quando a equipe o chamou para conversar, ele confirmou que suspendeu todos os psicotrópicos, pois achava que estavam prejudicando a usuária. Disse não compreender por que um paciente estável precisa de medicação. “Ficou claro que tem feito uso conforme sua própria indicação aos demais usuários da casa” (PRONTUÁRIO DE NEIDE, 2019). A psiquiatra fez então uma nova prescrição para Neide e “ainda assim ele resiste, dizendo que ‘até vai seguir a prescrição, mas que se achar que ela não está bem vai suspender novamente’” (PRONTUÁRIO DE NEIDE, 2019).

No dia 19/09/2019, outro relato da usuária registrado em prontuário informava que Manoel continuava resistindo em administrar a medicação prescrita por achar que levava à perda do controle dos esfíncteres. A médica buscou então conscientizar o gestor da função destas substâncias na manutenção da estabilidade do quadro, mas ele continuou contestando a indicação. Neste dia, Neide estava de cabeça raspada, medida tomada pela instituição para remediar a pediculose (infestação por piolhos). Isso me fez lembrar um relato do ex-coordenador do CAPS, que obtive quando fui pela primeira vez ao serviço, em 17/10/2019. Ele contou que pararam de indicar o Centro de Manoel devido a algumas medidas autoritárias tomadas por ele, dentre estas a raspagem da cabeça de todos os moradores porque foram encontrados piolhos em alguns deles.

Na entrevista comigo, Neide reclama de ficar muito restrita à “Casa” e não fazer nada lá, suspirando em seguida: “Eu não aguento não, Doutora”. Segundo a usuária, “estou aqui há o maior tempão. Eu primeiro vivia presa lá na [nome da rua], na Cidade, depois eu fui pra [nome do bairro], vivia presa, agora aqui eu quase não estou saindo também não”<sup>60</sup>. Queixa-se que Manoel não vai com ela para lugar nenhum e não está comprando suas roupas: “Eu fico presa aqui nessa Casa, Doutora, eu fico presa dias e dias!” (NEIDE, 2020 – relato verbal). Segundo ela, ele só lhe deu um vestido branco e as suas outras roupas foram jogadas fora por estarem velhas e rasgadas. Foi este mesmo vestido que ele mandou a cuidadora pegar na rouparia no momento em que ela levava Neide para tomar banho, após o lanche da tarde.

---

<sup>60</sup> Os dois endereços mencionados por Neide, omitidos aqui por questão de sigilo, se referem aos locais onde o Centro foi sediado antes do imóvel atual.



Quando pergunto onde gosta de ir, a usuária responde, em tom exclamativo: “No CAPS, doutora, pra ver a Isaura, o [nome do ex-coordenador], gosto de ver eles lá, gosto de fumar lá” (NEIDE, 2020 – relato verbal). Na “Casa” Junguiana, ela só fuma de vez em quando, depois das refeições. Mostrou-se inconformada por já fazer duas semanas que havia saído pela última vez. Foi ao CAPS com Manoel, “ficar lá só um pouquinho”. Sente falta das atividades do serviço, como a “aula de terapia musical e teatro”. Para ela, a baixa frequência das saídas não tem a ver com a pandemia, nem com a dificuldade de locomoção. Neide acha que poderia pegar um táxi para passear sozinha, ir à praia ou encontrar com amigos. Pergunto se já fez isso alguma vez e ela responde que quando a tia estava viva, sim. Ia à igreja e à missa.

Apesar das queixas da usuária e de seu relato demonstrar que a frequência aos encontros religiosos só ocorria quando morava com Ivonete, Isaura acha que o Centro de Manoel tem práticas religiosas condizentes com os interesses dela. De acordo com a técnica de referência, Neide se deleita quando o dono da “Casa” “bota todo mundo pra rezar, bota todo mundo pra fazer o Santo Angelo”. Como ele é católico, também já frequentou a missa e só parou quando rompeu com a igreja por ter apoiado o Presidente Jair Bolsonaro, segundo Isaura. De todo modo, continuou praticando a religião na “Casa”.

Na entrevista com Saulo, ele diz que Neide quase não saía e, quando isso acontecia, era mais para ir ao tratamento. Por causa da dificuldade de andar, ela só podia se locomover acompanhada, “e para sair aqui, teria que ser de carro, né, como que ela vai descer e subir essa rua aí com dificuldade de andar, né?” (SAULO, 2021 – relato verbal). Apesar disso, ia fazer um lanche, comprar roupa ou ao mercado “para acompanhar”. Estranho inicialmente este modo de falar, mas depois entendo que é porque a saída se dava mais em função de uma necessidade da “Casa” do que dela. Por isso, Neide ia “acompanhando o dono”, ao invés de “ser acompanhada”. Quando Manoel precisava ir à determinado lugar, fosse para um morador tomar medicação injetável ou para fazer compras de supermercado, ele levava a usuária. A fala do cuidador, Rodrigo, corrobora esta percepção: “Quem sai mais com eles é o Seu Manoel, quando ele vai resolver alguma questão na rua, às vezes ele leva um ou outro, aí ele vai revezando pra cada um dar um passeio, às vezes ele vai no mercado, ele leva um com ele, leva outro...” (2021 – relato verbal).

Especificamente sobre o trabalho do psicólogo Saulo com Neide, ele diz que desenvolveram uma parceria bastante interessante, em que a usuária fazia muitas confidências, inclusive em atendimentos individuais. Ela lhe contava sobre como era sua vida com a tia, dentre outras coisas. Saulo lamenta que não tenha podido continuar na “Casa” e atribui isso à

falta de recursos financeiros. Pontua que ela precisava de dinheiro tanto para o pagamento da instituição, que oferece todas as refeições, quanto para outras despesas, como por exemplo, o custeio do táxi até o “CPRJ, a parte psiquiátrica à qual era ligada”. Neste momento, ele mostra falta de conhecimento sobre o serviço de saúde mental da usuária e evidencia mais uma vez que as saídas se restringiam ao tratamento.

Quando pergunto como Saulo vê o quadro dela, ele fala de uma “patologia pueril” e também da associação entre dois diagnósticos: “Geralmente, hoje em dia isso é muito comum na psiquiatria, as pessoas estão diagnosticadas com esquizofrenia e uma comorbidade, bipolaridade, transtorno bipolar, né? e aí o bipolar tem essa questão de às vezes ter mitomania, dá um delírio assim, ‘ah, eu vou falar com o presidente’, umas coisas assim grandiosas, é coisa do bipolar isso” (2021 – relato verbal). Ele reconhece que Neide não tinha exatamente esta questão, mas demonstrava...

Uns desejos assim de viver uma realidade que ela já tinha vivido, entendeu? Então, tipo assim, a tia dela levava muito ela pra passear de táxi, fazia muito as vontades dela e aí ela queria vivenciar isso, não chegava a ser um delírio, mas era uma coisa que ela visualizava uma possibilidade que atualmente não tinha como existir (SAULO, 2021 – relato verbal).

Quando pergunto o porquê não, ele se retrata e pontua que, na verdade, ela saía, mas não quando queria, nem com a mesma frequência de quando morava com a tia, por motivos financeiros, pela pandemia e devido “à questão de organização aqui, são muitas pessoas, não tem como você viver em função só de uma, né, você vive em função de todas, né, e aí você vai equilibrando isso, entendeu?” (SAULO, 2021 – relato verbal). Explica que, considerando o tempo demandado para desenvolver um trabalho com uma pessoa, não há condições “de fazer algo pontualmente pra um”. Deu como exemplo a configuração daquele momento, em que ele estava “sozinho” na “Casa” com os moradores: “Vou sair com a Neide e deixar eles sozinhos? Não, não é possível, entendeu? [...] porque assim, isso tudo tem que ter muito equilíbrio, você não pode atender a todas as demandas, às vezes porque não é possível, por causa da rotina que você tem, e outra que às vezes aquilo não vai fazer bem à pessoa” (SAULO, 2021 – relato verbal). Por fim, concluiu mais uma vez que a questão da finalidade precisaria ser avaliada: “Vai à rua fazer o quê?”

O fato de ele se ver sozinho na “Casa”, mesmo com a presença do cuidador, parece ter relação com a função ocupada por este profissional. Como visto na seção anterior, suas funções

se voltam mais para a entrega dos alimentos, organização das medicações junto a Manoel e “observação”. Ele não acompanha os moradores fora da instituição em nenhum momento.

Além do incômodo por não sair muito, Neide se queixa na entrevista de que Manoel não lhe permite telefonar para os parentes de Teresina e que “esses doentes me chateiam”. Dá como exemplo uma moradora que fala sozinha e imita tudo que ela diz. Sobre os funcionários da “Casa”, cita um psicólogo que vai lá de vez em quando, mas “não ajuda a gente não”. Ao que tudo indica, estava se referindo a Saulo. Em seguida, chora bastante e diz estar triste. Fala sobre vozes que chamam por ela, tanto da tia, quanto de uma mulher que teria tocado a campainha e pedido para vê-la no dia anterior. Acha que poderia ser uma amiga dela ou da irmã e diz que não permitiram a sua entrada. Neide chora, emocionada, ao lembrar do tempo em que ficou no CAPS recebendo visitas e presentes de Beatriz e Euclides, como já visto anteriormente. Diferentemente do que Manoel me relatou, ela conta que no Centro não pode receber familiares, nem amigos devido à pandemia.

O gestor entende que Neide sofre de carência devido à sua história e, por isso, fica lhe cobrando ir à casa da irmã e do amigo. Em sua opinião, os amigos e familiares da usuária só “palpitam”, mas não cuidam, nem a recebem em suas residências. Beatriz, por exemplo, recusa-se a passar seu endereço porque não quer a irmã lá. O amigo também diz para ela não ir a sua casa e que não vai visitá-la no Centro por causa da pandemia. Manoel fica indignado com isso, que ele chama de hipocrisia. Uma vez, quando foi com Neide comprar roupas para ela e as outras moradoras e, logo depois, a deixou comendo um lanche enquanto comprava cigarros para “abastecer” a instituição, encontraram este amigo. Manoel buscou estimulá-la a ir à residência dele e perguntou-lhe se seria possível. Ele respondeu que não por causa da pandemia. O dono do Centro ficou irritado com isso e achou inadmissível que nesta ocasião ele não tenha ofertado um café para ela, nem sentado na mesma mesa para compartilhar um lanche: “Quer dizer, isso realmente é desgastante, isso... eu falei, ‘tá vendo, Neide? Pra que correr atrás de quem não corre atrás de você?’” (MANOEL, 2020 – relato verbal). Ele entende que a função de curador o impele a intervir desta forma: “Então eu respondo pela Neide, no sentido de que sou o curador da Neide também. Então o que acontece? Eu tenho que ver o que é melhor pra Neide, né? Ouvindo a Neide e elaborando com a Neide o bem da Neide” (MANOEL, 2020 – relato verbal).

O gestor também se sente na obrigação, como já observado no caso de Francisco, de prestar contas ao CAPS do trabalho com a usuária por meio de registros fotográficos. Quando,

nesse mesmo dia da compra de roupas e do lanche, encontraram outra amiga dela na rua e tiraram fotos juntas, ele imediatamente mandou para a técnica de referência:

Eu sempre tiro foto pra dizer o que aconteceu... é nesse caso que eu digo “olha...”, pra referência, “olha aqui o que aconteceu agora, neste exato momento”, pra pessoa acompanhar, porque tá tudo na saúde mental, né, e... não sou eu, mas são eles que tão com a demanda, o paciente é deles, então como é que seu paciente tá hoje? (MANOEL, 2020 – relato verbal).

Em relação à renda, Isaura explica que Manoel conseguiu na justiça a liberação de uma quantia considerável para custear as despesas de Neide, mais de R\$ 50.000,00. Este valor era parte da poupança da tia. Ele próprio descobriu o recurso e entrou com uma petição judicial baseada em um levantamento das despesas mensais que teria com a usuária. Para Neide, tal como me relata em entrevista, Manoel teria obrigado a juíza a pagar este montante e mais três meses de mensalidade da instituição. Diz isso indignada, alegando que ninguém mais paga além dela. A pensão mensal vitalícia, entretanto, não foi liberada, mas ele estava buscando implementá-la. Sobre a curatela, o dono da “Casa” explica que acabou assumindo por estar envolvido diretamente no cuidado e no processo de Neide. Era ele quem a levava às audiências, nas quais o Centro Junguiano era citado por ser o local de acolhimento. Isso também acontecia em outros casos e Manoel havia aceitado todos os pedidos de curatela até então. Quando pergunto sobre o trabalho feito com os parentes de Neide pelo CAPS, considerando que ela cobrava muito a presença deles, ele responde: “Quando eu chego a curador, é o ponto final da família” (MANOEL, 2020 – relato verbal).

A usuária fala do desejo de ser tutelada e curatelada pela doutora Silvia, juíza da audiência que ocorreu no Fórum, bem como por outra juíza que estava lá. Confia nestas profissionais, pois “têm fé em Deus”. Gostaria de morar na casa delas, com o auxílio de uma cuidadora custeada por seu dinheiro. Além disso, conta que Isaura lhe falou da possibilidade de ter um apartamento de três quartos, com duas cuidadoras. Sobre a acompanhante do Centro Junguiano, diz que não gosta e já enjoou, pois está sempre lhe seguindo para conduzi-la. “Eu queria ter minha liberdade, meu apartamento, falar com minhas juízas, promotoras” (NEIDE, 2020 – relato verbal). À minha pergunta sobre como ela pensa que poderia ser sua moradia, Neide responde: “Que eu tivesse liberdade pra sair, Doutora, comprar minhas coisas, roupinha pra mim. Aqui tem uma paciente que ganha desodorante e shampoo, pra mim ele não me dá, desodorante e shampoo, essas coisinhas” (2020 – relato verbal). Esta fala me fez recordar da situação relatada anteriormente por Manoel, que levou Neide a retirar-se da mesa do jantar para

demonstrar o aborrecimento por não ter recebido os mesmos produtos que outra moradora. Quando pergunto sobre o que pensa de seu curador, ela responde rindo: “Às vezes ele diz que vai me internar no Pinel, eu não confio nele não, Doutora” (NEIDE, 2020 – relato verbal). Segundo Neide, Manoel faz esta ameaça quando ela fica com raiva dele por não a levar para sair.

Como a pensão por morte da tia foi recusada após muitas tentativas, em março de 2021 Manoel abriu mão da curatela de Neide e também de abrigá-la. Obtive esta informação quando entrei em contato com Isaura para pedir acesso ao prontuário. No dia 02/03, o dono do Centro Junguiano protocolou e carimbou um documento no Ministério Público renunciando ao papel de curador e logo depois foi ao CAPS com a usuária. Consta no prontuário que ele deixou sobre a mesa da administração o papel assinado por ele e seu advogado e a abandonou no serviço, “sem ao menos explicar a ela o ocorrido”. Vale destacar neste ponto que, como o documento de renúncia da curatela não tem efeito imediato, Manoel ainda era o curador oficialmente, mas mesmo assim se retirou totalmente do cuidado. Devido à situação de grave vulnerabilidade social, Neide entrou para o acolhimento noturno até que se conseguisse um novo local para morar. Segundo a coordenadora do serviço, a usuária não estava em crise, mas apenas chorosa devido à sua condição.

O CAPS encaminhou um ofício à Coordenadoria de Área Programática (CAP) relatando o ocorrido, para o devido encaminhamento ao Ministério Público, e enviou relatórios a todas as instâncias solicitando o abrigamento de Neide. A tutora judicial foi informada da situação e a Superintendência de Saúde Mental ainda seria notificada. Manoel também foi participado destas medidas quando compareceu ao serviço para deixar os documentos e artigos pessoais da usuária. Diante da minha pergunta sobre como foi tomada a decisão pelo abrigamento, a coordenadora mostra estranhamento e responde que não se trata de uma escolha, mas sim do único procedimento possível neste caso. Como Neide não tem renda, nem familiares que possam recebê-la, só lhe restaria esta saída. Coincidentemente, o caso de outro usuário, que não poderia mais ser cuidado pelo pai em sua própria casa, estava sendo discutido em uma reunião *on-line* entre o CAPS e outros atores da rede no mesmo dia em que eu fui ao serviço pesquisar o prontuário de Neide. Ele também não tinha perfil para RT pública e provavelmente precisaria de um abrigamento.

Sobre a postura de Manoel, a coordenadora relata que ele apareceu na unidade poucos dias após abandonar a usuária, para lhe dar R\$ 100,00, na tentativa de se redimir. Disse que estava fazendo aquele gesto como pessoa física/humana, pois a “pessoa jurídica” não podia

continuar com ela. Consta no prontuário que, devido à falta de recursos, Neide conseguia cigarros e lanches através de doações.

Segundo o que o próprio Manoel me conta quando vou pela segunda vez ao Centro entrevistar o psicólogo e o cuidador, em 2021, ele apresentou à Justiça, ao Ministério Público e à rede pública de saúde mental uma “resposta de Casa de Convivência, do Centro de Convivência pras pessoas que têm essa dificuldade de viver na sociedade [...] é um projeto de sustentabilidade pra vida de pessoas que têm o diagnóstico de esquizofrenia e tá [sic] numa situação vulnerável”. Tem caráter “vitalício” e destina-se àqueles que não têm moradia permanente, renda, nem referências familiares. O foco é na população carente financeiramente, que não pode pagar as mensalidades do Centro: “É uma responsabilidade do Estado, mas eu tenho como colaborar com o Estado, desde que o Estado aceite a minha proposta. Eu acolho qualquer um (portador de esquizofrenia) que seja pobre...”. Manoel esclarece ainda que a proposta está “dentro da reforma psiquiátrica, como eu entendo, dentro do processo de Jung. Então, eu tenho uma proposta pro Estado, eu tenho uma proposta pra sociedade, pra acolhida de esquizofrênico, pra tratamento, acompanhamento de pessoas que têm o diagnóstico”. Como entendo que ele está falando da própria ideia do Centro, busco confirmar isso, ao que ele responde: “A proposta que eu criei do [nome da instituição], que é o que é a verdadeira reforma psiquiátrica, então eu criei isso, o projeto, e apresentei. E isso tava incluso a Neide [sic], mas aí eles não me deram apoio com a Neide, eu lutei, fiz o que pude dentro de dois anos” (MANOEL, 2021 – relato verbal).

O projeto inclui um fundo de participação “com a renda da pessoa, para que dê a dignidade dela, em todos os aspectos, eu faço aqui tudo que a pessoa precisa...” (MANOEL, 2021 – relato verbal). Quando pergunto se a intenção dele era que o Estado custeasse as despesas deste público, ele nega e esclarece que estava reivindicando a liberação de dinheiro para aqueles que o detém, mas está retido pelo governo. Como o pedido de pensão de Neide foi indeferido, Manoel pretendia que o Estado liberasse a verba disponível na poupança deixada pela tia para integrar o fundo (o que restou, pois ele já tinha usado uma parte): “O dinheiro da Neide tava dentro do projeto” (MANOEL, 2021 – relato verbal).

O judiciário, entretanto, “não entendeu direito o projeto” e alegou que não possuía amparo legal. Ao ver de Manoel, as autoridades competentes estão acostumadas com maus tratos e “sacanagem”, então acham que todo mundo é assim:

Então eu disse: olha, vocês têm que me acolher pra eu acolher a Neide. Eu sou a mãe, o Estado é o pai. A mãe não cuida sozinha. O Estado não cuida. Se não acolher a mim, eu tenho que fazer uma promoção de retorno. Não por ela, mas por vocês que não têm a sensibilidade humana de reconsiderar os direitos das pessoas (MANOEL, 2021 – relato verbal).

O que ele nomeia como “promoção de retorno” envolve a abdicação da curatela e a volta ao CAPS. Manoel explica que, como a justiça indeferiu o projeto e ele não teve “apoio de ninguém”, precisou dizer a Neide que ela teria de retornar ao CAPS e que o serviço tomaria conta dela, “porque é um órgão público”. Após deixá-la lá, ficou indignado com a postura do serviço. Segundo ele, ao invés de apoiá-lo na argumentação sobre a reforma psiquiátrica para respaldar seu projeto, a equipe o “desapoiou”. Manoel acha que o CAPS deveria ter atuado junto com ele para pressionar a justiça a ouvir Neide e garantir seus direitos, “deveria estar empenhado nisso, promovendo essa relação, esse conteúdo de resolver... de soluções pra vida. Colocou ela não sei aonde, disse que em Bangu, Realengo... e cortou as relações comigo” (MANOEL, 2021 – relato verbal). Embora saiba em qual região ela se encontra, ele diz que a equipe não lhe informa a instituição: “Por que não faz isso com a justiça? Por que não cria caso com a justiça? Por que não cria caso com as autoridades que têm o poder de decidir? Agora comigo, que tô lutando, cuidando e preciso de pagamento, de dinheiro pra cuidar, vem fazer isso? Porque eu sou o lado mais fraco” (MANOEL, 2021 – relato verbal).

A equipe “mal fala” com ele, “não responde” e alguns profissionais lhe alertaram que não vão mais indicar pacientes para o Centro. O gestor acha revoltante esta atitude e comenta: “É fácil receber uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia, ficar no CAPS 8h ou um plantão de 24h e aguentar, mas é difícil você cuidar da unha do pé ao cabelo, cuidar 24h. Então se eu recebo um paciente de lá, eu tenho que ter todo o apoio de lá” (MANOEL, 2021 – relato verbal). Para Manoel, a atitude de não indicar mais pacientes para a sua instituição é prejudicial aos próprios usuários que precisam do local: “Vai ficar aonde? Abandonado? Então o problema é com o [nome da instituição] ou é com a vida, com o respeito à vida?” (2021 – relato verbal).

Apesar da situação de grave vulnerabilidade, o quadro psiquiátrico de Neide se mostrava estável quando foi deixada no CAPS. Por outro lado, ela apresentava comprometimentos físicos que precisaram ser avaliados no decorrer do acolhimento noturno. Além da grande dificuldade de deambular, sofria de incontinência urinária, alteração na atividade tireoideana e um forte odor na urina. Foram feitos então exames clínicos, ajustes medicamentosos e administração de antibiótico.

No início de abril de 2021, Neide conseguiu vaga em um abrigo da Prefeitura em Bangu, que, segundo Isaura, é transitório e tem grande rotatividade de pessoas. De acordo com a coordenadora, se ela não fosse idosa, levaria ainda mais tempo para conseguir. Em 04/05/2021, a psicóloga e o educador da instituição a levaram ao CAPS e informaram que a usuária ficaria no abrigo até começar a receber um benefício assistencial e ser transferida para a “instituição de longa permanência da prefeitura, Doce Morada, em Santa Cruz” (PRONTUÁRIO DE NEIDE, 2021). Disseram ainda que a rede de saúde mental do território do abrigo é frágil e solicitaram ao CAPS continuar acompanhando o caso até a sua transferência definitiva para a “ILP” (instituição de longa permanência). Com o objetivo de acelerar o processo, o CAPS sugeriu que a equipe da unidade solicitasse acesso à poupança de Ivonete, que ainda dispunha de recursos, para Neide poder “ir imediatamente para um lugar com maior recurso e conforto” (PRONTUÁRIO DE NEIDE, 2021). O serviço se dispôs a ajudar nesta solicitação junto à 6ª Vara de Órfãos e Sucessões. A usuária, que inicialmente havia mostrado entusiasmo com a mudança, estava insatisfeita e chorosa, pedindo para retornar ao CAPS. Para Isaura, ela estanhava o ir e vir de tantas pessoas “muito sofridas” na instituição.

Segundo o *site* do abrigo para onde planejavam encaminhar Neide, não se tratava de uma unidade da Prefeitura, mas de instituição filantrópica espírita, de utilidade pública municipal. Criada em 25 de dezembro de 1994 para acolher crianças e idosos em situação de vulnerabilidade, o local atua com o auxílio de doações e a participação de voluntários. Em dezembro de 2017, as creches da instituição atendiam 220 crianças de baixa renda e a Casa do Idoso abrigava 77 pessoas, sendo que 14 ainda não tinham “padrinho ou madrinha para custear os gastos”.<sup>61</sup> Nas palavras do *site*, o local atende, em regime integral, idosos carentes, na maioria abandonados em hospitais e praças públicas, contando com acompanhamento médico, enfermagem e remoção 24h, nutrição, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, fisioterapia, educação física, prática de yoga, atividades recreativas e academia da terceira idade. De acordo com Isaura, abrigos deste tipo, conveniados à Prefeitura, têm um caráter permanente, diferente do local onde a usuária está agora.

Ainda de acordo com o *site*, a instituição promove um curso de Esperanto, uma oficina de confecção de fraldas para idosos, atendimento a dependentes químicos em associação com um hospital, bem como atividades ligadas ao espiritismo (encontros, retiros e grupos de

---

<sup>61</sup> Estes dados foram obtidos em uma reportagem disponível no YouTube da TV Alerj sobre a premiação do abrigo (Medalha Tiradentes) em uma sessão solene da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro. [Homenagem ao Abrigo Doce Morada - YouTube](#)



estudos), tanto no próprio local, quanto em outros estabelecimentos. Recentemente, foi construído um abrigo para crianças de zero a quatro anos, que se encontram em risco social, e há projetos para a construção de duas comunidades terapêuticas, uma destinada a dependentes químicos do sexo masculino e outra do feminino.

A pesquisa de campo com a usuária termina neste ponto, em que ela está novamente aguardando vaga para residir em uma instituição, desta vez, fora de seu território de referência.

## 5 ANÁLISES

Assim como o fenômeno da porta giratória, as diferentes formas de institucionalização relatadas têm caráter multifatorial. Nos nove casos analisados, distintas motivações estão envolvidas no percurso que levou ao destino institucional. Os significados e circunstâncias identificados em cada caso se conectam e entrelaçam, mas para ajudar na compreensão, serão organizados em diferentes subtópicos. Antes disso, o quadro a seguir traz uma visão geral dos usuários e instituições, com o objetivo de contribuir para o acompanhamento das análises:

Quadro 1 – Perfil dos casos e neoinstitucionalização

	CAPS	Diagnóstico e correlatos	Família	Internações prévias	Neoinstitucionalização	
					Tipo de instituição	Características
<b>AUGUSTA</b>	A Zona Oeste	Esquizofrenia	Irmã/ curadora	<u>1985</u> - Institucionalização de 30 anos (antigo Hospital Pedro II, Clínica da Gávea → Hospital Pedro de Alcântara)	Asilo/Clínica de repouso particular	- Monitoramento constante pela enfermagem. - Saídas só com responsáveis, sob as condições da instituição. - Exercícios, atividades expressivas e religiosas.
<b>EDUARDO</b>	A Zona Oeste	Esquizofrenia	Mãe (irmãos pouco presentes no dia a dia e pai falecido)	<u>2012</u> - Colônia Juliano Moreira, 4 dias. <u>2019</u> - CT em Itaguaí. <u>2019/2020</u> - Hospital geral em Itaguaí, 10 dias (infecção e intoxicação)	Comunidade terapêutica	- Isolamento na instituição, monitoramento por câmeras e afastamento da família. - Atividades terapêuticas diárias, reunião espiritual e laborterapia.
<b>ROBERTO</b>	B Zona Norte	Psicose	Pai (mãe/curadora falecida)	- 5 internações (não especificadas) antes do CAPS, a última por 42 dias em hospital psiquiátrico. <u>2013</u> – Internação psiquiátrica em hospital geral, indicada pelo CAPS	Hospital psiquiátrico particular	- Monitoramento por câmeras; estrutura capaz de tratar qualquer intercorrência clínica, exceto em necessidade de intubação. - Cultos, festas e passeios com a equipe sob autorização médica.

<b>S E V E R I N O</b>	C  Zona Norte	Esquizofrenia e uso abusivo de álcool na juventude	Irmã/ Curadora	1994 - Institucionalização de 20 anos (Colônia de Rio Bonito → Pinel)	“Residência Terapêutica” particular	- Cuidadores voltados para a medicação; donos/psiquiatras; atendimentos na “Casa”; cozinha-serviço; sala de enfermagem; separação do armário em um cômodo distante, trancado. - Oficinas terapêuticas.
<b>J O R G E</b>	C  Zona Norte	Esquizofrenia e uso abusivo de drogas	Irmã/ Curadora	- Inúmeras internações particulares antes do CAPS (não especificadas). 2015 - Pinel, 52 dias, indicada pelo CAPS. 2016 - Pinel, em torno de 1 mês. 2017 - Pinel, 2 semanas	“Residência Terapêutica” particular	- Cuidadores voltados para a medicação; donos/psiquiatras; atendimentos na “Casa”; cozinha-serviço; sala de enfermagem. - Oficinas terapêuticas. - Proibição/restrição das saídas.
<b>V I T O R</b>	C  Zona Norte	Transtorno bipolar e uso abusivo de substâncias psicoativas (medicações psiquiátricas e álcool)	Mãe idosa e irmão (pai falecido)	1982 – Primeira internação (período e lugar não informados). - Passagens recorrentes por emergências (públicas e privadas)	“Moradia Assistida” israelita/ONG	- Psicóloga e psiquiatra fazem atendimentos individuais na “Casa”; cozinha-serviço; sala de enfermagem. - Oficinas terapêuticas também para pacientes de fora. - Cadeado/proibição das saídas por mau comportamento.
<b>S A N D R A</b>	D  Zona Sul	Autismo	Mãe ausente (pai falecido)	1975- Institucionalização de 40 anos (Clínica Amendoeiras, Doutor Eiras → IPUB)	CAPS III	- Equipe reduzida e sobrecarregada; acompanhamento centrado na enfermagem. - Isolamento da usuária no quarto.
<b>F R A N C I S C O</b>	D  Zona Sul	Esquizofrenia e uso abusivo de álcool e outras drogas	Irmãs e cunhados distantes afetivamente (mãe e pai falecidos)	1994- Institucionalização de 22 anos (hospitais de custódia → “abrigo” → Pinel)	“Residência Terapêutica” particular e “Casa”/Centro Junguiano	- Na “RT”: mudança de sede e proibição de saídas como punição. - No “Centro”: atendimentos psicológicos, oficinas terapêuticas; monitoramento das

						saídas e condicionamento a uma finalidade; cozinha-serviço; sala de enfermagem; rouparia.
<b>N E I D E</b>	D  Zona Sul	Outros transtornos do humor (afetivos) recorrentes	Tia/curadora (falecida) e irmã distante afetivamente	- Internações recorrentes (não especificadas). 2016 – Pinel, 54 dias	“Casa”/Centro Junguiano e abrigos	- Restrição das saídas no abrigo e no Centro, o que se acentuou neste último devido às condições físicas e financeiras da usuária. - No Centro: atendimentos psicológicos, oficinas terapêuticas; cozinha-serviço; sala de enfermagem; rouparia.

Organização: CORRÊA, 2022

### 5.1 O imaginário manicomial nas vozes familiares e comunitárias

Na maioria dos casos, o paradigma psiquiátrico está presente de alguma forma e, em alguns deles, foi ativado por situações de crise. Como mostra Elia (2013), referências manicomiais são mobilizadas justamente quando se faz necessário lidar com essas experiências, levando à busca por uma solução institucional. Assim como no fenômeno da porta giratória, as formas de institucionalização analisadas são um índice da tolerância da comunidade e da família à pessoa com transtorno mental, revelando a inabilidade ou falta de vontade da sociedade de absorvê-la (SOLOMON e DOLL, 1979). De modo semelhante aos usuários frequentes de leitos psiquiátricos, os pacientes em situação de neoinstitucionalização refletem “o estigma e desejo resilientes de manter os doentes mentais separados da sociedade” (LOCH, 2012, p. 186).

Em relação a Sandra, Vitor, Jorge e Eduardo, a defesa de um lugar fechado e monitorado a partir da crise foi explícita. No caso da usuária, seus gritos e autoagressões despertaram reações dos demais moradores do conjunto onde ficava a RT, que inviabilizaram a sua permanência lá. Os vizinhos disseram claramente à equipe que ela precisava de um cuidado hospitalar permanente. Embora os trabalhadores dos serviços substitutivos não concordassem com isso, se viram sem saída e foram obrigados a mantê-la no acolhimento noturno do CAPS III, considerando que o retorno à RT representava um risco à moradia de outros usuários.

Assim como observaram Ribeiro Neto e Avellar (2016) e Furtado (2006), a resistência social ao projeto de desinstitucionalização tem consequências simbólicas e práticas. Junto ao preconceito e rejeição em relação aos moradores de RT, o que está em jogo é a própria possibilidade de alugar imóveis para este fim. No caso de Sandra, os protestos e condições impostos pelos vizinhos, no contexto de uma área nobre da cidade, causaram angústia aos trabalhadores e ameaçaram a permanência do dispositivo naquele local. Os cuidadores temiam o confronto com a vizinhança a cada vez que Sandra gritava. A ONG não aceitaria arcar com a rescisão de um contrato para alugar outro imóvel por causa de uma moradora. Por isso, o coordenador atual da residência admite que o capital impõe os limites do projeto. Mesmo antes de a RT ser implantada, já havia questionamentos dos vizinhos em relação à possibilidade de habitarem o mesmo local que “pacientes psiquiátricos”. As mensagens de intolerância aos moradores e à proposta ressoam negativamente sobre os sentimentos e expectativas dos trabalhadores e, assim, a RT fica ameaçada tanto no plano físico, quanto simbólico. Esta mesma tendência foi identificada por Luzio e Yasui (2010) em diversos municípios do país. Segundo os autores, devido a uma cultura manicomial ainda muito forte, as vizinhanças das RTs impõem resistência ao seu funcionamento.

Sobre Vitor, Lauro afirma claramente que deve viver recluso, com profissionais prestando assistência constante. Diante da intensidade e agressividade do irmão nas crises, ele viu na institucionalização o caminho para preservar os pais idosos. Recusou todas as alternativas a este modelo (AT, hotel, pensionato), por achar inviável abdicar de uma instituição capaz de controlar o usuário, que ele julga incapaz e sem possibilidade de melhora. Como visto na discussão sobre o paradigma manicomial, estas são ideias típicas desta lógica. Sob a insígnia da incapacidade e incurabilidade, Vitor não poderia mais ter o próprio lar. Em relação a minha pergunta sobre as medidas tomadas nos momentos de crise, o irmão sequer consegue compreender a possibilidade de recorrer a um profissional que não seja para internar e medicar. A solução que vislumbra para acalmar Vitor é a prescrição de um remédio mais forte. Ainda na direção da ideologia que respalda o asilamento da loucura, Lauro questiona o sentido da liberdade do irmão por considerar inútil o que costuma fazer. Enquanto ele trabalhava diariamente em uma empresa, Vitor encontrava um espaço de sociabilidade na farmácia, atendo-se a pequenas trocas. Em uma lógica segundo a qual o homem se dignifica pela produtividade trabalhista, as alegrias banais de um cotidiano “improdutivo” perdem o valor.

No caso de Jorge, os pedidos de internação eram feitos pelo síndico, representante das insatisfações de todo o condomínio, o que gerava pressão sobre a irmã/curadora. As tentativas do CAPS e dos ATs de transmitirem a lógica da atenção psicossocial não foram suficientes,

pois o quadro do usuário continuava se agravando e ele precisava responder criminalmente pelos atos cometidos nos momentos de descontrole. Paradoxalmente, uma forma de institucionalização, a “clínica/Residência”, foi usada para evitar outra, “o hospital penitenciário”. Por não reconhecer a necessidade do tratamento e colocar-se em situações que poderiam levar à sua prisão ou morte, Eunice decidiu encerrá-lo num espaço fechado, que traria segurança e limites, bem como evitaria a medida de custódia.

Neste caso, o fechamento em uma instituição particular teve o sentido não só de proteger a sociedade do sujeito, mas também o sujeito da sociedade. Se por um lado, Jorge havia agredido o porteiro e “perturbado o sossego” do condomínio, por outro, os vizinhos pressionavam para que saísse e criticavam seu modo de ser, buscando conformá-lo a um padrão de normalidade. O síndico e o zelador adentravam e fotografavam seu imóvel sem permissão, parecendo desconsiderar sua cidadania, como na violência simbólica associada ao estigma descrita por Nunes e Torrenté (2009). A compreensão da hospitalização como forma de enquadrar Jorge em hábitos ditos normais e afastá-lo da sociedade não veio diretamente da irmã, mas foi o motor que a vizinhança impôs sobre ela. Somado à agudização do quadro e ao medo que ela sentia dele, formou-se o estopim para a busca da instituição particular. Como visto, Eunice manifestou pela primeira vez a ideia da internação prolongada justamente em um momento de extremo descontrole e agressividade do usuário contra ela, que contribuiu para a perda de confiança nos serviços substitutivos.

É importante dizer que o destino de Jorge não foi influenciado apenas pelo estigma social, mas também pelos efeitos dessa marca sobre o modo como ele compreende suas questões, o que Rusch et al. (2009) nomeiam autoestigma. Na entrevista, ele deixou claro que não precisava de tratamento por não ser doente, buscando escapar deste rótulo. Na mesma direção indicada pelos autores, este mecanismo se tornou uma barreira ao uso de serviços de saúde mental.

Com Francisco, também vimos a influência do estigma no caminho que levou à neoinstitucionalização. A marca deixada pelo crime contra a tia dificultou o retorno à casa própria. Mais uma vez, a vizinhança se colocou contra a presença do usuário no condomínio, impedindo que a imagem do louco perigoso se desfizesse e desse lugar a outras representações, a partir dos modos em que Francisco vem se apresentando hoje. O estigma em relação ao crime e o medo também contribuíram para ele não ser recebido na casa do pai. Os impactos da crise do passado foram tão fortes que impediram um verdadeiro processo de desinstitucionalização e levaram à substituição de uma institucionalização por outra.

No caso de Eduardo, o recurso à comunidade terapêutica se fez em um momento de desespero e esgotamento da mãe, que não mais conseguia controlar o filho em seus descontroles e movimentos delirantes rumo à vizinhança. Foi por estas situações de crise que ela recorreu à instituição e os irmãos passaram a defender a internação permanente. Mesmo antes da institucionalização, a visão médica sobre o tratamento predominava no relato da mãe, desde o primeiro atendimento até o acompanhamento no CAPS, onde ele ficou “tratando com o Doutor”. A intervenção medicamentosa está no centro de seu discurso e um possível exame de imagem a ser feito na CT é tido como possibilidade de entender e solucionar as alterações mentais do filho. Até o desencadeamento da crise, Damiana relaciona à química medicamentosa, no caso, o Haldol Decanoato.

Durante a entrevista, fica evidente o quanto as construções delirantes do filho a incomodam e são caracterizadas como besteiras. O delírio é tido como erro, desrazão, disparate. Ela cala a sua voz com irritação quando ele comenta algo que não condiz com a realidade compartilhada. O atendimento psiquiátrico mais recente teria a função de aplacar isso, reajustando a medicação para que Eduardo não falasse mais sozinho. A compreensão das produções sintomáticas do usuário como problemas a serem resolvidos pelo médico reatualiza a lógica da solução racional de problemas (ROTELLI, 2001), constitutiva da instituição psiquiátrica. Busca-se assim, remover os sintomas para instaurar algum grau de normalidade, desconsiderando a função que os delírios relacionados ao pai podem ter para a subjetividade de Eduardo. Vale destacar que o objetivo aqui não é julgar o olhar da mãe sobre o filho, mas refletir criticamente sobre as razões pelas quais estas concepções ainda ecoam na sociedade e não foram desconstruídas pelos dispositivos territoriais. A percepção dos pacientes pela via da psiquiatria e dos medicamentos os constitui como “sujeitos farmacêuticos” (BIEHL, 2005, p. 199), influenciando no modo como tratamentos e instituições são situados em seu percurso.

A lógica hospitalocêntrica também se mostra na visão das familiares de Augusta. A colocação do sujeito entre parênteses para cuidar da doença (BASAGLIA, 2010a) aparece nas falas em que a irmã justifica a troca da RT pelo asilo em função dos comprometimentos físicos da usuária. O corpo biológico prevalece sobre o desejante, capaz de escolher sabores, roupas e a sua própria morada. Nesta visão, não interessa que Augusta tenha descoberto novos gostos, além da uva que Elisa lhe ofertava no hospital, mas sim os quilos a mais, supostamente nocivos à saúde física. Sua voz é totalmente desconsiderada e ela é retirada da casa à força para que volte ao lugar de objeto, em um ambiente controlado. O convite a um novo modo de lidar com a usuária, que lhe permita usar seu dinheiro com autonomia, é negado e, na ausência do antigo manicômio, a irmã busca um espaço que reproduza a tutela daquele modelo.

O foco no cuidado biológico se mostra também em algumas falas da irmã de Severino, que elogia os diferentes médicos do CAPS, “sempre atentos à medicação”, e só vai ao serviço pegar receita. Silvia mantém com a “Casa” uma rotina semelhante a dos hospitais, levando até lá o que não é fornecido pela instituição. O próprio paciente não desenvolve autonomia para adquirir estes itens por conta própria ou com acompanhamento. Como vamos ver mais adiante, o funcionamento da “Residência” e a ausência do CAPS contribuíram para que a saída do manicômio não implicasse a saída da lógica manicomial.

No caso de Neide, Beatriz também escolheu um caminho hospitalar para o cuidado, tanto da tia, quanto da irmã, o que só não se concretizou em relação à usuária, pois Ivonete faleceu e a pensão não foi liberada. Na ausência de familiares que aceitassem cuidar de Neide na própria casa, o CAPS precisou indicar outro tipo de instituição, não tão asilar quanto a que a irmã havia encontrado, mas também reprodutora de práticas tutelares, como será discutido na seção 5.4.

Por fim, o caso de Roberto mostra que o hospital psiquiátrico vem se recolocando como reduto dos improdutivos, a partir da procura das famílias. As recorrentes falas do pai de que o filho devia viver internado para que ele pudesse trabalhar evidenciam como a máquina produtiva não pode parar, independente do que aconteça. Ele não conseguia vislumbrar a possibilidade de um outro modo de vida, que abrisse brechas para a inclusão de Roberto com a ajuda do CAPS. Assim como na história de Catarina (BIEHL, 2005), o processo de exclusão do usuário é o negativo de uma fotografia que revela as formas de ser endossadas em muitos casos. Nas duas situações, sentidos semelhantes estão em jogo: a família de imigrantes da paciente buscava se adequar às novas demandas de progresso e Alex não aceitava qualquer abalo no ritmo de seus empreendimentos. A própria realização da entrevista não foi possível por causa disso.

## **5.2 Famílias**

A forma como as famílias dos usuários se estruturam e os valores que as norteiam ajudam a compreender a escolha pela institucionalização. Na maioria dos casos, o cuidado é exercido por mulheres, demonstrando que a centralidade das figuras femininas nesta função permanece. A morte, adoecimento, envelhecimento ou sobrecarga das cuidadoras é, portanto, determinante no destino dos usuários. Quando Ivonete morreu, não houve mais ninguém que aceitasse se responsabilizar por Neide, e assim começou a sua institucionalização. Da mesma forma, o falecimento da mãe de Roberto deixou o pai/provedor desnordeado e ele encontrou na



instituição psiquiátrica a saída para manter seu dia a dia trabalhista inabalado. Eunice, exausta e já sem esperanças na possibilidade de evolução do quadro de Jorge, recorreu à “clínica/Casa” para o cuidado monitorado do irmão. Em meio às agressões e descontroles de Vitor com o pai e a mãe, que fazia tudo por ele, bem como às ligações da empregada para reportar o que acontecia na casa, os irmãos intervieram e o deixaram na “Moradia Assistida”. Silvia, com medo da agressividade do irmão e tomada por outras prioridades familiares, o colocou em uma “RT” particular, onde lhe presta a assistência necessária. Elisa, sobrecarregada pelos cuidados da filha e acostumada a não ser solicitada em relação a Augusta, acabou por arranjar uma nova forma de asilamento para ela. Damiana, sem mais saber o que fazer para controlar o filho e com medo de que sofresse algo mais grave, descobriu uma comunidade terapêutica pela *internet*.

Mães, irmãs e tias se colocam à frente do cuidado, sem que haja outros membros para dividir esta tarefa ou até substituir, no caso de morte, adoecimento, envelhecimento ou sobrecarga extrema. Quando outros parentes entram em cena ou se veem diante de uma situação mais tensa, acabam optando por uma instituição, como no caso de Eduardo, Roberto, Vitor, Neide e Francisco. Vale lembrar que este último tinha uma mulher como figura mais próxima, a tia materna, que acabou sendo morta por ele. Quando a família do pai se aproximou, representada pelo cunhado em um primeiro momento, a decisão foi pela institucionalização na “RT” particular.

Seja por iniciativa das próprias cuidadoras ou dos parentes chamados a cuidar na ausência delas, estas situações demonstram que a família tem se tornado o novo agente da institucionalização. Como não cabe mais ao Estado circunscrever os pacientes graves aos hospitais psiquiátricos, os familiares passam a exercer esta função por outras vias, privadas, religiosas ou filantrópicas. De certa forma, eles recusam ou demonstram seus limites em relação à possibilidade de exercer o cuidado em casa. Como mostra Biehl (2005), a reforma psiquiátrica veio acompanhada de políticas neoliberais que levaram a uma implantação deficitária de serviços territoriais. Em todos os casos analisados, relatos de parentes e funcionários denunciam equipes reduzidas e número insuficiente de CAPS. Na ausência do suporte necessário para sustentar a árdua tarefa de cuidar do membro com transtorno mental, os familiares se tornam “psiquiatras por procuração” (BIEHL, 2005) e fazem o papel de triagem antes exercido pelas instituições psiquiátricas oficiais. Lançando a perspectiva do autor sobre a presente pesquisa, pode-se dizer que, conforme a psiquiatria é desinstitucionalizada, os pacientes são reinstitucionalizados na e pela família típica.

No mesmo passo que os parentes são convocados a cuidar do membro acometido por grave comprometimento psíquico, eles também passam por processos de desestruturação e

desfiliação comprometedores da sua capacidade de cuidar. O mesmo neoliberalismo que se aproveita da política de desinstitucionalização para reduzir drasticamente os investimentos no setor saúde e onerar o grupo familiar, também esvazia outras políticas sociais fundamentais para a sustentação financeira e simbólica desta instituição. Mães, tias e irmãs solteiras precisam encontrar forças para administrar a vida do membro com transtorno mental ao mesmo tempo que buscam manter a subsistência, o cuidado de outras pessoas que dependem delas e sua própria estruturação emocional. Pais, irmãos e cunhados se veem impossibilitados de cuidar diretamente por não se identificarem com esse lugar ou não abdicarem de suas rotinas produtivas. Estes perfis corroboram a análise de Vasconcellos sobre a situação do Brasil (2019), que aponta para o aumento considerável de pessoas morando sozinhas ou famílias lideradas por mulheres, com vínculos familiares enfraquecidos.

Esse cenário parece revelar as consequências da desfiliação social e do individualismo de massa que lhe é correlato (CASTEL, 1998). A fragilização dos vínculos de trabalho, dos laços parentais e da rede social mais ampla faz com que cada um precise se lançar em busca da própria sobrevivência de forma solitária. As identidades vão se constituindo assim com base na ideia do mérito individual, que contribui para esvaziar pactos coletivos, mecanismos de solidariedade e lutas políticas.

O uso que se faz da curatela e dos benefícios assistenciais é emblemático desta conjuntura. Ao invés de instrumento para auxiliar o usuário a exercer os atos da vida civil, a posição de curador se torna um meio de subjugar-lo e extrair benefício de seu dinheiro. Como se pôde ver, a renda de Augusta sempre foi usada indevidamente por sua primeira curadora, o que parece ter se repetido com a segunda. A busca pelo controle total do dinheiro foi determinante para que Elisa a colocasse num asilo e redirecionasse recursos financeiros da reforma psiquiátrica para uma instituição fechada. Como mostra o relato da dona da clínica de repouso, benefícios públicos - da atenção psicossocial - estavam sendo usados para custear o estabelecimento, assim como no caso da bolsa de Severino, que embora devesse se destinar a egressos de internação psiquiátrica que voltaram para casa, estava sendo usada em um negócio particular. Desse modo, curadores e instituições fazem uma apropriação privada de um bem comum.

Com Francisco, também vimos que a ambição pela pensão do pai moveu a disputa pela curatela. A presença do cunhado junto ao usuário, intermediando sua inserção em diferentes instituições, tinha objetivos financeiros. No caso de Neide, o interesse por se beneficiar da pensão da tia influenciou no modo como a irmã e a sobrinha atuaram. A decisão por internar

Ivonete em uma clínica particular onde Neide também teria seu destino precipitou a morte desta familiar, deixando a usuária sem morada.

Essas situações demonstram que o paciente é relegado à condição de objeto num outro nível na contemporaneidade. Enquanto os estudos italianos sobre a noção de instituição mostravam que o louco era reduzido a objeto do saber médico (ROTELLI, 2001), hoje em dia a objetificação também se dá a partir de outra referência: o capital. Paradoxalmente, se por um lado o paciente psiquiátrico ainda é visto com base na noção de improdutividade, por outro, se torna fonte de renda para famílias calejadas pelo sistema capitalista neoliberal.

O sentido monetário que os usuários adquirem nestes casos parece ser fruto de uma lógica de funcionamento social. Segundo Polanyi (2000), o advento da sociedade de mercado levou ao “desenraizamento da economia”. Enquanto nas sociedades anteriores a organização econômica estava enraizada em relações sociais, políticas e religiosas, no sistema de mercado capitalista, são as relações sociais que passam a se enraizar no sistema econômico. Orientada pelo lucro monetário, a economia segue normas próprias, tornando-se diferenciada e autônoma em relação a outras esferas da vida social, ao mesmo tempo em que os princípios do ganho e do lucro se tornam forças organizadoras da sociedade, tragando para si o trabalho humano e a terra. Ambos ganham o caráter de mercadorias e o valor econômico suplanta os demais. Este “moinho satânico” (POLANYI, 2000), que busca englobar tudo, favorece a construção de relações utilitárias e a objetificação do outro.

Seja para benefício próprio ou não, a curatela facilita as vias rumo à institucionalização, atuando como símbolo de poder que autoriza o curador a tomar decisões à revelia do usuário e dos serviços. Alex optou pelo hospital psiquiátrico privado sem qualquer diálogo com o CAPS; Elisa retirou Augusta da RT à força sem nenhum constrangimento; Eunice internou Jorge na “clínica/Casa” para ele entender que era ela quem mandava. Dos nove casos analisados, sete são curatelados.

Em um contexto de desfiliação, individualismo e monetarização dos laços, a capacidade de cuidar é prejudicada. Justamente por estar associada ao amparo e contorno subjetivos recebidos pela pessoa durante a vida, ela sofre os impactos do nosso modo de fazer sociedade. Em meio ao desamparo social e familiar, as cuidadoras e cuidadores demonstram dificuldade em manter esta tarefa. Exemplos emblemáticos são os casos de Eunice, Elisa, Damiana e Lauro. A primeira precisa trabalhar em dobro para complementar o sustento do irmão e custear as despesas da filha e do neto. A segunda administra a situação de Augusta ao mesmo tempo que cuida da filha bipolar, tendo sofrido graves maus-tratos em sua própria infância. A terceira sofre de ansiedade, pânico e depressão, mas não consegue tratamento adequado na rede pública.

Cuida de Eduardo sozinho, pois o padrasto sente medo dele e os outros quatro filhos tem a “sua vida”. Lauro, embora jamais tenha levado o irmão para a sua casa, fica sozinho na administração do cuidado e mediação dos conflitos, sem apoio dos outros irmãos. Com o corte do BPC, esta tarefa ficou ainda mais difícil.

Como proporcionar as ancoragens necessárias a estas famílias, dando-lhes estrutura para exercerem o cuidado em contextos tão adversos? Como o CAPS e as redes intra e intersetoriais devem contribuir para este caminho?

### 5.3 CAPS

Os casos nos ensinam que o trabalho territorial e o suporte à família são pontos chave do processo. Na única situação em que o usuário conseguiu sair da neoinstitucionalização, foi a atuação intensiva da equipe de acompanhantes terapêuticos e a escuta à irmã/cuidadora que fizeram a diferença. Embora o conceito de território seja central para a constituição da atenção psicossocial, o trabalho mais direto no lugar onde a vida do usuário acontece foi terceirizado para uma equipe particular e apenas se tornou possível porque Jorge recebe uma boa aposentadoria. No caso de Vitor, a indicação desta equipe também foi feita ao irmão como alternativa à “Moradia Assistida”. Sugestões e orientações voltadas ao território, como a inscrição em cursos e a circulação pela cidade, eram colocadas como responsabilidades da família. Lauro solicitou diretamente que profissionais acompanhassem Vitor em seu ir e vir, mas Viviane não entendia que isso cabia ao CAPS, mas sim a ele próprio. Quando alguém do serviço conseguia estar junto no encaminhamento dos usuários aos cursos indicados, era algum aluno ou residente, apenas para os que não tinham autonomia. Essas direções permitem supor que as tarefas de circular com a pessoa ou acompanhá-la em algumas rotinas domiciliares não são vistas como atribuições prioritárias do CAPS.

Se por um lado, o número reduzido de profissionais contribui para diminuir a mobilidade do serviço, por outro, os próprios projetos terapêuticos demonstram que não é só este o problema, pois uma determinada concepção de clínica também está na base destas indicações. Embora Vitor toque flauta, se interesse por leitura ao ar livre e tenha todo um cotidiano na farmácia, lanchonete e padaria, seu PTS se restringia a um conjunto de oficinas no CAPS, as quais, segundo a técnica de referência, servem de base para a formulação dos projetos. No único momento em que se apontou para fora, o curso indicado não condizia com o interesse do usuário. É importante lembrar também que o discurso de Vitor traz com frequência menções a trabalhos que ele desenvolveu ou tentou desenvolver, indicando um caminho possível para a

socialização em seu caso, que poderia guiar o trabalho da atenção psicossocial. Além disso, ele demonstra que a intensividade da escuta é necessária e que gostaria de ser ouvido com mais frequência pela equipe do CAPS. Quando está falando comigo durante a entrevista, consegue abstrair o desejo de usar psicotrópicos em excesso. Considerando a singularidade do PTS, já indicada na sigla, seria importante acolher a necessidade que o próprio usuário coloca, ao invés de tomar o Projeto como sinônimo de oficinas terapêuticas. Esta equivalência acaba fazendo desse importante instrumento para a atenção psicossocial um protocolo e não um planejamento construído junto ao usuário, de acordo com as suas particularidades.

Assim como no exemplo de Vitor, o CAPS pedia que Severino fosse até o serviço, mas não ia até ele. Devido ao longo tempo de internação e ao medo que ficou da vida após sofrer violência institucional, o usuário exigia um esforço proporcional do serviço substitutivo para desinstitucionalizá-lo. Na “Residência Terapêutica”, ele não precisa adquirir nada por conta própria e manuseia moedas que não usa de fato. Quando vai até a janela para pedir que alguém na rua lhe compre algo, isso é censurado e não tomado como um passo rumo ao lado de fora. Se ele entendesse que, ao ultrapassar os muros da “Casa”, poderia obter com o próprio dinheiro, cigarros e outros objetos de seu desejo, as saídas ganhariam sentido, incentivando-o a lidar com seus medos da rua. Este esforço fino e diário no sentido de ressignificar a vida na cidade e resgatar a função do ir e vir faz parte do trabalho da atenção psicossocial. Sem isso, o CAPS acaba se restringindo a lugar de fornecimento de receitas e consultas psiquiátricas que Severino aguarda com angústia. Esta dinâmica favorece a associação do serviço com os antigos hospitais pelos quais passou. É importante mencionar que o distanciamento do CAPS e a prevalência da “RT” no caso se relaciona às mudanças constantes na equipe do serviço substitutivo, comuns à maioria dos dispositivos da rede. Como não há mais nenhum profissional que tenha participado da desospitalização do usuário, ele ficou sem referência.

Embora Vitor, Severino e Jorge sejam do mesmo CAPS, a condução de cada um desses casos foi bem diferente. Enquanto nos dois primeiros não houve nenhum trabalho no território, nem visita à instituição de “moradia”, no terceiro, VDs e VIs (visitas institucionais) foram frequentes, demonstrando que diferentes visões sobre o trabalho atravessam um mesmo serviço. Na entrevista com Eunice, isso ficou claro quando ela disse que, certa vez, uma ex-coordenadora indicou a internação do irmão de forma burocrática em uma situação de crise, sem mais nenhum tipo de acolhimento, postura muito diferente da que costumava ser tomada pela técnica de referência. Estas disparidades indicam a importância de práticas formativas capazes de fazer a lógica da atenção psicossocial perpassar toda a equipe e não se restringir à conduta de profissionais específicos.

Em outros casos, de outros serviços, também se observam direções que não são suficientes para sustentar o paradigma da desinstitucionalização, pois limitam o tratamento ao perímetro da unidade. Com Roberto, vimos que a oficina de futebol era um recurso potente, considerando o seu delírio, mas após a morte da mãe outros esforços se mostraram necessários. A possibilidade de sustentar sua permanência em casa, com um pai que jamais tinha cuidado do filho sozinho e via no trabalho o principal valor de sua vida, demandava do serviço uma reformulação do projeto terapêutico não só no sentido da ampliação da frequência no CAPS, mas da presença no dia a dia do lar. Como em outros casos, esta tarefa foi atribuída a um profissional contratado, um possível cuidador a ser custeado com o BPC do usuário.

No caso de Sandra, o questionamento sobre o PTS vem do próprio coordenador das RTs. Como visto, ele critica a inserção da usuária em rodas de música e atendimentos individuais no CAPS sem uma reflexão sobre o objetivo destas intervenções. Enquanto de um lado propunham-se esses encontros no serviço, de outro, graves crises e conflitos ocorriam na residência, demandando outras formas de atuação do CAPS junto à usuária. As visitas à RT não foram suficientes para contornar os embates com a vizinhança. Pela perspectiva da técnica de referência e do atual coordenador, pode-se dizer que o afã por retirar Sandra do manicômio e depois do CAPS III dificultou o desenvolvimento de um cuidado clínico mais adequado para ela. No início, se sabia muito pouco sobre o que a usuária precisava para se estruturar e, quando a equipe aprendeu sobre isso com o trabalho da TO, as precariedades e instabilidades do serviço dificultaram a efetividade e continuidade do acompanhamento.

Paradoxalmente, a celebração pela conquista da desospitalização não veio acompanhada de um investimento nas práticas extra-muros e o trabalho efetivo de desinstitucionalização acabou ficando majoritariamente com a equipe da RT. Também no caso de Augusta, a presença do CAPS se resumia a VDs pontuais, estando o trabalho árduo de estimular as saídas a cargo das cuidadoras. Por ela não aceitar ir ao serviço, o que a equipe vislumbrava como alternativa era vê-la em sua nova moradia. Se a usuária não vai ao CAPS, o CAPS vai até a usuária. Mas com que propósito? De que maneira isso poderia apontar para fora? Da mesma forma que o coordenador da RT de Sandra se questiona sobre o motivo dos atendimentos a ela no CAPS, é preciso indagar também a função do que se faz fora do serviço. A desinstitucionalização não se basta por se colocar os pés na rua, mas pelo que isso representa em termos da autonomia do usuário. As falas da ex-coordenadora e da cuidadora da RT de Augusta fazem pensar que a equipe do serviço deveria ter ido à residência não apenas para visitas, mas também para conduzi-la rumo a novos movimentos, ajudando-a a sair da imobilidade que os longos anos de manicômio a haviam imposto.

Com Jorge, VDs também foram feitas devido à recusa do usuário em ir ao CAPS, mas a sustentação de um cotidiano vivendo sozinho (já que era inviável ficar no mesmo espaço da irmã) e o manejo das crises demandavam outros recursos, com uma intensividade diária, que veio a ser proporcionada pela equipe de ATs.

No caso de Eduardo, a ineficácia do dispositivo territorial no manejo dos momentos difíceis foi determinante para a internação em comunidade terapêutica. O CAPS era usado para obtenção de receitas, consultas com o psiquiatra e algumas atividades pontuais, mas não para apoiá-lo quando estava recluso em casa, extremamente emagrecido ou colocando-se em risco no território. O PTS formulado para o usuário após bastante tempo de tratamento se resumia à oficina da saúde e grupo de área, o que não parecia ter relação com as necessidades dele. O incentivo para ir à Lona Cultural não vinha acompanhado de um movimento do CAPS para levá-lo a este projeto, o que seria necessário considerando que Eduardo não conseguia ir por conta própria ou com a ajuda de Damiana. Nos episódios de crise, o serviço se restringia a local onde a mãe registrava as medidas tomadas nas internações, por meio de relatos e documentos que auxiliariam o psiquiatra a atendê-lo e medicá-lo após a institucionalização. Novamente com Elia (2013), fica claro que o CAPS atua como mero intermediário entre hospital e família, atuando entre uma internação e outra, de modo que não oferece alternativa às instituições, mas sim a sua complementação. De modo semelhante ao caso de Vitor, a compreensão do PTS como um conjunto de oficinas/atividades **no** CAPS e a falta de mobilidade para fora, fosse nas crises ou no acompanhamento aos locais indicados pelo serviço, reduz o alcance da atenção psicossocial.

De diferentes formas, os casos acima demonstram a tendência do serviço comunitário a se fechar em si e a reproduzir práticas assistencialistas ligadas à lógica hospitalar e/ou ambulatorial, restringindo-se a atendimentos ou visitas clínicas agendadas, em um movimento de institucionalização da própria reforma psiquiátrica (ALVERGA e DIMENSTEIN, 2006; AMORIM e DIMENSTEIN, 2009; LEÃO e BARROS, 2008; MACHADO, 2012; SALLES e BARROS, 2007). Seja por um PTS restrito a oficinas terapêuticas, por uma rotina focada em atendimentos psiquiátricos e reprodução de receitas ou por VDs pontuais, os CAPS tendem ao “encapsulamento” e o objetivo da ressocialização não recebe a atenção necessária. Parece que a noção de território não é usada de forma prática, para nortear os projetos terapêuticos singulares, mas apenas discursiva, como mero jargão das equipes.

Para mudar este cenário e desinstitucionalizar a própria assistência em saúde mental, não basta sugerir atividades fora dos serviços e explicar didaticamente às famílias que o cuidado não se dá mais pela via da internação e a responsabilidade agora está com elas. A mudança da

lógica não passa apenas por um registro teórico, mas também afetivo, tocando nas experiências e emoções dos atores envolvidos. Quando Eunice consegue dizer à equipe como está se sentindo e revela que seu sofrimento advém não apenas do cuidado de Jorge, mas também de outros familiares que dela dependem, outra via de relação e confiança se inaugura entre ela e os técnicos. O ato de falar sobre si e, assim, encontrar-se com uma posição que se repete em sua vida, a de cuidadora, fonte de sofrimento, mas também expressão de uma subjetividade, abre espaço para a construção de um novo olhar sobre este lugar. O contorno emocional que isso pode dar é fundamental para fazer frente à “sobrecarga objetiva e subjetiva” (CARDOSO, 2008) gerada pelo cuidado.

Vale lembrar que o acompanhamento à irmã em aspectos práticos pela técnica de referência, seja no fornecimento de laudos, na indicação dos caminhos para o suporte ou sugestão da equipe de acompanhantes, também foi fundamental para aliviá-la dos encargos relacionados a Jorge. Como mostra Melman (2001), o apoio à família na gestão da vida cotidiana dos usuários alivia os fatores estressantes que poderiam até desencadear situações de crise. Por isso, Eunice fala claramente da importância das mediações feitas pela equipe de ATs, que ajudam a resolver questões da moradia e do dia a dia do irmão, preservando-a da relação tensa com ele. É o que lhe “salva”, dando “paz de espírito”.

Outro caso que deixa nítida a relevância do acolhimento familiar é o de Vitor. Na entrevista, seu irmão, Lauro, relata o estresse no trabalho e as noites mal dormidas pela preocupação com os conflitos entre o usuário e os pais idosos. Quando ele pediu ao CAPS para ajudar no acompanhamento diário de Vitor pela cidade, considerando que a “Moradia Assistida” não se comprometeu a ficar com ele definitivamente, recebeu como resposta que esta atribuição era dele. Tal indicação, pautada na ideia de que o lugar do louco não é mais no hospital, porém com a família, não resolve a questão, considerando a fragilidade desta formação familiar. De uma parte, pais idosos e debilitados, de outra, um irmão que trabalha incessantemente e outro que trata o usuário com violência.

Esta tensão, na qual a responsabilidade que a família busca transferir ao serviço lhe é devolvida, dificulta a construção do vínculo de confiança e do amparo necessário para o exercício do cuidado. De acordo com o depoimento de Lauro, o CAPS não fazia qualquer ponte de contato com ele. Por isso, se refere ao serviço como um local inútil e passa a ver na instituição fechada a única solução possível. A escuta oferecida por Letícia, que lhe permitiu “desabafar” sobre Vitor e os pais, aproximou-o da equipe da “Moradia”, facilitando o diálogo e, conseqüentemente, as negociações com ele. Mais uma vez, o amparo emocional traz



ressonâncias no posicionamento do familiar diante do acompanhamento, porém dessa vez, do lado da instituição.

Damiana também demonstra significativo sofrimento psíquico, que busca tratar por meio de psicotrópicos. Diante das crises do filho, ela chora intensamente e sente dificuldade para dormir. Na entrevista comigo, é nítida sua irritação e impaciência com as ideias delirantes de Eduardo, vistas como “besteiras”. Tanto o suporte psicológico necessário para lidar com suas angústias e momentos de tristeza, quanto uma orientação capaz de ajudá-la a conviver com o modo tão distinto de estruturar a realidade próprio ao delírio, seriam fundamentais para o caso. É no auge do desespero e desesperança em relação ao quadro do filho que Damiana busca a internação.

No caso de Augusta, a atitude drástica da irmã mostra que as reuniões com ela e a sobrinha não foram suficientes para conduzir a família no sentido da desinstitucionalização. De um lado, repetíamos a cada encontro que ela precisava repassar o dinheiro para a usuária e, de outro, ela sempre questionava a proposta e reiterava que não via necessidade disso. A desconfiança e desejo de manter o controle sobre o dinheiro pareciam mover sua relutância em aceitar o acordo. Assim como no caso de Vitor, o embate mantinha uma tensão entre a família e as equipes dos serviços substitutivos.

Quando Elisa relatava o histórico familiar, revelava-se um percurso de muitos abusos e violência, com poucos vínculos de confiança e a presença do Estado restrita à internação de Augusta no manicômio. A chegada de profissionais que buscavam estabelecer pactos em outros sentidos, representando uma nova política de cuidado, soava algo muito estranho para ela. Confiar nas equipes e abrir-se para a construção de um vínculo conosco não parecia fácil. Considerando a possível relação destas atitudes com a história dessas irmãs, o suporte e escuta serviriam novamente como recursos valiosos. Ao revisitar o passado em um ambiente de acolhimento, talvez Elisa pudesse reencontrar-se com as razões de seus sentimentos e resistências em relação às novas possibilidades, o que poderia contribuir para a ressignificação do presente. Este trabalho mais sistemático de escuta seria também um caminho para ajudá-la a lidar com as questões referentes ao cuidado da filha, que ela sempre colocou como empecilho ao retorno de Augusta para casa.

No caso de Severino, vimos também experiências muito duras compondo o relato da irmã sobre ele. A violência e o medo estão presentes a todo momento e o usuário é visto como empecilho na vida de Silvia durante a infância e adolescência. Embora seu comportamento tenha mudado após os longos anos de internação, as marcas deixadas pelas vivências do passado impedem que a irmã cogite o retorno familiar e se sinta à vontade para passear com ele. O

CAPS, por sua vez, faz pressão para que ela leve Severino ao serviço, pois não é possível renovar receitas sem conhecer o usuário. De fato, a equipe precisa avaliar para receitar, mas, por outro lado, a imposição desta direção não contribui para que Silvia mude de posição em relação ao irmão. Como nos casos de Augusta e Vitor, os profissionais buscam imprimir uma rotina que escape à lógica asilar, mas a simples comunicação disso às famílias não é suficiente na efetivação da mudança. Silvia continua com medo e dificuldade de ver outras possibilidades na vida do irmão. Para ela, é natural levar tudo que ele precisa à “Residência”.

A transformação destas visões e sentimentos poderia ser favorecida pela escuta, num espaço em que o medo fosse historicizado e a irmã reconhecesse o que mudou, enxergando o Severino de hoje. Ao ecoar sobre os afetos, este trabalho teria uma força maior sobre o estigma do que a pura explicação. Junto a isso, um intenso movimento para a ressocialização do usuário precisaria ser colocado em marcha, de modo que não apenas Silvia modificasse a sua visão, mas também ele próprio construísse outras formas de estar no mundo e conviver com a irmã.

Os exemplos anteriores evidenciam a importância de iniciativas voltadas às famílias, como discutido na seção 2.1. Diferentes autores citam propostas que vão desde a inclusão dos familiares em projetos permanentes de promoção de saúde nos serviços, até a orientação sobre como cuidar dos parentes com transtorno mental e o suporte psicológico (MACHADO e SANTOS, 2012; SILVA e STEFANELLI, 1991; BEZERRA e DIMENSTEIN, 2011).

A tendência dos serviços em atribuir responsabilidades aos familiares sem necessariamente garantir seu apoio parece revelar valores que embasam o olhar sobre a família. Como visto na seção 2.1, a concentração dos vínculos de fidelidade e afeto no âmbito familiar doméstico a partir da modernidade tornou este meio o centro das expectativas e cobranças sobre o desenvolvimento de seus membros. O abandono do paciente à “família culpada” (SARACENO, 2001) é uma expressão desta lógica e se revela tanto nas recomendações dos técnicos sobre o que os familiares devem fazer com o paciente a despeito de suas impossibilidades, quanto na compreensão de que usuários “com família” não são elegíveis para a RT pública. O meio familiar parece se colocar como valor tão absoluto que se desconsideram as reais condições e envolvimento afetivo das pessoas em questão.

Francisco, apesar de ter passado mais de 20 anos institucionalizado, foi destinado a uma instituição particular, com base na ideia de que uma família com dinheiro deve se responsabilizar por seus membros. A dificuldade de vaga no dispositivo público contou para a decisão, mas a saída encontrada não foi pressionar politicamente pela criação de novos espaços, pois a supervalorização da família no direcionamento do cuidado falou mais alto. Com o tempo, porém, ficou claro que os parentes chamados à responsabilidade não agiam em prol do bem-

estar de Francisco, mas de interesses econômicos próprios. Por isso, a técnica de referência contraindicou a entrevista com o cunhado, que não teria nada a dizer sobre a história do usuário. A mesma família que foi colocada no centro da decisão sobre a moradia é a que pretende se beneficiar do dinheiro de Francisco e nada pode dizer sobre ele.

Também no caso de Severino, indicou-se uma “Residência” particular por ele ter família e pensão. Novamente, não se levou em conta a constituição familiar que existe na realidade. A pura existência de parentes consanguíneos vivos já foi suficiente para determinar a indicação de “moradia” e desconsiderar a RT pública. A irmã, entretanto, tem dificuldade de se aproximar, pelas lembranças do passado e o medo a elas associado. Diante da escassez de recursos públicos, a responsabilidade foi transferida ao setor privado pela intermediação de uma família que tem na “clínica/Casa” um porto seguro, capaz de livrá-la da convivência mais direta com o usuário.

Como se pode ver, os casos de Francisco e Severino colocam em cena não um processo de desinstitucionalização, mas de transinstitucionalização do público para o privado, movido por uma concepção idealizada de família e um corte de classe. Considerando que, além de parentes vivos, estes usuários têm renda, entende-se que seu destino não precisa ser um dispositivo público, mas sim uma instituição paga.

No caso de Augusta, embora a supervalorização do núcleo familiar não tenha embasado o projeto de moradia num primeiro momento, foi o que moveu a celebração da saída da RT de volta para casa. Esta suposta iniciativa da irmã foi comemorada como uma vitória não só pela coordenadora da RT e a equipe do CAPS, como também pela Superintendência de Saúde Mental. O valor da família falava tão alto que se desconsiderava aquele contexto familiar específico e a relação de Augusta com ele. Como mostra o depoimento da cuidadora, a usuária já tinha construído um sentimento de moradia em relação à residência terapêutica e sua voz foi desconsiderada.

O modo como sentimos a família gera expectativas e intervenções que acabam por contribuir para novos processos de institucionalização. Na mesma medida em que lhe transferimos responsabilidades, ela encontra formas de repassar este peso para outras instituições. A família moderna, ideal e afetiva, não é aquela que encontramos em nossa prática, como visto na seção anterior.

Centrada em si própria e sobrecarregada pela complexidade das novas demandas, “a família nuclear moderna passou a ser uma ávida consumidora de tudo aquilo que poderia ajudá-la a cumprir suas funções” (MELMAN, 2001, p. 46). Como mostra Lasch (1991), o mesmo sistema econômico que fez do reino privado/familiar um refúgio de afeto contra as tensões

externas e de transmissão de valores às novas gerações, tornou-o inábil para alcançar estes objetivos. A frieza, distanciamento e alienação do trabalho no mundo capitalista também atingiram as subjetividades ali constituídas, “tornando as pessoas incapazes de prover as próprias necessidades sem a supervisão de especialistas profissionais” (LASCH, 1991, p. 42).

Na contramão da visão que onera o núcleo familiar, Machado e Santos (2012) propõem que o suporte às famílias se dê não só por meio de orientação e apoio psicológico, mas também da vinculação dos cuidadores à rede social mais ampla. Ou seja, os esforços para a inserção no território deveriam se voltar não apenas ao usuário, mas também aos familiares, expandindo as relações de ambos além do ambiente privado. Esta seria uma forma de aliviar a sobrecarga gerada pela centralização do cuidado na casa da família “nuclear”. O caso de Eduardo é emblemático dos efeitos extenuantes desta dinâmica. Mãe e filho viviam fechados na rotina doméstica sem quase nenhuma outra troca social.

Além da socialização da própria família, isolada pela lógica que a condena a reduto destacado da sociedade, novos projetos de moradia para usuários de saúde mental também se fazem necessários, sobretudo nos casos em que não há sequer parentes para serem responsabilizados, pois os que estavam à frente do cuidado morreram. Ao perder sua tia, Neide ficou sem qualquer recurso e dependeu do empenho de um psicólogo particular, dono de um empreendimento, para ter uma “casa”. Quando esta possibilidade se esgotou pela falta de recursos financeiros, o que restou foi o abrigo em território estrangeiro, o que vai na contramão de um dos principais valores da reforma. A afirmação da coordenadora do CAPS de que não havia outra saída para ela, por não ter renda, família, nem perfil para RT pública, faz recordar o caso de Catarina, para a qual o Centro Vita também era visto como o único lugar possível (BIEHL, 2005). De forma semelhante, a morte da mãe de Roberto representou o limite da possibilidade do cuidado familiar, levando a uma rápida internação em instituição psiquiátrica particular.

Em outros casos, embora haja participação de outras pessoas da família, o adoecimento ou morte de figuras centrais no cuidado contribuiu para o processo de neoinstitucionalização. Com Vitor, vimos que o envelhecimento e adoecimento dos pais foi determinante para a decisão dos irmãos de retirarem de casa. Além disso, a possibilidade de retorno familiar foi totalmente descartada após a morte do pai. Em relação a Severino, o falecimento do irmão deixou Silvia praticamente sozinha no cuidado, ainda mais insegura para lidar com ele. No caso de Francisco, o adoecimento do pai fez com que o cunhado, sem o mesmo vínculo com o usuário, fosse responsabilizado pela decisão sobre o local de moradia após a internação de longa permanência. Vale lembrar que nesta situação, a própria técnica de referência cogitou a possibilidade de uma

moradia assistida, mas explicou que a impossibilidade de retorno ao apartamento onde ele morava antes, pelos motivos já citados, inviabilizava esta alternativa.

Assim como no início da política de desinstitucionalização, as residências terapêuticas foram a solução encontrada para os inúmeros pacientes que saíam dos manicômios sem ter aonde ir, novas estratégias precisam ser construídas para responder aos desafios atuais. As situações analisadas mostram que a possibilidade de morar na cidade não encontra limites apenas nos casos de longa internação, mas também naqueles que moravam na própria casa, mas perderam seus parentes ou os levaram ao esgotamento.

A ausência de políticas públicas para estes casos dá margem a novas formas de institucionalização ou à reatualização das antigas. Como relata o dono de uma das “RTs” particulares, o empreendimento recebe principalmente pacientes cujos pais morreram ou envelheceram. A dona da “Moradia” israelita também fala da necessidade de compensar a ausência de recursos para quem não passou por internação de longa permanência, mas também não recebe suporte da família, evitando que fiquem pelas ruas. A instituição foi criada justamente para abarcar aqueles que viviam em um “lar” para crianças e, aos 18 anos, não tinham para onde ir, pois vinham de famílias desestruturadas no aspecto emocional e financeiro.

Assim como visto na seção 2.1 em relação a casos de reinternação frequente (SOLOMON e DOLL, 1979), o que contribui para a decisão por institucionalizar também é a situação do paciente na comunidade, tanto pela falta de abrigo e laços sociais, quanto por conflitos e dificuldades familiares.

Um levantamento da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) mostra projetos desenvolvidos em diferentes países para o apoio à moradia independente de usuários de saúde mental. Nestas iniciativas, busca-se respeitar o direito das pessoas a escolherem onde e com quem querem viver. Os exemplos da Georgia e da Índia guardam semelhanças com as residências terapêuticas brasileiras, mas abarcam um público mais amplo. No país da Europa oriental, as casas abrigam no máximo cinco pessoas e fazem parte de uma rede de serviços comunitários promovida pela ONG *Hand in Hand*. Embora priorizem pacientes institucionalizados, também abrigam aqueles criados em famílias adotivas, que se mudaram após completarem 18 anos, e os que residem em casa, mas não recebem apoio dos parentes. O grupo de moradores é considerado uma família e se constitui a partir de conversas prévias entre os potenciais companheiros de casa e o coordenador do serviço. Uma equipe de assistentes se reveza no apoio 24h aos residentes e os auxilia na construção de um plano de suporte singular, levando em conta as necessidades e anseios de cada um. O ambiente é propício para o morador adquirir autonomia nas atividades da vida diária e integrar-se na comunidade.

Na Índia, as residências abrigam de quatro a cinco pessoas “em grupos de afinidade” e são alocadas em bairros urbanos ou rurais nas proximidades de serviços essenciais, como lojas, pontos culturais e assistência médica. A organização sem fins lucrativos que promove este tipo de moradia, *The Banyan*, aluga vários imóveis e os usuários escolhem em qual deles desejam morar. Assim como na Georgia, há possibilidade de abrigar não só pessoas em processo de desospitalização, mas também aquelas que precisam de um cuidado prolongado e foram rejeitadas pelas famílias, bem como as que não querem voltar para casa. O programa busca incentivar o acesso ao emprego, à assistência social, a participação em grupos, reuniões, festivais e outros eventos recreativos. Além disso, as residências contam com assistência focada no apoio às atividades diárias.

Enquanto os exemplos anteriores se baseiam em casas destinadas a pessoas com transtornos mentais, dois outros projetos apresentados pelo levantamento da OMS mostram estratégias de apoio à vida na cidade articuladas em torno de residências comuns: são os casos do “*KeyRing Living Supported Networks*” e do “*Shared Lives*”. No primeiro, desenvolvido na Inglaterra e no país de Gales, uma associação de assistência social, a *KeyRing*, promove redes de suporte comunitário que permitem aos usuários de saúde mental viverem de forma autônoma. Cada uma delas inclui dez pacientes que moram em casas com distância passível de ser percorrida a pé. Um trabalhador voluntário, também residente em imóvel neste perímetro, pago pela associação, oferece apoio aos membros nas atividades da vida diária sob supervisão de um coordenador. Como as redes são criadas em torno das habitações onde os usuários já vivem, eles não precisam se deslocar para ingressar no programa. Caso a mudança seja necessária, a equipe busca garantir que o novo membro não desista de laços sociais importantes para ele. Além disso, pode oferecer apoio para encontrar moradia na área, bem como suporte para mantê-la.

O objetivo de cada rede é incentivar que os membros assumam o controle e responsabilidade sobre suas vidas e se relacionem com a comunidade local. Para isso, o voluntário os auxilia a lidarem com contas e orçamentos, a conseguirem acesso à educação e a empregos, dentre outros interesses que possam estimulá-los à socialização. Diferentes atores do território são mobilizados a se envolverem na iniciativa, desde bibliotecários a lojistas.

Além do voluntário que atua no dia a dia, há outros responsáveis por atribuições mais específicas, como o compartilhamento de alguma habilidade ou o gerenciamento de um espaço denominado *Community hub*, onde os usuários vão para conviver, obter suporte individual, planejar eventos, acessar informações ou aconselhamento. Os membros também dispõem de acesso a conselheiros treinados, 24 horas por dia, durante toda a semana. Estes profissionais,

disponíveis por telefone, são capacitados na área da saúde mental, podendo atender a situações que envolvem risco de suicídio, dentre outras competências.

Um estudo avaliativo sobre formas de moradia assistida, incluindo o exemplo da *KeyRing*, concluiu que os projetos que mais aumentam o bem-estar dos moradores são os que lhes permitem viver em habitações individuais autônomas com direitos totais de ocupação e apoio adequado em casa. A pesquisa ainda apontou que, quanto mais próximo o modelo de moradia estiver de uma instituição e quanto mais o apoio for projetado para controlar o comportamento dos moradores, menor é o bem-estar alcançado (CLAPHAM, 2015).

Em outro projeto desenvolvido no Reino Unido, chamado *Shared Lives*, os usuários moram ou visitam regularmente a casa de um cuidador treinado, que proporciona suporte para as atividades da vida diária e integração no território. Dentre os casos acolhidos, estão pessoas acometidas por transtornos mentais, “deficiência psicossocial”, diagnóstico relacionado ao espectro do autismo, situações de crise, uso abusivo de álcool ou outras drogas... Cada família/cuidadora pode acompanhar no máximo três indivíduos por vez, embora seja incomum apoiar mais de dois.

No interior desta iniciativa, foi criado também um esquema de acolhimento à crise que busca oferecer alternativa à hospitalização ou facilitar as altas. Nestes casos, as pessoas são apoiadas por famílias selecionadas e treinadas para esse fim, por um período de até seis semanas. Um enfermeiro faz parte da equipe e mantém contato com o usuário durante todo este tempo.

Tanto a “*KeyRing Living Supported Networks*”, quanto a “*Shared Lives*” geram gastos muito menores para o Estado do que as instituições tradicionais ou outros serviços de moradia. Em 2017, o *National Development Team for Inclusion* (NDTi), organização sem fins lucrativos do Reino Unido, citou estes dois projetos como alternativas de moradia assistida na comunidade capazes de reduzir os custos em assistência. Uma análise sobre o modelo *KeyRing* mostrou que a economia é fruto tanto da retirada dos pacientes de opções mais caras de habitação, quanto da redução do suporte geral requerido pelos integrantes do projeto, uma vez que se sentem parte da rede. Além disso, a prevenção de crises e a recuperação mais rápida destes episódios evita gastos com internação.

A OMS elenca estes diferentes projetos de moradia não para que sejam replicados em outros lugares, mas para que inspirem princípios e práticas relevantes na prestação de uma assistência em saúde mental comunitária, centrada na pessoa, capaz de promover direitos humanos e reabilitação. As diferentes iniciativas apresentam possibilidades distintas das previstas no Brasil e vêm conseguindo contornar a tendência à institucionalização.

A fala de um dos familiares entrevistados sublinha a importância de projetos como estes. Como visto, o irmão de Vitor defende o modelo de moradia de outro irmão com transtorno mental, em Israel: um apartamento comum, pago com o benefício do governo, onde os moradores recebem visitas de assistentes sociais e monitores. Para Lauro, esta estratégia permite que o usuário continue vivendo na comunidade, com alguma independência.

Tanto nos casos que passaram longos anos em instituições, como nos demais, o desafio da moradia se impõe e exige novos projetos de suporte domiciliar ou a expansão das residências terapêuticas. Sem esses recursos, a instituição se recoloca como saída. Nos percursos de Francisco e Severino, a passagem de uma instituição a outra foi direta, de modo que a transinstitucionalização tomou o lugar da desinstitucionalização, como nos achados de Rotelli (2001) e Talbott (2004). Com Augusta e Sandra, houve um tempo de permanência na RT antes da reinstitucionalização. Já nos demais, uma primeira institucionalização se iniciou, aparentemente sem volta, exceto no caso de Jorge. Vale lembrar que dois usuários, Neide e Francisco, não permaneceram em um local, mas se deslocaram entre diferentes instituições, formando um “circuito institucional” (HOPPER et al., 1997 apud MARROW e LUHRMANN, 2012).

O abrigamento de Neide também pode ser considerado uma forma de neoinstitucionalização segundo o relatório da Fiocruz e Fundação Calouste Gulbenkian (2015). Na ausência dos antigos manicômios e de programas de moradia que acolham usuários de saúde mental sem apoio familiar, os abrigos reatualizam a tendência a encerrá-los em um universo de regras e tutelas, no qual o território não é mais um valor central. Estes dispositivos não estão distribuídos pela lógica da atenção psicossocial e encaminham os pacientes para regiões distantes de suas origens. Além disso, a condensação de diferentes profissionais e práticas em seu interior os aproxima das instituições totais. O exemplo do abrigo onde Neide aguarda vaga é emblemático dessa tendência, considerando que até serviço de remoção 24h está disponível no local.

A ampliação da clientela dessas instituições, como visto no primeiro abrigo onde a usuária ficou, é um sintoma da falta de outros projetos de vida para pessoas em situação de vulnerabilidade, incluindo usuários de CAPS. Enquanto no início, o estabelecimento só recebia mulheres dependentes do *crack* ou outras substâncias psicoativas, desde 2013, também passou a acolher pessoas em situação de pobreza com alguma doença ou deficiência mental.

Ainda sobre o abrigamento, é interessante notar que parece estar se delineando uma distinção entre abrigos provisórios, da Prefeitura, com condições mais precárias, e permanentes, particulares ou conveniados, que, estes sim, serviriam como morada permanente. Sem nenhum



registro em documento oficial, esta diferenciação parece revelar os caminhos pelos quais a sociedade reatualiza a longa permanência institucional. Como mostra tanto o depoimento da dona do asilo de Augusta, quanto os rumos tomados pelo caso de Neide, o abrigo público seria um espaço de transição para se chegar a uma instituição onde a pessoa pudesse permanecer o resto dos seus dias.

Os diferentes tipos de empreendimento institucional identificados neste estudo são classificados como locais de exclusão pelos teóricos da reforma. Como visto na seção 2.2, “casas de repouso”, “comunidades terapêuticas geridas pela iniciativa privada”, “residências para portadores de sofrimento mental” e “lares para idosos” fazem parte desta lista, no que Venturini (2016) chamou de “verdadeiros guetos do século XXI” (vide página 65).

#### **5.4 As instituições**

Os casos analisados revelam distintas modalidades de institucionalização: “Moradias/Residências Terapêuticas/Assistidas” privadas, “Casa”/Centro de Convivência, comunidade terapêutica, clínica de repouso/asilo, hospital psiquiátrico particular, abrigo e CAPS III como instituição de longa permanência. Os diferentes dispositivos expressam graus variados de tutela, num espectro que tem o hospital, o asilo e a CT nos níveis mais altos e as instituições de “moradia” privadas, nos mais moderados. Como visto no segundo capítulo, alguns destes estabelecimentos correspondem ao que o relatório da Fiocruz e Fundação Calouste Gulbenkian (2015) denominou de neoinstitucionalização. Embora clínicas de repouso, comunidades terapêuticas e instituições particulares de internação não sejam de agora, a novidade está nas formas pelas quais estes locais se atualizam e refazem diante das novas demandas. Na ausência dos antigos manicômios, as famílias e a sociedade como um todo encontram brechas para reformular o isolamento da loucura, adaptando as instituições existentes e impulsionando-as a estabelecerem novas articulações e práticas. O hospital passa a se chamar também de moradia assistida, o que lhe traz um apelo mais humanizado, a CT ganha novos usos, para além da assistência aos usuários de álcool e outras drogas, propondo até exames de imagem para entender o transtorno mental, o asilo se redireciona para outras idades, sob pressão inclusive do Ministério Público.

Como visto no caso de Eduardo, a comunidade terapêutica em que está internado reproduz as práticas próprias deste tipo de instituição discutidas na seção 2.2. Com normas e regras a serem seguidas por todos e um sistema de vigilância por câmeras, o local desenvolve uma “tecnologia disciplinar” que tem como objetivo normalizar os acolhidos (SOUZA,

NUNES e SANTOS, 2018). O relato de Celso e o contrato são claros quanto à necessidade de “encaixar” os internos em atividades que o reconduzam à normalidade, sob pena de punição caso não o façam. Por meio de uma disciplina rígida, envolvendo reuniões terapêuticas embasadas no método dos 12 passos, atendimentos individuais, laborterapia e espiritualidade, a instituição busca induzir o paciente a abandonar o vício e reformular sua subjetividade rumo a um cotidiano produtivo. Evidencia-se aí o hibridismo apontado por Loeck (2018) e Cavalcante (2019), que desliza entre os paradigmas religioso-espiritual e técnico-científico, imiscuindo a força cultural e política das religiões na díade do estatuto médico-legal das drogas. Com base na ideia de que o abuso de substâncias seria uma doença incurável, progressiva e fatal, o estabelecimento mescla práticas de diferentes tipos, tomando a fé como caminho para a superação, as terapias como forma de trabalhar sentimentos, cognições e evitar recaídas e a medicação para o alívio da ansiedade.

Mais uma vez com Loeck (2018), vemos que a noção de doença incurável individualiza o problema, fazendo o sujeito se engajar em múltiplas tentativas de se desvencilhar deste mal que o assola. A necessidade de atravessar este caminho sozinho, sem as interferências que a família poderia trazer, reitera esta individualização e encerra o interno em um universo moral dissociado daquele em que vive, criando dependência em relação à instituição. Características da maioria das comunidades que corroboram este fechamento estão presentes na CT de Eduardo (CFP, 2018; NATALINO, 2018). Como visto, a instituição encontra-se em uma área rural, de forma que o isolamento social é favorecido pelo geográfico, as ligações telefônicas e visitas são restritas, as saídas proibidas e as portas da casa trancadas entre 21h e 7h. Quando a equipe avalia que o interno pode sair para a ressocialização, mas ele não volta na data estipulada, há possibilidade de multa, o que retira da pessoa o poder de decidir pelo encerramento do tratamento, infringindo a Lei 10.216. Este tipo de saída só é autorizado em caso de resposta positiva aos métodos da CT, deixando claro que a integração social não é entendida como parte do processo terapêutico, mas sim algo exterior.

A distância entre as formas de vida dentro e fora da instituição contribui para a reincidência (NATALINO, 2018) e leva à porta giratória na CT. No caso estudado, o paciente encontra na instituição a possibilidade de trocas, atividades e laços que não constrói fora dela. Enquanto em seu território, só mantém convivência com a mãe e volta a cometer atos que afastam as pessoas dele, na comunidade, é impelido a se relacionar com os demais internos, em um mundo à parte onde não há outra alternativa. A ponte entre ele e o outro, que precisaria ser construída com a ajuda dos serviços comunitários fora da instituição, acaba se fazendo em um ambiente de convivência forçada.

Embora encontros que Eduardo não tem do lado de fora aconteçam lá dentro, a rotina enfadonha torna a CT um lugar indesejado por ele. O usuário relata a agonia de se ver repetindo as mesmas coisas, de ter horário para tudo, inclusive “ficar preso”, e diz claramente que sua casa é melhor. A indistinção entre as esferas pública e privada num espaço em que tudo é compartilhado nos mesmos horários contribui para a massificação das subjetividades e a mortificação do “eu” anterior à institucionalização, como nas instituições totais. A crise que Eduardo viveu na segunda internação, quebrando objetos da psiquiatra, pode ter sido uma forma de fazer frente a isso. A partir de Natalino (2018) e Bolonheis-Ramos e Boarini (2015), pode-se dizer que ele entrou para o rol dos que reincidem nas comunidades devido a uma dupla inadaptação: de um lado, em relação às rígidas normas da instituição e, de outro, ao dia a dia fora dela. Por ser apartado da família e do contato com o mundo externo, que os desconcentrariam do tratamento como sugeriu o administrador, Eduardo não desenvolve recursos para lidar com as pessoas que fazem parte de sua vida real. Além disso, ao sair da instituição, encontra uma rede de saúde pública que não consegue acompanhá-lo de perto nem acolher suas crises, seja por VDs e mediações no território, ou pelo suporte à família. Como mostra Natalino (2018), o sucateamento e defasagem dos serviços de cuidado é mais um fator que contribui para o fenômeno *revolving door* nas comunidades.

Semelhante à noção de instituição proposta pelos líderes da reforma italiana, a CT não se reduz a um estabelecimento, mas expressa mentalidades e moralidades próprias à nossa cultura, que tem na racionalidade *hemiderna* um componente central (CAVALCANTE, 2019). Nesta lógica, modos de tratar e julgar se constituem na interseção entre tradições passadas e presentes, tendo a força da religião como elemento propulsor. Embora o hospital psiquiátrico particular de Roberto e o asilo de Augusta não sejam CTs estrito senso, suas práticas também mesclam o saber religioso com atividades terapêuticas e intervenções médicas que buscam a ordenação dos corpos e das condutas. Na clínica de repouso, a transmissão da palavra de Deus é a única das reuniões diárias que permanece na pandemia; no hospital psiquiátrico, o culto é tido como fator de equilíbrio psicoemocional para os “doentes”. No caso de Augusta, a igreja evangélica é a ponte para a família descobrir a instituição e, no de Roberto, é o pastor, assim como foi o caminho para Catarina chegar ao Centro Vita. Com Biehl (2005), vimos que esta instituição gaúcha também combinava práticas terapêuticas, médicas e religiosas, recebendo visitas de voluntários da igreja. A própria origem do empreendimento remonta a uma “visão” divina do fundador, o que guarda semelhanças com a inspiração para a abertura da clínica psiquiátrica de Roberto, que veio da fé e do estudo da Bíblia.

Junto ao discurso religioso, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas acompanham os internos para garantir o controle medicamentoso e a manutenção de hábitos considerados saudáveis no asilo e no hospital psiquiátrico particular. No primeiro, a regulação do corpo e da higiene é garantida por uma rotina vigilante em que, até quando a família leva para passear, o padrão de alimentação da instituição deve ser mantido. O banho de Augusta e de qualquer outro interno é monitorado pela enfermagem, mesmo que tenha capacidade para fazê-lo sozinho. Nesta dinâmica, “tudo é resolvido” lá dentro, desde as questões psiquiátricas até as físicas, de modo que nenhum outro dispositivo de saúde se faz necessário, somente em caso de internação clínica. A postura da dona é simbólica deste padrão. Ela se coloca como “mãe” e não sai do nosso lado enquanto eu entrevisto a usuária.<sup>62</sup> As representações modernas do meio familiar, como lugar de proteção e afeto, parecem assim se reatualizar no ambiente institucional. Atribuições que não puderam ser exercidas pela família consanguínea são absorvidas pela instituição de modo totalizante. Este movimento tutelar é endossado quando a dona assume a função de curadora para alguns moradores. Outro ponto que merece atenção é a guarda dos documentos, que fica com os familiares e não no próprio local, em uma clara violação à Lei 10.216. Esta medida, comum a muitas comunidades terapêuticas, não só limita a possibilidade de abandono unilateral do tratamento, como exerce efeito simbólico de mortificação do eu (NATALINO, 2018).

No hospital psiquiátrico de Roberto, o fechamento e isolamento se revelam na própria dificuldade de contato com a instituição e na recusa à pesquisa. A desconfiança em relação ao meu estudo demonstra que a dinâmica de funcionamento interno não está disponível para ser debatida, nem entrar em diálogo com atores externos. Como visto, o hospital oferece uma série de profissionais e espaços, tanto clínicos quanto de lazer, que, assim como no asilo e na CT, buscam reduzir o cotidiano e o tratamento do sujeito ao estabelecimento. A manutenção da ordem é auxiliada pela vídeo-vigilância e o passeio na estrada depende do aval do médico. As festas e/ou atividades promovidos tanto pela clínica psiquiátrica, quanto pela de repouso e a CT, buscam manter os internos motivados para que sigam bem na instituição.

Os padrões de monitoramento, controle e ocupação do tempo nos três lugares se associam a uma racionalidade que ainda tem a ideologia psiquiátrica como pilar importante. A comunidade pretende buscar a verdade da doença de Eduardo na imagem do exame neurológico, o asilo atribui todo o descontrole de Augusta nos primeiros meses ao “transtorno bipolar”, “coisa de sua cabeça”, e o hospital produz imagens dos transtornos mentais em suas

---

<sup>62</sup> Este posicionamento do gestor como figura de autoridade familiar também se mostra no Centro Junguiano, como será analisado adiante.

redes que os associam à periculosidade e a sintomatologias específicas. Além disso, o comentário de um dos gestores sobre a maceração da medicação, como resposta à apresentação da pesquisa, mostra que a química medicamentosa é um instrumento central para a clínica em que Roberto ficou.

A descontextualização do sofrimento psíquico, característica do paradigma psiquiátrico, é escancarada quando a enfermeira do asilo refere toda a crise de Augusta à bipolaridade, mesmo após discorrer sobre as dificuldades familiares que levaram à institucionalização. Da mesma forma, o movimento da paciente pela delimitação do quarto como espaço exclusivo e a agressividade em relação a quem entra são vistos como problemas a serem contornados e medicados, não como signos da sua tentativa de construir uma morada singular frente à massificação institucional. Frequentemente, o discurso dos profissionais entrevistados toma a medicação como solução para as manifestações da paciente, sem enxergar os seus sentidos.

Conforme a instituição encontra uma explicação científica para cada comportamento (BASAGLIA, 1985) de Augusta, sua subjetividade é desconsiderada. Os atos perdem seu significado vivo e passam a ser remetidos a uma abstração teórica - o diagnóstico - que nada tem a ver com a dor da usuária. Como mostrou Ester, ela foi arrancada da casa onde residia e obrigada a voltar para uma instituição. Possivelmente, as agressões contra o estabelecimento nos primeiros meses foram uma reação à violência sofrida e uma demonstração de que não queria estar ali. Aquilo que não conseguia expressar em palavras - a voz que a instituição calou - foi externalizado em ato, através do ataque aos bens e integrantes do lugar. Por não ter sido ouvida, a forma que encontrou de se restabelecer nesta nova dinâmica foi assumir uma posição de autoridade perante os outros internos, que lhe permitiu garantir o próprio cômodo. Com o tempo, porém, a delimitação deste espaço somou-se ao retraimento de uma expressividade minada pela rotina institucional.

No caso de Roberto, o processo de mortificação não recai apenas sobre o eu anterior à institucionalização, mas também sobre a própria existência. A “morte cerebral” do paciente ocorre precocemente. À margem do jogo político-econômico, restou-lhe um lugar em que não gerasse problemas ao pai e pudesse permanecer até o fim dos seus dias. Desse modo, ele não foi apenas retirado do território, mas também inserido numa zona de exclusão que garantiu ativamente o seu lugar de exceção. Como mostra a fundadora, pessoas com transtorno mental que estão à margem e vivem nas ruas sem qualquer apoio precisam de um lugar para ficar e acabam na instituição pela ação do próprio poder público. Pela via dos “assistentes sociais do Fórum”, a família reencontra o parente desassistido e o redireciona à interação particular. Neste ponto, é possível tecer um paralelo com o asilo, que recebe determinações do Ministério

Público para a inserção de pessoas com transtornos mentais fora do perfil oficial da clínica. Além disso, o órgão dá margem para que a dona assuma a curatela desses usuários. Esta cumplicidade entre justiça e instituições asilares também foi revelada pelas análises de Biehl (2005) em Porto Alegre, onde os juízes sempre davam aos donos dos estabelecimentos clandestinos uma última chance de se adequarem às normas sanitárias para que seguissem absorvendo os excluídos. Embora no Centro Vita, o gestor admitisse que o foco não eram os casos psiquiátricos e que não havia profissionais qualificados para atendê-los, eles continuavam ali. Da mesma forma, a CT de Eduardo e o asilo de Augusta vão ganhando novos usos e absorvendo usuários de saúde mental que não têm lugar na sociedade. Partindo da análise de Agambem (2002), pode-se dizer que estes locais se tornam engrenagens do poder soberano moderno, porque garantem um espaço para esses sujeitos terem seu fim e isentam o governo da responsabilidade.

Sentidos como empecilhos aos fluxos produtivos diários, o que fica bem claro na fala do pai de Roberto, a existência destes pacientes perde seu valor simbólico e se torna “vida nua”. O depoimento da dona do asilo de Augusta é uma demonstração da contraposição entre um mundo útil, que chama ao trabalho - do lado do familiar - e um inútil e paralisante - do lado do idoso/doente. Diante da “guerra lá fora”, em que as famílias precisam trabalhar “para sobreviver”, o cuidado da pessoa em processo de envelhecimento/adoecimento torna-se sinônimo de perda das possibilidades de sustento, até mesmo de “fome”. Neste limite entre vida e morte imposto pelo ritmo acelerado e desigual das sociedades capitalistas, as formas de vida que não mais podem produzir são associadas à escassez, a um corpo que para e paralisa os demais. É o que Biehl (2005) chama de “ex-humanos”, pela sua condição de exceção em relação à justiça e aos direitos.

Na instituição asilar, se garante um espaço em que estes corpos “matáveis” podem ficar. A precoce “morte cerebral” do filho de Alex é emblemática do movimento de “fazer morrer” que opera nestes locais. Assim como em Vita, o fim do paciente foi acelerado e não pude sequer ouvir o que pensava sobre o processo de institucionalização. No caso de Augusta, o corpo permanece lá, mas tanto o objetivo de regular seu peso quanto a incapacidade de simbolizar seus atos, referidos estreitamente ao transtorno, o desumanizam. Ela fica restrita à instituição e só pode sair na companhia de familiares que não estão disponíveis para isso.

A reclusão ao espaço do estabelecimento, com saídas permitidas apenas sob condições delimitadas, a variedade de profissionais e atendimentos, a falta de articulação com CAPS e CFs, bem como a própria dificuldade de contato com as equipes coloca estes empreendimentos no topo do espectro de institucionalização identificado na presente pesquisa. Vale notar que

algumas características não puderam sequer ser mapeadas devido à impossibilidade de falar com os técnicos, como no caso da CT e do hospital psiquiátrico. Nestes lugares, não foi possível saber como se dava a guarda de documentos, bens ou roupas, apenas que o dinheiro não ficava sob poder de Eduardo na comunidade.

O grau de fechamento destas instituições se evidencia na afirmação de que tudo pode ser acompanhado no local e, uma vez lá dentro, os contatos com o CAPS ou atenção básica não se fazem mais necessários. A única necessidade de saída se dá em caso de exames ou hospitalização. Eduardo só precisou de assistência em outro serviço quando teve de examinar uma possível fratura na costela, Roberto só foi para outro hospital porque chegou ao extremo de necessitar de intubação e Augusta não vai a parte alguma, pois todo o seu estado mental e físico é monitorado no asilo. Esta falta de articulação com os serviços territoriais foi também o que dificultou o meu acesso às instituições. Como as equipes dos CAPS não tinham contato com estes lugares e haviam se distanciado do usuário e da família, foram necessárias investigações pela *internet* para se chegar até eles.

Junto à concentração do cuidado clínico e psiquiátrico no mesmo espaço, se somam as regras das instituições sobre as saídas ou encontros com o mundo externo. Como visto, os parentes precisam se submeter ao que foi estipulado pela clínica de Margarete para passearem com seus parentes asilados e, com a pandemia, passaram a só poder vê-los através do vidro, em horários determinados. No caso da CT, não há sequer a possibilidade de saída na maior parte do tempo e as ligações e visitas são cerceadas.

A limitação do contato com o exterior, tanto pela concentração de todos os cuidados na instituição, quanto pela rígida regulação ou proibição das saídas e visitas, mostra o alto grau de tutela exercido por estes espaços. O nível de institucionalização a que submetem os internos se mostra mais elevado do que nas “Casas/clínicas” a serem analisadas a seguir, onde as normatizações se enrijecem ou afrouxam dependendo do caso e das famílias.

Embora apresentem certa abertura e flexibilização, mantendo alguma relação com CAPS e outros serviços de saúde, estas instituições reproduzem dinâmicas que também favorecem a segregação. Sob a denominação usada pela reforma psiquiátrica, elas encobrem práticas baseadas no modelo hospitalar. Por um primeiro olhar, mais rápido e menos atento, poderia se pensar que correspondem às RTs da política de desinstitucionalização, com a diferença de estarem no campo privado e abertas a novos casos. Porém, os discursos dos familiares, usuários, profissionais destas instituições e técnicos dos CAPS indicam outros sentidos.

Todas as “Residências” e “Casas” estudadas concentram atividades em seu interior, desde oficinas terapêuticas até atendimentos psiquiátricos e/ou psicológicos. Desse modo, não se faz diferença entre o local de vida e o de tratamento, tendendo a uma totalização. Além disso, os usuários não têm acesso a certas partes da “Casa”, como a cozinha e a sala de medicação. As refeições fazem parte de um serviço, com portas trancadas e horários pré-estabelecidos, de modo que os moradores não podem escolher nem preparar sua própria comida. Sobre a presença de uma farmácia ou local específico para os medicamentos, a falta de acesso não é o único problema, pois a própria existência desta estrutura já traz em si o modelo hospitalar. As confusões ou atos falhos em que as palavras “clínica”, “internação” e “hospital” são ditas no lugar de casa, e “interno” no de morador denunciam isso. Outro ponto que merece destaque é a separação dos pertences em compartimentos ou salas fechadas, desde roupas até dinheiro e documentos, o que dificulta o desenvolvimento da autonomia. O modo como se dá este apartamento varia de uma instituição a outra e de caso a caso.

Na “RT” onde ficaram Severino, Francisco e Jorge, a possibilidade de ter o próprio dinheiro em mãos é restrita a alguns e depende do aval da família. Quanto mais comprometido o paciente em sua autonomia e laço social, maior é a tutela que a instituição exerce sobre ele junto aos familiares, reduzindo a possibilidade de transformar este perfil. Por outro lado, o morador que já sabe se orientar e se cuidar, podendo “lidar com a sociedade como uma pessoa normal”, segundo as palavras do cuidador, fica livre para fazer uma série de movimentos sem nenhuma mediação. As falas da administradora e do TO sobre Francisco indicam que, como ele tinha a permissão da família para sair e acessar seu dinheiro, não era possível ajudá-lo nestas atividades. Ou seja, a liberdade do paciente para manejar seus bens e decidir sobre suas saídas é vista como impeditivo para o desenvolvimento de um trabalho com ele, como se a instituição só pudesse fazer certas intervenções quando o sujeito estivesse submetido à sua tutela. De acordo com a fala do TO, foi por não terem o cartão nem os dados bancários de Francisco que nenhuma negociação pôde ser feita para ajudá-lo a usar seu dinheiro. Da mesma forma, a administradora entende que não era possível “controlar” as “coisas erradas” que ele fazia na rua. A única tentativa neste sentido foi a de levá-lo ao CAPS para garantir que permanecesse lá, o que deixava de lado a possibilidade de acompanhar e entender o significado de suas ações fora daquele espaço. Sem o recurso a mecanismos de controle e normatização, parece não restar outra direção de trabalho.

Enquanto aqueles que têm maior independência podem ficar com o dinheiro na “Casa” e o utilizar para comprar produtos não disponíveis na instituição, Severino apenas manuseia moedas que não são convertidas em bens úteis para ele e não tem sequer acesso ao seu armário,



trancado em um cômodo distante. Como a “Residência” oferece quase “tudo” e a irmã leva mensalmente o que mais precisa, ele não sente necessidade de enfrentar os medos do mundo lá fora para comprar o que deseja, como o cigarro. A saída perde o seu sentido social e se reduz a um puro passatempo, nos passeios organizados pelo TO, que o usuário também não frequenta. A prática de mandar listas de compras mensais para os familiares ratifica esta concepção da saída como entretenimento. Caso o morador não demande outras coisas, não há sentido em ir à rua além do lazer, o que dificulta o trabalho de reabilitação para a vida na cidade, com todas as trocas que ela envolve. Neste ponto, vale lembrar que o TO busca ajudar os moradores a circularem e se situarem nas ruas, mas ele é um só e não tem como dar conta de todos os residentes das duas sedes, que totalizam aproximadamente 40.

Sobre um item básico para a vida na cidade, a compra de alimentos para as refeições, há um senhor dedicado à tarefa e a administradora também se encarrega de certos produtos. Quando ela diz que às vezes “escolhe um ou dois” para acompanhá-la ao mercado, fica claro que esta é uma atribuição dela e o morador/paciente só vai eventualmente para “ajudar”. Assim como no Centro Junguiano, não é o profissional que acompanha o residente para apoiá-lo no exercício de funções típicas do dia a dia, mas o contrário. A atividade de fazer compras é mais um serviço da instituição do que a rotina de uma casa.

Há também pacientes que não podem sair ou tem saída restrita por decisão da família ou da instituição, à despeito de seu desejo. Um exemplo foi o caso de Jorge. Como visto, Eunice decidiu que ele ficaria fechado na “RT”, sem dispor de dinheiro em mãos, como forma de “protegê-lo” e impedir seus comportamentos de risco. Quando passaram a permitir que fosse à rua, só podia acompanhado e sob autorização dela. A instituição acatava assim os desígnios da irmã, numa lógica empresarial que buscava satisfazer o cliente. Corroborando este movimento de fechá-lo na instituição, a psiquiatra que o atendeu no período de permanência na “RT” foi uma das donas do empreendimento. Como visto nas entrevistas, a oferta do acompanhamento psiquiátrico pela própria “Casa” pode se dar tanto desta forma quanto nos interstícios do tratamento no CAPS, para complementar o acompanhamento de uma rede já sobrecarregada, que foi o caso de Severino.

Com Francisco, a proibição das saídas veio da própria instituição, como forma de controlá-lo e garantir a continuidade do empreendimento. Ele só pôde usar seu cartão e ir aos lugares que queria enquanto não estava trazendo problemas para a harmonia do lugar. Quando passou a arriscar a permanência de outros moradores na “Casa”, não apenas teve que ficar recluso ao estabelecimento, como foi enviado para outra sede. Este mecanismo de punição, do modo como foi aplicado, não só revela uma prática disciplinar, como evidencia a centralidade

do capital na organização do cuidado nesta “RT”. Lidar com a crise e o uso abusivo de drogas lá onde estavam acontecendo não era uma possibilidade, pois, para a empresa, valia mais afastar o usuário dos moradores/clientes sobre os quais exercia influência. Quando o gestor diz que Francisco poderia usar maconha, mas lá fora, sem pensar onde, ele demonstra que a preocupação maior recai sobre a logística da “Residência” e não a saúde do usuário. Assim que o morador voltou a usar drogas e a “manipular” colegas, o mecanismo de ameaça/punição usado para impedi-lo foi falar da possibilidade de ser expulso da “Casa” e voltar ao Pinel, o que o próprio Pedro reconhece como possível fator desencadeante da crise.

Na outra “Moradia”/Centro, onde Francisco foi morar depois, a influência do dinheiro na condução dos casos também aparece. Como é possível entrever nas falas da técnica do CAPS, de Neide e dos profissionais da instituição, Manoel faz um investimento maior no acompanhamento do usuário comparado ao da usuária, pois ele dispõe de uma pensão vitalícia num valor elevado. O gestor busca mediar sua ida aos lugares que deseja, enquanto com Neide saía esporadicamente, para o CAPS ou quando precisava ele próprio ir à rua e ela o acompanhava. A fala de uma das técnicas do serviço sugere que foi justamente a possibilidade de obter a curatela e, com isso, a pensão de Francisco o que motivou o dono a investir e permanecer no cuidado. Outro indicativo da influência do poder aquisitivo no acompanhamento prestado pelo Centro é o modo como se dá a organização dos quartos e bens pessoais. Como mostra Manoel, a possibilidade de ter um cômodo privativo em que roupas e outros objetos fiquem em mãos depende da renda. Assim, os mais institucionalizados são aqueles de menor poder socioeconômico.

Apesar destas diferenças, a circulação de Francisco também não se dá de forma livre, pois fica submetida à tutela do curador/dono da instituição, que não lhe permite estar com as “más influências”, mede a temperatura para regular a quantidade de bebida alcoólica ingerida, barra o contato com familiares e estipula o horário das refeições como limite para o ir e vir. Se, por um lado, há uma preocupação com a prevenção de possíveis crises e do uso exacerbado de drogas, por outro, este controle é feito com certo autoritarismo, cerceando trocas e encontros com pessoas que fazem parte da história do usuário. A moralidade aí imposta, que revela um julgamento sobre estilos e lugares, também embasa a disciplina interna da “Casa”, onde uma ordem rigorosa deve ser mantida, sendo vetado inclusive assistir televisão até tarde. A postura centralizadora do gestor, que acaba por comprometer a autonomia dos moradores, foi comentada pelas técnicas do CAPS e gerou o rompimento do serviço com o Centro.

Essa tendência se mostra também na visão paternalista de Manoel sobre o empreendimento. Como uma família com pai e mãe, todas as necessidades precisariam ser

supridas e de maneira homogênea. Já os desejos individuais não poderiam ser todos atendidos, pois os moradores são equiparados a filhos que demandam zelo, como visto no depoimento de Saulo. O novo cuidador, sem experiência no ramo, se sentiu apto a exercer a função por ter sido pai cedo. Para ele, os pacientes são como crianças. A partir destes discursos, os usuários são infantilizados e têm suas singularidades oprimidas, pois além de tudo ser distribuído igualmente, os gestores e profissionais definem o que é melhor para eles. O momento em que Manoel pede à cuidadora para pegar o vestido branco de Neide na rouparia é emblemático desta lógica. Assim como o vestuário da moradora não fica em seu próprio quarto, não é ela quem o escolhe. Com o objetivo de manter a uniformização dos hábitos, os pertences e roupas são dispostos em local separado e as atividades terapêuticas impostas a todos. De acordo com o que contam Manoel e Rodrigo, até nos momentos das refeições a ideia do todo é reiterada e os moradores são instados a cantar e tocar juntos.

Sobre as exceções à regra de manter cartões e dinheiro apartados do morador, há um aspecto curioso. Inversamente ao que ocorre na “RT” particular, aqueles que já têm autonomia devem deixar estes bens no local indicado pela instituição, enquanto os residentes com menos recursos e referências podem guardar consigo sob monitoramento, caso demandem, pois precisam ser motivados. Parece haver aí uma dissociação entre a clínica proposta pela instituição e a vida real, considerando que a posse de bens vitais para o dia a dia se torna um meio de encorajamento, não mais necessário àqueles já capazes de lidar com estes recursos. É como se elementos constitutivos da vida social só servissem como instrumentos “terapêuticos” em situações específicas, o que relega os residentes a uma condição de exceção, seja quando podem ou não administrar seus bens.

Como mostra Manoel, a possibilidade de ter os próprios pertences só é autorizada quando “não dá para tirar”, pois na verdade, o que deve vigorar é a massificação das condutas. O gestor entende que a posse do dinheiro pode gerar um “delírio de poder” e levar a comportamentos ilícitos entre os moradores do Centro. Em diferentes momentos, se refere a eles como “não confiáveis”. Se por um lado, o manuseio do próprio cartão poderia motivar aqueles que nada tem, por outro, o empoderamento poderia desorganizar e trazer desequilíbrio ao empreendimento. Neste balanço entre dar ou não ao morador o que é seu, prevalece a busca por um suposto equilíbrio psíquico que estaria ligado ao equilíbrio dos negócios.

As saídas também não são liberadas indiscriminadamente e só são autorizadas quando têm uma finalidade. Nesta lógica, que parece ter como base o imperativo da produtividade capitalista, o puro lazer de andar e ver a rua é julgado como desnecessário. No caso de Neide, esta restrição gerava sofrimento, pois ela desejava circular de táxi como fazia no tempo em que

morava com a tia. Para Saulo, isso não era possível porque, além da importância de se avaliar a utilidade de ir à rua, dificuldades financeiras e a logística da “Casa” impediam que ela saísse sempre que quisesse. Como argumenta o psicólogo, a grande quantidade de moradores e o tempo demandado para se dedicar a apenas um impossibilitam o acompanhamento individual. Mais uma vez, se mostra a primazia do todo sobre o trabalho um a um. O cuidador não sai e o psicólogo se volta às atividades terapêuticas da instituição, de modo que o ir e vir fica restrito a Manoel. Vale lembrar que esta mesma disparidade entre número de trabalhadores e moradores foi observada na “RT” particular.

Para além dos números objetivos que dificultam o trabalho com cada morador, há uma lógica por trás. Saulo fica restrito ao estabelecimento, realizando oficinas, atendimentos individuais e regulando as saídas dos residentes por uma escolha teórico-clínica da instituição. Com base na psicologia de Jung, seu interesse maior recai sobre a análise de cada caso e a convivência na “Casa”, em detrimento da ressocialização do lado de fora. Por outro lado, o gestor, que costuma sair com alguns moradores, não dava conta nem valorizava a necessidade de acompanhar Neide em todas as suas demandas, interpretadas à luz da patologia. Como visto na entrevista, Saulo aproxima os desejos da paciente a uma construção delirante da bipolaridade e Manoel interpreta seu pedido por ganhar o mesmo que outra moradora como parte de seu quadro. De forma semelhante ao que acontece no asilo de Augusta, a equipe atribui uma razão psicopatológica aos atos e pedidos da usuária, esvaziando seu sentido subjetivo e desconsiderando sua relação com a própria dinâmica institucional. Se olharmos para Neide à luz de sua história, podemos supor que suas demandas incessantes por dar uma volta de táxi pretendiam resgatar o cotidiano que dava sentido aos seus dias, e que sua revolta ao ver outra moradora obtendo produtos “fora do horário”, como ela não podia ter, tentava fazer frente à rigidez das regras ali impostas.

Se por um lado, os pedidos desta usuária para circular não eram atendidos, por outro, Manoel recomenda que alguns moradores saiam para cumprir encargos da “Casa”, como “atitude terapêutica”. Tal disparidade faz parecer que a instituição está novamente sendo colocada acima das demandas individuais. O pagamento de contas é visto como algo terapêutico, enquanto as solicitações de Neide para ver a cidade são tidas como excesso. Desse modo, o critério para a avaliação do que faz bem ao sujeito se pauta nas demandas do Centro.

Sentidos psiquiátricos estão presentes em diferentes momentos do relato de Manoel, influenciando no modo como vê os moradores, administra seus bens e organiza o espaço. Além de interpretar os atos de Neide pelo viés da psicopatologia e de entender que o dinheiro pode desencadear construções delirantes e instabilidade pessoal, ele também afirma que pequenas

mudanças de objeto na “Casa” podem gerar desequilíbrio emocional ou delírio. Esta concepção intensifica ainda mais o controle rigoroso que ele exerce sobre a instituição, mantendo-se atento “do nascer ao pôr do sol, com cada coisa que se movimenta no ambiente...”. Também por esta lógica, que mescla o paradigma psiquiátrico com a psicologia junguiana, o gestor busca avaliar a veracidade do discurso de Francisco, permitindo que saia sozinho apenas quando é “real”. Embora considere a importância de “delirar com o paciente”, usa termos que colocam o delírio no registro do engano, entendendo que precisa verificar os locais “duvidosos” mencionados pelo morador.

A postura centralizadora de Manoel o leva a formular balizas próprias para o ir e vir. Este movimento é acentuado por exercer a função de curador para muitos moradores, o que, para ele, lhe confere um poder legal que deve ser usado para conscientizá-los sobre onde não devem ir. Saulo é influenciado por esta lógica e, com base na tendência já citada de zelar pelos moradores como filhos, também defende o veto de algumas saídas. Como visto, a equipe impediu que um morador encontrasse uma amiga no aniversário por achar que ficava introspectivo após vê-la e isso não contribuiria para a “cura”. Desse modo, a postura tutelar é alimentada por teorias psicopatológicas.

A família não participa destes combinados e, no caso de Francisco, é vista como empecilho para a continuidade do cuidado. Em nome do “conteúdo que está na instituição” e do “empreendimento enquanto caráter empresarial”, Manoel entende que é preciso afastar familiares como os dele. O psicólogo, por sua vez, se coloca disponível para os parentes em alguns casos como forma de “manter a harmonia da Casa”, porque se o morador for afetado por conflitos familiares, conseqüentemente os demais sentirão os efeitos. Como se pode ver, as intervenções sobre a família, tanto por parte do gestor quanto deste profissional, têm como objetivo manter a saúde da empresa e o todo integrado.

Em relação à participação dos familiares, o Centro se diferencia da “RT” particular e da “Moradia” que abriga Vitor, pois nelas os parentes influenciam nas decisões sobre os pacientes. Como visto no caso de Jorge, a irmã pôde optar por mantê-lo confinado inicialmente. De forma semelhante, na “Moradia” israelita, os familiares precisam assinar um termo para autorizar o parente a sair sozinho. No início, isso não foi permitido a Vitor, mas após um tempo, ele recebeu autorização. Os critérios para esta circulação foram formulados e reformulados pela instituição, tomando o horário rígido das refeições como limite para o retorno, tal como fez Manoel em relação a Francisco e como faz a “RT” particular, onde os moradores que podem sair sempre voltam para a refeição. Segundo os relatos da diretora e da psicóloga, as restrições aumentavam

conforme Vitor não cumpria os acordos, a ponto de se colocar um cadeado simbolizando o ponto final das tentativas de negociação.

Neste momento, fica ainda mais clara a diferença entre estes dispositivos e as residências terapêuticas da reforma psiquiátrica. Quando combinados não são cumpridos e o sujeito se distancia da disciplina institucional, a solução encontrada não é clínica, mas sim autoritária e asilar. Tal qual a punição da “RT” particular a Francisco, a “Moradia Assistida” proíbe a circulação de Vitor, demonstrando que a liberdade não é um dado inegociável, mas uma benesse a ser retirada como lição de poder. Seja pela decisão da família ou da instituição que a reitera e reformula, os moradores/pacientes ficam sujeitos a um sistema de vigilância e punições em que a possibilidade de ir e vir é posta à prova. Até dentro do estabelecimento, movimentos podem ser cerceados, como quando a cuidadora da “Moradia” israelita impediu que um paciente levasse seu lanche para a varanda e pediu para manter-se na parte interna vendo televisão sem nenhuma razão particular, mostrando que ordens e regras arbitrárias se sobressaem às vontades individuais. A fala do cuidador da “RT” de que é preciso ser “pulso” firme, pois caso fiquem “muito soltos”, os moradores acabam “entrando em surto, ficando agressivos e achando que podem fazer o que querem” demonstra esta tendência ao monitoramento disciplinar e produz a ideia de que a liberdade, ao invés de terapêutica como diria o bordão da luta antimanicomial, poderia desencadear a patologia.

Como nas instituições totais, as desobediências não são interpretadas em relação à dinâmica do estabelecimento onde acontecem, nem tampouco o levam a questionar os próprios padrões, sendo referidas unicamente ao perfil do paciente. Quando Vitor atrasa 10 minutos para voltar da rua, a psicóloga entende que este comportamento é fruto de sua necessidade de desafiar, desconsiderando que, por ter se acostumado a ir e vir livremente, ele provavelmente encontraria dificuldade em se adaptar a um horário tão delimitado. Assim como nos casos de Augusta, Neide e Francisco, não se busca refletir sobre o que veio antes da instituição e o que ela incutiu na trajetória do usuário para entender os significados dos seus atos. A operação epistemológica da psiquiatria (ROTELLI, 2001) dessubjetiva estes comportamentos em uma definição psicopatológica.

Apesar de Augusta estar em um asilo e os demais em “Residências”, uma lógica semelhante norteia a leitura dos casos. O funcionamento das “Moradias” reproduz dinâmicas hospitalares. Considerando o espectro de institucionalização já mencionado, poderíamos dizer que a intensidade da tutela varia de uma “Casa” a outra, porém em níveis mais brandos do que na clínica de repouso, no hospital psiquiátrico e na CT. Na tentativa de reproduzir o ambiente de uma moradia, os serviços residenciais permitem algumas saídas, dependendo do caso, e

algum contato com outras unidades de tratamento, o que os diferencia daquelas instituições. Outras características, porém, os colocam no espectro, tanto pelo olhar que recai sobre os pacientes quanto pelo funcionamento, arquitetura e constituição das equipes.

A aproximação desses supostos serviços residenciais com instituições manicomiais lembra a fala de Benedetto Saraceno (2021), na Conferência “Determinantes Sociais da Saúde Mental na Pandemia”. Segundo ele, nos últimos dez/15 anos, “Residências” vêm se instalando em áreas ricas da Itália, administradas pela “direita”. Segundo o teórico, 80% delas “são manicômios ‘pequenos’, são manicômios elegantes, são manicômios, com a mesma lógica institucional; ou seja, não são lugares de vida, são lugares de morte”. Para ele, essas “Residências” seriam expressão de um neoliberalismo que está afetando o sistema público de saúde e demonstrariam que a morte do manicômio na Itália ainda é um mito.

Em diferentes níveis, as dinâmicas das “Casas” estudadas evidenciam o caráter institucional comentado por Saraceno. Enquanto no Centro e na “RT” particular, as atividades são voltadas apenas aos residentes, na “Moradia” israelita, elas também estão abertas a pessoas externas, o que aproxima ainda mais o estabelecimento de uma instituição de saúde e o distancia de um lar. Os moradores não só participam de oficinas junto a pacientes de fora, como se estivessem em um hospital dia, como também seguem atendimentos individuais regulares, tanto psiquiátricos quanto psicológicos. Para Vitor, que manteve acompanhamento no CAPS, foi possível identificar uma dinâmica de tratamento dupla, com dois serviços atuando em paralelo.

Assim como na “RT” particular, a diretora argumenta que atendimentos são oferecidos na “Casa” para compensar as deficiências da rede pública. Enquanto na instituição de Severino, os próprios psiquiatras donos do empreendimento desenvolvem este trabalho e “coordenam o tratamento”, na “Moradia” israelita, profissionais são contratados para este fim e atuam regularmente em salas específicas. O depoimento de Pedro é emblemático de como estas “Casas” trazem para si um trabalho que elas entendem não estar sendo feito na rede territorial e reduzem o CAPS a ambulatório psiquiátrico. De acordo com este gestor, como o psiquiatra do serviço substitutivo está assoberbado de casos e o paciente de “RT” seria sua última prioridade, ele deve fazer o que está a seu alcance para compensar tal defasagem. Ao falar disso, revela o caráter totalizante da instituição, pontuando que dá conta de 99,9% das necessidades dos moradores, sendo o contato com o CAPS necessário apenas para rever a medicação.

Tanto na “Moradia” israelita quanto na “Residência” privada, cuidadores ficam atentos a alterações de comportamento que possam indicar uma crise iminente e acionam o psiquiatra para atuar quando necessário. A partir deste olhar, mudanças de atitude e inquietações são significadas pela ótica médica e os psicotrópicos administrados para remediar o “problema”.

Considerando que isso é feito pelos próprios profissionais da instituição, a tendência ao fechamento em um universo medicalizante é ainda maior.

É marcante o relato da AT de Jorge de que ele sempre recebia medicação SOS injetável quando ela ia embora, por entenderem que havia se agitado com a sua presença. Chegaram inclusive a tentar impedir que continuasse indo visitá-lo na instituição. Em um movimento típico do paradigma psiquiátrico, a “Residência” desconsiderava o significado afetivo do estado do usuário após ver Alice e o classificava como sintoma a ser medicado.

A situação da paciente que foi à “RT” particular “para tomar medicação e estabilizar” é um exemplo da função que a “Casa” vem assumindo. A família a levou na expectativa de que permanecesse no local com o auxílio das medicações, mas ela não aceitou ficar. A necessidade de atendimento e moradia se mesclam no discurso da administradora sobre este episódio, num claro hibridismo em que a “Residência” se coloca também como clínica psiquiátrica.

A compreensão exposta pelo dono do empreendimento de que a principal função do cuidador seria garantir a tomada de remédios pelos pacientes reitera este perfil. Junto a isso, a ideia revelada pela administradora de que levar o morador ao CAPS seria um trabalho “extra” mostra que a “RT” não prima por estimular o tratamento do usuário no serviço de referência. O cuidador monitora comportamentos e assegura a ingestão dos psicotrópicos na instituição, não tendo como função garantir o cuidado em saúde mental fora da “Residência/clínica”.

A atitude tomada nos momentos em que as medicações administradas pelo psiquiatra da “RT” não são suficientes dá continuidade ao ciclo médico/hospitalar. Ao invés de buscar um acompanhamento intensivo em Centro de Atenção Psicossocial para contornar a crise, a instituição aciona a internação e só procura o psiquiatra do serviço territorial quando as alterações do paciente são brandas. Mais uma vez, o CAPS se coloca como serviço complementar e secundário, justamente por não atuar no momento da crise. Em relação ao Centro de Manoel, vale lembrar que, embora ele procure o dispositivo territorial nas situações críticas, o contato é feito sobretudo com os psiquiatras. Outros profissionais são acionados somente em intercorrências menos graves. Desse modo, o sentido médico do tratamento prevalece sobre os demais.

No mesmo passo que uma série de acompanhamentos são desenvolvidos nas “Casas”, a motivação para ir ao CAPS ou outros lugares vai se perdendo. Como visto na “RT” particular, com o preenchimento de todos os dias da semana por oficinas terapêuticas, os usuários acabam se voltando para estas atividades e indo ao CAPS apenas para consultas médicas. Novamente, a dinâmica da “Casa/clínica” transforma o dispositivo territorial em ambulatório psiquiátrico e reduz seu alcance psicossocial.



A mesma tendência à internalização se dá na “Moradia” israelita. Antes da pandemia, Vitor se entretinha com as várias atividades oferecidas pela instituição e dizia que não tinha mais tempo para o acompanhamento da atenção psicossocial. Tal como nas outras “Residências”, ele também não precisava ir à rua fazer qualquer compra, pois a “Moradia” oferecia o necessário e o irmão levava o que mais quisesse. As saídas se reduziam então a motivo de temor e rechaço por parte da vizinhança. Até quando tentou trabalhar, o estigma de ser residente da instituição o impediu, barreira que não vinha só do lado de fora, mas também da própria “Moradia Assistida”. De forma inteiramente diferente ao que deve acontecer em um dispositivo da reforma, Vitor foi desencorajado a ir para o hotel que desejava, por ser julgado incapaz de fazer ele mesmo os serviços oferecidos pela “Casa”. A possibilidade de desenvolver autonomia e independência foi sendo assim minada por uma instituição que tudo fornece, onde ele se rende ao “ócio” para garantir a sobrevivência. Nesse contexto, o CAPS se reduz a local que faz ligações e ajusta medicações, garantindo, no diálogo com a “Casa”, que Vitor tenha uma prescrição única e não faça uso abusivo de medicamentos.

O modo como as instituições operam e os CAPS se situam em relação a elas é ilustrado pelo discurso das técnicas de referência de Francisco. Elas indicam que as “Residências” privadas abarcam a vida dos usuários com mais intensidade, exagerando na função terapêutica, de modo que os CAPS são levados a se reposicionarem no lugar de “suplência”, tornando-se secundários. O próprio contrato estabelecido pelas instituições, envolvendo um cuidado multidisciplinar com valores altos, as colocaria numa função de maior responsabilidade tanto diante da família quanto do serviço territorial. Esta perspectiva vai ao encontro do discurso de Manoel, que trata o CAPS como um cliente que lhe confia seus “necessitados” e merece satisfações da assistência prestada. Retomando Basaglia (2010b), pode-se dizer que a atuação destas instituições para “suprir” os clientes da melhor forma, como diria Manoel, é tão imponente que os serviços da reforma acabam orbitando em torno delas ao invés de minarem a necessidade de sua existência. A frequência ao CAPS diminui e se reduz ao ajuste e aplicação de medicações ou a acolhimentos noturnos pontuais que permitem pausas nos conflitos vividos na instituição para que o paciente possa voltar, como no exemplo de Neide. A manutenção de um local para descarregar os “doentes mentais” contamina a atuação de todo o resto, levando o CAPS a perder a função de desinstitucionalizar e a atuar como mero complemento, que contribui para a continuidade das “Residências/clínicas”.

Um marco da diferença entre estas “Casas” e as residências públicas está na ausência de práticas formativas que as capacitem a se agenciar verdadeiramente com a cidade. As RTs só existem enquanto dispositivos de desinstitucionalização por tecerem uma rede junto aos

CAPS na qual reuniões e discussões de caso contribuem para desconstruir o paradigma manicomial. Cuidadores e ATs são formados permanentemente para que estas casas não se fechem em si próprias, nem adotem medidas autoritárias. Um exemplo dado pela coordenadora da RT onde Augusta ficou é emblemático desta diferença. Ela relata que as cuidadoras pensaram inúmeras vezes em colocar um cadeado na geladeira para frear a compulsão alimentar de alguns moradores. Se não fosse a direção firme desta profissional nas reuniões, a tranca entraria no lugar da palavra, assim como nas instituições privadas, onde a cozinha é local proibido para os pacientes.

Somado a isso, a proporção entre número de cuidadores, terapeutas e moradores é muito menor nas “Residências” particulares do que nas públicas. Como visto na seção 1.2, o Ministério da Saúde estipula um máximo de oito ou dez usuários por RT, de modo que os profissionais possam assisti-los da melhor forma. A desinstitucionalização exige um trabalho de mediação fino, em que o técnico se coloca ao lado do morador, não para fazer no lugar dele, mas para ajudar que o próprio faça. Como mostra Kinoshita, “somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida” (KINOSHITA, 1996, p. 57). Ao “emprestarem” seu poder contratual, os técnicos possibilitam “relações e experiências renovadas aos usuários” (KINOSHITA, 1996, p. 59). O baixo número de acompanhantes para a quantidade de moradores das “Casas” privadas interfere diretamente neste movimento. Um fato concreto que exemplifica isso é a redução da possibilidade de saídas para os que não conseguem ir sozinhos.

Outro ponto que merece destaque se refere às medidas adotadas no contexto da pandemia. Enquanto nas recomendações para os serviços residenciais públicos, as diretrizes buscavam garantir a prevenção do vírus durante um tempo determinado, sem qualquer proibição estrita em relação aos moradores, nos serviços particulares, a restrição de saídas se prolongou significativamente, tornando-se mais um instrumento de tutela. Sem direções sanitárias que justificassem a permanência do rigor por tanto tempo, estas medidas pareciam falar mais da dinâmica institucional do que da pandemia do novo Coronavírus.

O funcionamento das “Casas” privadas vai na contramão das determinações do Ministério da Saúde sobre SRT citadas na seção 1.2. Além de manterem práticas mais voltadas ao todo do que às singularidades e não fazerem um esforço para promoverem a reinserção social dos moradores, estas instituições desconsideram a importância de pequenos momentos característicos do dia a dia numa residência, desde o acesso à cozinha para o “ansiado café

preto” até a possibilidade de ter os pertences à mão e escolher a hora de levantar da cama. São as coisas simples da vida, tão essenciais para a sensação de habitar a cidade.

Em diferentes níveis, os estabelecimentos estudados, sejam hospitais, asilos, CTs ou serviços residenciais, reproduzem características das instituições totais. Como visto, em todos eles, as atividades cotidianas são feitas por todos os internos/residentes nos mesmos horários e de forma semelhante. Neste contexto, normas, regras e monitoramentos buscam garantir a manutenção da ordem. Esta rotina pré-determinada, que massifica as subjetividades, favorece a mortificação do eu anterior e a conformação aos moldes institucionais. Augusta se retrai ainda mais; Vitor se resigna com o ócio; Jorge tem de se adequar a uma rotina fechada e até seu organismo contrai em prisão de ventre; Roberto chega ao extremo de ter sua própria vida aniquilada; Eduardo se enquadra em um dia a dia enfadonho e agonizante. Neide, que resiste a se adaptar ao “novo eu” e reivindica o direito a viver como antes, é rapidamente enquadrada na ótica psiquiátrica. Francisco, Severino e Augusta aprovam as novas “moradias”, pois tiveram suas subjetividades constituídas em ambientes asilares por muitos anos.

Junto à mortificação do eu, restrições ou proibições à livre saída e a concentração de atividades no interior da instituição favorecem o isolamento. Neste contexto, o olhar psiquiátrico se mescla a práticas terapêuticas/religiosas que encerram o sujeito num universo de controle químico, emocional e comportamental. Medicamentos, terapias, orações, reuniões de cunho religioso e atividades diversas se combinam de diferentes formas para que o sujeito mantenha alguma estabilidade emocional e envolvimento no todo da instituição e, assim, continue sua carreira institucional de forma viável, garantindo o sustento do empreendimento. As festas no hospital psiquiátrico são para os internos não ficarem tristes e as orações para o desenvolvimento psicoemocional; as músicas e atividades coletivas do Centro Junguiano proporcionam senso de união, bem-estar e saúde mental; as oficinas da “Moradia” israelita objetivam o relaxamento e entrosamento entre os participantes; as da “RT” particular promovem o desenvolvimento cognitivo/emocional e as festas, uma outra forma de convivência; as atividades da CT e do asilo mantêm os internos entretidos e ativos, o que na comunidade se soma ao trabalho com as emoções.

O objetivo de ocupar o tempo e equilibrar a mente se associa à busca por entrosar os membros da instituição, seja por meio da religião, de práticas terapêuticas, corporais ou festividades. Na mesma medida que as atividades servem ao bem-estar subjetivo, elas também impulsionam uma coabitação que mantém a roda do empreendimento girando. Junto ao equilíbrio emocional se mantém o equilíbrio da empresa, em uma dinâmica que favorece a convivência interna e não a socialização na cidade.

Vale notar que as técnicas usadas para a gestão dos sentimentos extrapolam os saberes *psi* e lançam mão de atividades comuns, como esportes, festas e passatempos. Desse modo, estes estabelecimentos reproduzem características das instituições psiquiátricas, mas também instituem novos elementos, que miram o campo emocional em sua superfície por meio de práticas híbridas.

Outro diferencial se refere ao modo como o capital interfere nos rumos da institucionalização. Por se tratar de pequenos empreendimentos particulares e não mais de instituições conveniadas ao poder público, os pacientes também são supervisionados e direcionados em função dos negócios. Severino teve seu vestuário modificado e Francisco foi punido e afastado da “RT” como forma de preservar a empresa. Neide foi abrigada enquanto havia a expectativa pela pensão da tia, sendo destinada a outras formas de institucionalização quando esta promessa não se concretizou. O capital se torna assim um atravessador central da direção de tratamento.

A força deste elemento é tão avassaladora nos tempos atuais que não só nas instituições privadas ele exerce seu efeito, mas também na RT pública. Como visto no caso de Sandra, os interesses financeiros da ONG responsável por gerir o serviço residencial da Prefeitura influenciaram na decisão para que fosse retirada da casa. É a partir deste momento que a longa permanência em CAPS III entra em cena. Pela sua posição paradoxal, este serviço não foi inserido nas análises precedentes e será comentado só agora. O estabelecimento em si jamais poderia ser equiparado a uma instituição total, por se tratar de um dispositivo da reforma psiquiátrica que deve atuar na direção contrária. No caso de Sandra, entretanto, ele se tornou o lócus da institucionalização.

A longa permanência no acolhimento noturno foi marcada por uma rotina de isolamento no quarto, com pouca circulação e nenhum movimento para adquirir itens pessoais. Roupas e outros produtos eram fornecidos pela instituição e havia poucos profissionais disponíveis para ajudá-la a sair com frequência, não só pelo baixo número de técnicos como pelo medo da usuária. O fechamento no quarto favoreceu a perda de massa muscular e fez com que Sandra apresentasse reações negativas algumas das vezes em que saiu, por estrar sendo retirada da rotina institucional a qual se habituou. As profissionais à frente do acompanhamento eram da enfermagem, de forma que o investimento nos cuidados básicos com o corpo predominava e faltavam outras abordagens para dialogar com esta e diversificar o cotidiano da usuária. As únicas atividades que a estimularam no serviço foram propostas por uma residente de terapia ocupacional e depois, pela TO particular que a atendia no interior do CAPS. A própria possibilidade de Sandra responder ao tratamento e sair da imobilidade institucional foi afetada

por instabilidades do serviço, como as trocas de funcionários e rotinas decorrentes das mudanças de gestão. Foi também a mudança da organização/empresa responsável pela administração do CAPS que gerou crise e retardou o processo de desinstitucionalização para a RT.

As reflexões sobre as características do serviço que fazem dele uma espécie de instituição total neste caso esbarram com uma contradição inequívoca: se um dispositivo territorial passa a abrigar seu usuário, respondendo à defasagem de outros recursos, ele deixa de ser substitutivo ao manicômio para substituir a própria moradia que falta àquela pessoa, tornando-se uma nova forma de institucionalização. Tratamento e residência se condensam em um só lugar. Diante da escassez de RTs e da falta de projetos de moradia para determinados casos, o CAPS III acaba por desviar de sua função de atenção à crise e se tornar um ponto de longa permanência na rede. Enquanto a portaria que regulamenta o acolhimento noturno limita o repouso e/ou observação a sete dias corridos ou dez dias intercalados em um período de 30 dias por paciente, as situações analisadas mostram que, na prática, este período vem sendo consideravelmente excedido. Como visto nos três casos do CAPS D, o tempo no acolhimento noturno se prolongou após a estabilização do quadro devido à dificuldade de encontrar uma casa para os usuários. O caso de Sandra foi o mais emblemático pela extensão do tempo no serviço, mas Francisco e Neide também passaram por isso, em escala menor.

### **5.5 Redes intra e intersetorial**

Os casos analisados revelam fragilidades e deficiências de pontos fundamentais da Rede de Atenção Psicossocial e da articulação entre eles. Como o nome já diz, este cuidado não se resume à atuação do CAPS, mas depende de conexões entre os serviços. Nesta medida, a presente seção é indissociável da 5.3 e vem para complementá-la. O contorno emocional e simbólico capaz de auxiliar Eunice, Elisa, Damiana, Lauro, Silvia e Alex a se estruturarem depende da presença de profissionais e espaços de escuta também na atenção básica. A ausência deste suporte é marcante em alguns casos. Damiana diz claramente que não é possível contar com este dispositivo e há anos estava tendo sua receita psiquiátrica renovada automaticamente. Ou seja, não havia uma equipe capaz de acolher o sofrimento da usuária e referenciá-la a um apoio psiquiátrico e psicológico. Os remédios eram colocados no lugar da palavra de modo mecânico, sem um profissional qualificado para prescrevê-los.

Para dar voz e amparo às angústias e sofrimentos dos familiares, o CAPS precisa da articulação com outros atores, como a CF e o NASF. Quando esta rede não é tecida, os

processos de desestruturação social e emocional vivenciados pelos familiares não encontram borda. A fragmentação do sistema de saúde incide sobre as experiências de desagregação individuais, tornando-as ainda mais penosas. A já mencionada desfiliação, que compromete os laços familiares e a referenciação dos sujeitos no mundo, se intensifica.

Considerando uma nomenclatura usada pelo próprio SUS em seus encaminhamentos, o sistema de saúde deveria atuar construindo **referências** lá onde a simbolização perdeu seu lugar. O CAPS e a atenção básica não podem existir apenas como serviços estanques, mas sim pontos de ancoragem remetidos um ao outro, proporcionando continuidade ao sujeito, de modo que ele não caia mais uma vez nas fendas abertas pela política neoliberal.

Certamente, esta dinâmica de referenciação não garante apenas a escuta capaz de encadear discursos e ancorar o familiar/cuidador, mas também a agilidade na garantia de um cuidado intensivo em casos difíceis. Ao identificar e acolher um paciente grave de saúde mental, as unidades de atenção básica e ambulatorios devem compartilhar logo o caso com os CAPS, permitindo que o usuário receba um suporte ampliado. Como visto nos casos de Roberto, Vitor e Jorge, isso não ocorreu ou demorou para acontecer, contribuindo para o esgarçamento dos laços sociais. Sem o apoio de um Centro de Atenção Psicossocial, estes usuários dependiam de consultas espaçadas e sofriam reinternações ou passagens frequentes por emergências.

Revela-se aí outro ponto de descontinuidade na rede, pois os hospitais também deveriam fazer o encaminhamento ao serviço substitutivo após a internação. Vale lembrar que este mesmo problema apareceu na fala da enfermeira do asilo de Augusta sobre um paciente, que após algumas internações psiquiátricas, chegou direto à instituição. Como nas análises de Bandeira (1991) e Salles e Barros (2007), as unidades de psiquiatria e urgência mostram-se mal articuladas aos CAPS, o que se reflete na trajetória dos usuários, que perdem a chance de conhecer os dispositivos comunitários no momento oportuno. Segundo Bandeira (1991), esta desarticulação se relaciona à diferença de ideologia entre os dois tipos de serviço e os usuários vivem a ruptura.

Em relação ao acompanhamento ambulatorial feito por usuários como Jorge e Vitor, é importante destacar que o único problema não é a demora para referenciar ao CAPS, mas também a dinâmica dos atendimentos. A tendência a fazer consultas espaçadas, curtas e restritas à avaliação da medicação reproduz a lógica hospitalocêntrica e demonstra que o paradigma da atenção psicossocial ainda não opera em todos os pontos da RAPS. No caso de Eduardo, a falta de um trabalho mais próximo ao usuário e articulado em rede também mostrou suas consequências. Quando ele parou de frequentar o acompanhamento no CMS, não houve qualquer busca ativa ou comunicação com o CAPS, de modo que acabou sendo internado em

instituição psiquiátrica da Prefeitura. Os maus tratos sofridos lá foram determinantes para sedimentar na família o imaginário de que o serviço particular é preferível ao público.

Estas situações corroboram a pesquisa de Bezerra e Dimenstein (2011), segundo a qual a desarticulação entre serviços substitutivos, atenção básica, hospitais gerais, e a ausência de CAPS III mantêm a instituição psiquiátrica como centro de captação dos usuários em crise. Ao invés de recurso clínico, a internação acaba preenchendo a lacuna aberta pela descontinuidade da rede de saúde mental, no que Geller (1993) chamou de hospitalfilia.

O relato da técnica de referência de Jorge aponta a ausência de CAPS III na rede local como fator que dificulta o acolhimento à crise no território. Nos momentos de maior risco e descontrole, o usuário teve de ser internado em instituto de psiquiatria, numa delas, por indicação da própria equipe do serviço territorial. A indisponibilidade de um local de atenção à crise mais integrado ao território e a conseqüente recorrência das internações fez com que a irmã perdesse a esperança no suporte da atenção psicossocial e entendesse a institucionalização como melhor alternativa. Como mostra Elia (2013), a confiança de que o CAPS pode de fato substituir o manicômio depende da capacidade de acolhimento à crise e, segundo Pitta (2011), a forma mais eficaz de alcançar este objetivo seria munir os serviços de leitos funcionando em tempo integral, com ampla abrangência nos municípios.

Também no caso de Roberto, fica claro que o serviço substitutivo não conseguiu desconstruir a ideia da internação como recurso principal para o cuidado da loucura. Assim que o usuário chegou ao CAPS, a primeira indicação da equipe para a família foi a de hospitalizá-lo na unidade local. Sem um dispositivo territorial capaz de acolher a crise, do tipo III, a equipe da atenção psicossocial precisou indicar internação, como no caso de Jorge. Vale pontuar que, em relação a Roberto, o problema não foi só a falta do recurso ao acolhimento noturno, mas também a rapidez em que o CAPS optou por encaminhá-lo à internação, antes de tentar outras medidas, como VDs e articulações com a atenção básica. Seja de forma imediata ou após um tempo de acompanhamento, a colocação do hospital ou instituto de psiquiatria como saída para crises acaba por reiterar a mensagem de que estas situações não podem ser contornadas no território, mas precisam de uma instituição hospitalar. Isso contribui para as famílias manterem o imaginário da institucionalização como estratégia mais eficaz.

Além do CAPS, medidas que dependem de outros atores precisam ser tomadas para evitar a institucionalização. O apoio comunitário proporcionado pela estratégia de saúde da família é essencial para ligar o usuário ao território e garantir a sua continuidade lá. Como mostra o relato da ex-coordenadora da RT, a inexistência de uma equipe de agentes comunitários de saúde na área da casa dificultou o estímulo à integração de Augusta à região.

Estes profissionais habitam o território da população que cobrem, sendo fundamentais para esta vinculação. No caso de Roberto, também vimos que não só a ausência destas equipes, como a falta de diálogo com o CAPS prejudicou uma aproximação mais sólida com o usuário. Quando o pai para de levá-lo ao serviço e rompe contato, a equipe não consegue mais saber dele. Sem um trabalho compartilhado com a estratégia de saúde da família, não há nenhum ator no território que possa restabelecer esta ponte nem apoiar Roberto e Alex no momento delicado que viviam. Este suporte poderia ajudar o pai a criar confiança na atenção psicossocial e, junto a isso, na possibilidade de seguir com o filho em casa.

No caso de Jorge, podemos supor que um apoio mais ativo da estratégia de saúde da família em casa também teria sido fundamental para mudar seu destino, pois foi a presença regular dos ATs que contribuiu de forma determinante para ele não ser mais internado. Como relata o próprio usuário, os acompanhantes proporcionam um espaço de troca e escuta no cotidiano, onde ele se segura.

Em relação a Eduardo, a ausência do trabalho comunitário pela atenção básica tocou em um ponto ainda mais profundo: o que estava em jogo não era somente a dificuldade de criar laços, se organizar ou ser acessado pelas equipes de saúde, mas também de manter-se vivo. Ante a ameaça de morte por parte da milícia, a intermediação de agentes comunitários seria vital para a sua proteção e continuidade no território. Estes profissionais, em conjunto com o CAPS, poderiam auxiliar na comunicação com o poder paralelo, ajudando-os a entender que os atos de Eduardo se relacionavam ao transtorno mental.

No âmbito intersetorial, outras articulações também seriam fundamentais para a proteção social dos usuários e familiares. Em nenhum dos casos, os dispositivos do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) foram acionados. Como serviços voltados para situações de vulnerabilidade, violência, dificuldade ou falta de acesso a direitos e políticas públicas, os CRAS e CREAS poderiam dar assistência em diferentes questões identificadas na pesquisa. Além de facilitarem o acesso a benefícios, programas e serviços socioassistenciais, estes Centros de Referência são responsáveis por mobilizar iniciativas e grupos que fortalecem a convivência familiar e comunitária, impulsionando as pessoas a construírem em conjunto estratégias de enfrentamento a situações de vulnerabilidade<sup>63</sup>. Ao acionar esta rede, os CAPS contribuiriam para fazer frente à desfiliação social e individualismo de massa (CASTEL, 1998) que atravessam o cotidiano das famílias e pacientes.

---

<sup>63</sup> Para mais informações sobre o CRAS e o CREAS, ver: <https://www.gesuas.com.br/blog/protecao-social-basica-especial/>



Relações com dispositivos de cultura e lazer também se mostram necessárias. Na maioria dos casos, não são mencionadas iniciativas que conduzam os usuários a este tipo de experiência. Quando isso é feito, se restringe a uma indicação pontual, como nos casos de Eduardo e Vitor. Retomando Mello e Furegato (2008), pode-se dizer que, sem uma articulação mais efetiva com estes dispositivos, os usuários não são estimulados a se expressarem em outros cantos e as demandas dos familiares podem acabar se mantendo centradas no CAPS.

A relação com o setor da justiça também merece atenção. Na mesma medida que se concede curatela aos familiares, é preciso fiscalizar o que estão fazendo com esta função. Tanto como objeto de interesse financeiro, como de um olhar que não os vê como sujeitos, os pacientes curatelados são colocados ou mantidos em instituições para que não tragam mais encargos aos familiares, não desacomodem suas rotinas ou não possam controlar seu próprio dinheiro. Um instrumento que deveria servir para mediar os atos da vida civil, acaba sendo usado para privá-los da possibilidade de exercer estes atos. As próprias falas dos usuários mostram o peso negativo da curatela sobre eles: Jorge diz que perdeu completamente a moral e Francisco que ainda não teve acesso à aposentadoria proveniente de seu trabalho com “inteligência” por ser curatelado.

O caso de Augusta é marcante neste sentido. Após anos tendo sua renda usada indevidamente por uma irmã/curadora, a outra se valeu desta mesma função para retirá-la da casa onde estava à revelia de sua vontade e garantir que não precisasse mais prestar satisfações sobre o uso do recurso. Como aponta a cuidadora da RT, faltou neste momento a presença da justiça para dar voz a Augusta e não deixar que fosse levada à força. Uma vez instalada na instituição e readaptada ao contexto em que viveu por grande parte da vida, ela disse gostar de lá e isso foi suficiente para um profissional da Superintendência julgar que não podíamos intervir. Diante do contato do MP ao CAPS pedindo informações sobre o caso, apenas fizemos uma resposta por escrito e não buscamos nos articular com este órgão para contribuir na desinstitucionalização de Augusta. Desde o início, essa parceira poderia ter sido útil, considerando o modo violento como a usuária foi retirada da RT.

No caso de Roberto, o pai se valeu da posição de curador para impedir que o CAPS acessasse o usuário na instituição. O serviço chegou a pensar na possibilidade de reportar a situação ao Ministério Público, mas isso acabou não sendo feito. Em relação a Jorge, a equipe entendeu que não era possível pressionar para tirá-lo da “RT” por ele “não estar sendo negligenciado”, embora a irmã/curadora o estivesse mantendo lá à despeito do seu desejo.

Os três casos anteriores revelam formas de domínio e abuso em relação a usuários de saúde mental que não estão sendo consideradas enquanto tal. Parece que, por não haver

violência física nem condições insalubres como nos antigos manicômios, as equipes desconsideram outros tipos de violação em jogo: ao invés do eletrochoque e da contenção mecânica, movimentos de bloqueio ao contato do CAPS e, com isso, dos profissionais com os quais a pessoa tinha vínculo; manutenção do isolamento por ordem da família, mesmo quando o paciente não está mais em crise; classificação da agressividade como sintoma da doença e não signo da revolta contra a institucionalização forçada. É fundamental que os dispositivos substitutivos mantenham contato com a justiça para reportar situações como estas, em que a curatela se torna instrumento de subjugação.

Como mostra a legislação, cabe ao curador garantir os direitos, vontades e preferências da pessoa, auxiliando-a na tomada de decisões e administração de seus bens, pensão ou aposentadoria. Ele “não deve simplesmente impor sua vontade, mas buscar compreender os anseios e necessidades do curatelado e avaliar os potenciais riscos, benefícios e melhores meios para a concretização de tais interesses” (MPPR, 2020). A medida deve incidir apenas sobre aspectos relacionados ao patrimônio e negócios do curatelado, sem afetar outras áreas de sua vida. O artigo 85 do Estatuto da Pessoa com Deficiência é claro neste sentido:

A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto; a curatela constitui medida extraordinária, devendo constar da sentença as razões e motivações de sua definição, preservados os interesses do curatelado (BRASIL, 2015b).

Como se pode ver, o que diz a lei é inteiramente diferente do que vem se dando na prática. Assim como as portarias da reforma não garantem a liberdade dos usuários, as regras para a curatela não asseguram o respeito às escolhas deles. O imaginário que ainda os considera inaptos persiste a despeito das determinações jurídicas e autoriza os familiares a tomarem direções autoritárias, que recolocam a institucionalização em cena. Além disso, a própria justiça não cobra de fato a prestação de contas prevista em lei, como ficou claro em casos como o de Augusta e Francisco.

Neste cenário, o problema não está apenas no uso que se faz da curatela, mas também na decisão de instituí-la. A lei é clara em dizer que a medida só deve ser tomada em último caso, quando a pessoa não pode exprimir sua vontade. Com Francisco, vimos que o cunhado pegou um documento no Centro para interditar-lo quando ele já havia se recuperado da crise, encontrando-se lúcido e orientado. O CAPS não participou desta intermediação e a curatela acabou servindo para o familiar dificultar o acesso do usuário ao dinheiro, fazendo o oposto do

que seria a sua função. Mais uma vez, a instituição exerce um poder que limita a autonomia do morador.

A centralização deste tipo de decisão na “Casa” também ocorreu quando o próprio dono se tornou curador de Francisco e conseguiu a sua pensão, além de ficar no centro da disputa pela implementação do recurso de Neide. Como se pode ver, o CAPS se retirou da responsabilidade por aspectos vitais para a manutenção da vida na cidade, contribuindo para que a instituição de “moradia” operasse de forma total.

A permanência da figura da curatela é outro indicativo de que mudanças importantes na legislação não estão sendo acompanhadas pelo setor saúde. Com a promulgação da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui o já mencionado Estatuto da Pessoa com Deficiência, a “tomada de decisão apoiada” foi proposta como alternativa nos casos em que a pessoa tem capacidade de discernir e manifestar sua vontade, mas reconhece alguma dificuldade de conduzir sozinho determinados atos da vida civil. Neste caso, o próprio usuário pode ingressar com o pedido judicial e indicar no mínimo duas pessoas de sua confiança para serem suas apoiadoras. É nítido que esta medida “preserva maior participação da pessoa afetada nos atos que lhe dizem respeito” (MPPR, 2020). Considerando o processo de estabilização do quadro de Francisco e sua capacidade de cuidar-se, relatada inclusive por Manoel, este poderia ser um caminho para ampará-lo nos aspectos necessários, com maior preservação de sua autonomia. Como o mandato do CAPS é a promoção da cidadania de seus usuários, a atuação do serviço no sentido de acompanhar essas mudanças jurídicas e direcionar os usuários àquelas que arrefeçam o peso da tutela faria toda a diferença. No caso de Francisco, isso poderia ter ajudado a retirá-lo da mira do controle do dono da instituição.

Por fim, a própria manutenção da renda para exercer atos da vida civil também depende de articulações na rede intersetorial que garantam a efetividade de setores assistenciais e previdenciários. No caso de Vitor, o corte do BPC não só o deixou com menos recursos para viver e construir outro projeto de moradia que não dependesse da instituição, como gerou uma sobrecarga ainda maior ao irmão. Neste contexto, o CAPS também precisaria ter uma atuação mais enérgica, acompanhando o usuário e o familiar na formulação de recursos e reivindicações para que este direito não fosse retirado, bem como acionando a já mencionada rede de proteção social do SUAS.

Se por um lado, esta não é a única solução, pois o corte de benefícios deriva de políticas governamentais, por outro, é através do tensionamento que a reforma caminha, desacomodando estruturas manicomiais e governos austeros. A história do movimento é permeada por enfrentamentos e embates políticos, bem como a participação de atores que não se restringem

ao campo da saúde. Movimentam-se assim aparatos administrativos, legislativos e as relações de poder que lhes dão sustentação. É nesta dinâmica que as próprias políticas de governo podem ser remexidas. Como visto no exemplo italiano, o alcance mais profundo do projeto de desinstitucionalização foi fruto de alianças com sindicatos, partidos políticos e organizações não-governamentais. Só assim foi possível aprovar uma legislação que fechasse de fato os hospitais psiquiátricos.

## 5.6 Despolitização

A base de sustentação política da reforma, imprescindível para o seu avanço, se mostra fragilizada nos casos analisados. Os familiares desconhecem a função dos serviços substitutivos e ainda naturalizam a internação como saída mais viável. Damiana não entende o CAPS como dispositivo de acolhimento à crise; Lauro acha estranho quando pergunto se recorreu ao serviço nos momentos mais difíceis; Alex sequer dá chance ao projeto sugerido pela equipe e rapidamente opta por um hospital indicado pelo pastor; Eunice recorre ao confinamento em “RT” privada quando uma crise financeira mina as forças do CAPS; Elisa demonstra completo estranhamento às orientações da equipe em prol da autonomia da irmã e busca outro local para um cuidado clínico mais adequado. A insatisfação com o acompanhamento prestado pelos serviços de saúde não gera nenhum movimento de reivindicação a favor de mudanças, mas sim a imediata busca por uma alternativa privada. As associações de familiares, tão ativas e fundamentais no início da reforma, parecem ter perdido a força.

O desconhecimento sobre CAPS e o distanciamento das famílias em relação à esfera política também foram apontados pela pesquisa de Camatta et al. (2011), como visto na seção 2.3. Os próprios familiares indicam a necessidade de maior envolvimento nas discussões sobre as políticas de saúde mental, como forma de se tornarem protagonistas do movimento, e de maior divulgação dos CAPS junto à sociedade.

Assim como as famílias se veem distanciadas da luta política, as equipes se mostram impotentes diante da falta de vagas em RTs públicas e da ausência de políticas de moradia para pessoas como Neide, direcionando-as para abrigos e “Residências” privadas. A participação dos trabalhadores em espaços que discutam abertura de vagas, ampliação de serviços, contratação de novos trabalhadores e orçamento da saúde mental parece reduzida. Sobrecarregados pela necessidade de complementar a renda com outras jornadas devido aos baixos salários, os profissionais também se despolitizam. O mesmo “individualismo de massa” que afeta familiares parece atingir as equipes. Enquanto nas primeiras décadas do movimento,

muitos trabalhadores eram pessoas que estavam construindo a reforma, atualmente há um grande contingente que não se vê implicado nesta história.

Em alguma medida, a despolitização das equipes contribui para que não haja um trabalho de desinstitucionalização nas instituições estudadas e para que sejam inclusive indicadas pelos CAPS. Apenas com Jorge foi feito um esforço para retirá-lo da “clínica/Casa”, graças às reivindicações do próprio usuário. Em meio à demanda incessante que chega diariamente aos serviços e à dificuldade de diálogo com os espaços de neoinstitucionalização, os técnicos se distanciam dos usuários que se encontram nestes locais e não conseguem traçar caminhos para reverter a situação. O embate de lógicas entre os CAPS e esses estabelecimentos, bem como a barreira de contato imposta por alguns deles e por algumas famílias, imobiliza os trabalhadores, ao invés de gerar novas pautas para a reforma e novos questionamentos ao poder público. Como visto no caso de Roberto, a impossibilidade de contato com a instituição e o pai, somada à sobrecarga de demandas ao CAPS, fez com que nenhuma medida fosse tomada em relação ao usuário. No caso de Augusta, embora o asilo tivesse alguma abertura ao diálogo, a resistência da equipe em desenvolver um trabalho com a instituição, como fazíamos nos antigos manicômios, inviabilizou o novo processo de desinstitucionalização. Um exemplo disso foi quando nos negamos a transcrever a receita da clínica de repouso para a irmã, sob o argumento de que a usuária não estava mais frequentando o serviço. Ao invés de aproveitarmos esta brecha para retomar o trabalho com Augusta - na instituição, do jeito que era possível -, contribuímos para o rompimento.

Os problemas que surgem a partir da reviravolta trazida pela desinstitucionalização não incitam a renovação das lutas, pois o fôlego dos trabalhadores só consegue se voltar ao que já foi formulado. O fechamento dos antigos manicômios se mantém como meta, mas os novos circuitos de isolamento da loucura não recebem a devida atenção, nem fomentam novos debates jurídicos ou legislativos. É como se a desinstitucionalização perdesse seu sentido mais profundo e se restringisse à desospitalização. Quando não se luta contra aquilo que reatualiza a tutela sobre a loucura, não se derrubam de fato os muros do manicômio. De acordo com Melman (2001), a experiência italiana mostra que é preciso atuar sobre todas as instituições da disciplina e da vigilância, o que vai muito além dos hospitais psiquiátricos. A utopia basagliana passa pela “desmontagem dos aparatos e dispositivos que normatizam os sujeitos sociais, docilizando corpos e mentes” (MELMAN, 2001, p. 60).

Como visto com Bezerra (2007), ao longo do tempo, o embate da reforma psiquiátrica deslocou-se do campo político assistencial para o epistemológico. Embora necessária a disputa sobre o estatuto do “transtorno mental” face às tendências medicalizantes, o esvaziamento da

luta política mina uma das bases primordiais do movimento. Sem a denúncia sobre a falta de recursos e projetos de moradia para usuários graves, bem como o envolvimento dos familiares nos espaços de discussão sobre a reforma, os setores privados tendem a figurar como substitutos dos manicômios, fazendo dos CAPS meros serviços complementares.

O caso de Jorge é emblemático de como a politização permite ao próprio usuário ressignificar a função do serviço substitutivo e assim, se envolver no processo de tratamento. Ao descobrir que o CAPS é o dispositivo capaz de garantir o cuidado em liberdade, com base na Lei 10.216, ele pôde deixar de vê-lo como lugar da doença, que ele não reconhecia em si, para enxergá-lo como caminho para a saúde e a sustentação da vida na cidade. A citação da legislação aparece mais de uma vez em seu discurso, como um pilar que o sustenta no território e no acompanhamento.

Com base neste exemplo, pode-se dizer que a dimensão epistemológica da reforma, descrita por Amarante (2003), é indissociável da político-jurídica. A nova definição de clínica que o CAPS propõe está diretamente ligada ao engajamento necessário para movimentá-la. O serviço só se constitui enquanto dispositivo de cidadania e produção de liberdade quando usuários, familiares e técnicos se apropriam deste sentido político e o experimentam a partir desta compreensão.

## **5.7 Perfil dos usuários**

Esta seção figura em último lugar pois sua existência só faz sentido em relação ao que veio antes. As características dos usuários não explicam por si só a institucionalização, mas levam a este destino sob influência de outros fatores. Por isso, os pontos destacados aqui não dizem respeito apenas ao transtorno mental, mas também às trajetórias de tratamento e perfis sociais de cada usuário.

Todos eles apresentam formas de sofrimento psíquico que envolvem momentos de intensa desorganização: cinco têm diagnóstico de esquizofrenia (Augusta, Jorge, Severino, Francisco e Eduardo), um de psicose (Roberto), um de transtorno bipolar (Vitor), um de “outros transtornos do humor (afetivos) recorrentes” (Neide) e um de autismo (Sandra). Em diferentes momentos da vida, as experiências ligadas a estes quadros, sejam de perseguição, agitação ou irritabilidade, levam à agressividade. Em grande parte dos casos, construções delirantes e alucinações auditivas colocam em cena vivências invasivas para o sujeito, em que os limites entre eu e o outro se encontram pouco nítidos. As agressões parecem ser uma resposta a isso. Alguns conseguem expressar em palavras seus delírios e experiências psíquicas, outros não o

fazem com tanta clareza. Para além da vertente invasiva destas vivências, há também construções que proporcionam um contorno subjetivo aos usuários.

Com base em Freud, pode-se dizer que o delírio é “uma tentativa de cura” (1911/2006), construindo narrativas importantes para o processo de tratamento. Embora em direção teórica um tanto distinta dos nomes que embasam a desinstitucionalização aqui defendida, o referencial psicanalítico também tem a potência de dar voz à loucura. Ao invés de sintoma a ser eliminado, o delírio passa a ser tomado como portador de uma verdade histórica. Onde há uma “fenda” na relação com o entorno, algo da realidade que não se pode assimilar, a produção delirante busca fazer um remendo (FREUD, 1924/2006).

No caso de Augusta, a gestação de um novo bebê a refaz diante da perda desoladora do filho. Como visto, ninguém lhe contou sobre isso diretamente e, nesta falta de palavras, ela teceu sua própria narrativa, que aponta para uma nova experiência de maternidade. Da mesma forma, o movimento de arrumar a bolsa para ir à Copacabana é um caminho que encontra para restabelecer o cotidiano apesar do asilamento. No caso de Eduardo, a perda do pai o levou a negar a morte, este irrepresentável que ele não consegue simbolizar. Diante disso, a mistura do seu sangue com o dos diferentes genitores que passou a ter - dentre estes, figuras famosas - lhe permite algum tipo de reconstrução da realidade. O novo pai, representado como alguém que “fecha com ele” de modo determinado, proporciona uma ancoragem simbólica. No caso de Roberto, entre ver no outro um Romário perseguidor e ser Romário, ele se equilibrava de alguma forma e ganhava um lugar de identificação. A vertente invasiva de sua construção delirante se alternava com outra, que lhe dava estruturação subjetiva.

Elementos persecutórios entram em cena no delírio, mas podem ganhar um contorno simbólico a partir da escuta que acolha a sua narrativa. Jorge, que antes entendia a irmã como agente de todo o seu mal, aceita os tratamentos que ela lhe proporciona e abdica do uso de drogas ao defini-lo como possibilidade futura por meio do delírio. Aquilo que a realidade lhe nega, ele reconstrói em uma realidade porvir. Francisco também se reestrutura através de produções subjetivas. Após períodos de agressividade com vivências persecutórias, ele afirma uma posição de destaque em suas ideias grandiosas sobre o pai e sua projeção sobre a casa e a família que o esperam. Neide também busca um novo horizonte na figura de autoridade das juízas, com as quais entende que poderia resgatar a possibilidade de moradia na cidade, livre do “bruxo” que a seduziu para a instituição.

Quando faltam palavras para elaborar as próprias vivências, a angústia pode se tornar ainda mais corrosiva. Como visto no caso de Vitor, ele bate nos pais, passa a noite circulando e busca substâncias psicoativas, mas não consegue tecer o próprio enredo sobre isso. Ao ser

perguntado, diz que não sabe a razão. São atos incessantes aos quais a palavra não consegue dar sentido. Talvez por isso ele demandasse tanto falar com os profissionais do CAPS. A angústia que o apossava precisava de vias para ser simbolizada.

Mais uma vez, nos deparamos com a importância de significar e ressignificar, o que se vive e o que se pode vir a viver. Antes falávamos da tecitura simbólica necessária para a estruturação subjetiva do familiar/cuidador, agora mostramos como ela é fundamental para ancorar as produções do próprio usuário. Junto ao trabalho no território, este acolhimento sensível ao universo psíquico do sujeito lhe permite tanto viver de fato uma nova realidade, quanto construir remendos às partes que fogem à possibilidade de representação e podem ser perturbadoramente desagregadoras para as estruturas psíquicas em jogo.

As construções delirantes, quando acolhidas, não só têm a potência de dar algum contorno ao irrepresentável, mas também de revelar o sentido e o apoio que o usuário precisa para viver na cidade. Estas produções indicam rotas que devem ser consideradas pela atenção psicossocial: para Neide, o suporte de cuidadoras na residência de juízas religiosas; para Francisco, uma casa com a esposa e as filhas; para Jorge, a possibilidade de usar drogas de forma assistida e, assim, se reconectar com as emoções; para Augusta, a chance de voltar aos circuitos de trabalho que percorreu na juventude. Mesmo que estes desejos não possam ser atendidos em sua literalidade, eles dão dicas de como o usuário gostaria de se mover e estabelecer no território, constituindo precioso material para a reflexão sobre os projetos de vida e moradia a serem traçados para cada um.

No caso de Sandra, que não apresenta quase nenhuma verbalização, as palavras precisam vir do outro para que ela possa ser compreendida em seus sentimentos e, assim, apoiada rumo a suas necessidades e interesses. A equipe lhe empresta sentidos que inserem seus atos em um circuito significativo. Mesmo que sem recursos verbais próprios, a simbolização ocorre na mediação com as pessoas que lhe dão suporte.

Embora o ponto principal da análise esteja em como a linguagem social pode se reinventar para ressignificar a loucura, também é preciso refletir sobre como os usuários podem se reestruturar pela linguagem a partir dos encadeamentos significativos que lhes são possíveis a cada vez. Neste sentido, levar em conta os diagnósticos, não como entidades estanques e deterministas, mas estruturas em relação às quais manejos clínicos são formulados, é fundamental.



No caso de Jorge, ele é claro em dizer que só “funciona” e consegue entrar em contato com suas emoções através da “droga”. Há algo de seu circuito pulsional<sup>64</sup> que opera com este gatilho e precisa se reorganizar na ausência da substância. Além dele, mais três usuários - Vitor, Francisco e Severino – fazem ou já fizeram uso de álcool ou outras drogas. Como se pode ver, em quatro dos nove casos analisados, a busca por substâncias psicoativas está associada ao transtorno mental em algum momento da vida. Sobre a nova população *revolving door* (RD), a pesquisa de Lewis e Joyce (1990) também identificou um grande número de homens com dependência química. Como visto na seção 2.1, a caracterização dos sujeitos que sofrem reinternações frequentes é fundamental para subsidiar o planejamento de estratégias voltadas a esta clientela, que possui peculiaridades capazes de justificar uma clínica mais específica (PARENTE et al., 2007; MUNIZ, 2013). Também nas situações de neoinstitucionalização, traçar este perfil é um caminho frutífero para dar luz às dinâmicas envolvidas nos casos e sublinhar aquilo que precisa de maior atenção por parte da rede. A função da droga deve ser elucidada em relação a cada usuário para que as necessidades e emoções destes sujeitos sejam mais bem compreendidas, dando respaldo à construção dos caminhos de tratamento.

Outros traços prevalentes nessa população também precisam ser considerados para a organização dos dispositivos comunitários. Assim como identificado na pesquisa de Muniz (2013) sobre a clientela RD, a recorrência de quadros agudos em grande parte dos casos analisados contribui para o esgarçamento dos laços sociais, alertando para a necessidade de um cuidado especial, mais intensivo e integrado na rede. Os momentos de agudização se relacionam a questões já mencionadas anteriormente, que envolvem vivências de desorganização psíquica geradas por ideias persecutórias e invasivas, vozes ou sentimentos de extrema angústia.

A recorrência destes quadros está associada a outro problema que também influencia na institucionalização atual: o percurso institucional prévio. Quatro usuários (Augusta, Sandra, Francisco e Severino) passaram por internação de longa permanência e quatro (Jorge, Vitor, Roberto e Neide) por reinternações. Como visto na seção 2.1, não só a intolerância social leva à porta giratória, como o inverso também acontece, dificultando a permanência do usuário na comunidade. Por deixar marcas e estigma, a internação gera ainda mais perdas nas relações afetivas, familiares e de trabalho (MACHADO, 2012), contribuindo para o retorno à

---

<sup>64</sup> De acordo com a teoria freudiana, pulsão é uma medida de exigência de trabalho imposta ao psíquico devido à sua relação com o somático. Este *quantum* de intensidade proveniente de fontes excitatórias corporais demanda satisfação e impele à ação, sem um objeto pré-definido. É a partir desta força constante que o sujeito se move no mundo e se volta a diferentes objetos (FREUD, 1915/2006).

hospitalização. Nos casos estudados, este ciclo vicioso acabou culminando na nova institucionalização de longa permanência, em associação com outros fatores.

Em relação aos que passaram pelos antigos e extintos manicômios, a propensão a manter-se em uma dinâmica institucional é ainda mais clara, pela vontade dos próprios usuários. Dentre os casos analisados, eles foram os únicos que se mostraram de acordo com os novos estabelecimentos. A mortificação e reconstrução do eu pela instituição total se sedimentou por tantos anos que os levou a se acomodarem a novos dispositivos institucionais. No asilo, Augusta reproduziu dinâmicas de poder típicas do sistema hospitalar e designou a dona do estabelecimento como sua mãe; no Centro, Francisco se afeiçoou ao dono e se moldou a suas regras; na “Residência”, Severino se sentiu no paraíso, por ter uma série de serviços ao seu dispor, sem sofrer a violência de antes. Assim como nas análises de Machado, Manco e Santos (2005), estes pacientes “quiseram” permanecer na instituição por encontrarem nela proteção física, subjetiva e assistência médica.

Ante a força que os mecanismos institucionais impuseram a estas subjetividades, se faz necessária uma reação de teor proporcional, capaz de reconstruir desejos e resgatar o sentido da cidade. Por isso, os casos ditos de “desins”<sup>65</sup> merecem uma atenção reforçada dos serviços territoriais. A afirmação do usuário de que deseja permanecer na instituição não pode ser tomada como um dado natural e decisivo, pois assim como todo o imaginário sobre a loucura, este querer foi construído historicamente, demandando um trabalho para ser desconstruído.

Por fim, vale analisar um fator social que interfere no tipo de institucionalização. É nítido o corte de classes entre as diferentes áreas da cidade. Enquanto os usuários que moram em regiões privilegiadas, com renda mais alta - seja por pensão, herança, aposentadoria ou familiares dispostos a pagar - vão para “Moradias/Residências Terapêuticas/Assistidas” ou “Casas” particulares<sup>66</sup>, aqueles de áreas mais afastadas do centro da cidade, sobretudo na Zona Oeste, são direcionados a instituições isoladas, distantes do território de origem e com regimes de funcionamento mais fechados. O custo destes locais é menor, possivelmente pela região onde se localizam. Considerando o espectro de institucionalização já analisado, com seus graus distintos de fechamento e restrições, pode-se dizer que, quanto mais pobre o usuário, mais institucionalizado. É importante lembrar que esta mesma tendência foi observada no interior do Centro Junguiano, que oferece um tratamento diferenciado dependendo da renda.

---

<sup>65</sup> Abreviação usada pelos trabalhadores dos serviços substitutivos para designar os usuários que saíram ou estão em vias de sair de internações de longa permanência.

<sup>66</sup> A única “Residência” com valor mais baixo é a “Moradia” israelita, por ser uma ONG.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na noção de desinstitucionalização defendida pelos líderes da reforma italiana, a presente pesquisa tomou o percurso de cada usuário em situação de neoinstitucionalização como fonte de conhecimento. Para retirá-los do lugar de objeto em que estes espaços os recolocaram, foi preciso dar voz à história de cada um. Os impasses e questões experimentados por eles nos distintos tempos antes e durante a permanência na instituição ensinaram sobre os fatores envolvidos no processo. A abordagem etnográfica permitiu que os significados das ações e percepções dos diferentes atores viessem à tona.

Assim como o fenômeno da porta giratória, a reatualização da longa permanência institucional em asilos/clínicas de repouso, CTs, CAPS III, hospitais psiquiátricos particulares e “Residências” privadas tem caráter multifatorial. Os diferentes motivos identificados ao longo da etnografia foram: crise, imaginário manicomial, desarticulação e precarização das redes intra e intersetorial, equipes reduzidas e número insuficiente de serviços territoriais, despolitização, institucionalização dos CAPS, baixa capacidade de acolhimento à crise, sobrecarga familiar e expectativa sobre a família, falta de um suporte regular aos familiares e de projetos de moradia voltados aos usuários cujos cuidadores morreram, envelheceram, adoeceram ou não estão disponíveis para uma moradia compartilhada.

Como visto, as situações de crise ativam a lógica hospitalocêntrica, impulsionando familiares e vizinhos a buscarem ou defenderem a internação permanente. Fica claro nestes momentos que o sentido mais profundo da desinstitucionalização ainda não foi alcançado, pois a instituição psiquiátrica permanece sendo reatualizada nas vozes da comunidade. Ao invés de desconstruídos, os saberes, regras e tutelas responsáveis por esquadrihar a loucura e desconsiderar a subjetividade dos usuários de saúde mental vêm sendo reiterados por aqueles que vivem no entorno ou junto deles. Por isso, é fundamental que os serviços substitutivos se afirmem como dispositivos de acolhimento à crise, impedindo que novas instituições reatualizem esta função. Foi possível observar ao longo da etnografia que muitas vezes os CAPS não têm conseguido fazer este trabalho no território (lá onde a crise pode ser entendida e sanada), tanto pela sobrecarga de equipes com número insuficiente de funcionários - em serviços que também estão em número insuficiente -, quanto pela persistência de uma lógica que institucionaliza os serviços substitutivos, pois ainda os toma como locais de atendimento agendado, onde o paciente precisaria comparecer à despeito de sua condição, como num

ambulatório. A ausência de CAPS III em alguns locais também dificulta a transformação desta dinâmica, considerando que a crise é imponderável e pode ocorrer em qualquer horário.

A submissão do usuário ao lugar de objeto - ponto central da visão manicomial - se manifesta atualmente em mais de um nível. Além de alvos do saber psiquiátrico, eles também são tomados como fonte de renda para os curadores e despojados de seu próprio benefício. Uma função que deveria servir para garantir a autonomia acaba se tornando motivo de exploração econômica. Mais uma vez, fica evidente que a desinstitucionalização não se basta por leis e portarias, pois os significados que relegam a loucura a objeto se renovam, levando a apropriações enviesadas dos instrumentos legais. À despeito do que diz a legislação, a curatela é usada como mecanismo de poder.

Esse cenário indica a urgência de se estabelecerem articulações mais firmes com a justiça, a partir das quais os significados presentes em lei sejam incorporados às relações reais e as novas formas de subjugação recebam a devida atenção. O objetivo de atender aos interesses do usuário não pode ficar restrito ao papel e deve penetrar de fato no modo como os curadores vivem a função. Essa mudança de mentalidade depende da atuação enérgica de atores que estão além do campo da saúde mental, como o judiciário e o Ministério Público. Ao não reportarem situações de exploração e segregação a estas instâncias, os CAPS acabam favorecendo a neoinstitucionalização. O isolamento do serviço em relação à rede intersetorial contribui para o isolamento do usuário. Como dispositivo central da desinstitucionalização, o CAPS precisaria mobilizar outros setores quanto aos abusos cometidos pelos familiares. Assim como a autonomia dos usuários depende da construção do maior número de vínculos possível (KINOSHITA, 1996), a agência do dispositivo territorial também necessita desta capilaridade.

No plano intrasetorial, outras parcerias também se mostram necessárias. Na ausência de um trabalho mais afinado com a atenção básica, a presença no território tem menos força e os familiares, menos pontos de apoio, o que desfavorece a inscrição do usuário e da família no cotidiano da cidade. Tanto a escuta e cuidado de quem cuida quanto a vinculação comunitária dependem da existência de CFs estruturadas e articuladas aos CAPS. A expectativa sobre o meio familiar e a sua sobrecarga indicam a necessidade de acolhimento aos cuidadores e de esforços para a desinstitucionalização deste núcleo.

O conjunto de saberes e normas que definem a família como entidade afetiva independente, responsável pela formação e eventual adoecimento de seus membros, é também uma instituição a ser desconstruída. Esta concepção burguesa, que contrapõe o reduto íntimo e afetivo do lar à esfera pública, é, assim como a “doença mental”, expressão de uma ideologia situada historicamente. Como visto com Ariès (1986), Melman (2001) e Lasch (1991), a nova

sensibilidade sobre a família nascida na modernidade foi ganhando diferentes expressões ao longo dos anos, somando-se ao advento de profissionais voltados ao tema e a processos de mudança no mundo trabalho. Entre o fim do século XVIII e o XIX, a consolidação da mentalidade burguesa definiu a vida familiar doméstica como a sede da formação de indivíduos dirigidos internamente e voltados para o futuro, em um mundo cada vez mais competitivo e racional (LASCH, 1991). O sujeito foi se constituindo como ser independente dos laços sociais mais amplos em consonância com as demandas econômicas. Essa divisão público-privado, indivíduo-sociedade alimentou tanto a visão do núcleo familiar como destacado do social, quanto a concepção da loucura como feixe de sintomas localizado no paciente/objeto.

Houve um ponto de encontro entre a constituição familiar burguesa moderna e as teorias sobre o adoecimento mental. Segundo Lasch (1991), as personalidades formadas no contexto da especialização e alienação do trabalho tenderam a buscar nos especialistas auxílio para tarefas antes feitas de forma espontânea, com base no conhecimento rotineiro. A pressão para que a família desse conta de oferecer suporte formativo e afetivo a seus membros, diante das exigências do mundo capitalista, não pôde ser suportada por ela e acabou levando à terceirização destas tarefas ou à apropriação de saberes profissionais pelos próprios familiares. Imersa nos referenciais individualistas a partir dos quais foi engendrada, a instituição-família acabou tomando para si o mandato da psiquiatria, levando ao que Biehl chamou de “reinstucionalização na família típica” (BIEHL, 2005, p. 125). A psiquiatria passou a perpassar o modo como os parentes veem e cuidam do paciente, o que contribuiu para a busca por soluções médico-hospitalares e atualmente por instituições que reatualizem esta lógica.

A tarefa de desinstitucionalizar não pode prescindir, portanto, de uma mudança de perspectiva sobre a família por parte dos operadores do cuidado e de toda a sociedade. Esta transformação deve se nutrir de uma rede capaz de referenciar usuários e familiares, fazendo frente à desfiliação social (CASTEL, 1998), condizente com a tendência mencionada acima a centralizar na família toda a responsabilidade afetiva e formativa por seus membros. A oferta de suporte psicológico aos cuidadores, a promoção de iniciativas que os conectem a outras pessoas - seja por grupos de ajuda mútua ou outras iniciativas comunitárias -, a presença mais ativa dos ACS em articulação com os CAPS junto aos usuários, contribuindo para conectá-los aos recursos disponíveis no entorno, são iniciativas fundamentais para desconstruir a família enquanto “refúgio em um mundo sem coração” (LASCH, 1991) e transformá-la em parte de um mundo capaz de acolhê-la. Neste sentido, a noção de território como lugar de referência identitária se mostra crucial, não só por situar o usuário e evitar a sua exclusão, quanto por alicerçar a família e permitir que escape do enredo privatista. A desinstitucionalização se torna

assim um movimento de refiliação, capaz de fazer frente à privatização e individualização das subjetividades.

Nos casos de usuários cujos familiares/cuidadores envelheceram, adoeceram, morreram ou não conseguem mais conviver, a necessidade de pensar para além da família se mostra ainda mais urgente. A possibilidade de morar na cidade não pode ser indissociável da existência de laços familiares e outros projetos de moradia precisam ser construídos. Como visto, as formas de institucionalização que correm em paralelo à reforma psiquiátrica surgem justamente no ponto de limite das famílias, seja por morte ou sobrecarga. A reversão deste processo depende, então, de políticas públicas que façam o apoio se aproximar cada vez mais do território de vida dos usuários. Para que possam morar sozinhos ou junto a outras pessoas, a intensividade do cuidado não pode ficar restrita ao espaço físico do CAPS e precisa se direcionar à própria moradia.

O baixo número de serviços e funcionários nas equipes, somado ao imaginário que ainda equivale o tratamento em saúde mental ao modelo ambulatorial contribuem para dificultar este movimento. Mas não é só isso. Um levantamento da OMS (2021) de projetos desenvolvidos em outros países, como Índia, Geórgia e Reino Unido, demonstra que também é preciso criar outras frentes, seja pela expansão de casas semelhantes às RTs mas abertas a novos públicos, ou pelo investimento em moradias assistidas, com agentes que moram na vizinhança facilitando o exercício das atividades da vida diária e a circulação pelo território. Embora a intenção não seja sugerir a reprodução destes modelos, entende-se que eles podem servir de inspiração para refletirmos sobre possíveis soluções aos problemas aqui identificados.

Mais uma vez, os desafios que se interpõem à política de desinstitucionalização colocam em cena a necessidade de priorizar o território. Sem apoio dos familiares, outros cuidadores precisam se constituir na comunidade para fazer mediações na residência do usuário ou em moradias oferecidas pelo poder público. Considerando o nível de suporte demandado pelos que residem em imóvel próprio, não bastaria a ação de técnicos de CAPS e agentes comunitários de saúde, mas também seria preciso formar novos atores, aptos a passarem a maior parte do tempo dedicados às mediações territoriais. Um dos casos analisados, o de Jorge, demonstra que a reversão da neoinstitucionalização dependeu de um acompanhamento fino no dia a dia do lar. Nos serviços substitutivos, já temos a figura do agente territorial, que começou atuando nos hospitais psiquiátricos para promover a desinstitucionalização e agora trabalha nos CAPS para garantir a continuidade do processo. Funções como esta precisam receber mais investimentos e apoio formativo para que possam apoiar a moradia dos usuários na cidade.

O investimento em novas políticas, capazes de abarcar os novos desafios trazidos pela desinstitucionalização, depende também da politização daqueles que estão na linha de frente, se deparando com os limites dos recursos existentes. É preciso dar visibilidade aos problemas nos espaços coletivos da reforma, evitando que os usuários sejam direcionados ao setor privado. A falta de iniciativas que remetam as situações de neoinstitucionalização a uma esfera mais ampla impede que a questão seja revertida em medidas governamentais. Desinstitucionalizar é também coletivizar o impasse, única forma de fazer frente à tendência ainda presente de individualizar a loucura, o tratamento e seus revezes.

Como visto, familiares, vizinhos e empreendedores tendem a direcionar a solução de crises, da exposição ao risco, de problemas clínicos, da sobrecarga, da decepção com os recursos públicos e da moradia a um único local, em instituições que eles julgam dar “proteção”, alívio aos cuidadores e a garantia de “todos os cuidados”. Em alguns casos, os próprios CAPS indicam “Residências” privadas por não vislumbrarem outra alternativa. Neste contexto, o sentido do “privado” pode ser lido não apenas como o estatuto do estabelecimento, mas também o movimento de restringir a intervenção ao paciente e não voltá-la ao social. Para que a proposta de Rotelli (1994) de atuar no nível da relação e não do indivíduo seja levada a sério, é preciso um esforço constante de tomar as questões em sua dimensão coletiva. A falta de alternativas de vida na cidade para usuários de saúde mental deve ser tema de fóruns, conferências, congressos e conselhos capazes de refletir sobre as implicações de diferentes setores no assunto, e não alvo de empresários da loucura. Novamente, a compreensão da desinstitucionalização como política de enfrentamento à privatização e à individualização se revela fundamental.

Os casos de neoinstitucionalização estudados mostram que a reatualização de práticas segregantes reflete nosso modo de fazer sociedade e compreender as relações humanas, muito além do campo da saúde mental. As diferentes situações são atravessadas direta ou indiretamente por demandas financeiras, visões de família, tendências individualistas, intolerâncias, estigmas e falta de iniciativas públicas, próprias a um sistema em que não só a subjetividade do paciente, mas de grande parte dos cidadãos foi colocada entre parênteses. A compreensão do sujeito como indivíduo instado a produzir, que sem o dinheiro perde o valor na cidade, alimenta processos de exclusão. Os pacientes são destinados a instituições para que as famílias não desviem de suas rotinas e mantenham controle sobre eles, vistos como “fonte de renda” em alguns casos. Os empresários dos novos negócios em saúde se beneficiam financeiramente desta situação, ao mesmo tempo em que técnicos dos serviços substitutivos não têm forças para reverter o processo e criar soluções coletivas, diante de tanta sobrecarga trabalhista e de um sistema que os obriga a fazer jornada dupla ou tripla para “ganhar a vida”.

Esta expressão, usada com frequência atualmente, é emblemática do valor que predomina em nossa sociedade-economia: viver é indissociável do sustento monetário.

Como mostra Polanyi (2000), no sistema de mercado capitalista, a economia se sobrepõe às outras instâncias da vida, submetendo toda a cultura a seus valores. Desse modo, relações familiares, trabalhistas e o modo de lidar com a loucura também são atravessados pela lógica produtiva, favorecendo processos de objetificação. Ao mesmo tempo que a economia se “desenraiza” (POLANYI, 2000) e sobrepõe a toda a organização social, os sujeitos se veem desenraizados de referências identitárias sólidas, capazes de ajudá-los a simbolizar suas experiências, como o que Castel (1998) chamou de desfiliação social.

O paradigma a ser modificado pela desinstitucionalização envolve justamente os valores por trás dos saberes e práticas que excluem a loucura. Logo, não é possível fazer este trabalho sem um tensionamento para a mudança dos significados e formas de organização das relações. Trata-se de uma revolução social, que, embora não dependa apenas da saúde mental, pode se beneficiar dos seus movimentos para acontecer. É preciso tecer palavras e conexões lá onde a primazia do dinheiro levou à dessimbolização e desconsideração das subjetividades. A referenciação dos familiares e usuários em uma rede pela qual eles possam ressignificar suas experiências sedimenta uma linguagem que pode ajudar a subverter os significados ainda dominantes. No que poderíamos chamar de uma disputa de narrativas, a linguagem singular e territorial precisaria se impor sobre a individualista e dessubjetivante.

A possibilidade de reestruturação simbólica, tanto coletiva quanto individual, depende deste trabalho sobre as palavras, símbolos, valores. Os diferentes casos estudados mostram formas de sofrimento em que, além da desestruturação familiar, momentos de intensa desorganização psíquica e sentimentos de invasão se mesclam com delírios. Tomar estas construções a sério, como portadoras de uma verdade histórica, é também um caminho rumo à desconstrução da lógica diagnóstica e sintomatológica, que se enquadra perfeitamente em uma sociedade inapta a pensar na diversidade das manifestações subjetivas. Considerando que usuários com este tipo de vivência estão sendo institucionalizados e o mandato dos CAPS é fazer o movimento contrário, se torna fundamental priorizá-los nos serviços. Neste ponto, atentar para o perfil destes casos não seria uma forma de individualizar o problema, mas sim de garantir que o serviço público se mantenha voltado para seu objetivo principal.

Devido ao desmonte de ambulatórios, NASF e CFs do Rio de Janeiro nos últimos anos, pessoas que poderiam estar sendo acolhidas em outros dispositivos passaram a recorrer aos CAPS, sobrecarregando as equipes. Em quase todas as entrevistas e diálogos com os trabalhadores, foi possível constatar a dificuldade de manter o cuidado de tantos usuários. Com



equipes reduzidas e fragilizadas, sujeitas a uma demanda incessante, os técnicos sentem dificuldade de garantir a continuidade de alguns acompanhamentos, de fazer articulações mais fortes com outros setores e de investir na desinstitucionalização dos novos casos. Mesmo quando permanecem sendo acompanhados nos CAPS, as equipes acabam se distanciando daqueles que estão em “RTs” particulares. O objetivo de desinstitucionalizar exige muitas articulações para um só sujeito, o que vai de encontro a equipes sobrecarregadas e indisponíveis. O mesmo sistema de mercado neoliberal que exclui a loucura do jogo político, retira investimentos e, com isso, o poder de contratualidade dos serviços substitutivos, não sendo possível pensar em reforma psiquiátrica sem a reversão deste processo.

Em diferentes níveis, esta análise demonstra que as situações de neoinstitucionalização são sintoma de uma crise social mais ampla, envolvendo a rede de saúde e a sociedade como um todo. Retomando Rotelli (2001) e atualizando a sua análise, poderíamos dizer que os “novos crônicos” são produto, não de patologias individuais, mas de uma desarticulação estrutural que diz respeito ao modo como vivemos e nos relacionamos. A transformação da organização social em uma arena de mercado, das pessoas em mercadoria, da família em entidade solitária, do louco em objeto ganha novas feições hoje em dia, a partir das particularidades dos tempos atuais. Em um sistema assolado pela desigualdade social, o desemprego e o declínio das proteções coletivas, as possibilidades de entrar no mundo do trabalho formal, traçar projetos, obter apoio comunitário ou dos familiares ficam reduzidas. Como visto nos diferentes casos, a própria família se fragiliza e fragmenta, perdendo o “núcleo” valorizado pela ideologia burguesa. Na falta de referências comunitárias que proporcionem senso de pertencimento e identidade e de recursos mínimos para a estabilidade financeira e subjetiva, a possibilidade de lidar com experiências limite - adoecimento, morte e envelhecimento - fica reduzida. Resta a cada um o próprio corpo e a busca por prover o sustento do dia a dia.

As novas instituições ou a reapropriação das antigas são efeito colateral deste sistema que retira direitos, ancoragens e referências ao mesmo tempo que chama a cuidar. A transição entre o modelo manicomial e o da atenção psicossocial não coincide com a passagem para uma sociedade mais igualitária, levando a uma disparidade de ideologias que não se resolve apenas pelo campo da saúde mental. O imperativo do mercado é tão imponente que até as nomenclaturas da reforma são fagocitadas por instituições particulares com outra lógica: “Casas/clínicas” privadas se dizem residências terapêuticas e viram um produto para famílias que não sabem mais o que fazer com seus parentes acometidos por transtornos mentais; o hospital psiquiátrico particular, nascido do interesse financeiro e da ideologia religiosa de sua fundadora, recebe também o nome de moradia assistida. Os CAPS III ganham uso prolongado

devido à falta de opções de moradia para aqueles rejeitados pela vizinhança, cujas famílias não desejam assumir a responsabilidade ou já não existem mais. A falta de uma base de recursos sociais, de laços familiares, comunitários e de solidariedade, faz com que as próprias propostas da política de desinstitucionalização ganhem outros destinos.

As comunidades terapêuticas e asilos/clínicas de repouso, embora não sejam estabelecimentos tão recentes quanto as “RTs” privadas e os CAPS III, se renovam e ganham usos extraoficiais para englobar usuários de saúde mental. Tanto na CT e no asilo, quanto no hospital particular estudado, a oferta de atividades lúdicas, esportivas e de lazer não é só um recurso supostamente terapêutico, mas uma forma de criar um produto mais atrativo, em que a exclusão ganhe ares de diversão.

Embora pareça desalentador, encarar os limites profundos que ainda se impõem à desinstitucionalização não é uma forma de declarar o fracasso do projeto diante de algo maior, mas de lançar luz sobre o quanto ainda precisamos caminhar e sobre a nossa potência neste processo. Justamente pela possibilidade que a desinstitucionalização tem de ressignificar a diferença e reformular os sentidos daquilo que escapa à ordem estabelecida, ela ganha uma posição privilegiada para a promoção de mudanças sociais e políticas. Os impasses identificados pela pesquisa sempre tocam no conceito de território e as possíveis soluções também convergem para ele. Em diferentes níveis, o trabalho sobre as referências e recursos que fazem parte do espaço de vida dos sujeitos permite reinventar os modos de se relacionar na cidade, contribuindo para remexer os valores neoliberais e sedimentar novos afetos e sentidos para o viver. Como mostra Venturini (2016), o ato de desinstitucionalizar transforma a saúde mental em tema de uma comunidade inteira, promovendo um encontro de subjetividades que reabilita a cidade. O trabalho com a comunidade, seja para manejar a crise, mediar tarefas domésticas, passear com o usuário ou acolher a família reorganiza o cenário social, fazendo com que a loucura não seja simplesmente inserida na vizinhança, mas que se possa sobretudo inseri-la em outro registro de valores.

## REFERÊNCIAS

AGAMBEM, G. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua 1. ed. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

ALBUQUERQUE, L. G. C. **Saúde mental em Rio Bonito**: atividade dos trabalhadores no processo de reforma psiquiátrica no município. 2010. 127f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface: comunicação, saúde, educação**. v. 10, n. 20. Botucatu, dez. 2006, p. 299-316. Disponível: [doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003](https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003) Acesso em 15/04/2019.

ALVES, D. S. *O “ex” - tentando ver o futuro*. **Cadernos Ipub**. n. 14. Rio de Janeiro, 1999, p. 21-30.

ALVES, Z. M. M. B; SILVA, M. H. G. F. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia**. n. 2. Ribeirão Preto: FFCLRP – USP, fev./jul. 1992.

AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003, p. 45-66.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**. v. 25, n. 58. Rio de Janeiro, mai./ago. 2001, p. 26-34.

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 1, n. 14. Rio de Janeiro, jan./fev. 2009, p. 195-204.

ANDREOLI, S. B. et al. Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil. **PLoS One**. v. 9, n. 2, fev. 2014.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1986.

BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. **J Bras Psiq**. v. 40, n. 7, 1991, p. 355-360.

BARIÇÃO, S. M. F. O centro de atenção psicossocial: desafios no percurso institucional. **Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2001.

BARROS, D. D. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 171-196.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, F. Carta de Nova York – O doente artificial. In: AMARANTE, P. (org.) **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Tradução de Joana Angélica D'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010b, p. 151-160.

BASAGLIA, F. Introdução a *Asylums*. In: AMARANTE, P. (org.) **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Tradução de Joana Angélica D'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010a, p. 133-149.

BASAGLIA, F. et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 11-40.

BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental**. v. 9, n. 16. Barbacena, jun. 2011, p. 303-326. Disponível: [pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272011000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000100007&lng=pt&nrm=iso) Acesso em 18/09/2018.

BEZERRA JR., B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**. v. 17, n. 2. Rio de Janeiro, 2007, p. 243-250. Disponível: [www.scielo.br/j/physis/a/H4wVY4ZDk9nKqdGsdzyJkWg/?format=pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/j/physis/a/H4wVY4ZDk9nKqdGsdzyJkWg/?format=pdf&lang=pt) Acesso em 15/03/2019.

BIEHL, J. **Vita**: Life in a zona of social abandonment. Berkeley: University of California Press, 2005.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 41-72.

BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M.; BOARINI, M. L. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. v. 22, n. 4. out./dez. 2015, p. 1231–1248.

BORGES, W. Estado busca famílias de pacientes de clínica psiquiátrica em Jacarepaguá. **Extra**. Rio de Janeiro, 13 jul. 2012. Disponível: [extra.globo.com/noticias/rio/estado-busca-familias-de-pacientes-de-clinica-psiquiatica-em-jacarepagua-5475251.html](http://extra.globo.com/noticias/rio/estado-busca-familias-de-pacientes-de-clinica-psiquiatica-em-jacarepagua-5475251.html) Acesso em 05/12/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1988, 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1992, 63p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial**. Brasília, 2010.  
Disponível: [conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf)  
Acesso em 12/02/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 3090, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.708, de 31 de julho de 2003**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. 2019. Disponível: [www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11\\_23\\_14\\_123\\_Nota\\_Te%CC%81cnica\\_no.11\\_2019\\_Esclarecimentos\\_sobre\\_as\\_mudanc%CC%A7as\\_da\\_Politica\\_de\\_Sau%CC%81de\\_Mental.pdf](http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf) Acesso em 19/05/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**. nº 12, ano 10. Brasília, out. 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Caderno Informativo. Brasília, 2001, 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2004. Disponível: [bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf) Acesso em 05/08/2019.

BRASIL. Presidência da República: Secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com

Deficiência). **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015b**. Disponível: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm) Acesso em 05/06/2020.

BRASIL. **Redação final do Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657, de 1989, na Casa de origem)**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Transformado na Lei nº 10.216. Brasília: Diário Oficial da União, 1999.

BRINK, J. Epidemiology of mental illness in a correctional system. **Current Opinion in Psychiatry**. v. 18, n. 5, set. 2005, p. 536-541.

CAMATTA, M. W. et al. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 16, n. 11. Rio de Janeiro, nov. 2011, p. 4405-4414. Disponível: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200013&lng=en&nrm=iso) Acesso em 07/09/2019.

CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 16, n. 12. Rio de Janeiro, dez. 2011, p. 4643-4652. Disponível: [doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013](https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013) Acesso em 17/11/2018.

CARDOSO, L. **Egressos de internação psiquiátrica - um olhar sobre o paciente e seu familiar cuidador**. 2008. 114f. Tese (doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CAVALCANTE, R. A institucionalização clínica e política das comunidades terapêuticas e a sua relação com a saúde mental brasileira. In: VASCONCELOS, E. M; CAVALCANTE, R. (org.). **Religiões e o paradoxo apoio social intolerância, e implicações da política de drogas e comunidades terapêuticas**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2019, p. 245-308.

CHOW, W. S.; PRIEBE, S. How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. **BMJ Open**. v. 6, n. 4, abr. 2016. Disponível: [dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010188](https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010188) Acesso em 04/01/2020.

CLAPHAM, D. **Accommodating Difference: Evaluating Supported Housing for Vulnerable People**. Policy Press: Bristol, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas – 2017**. 1. ed. Brasília: CFP, 2018. Disponível: [site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf) Acesso em 15/06/2019.

CONSOLI, G. L.; HIRDES, A.; COSTA, J. S. D. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 14, n. 1, 2009, p. 117-28.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab. educ. saúde**. v. 17, n. 2. Rio de Janeiro, 2019. Disponível: [doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212)  
Acesso em 09/06/2019.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Tradução de Sandra Regina Netz. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 15-41.

DESVIAT, M.; LIRIA, A. F.; OLMEDO, G. R. La nueva cronicidad. In: ESPINOSA, J. (org.) **Cronicidad en psiquiatria**. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatria, 1986, p. 305-358.

ELIA, D. D. S. **O CAPS fora de si: um estudo sobre a atenção à crise no município do Rio de Janeiro**. 2013. 181f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

ELIA, L. A rede da atenção na saúde mental - articulações entre CAPS e ambulatórios. In: BRASIL. Ministério da saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília, 2005, p. 49-61.

FAGUNDES, H. M. Os CAPS de Campo Grande e Santa Cruz e a consolidação da rede de atenção psicossocial na cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos IPUB**. n. 14, 1999, p. 31-39.

FAGUNDES JÚNIOR, H. M.; DESVIAT, M.; SILVA, P. R. F. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 21, n. 5. Rio de Janeiro, 2016, p. 1449-1460. Disponível: [www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1449.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1449.pdf) Acesso em 02/05/2019.

FEBRAC – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. **História e Estatuto**. Disponível: [febract.org.br/portal/](http://febract.org.br/portal/) Acesso em 03/03/2019.

FERREIRA, G. B. et al. As contribuições da rede social no processo de desinstitucionalização da loucura. **Rev. pesqui. cuid. fundam**. v. 6, n. 3. jul./set. 2014, p. 976-986.

FERRO, L. F. Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos: construindo no presente um futuro sem manicômios. **Psicol. cienc. Prof**. v. 29, n. 4. Brasília, 2009, p. 752-767.

FIOCRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. **Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final**. Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde, 2015, 90p. (mais anexo, 4p.).

FLICK, U. **An introduction to qualitative research**. 4. ed. London: Sage, 2009.

FOUCAULT, M. Curso realizado no Instituto de Medicina Social da UERJ, 1974, 1ª Conferência, p. 1, mimeografado, Rio de Janeiro apud BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 41-72.



FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso dado no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FREUD, S. A perda da realidade na neurose e na psicose. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Trabalho original publicado em 1924).

FREUD, S. A pulsão e seus destinos. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Trabalho original publicado em 1915).

FREUD, S. Notas psicanalíticas de um relato autobiográfico de um caso de paranoia. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Trabalho original publicado em 1911).

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 11, n. 3. Rio de Janeiro, set. 2006, p. 785-795. Disponível: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300026&lng=en&nrm=iso) Acesso em 12/05/2019.

GESUAS. **O que é ofertado na Proteção Social Básica e na Proteção Social Especial?**, 2017. Disponível: [www.gesuas.com.br/blog/protecao-social-basica-especial/](http://www.gesuas.com.br/blog/protecao-social-basica-especial/) Acesso em 5/01/2022.

GASTAL, L. G. et al. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. **Rev. Saúde Pública**. v. 34, n. 3, 2000, p. 280-285.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1989.

GELLER, J. L. Treating revolving-door patients who have "hospitalphilia": compassion, coercion, and common sense. **Hosp Community Psychiatry**. v. 44, n. 2, fev. 1993, p. 141-146.

GERGEN, K. J. **Realities and Relationship**: Soundings in Social Construction. Cambridge: Harvard University Press, 1994.

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 113-148.

GLOBO.COM. **Hospital psiquiátrico de Rio Bonito fecha as portas após ação na Justiça**. Região dos Lagos, 14 abr. 2016. Disponível: [g1.globo.com/rj/regiao-dos-](http://g1.globo.com/rj/regiao-dos-)



[lagos/noticia/2016/04/hospital-psiquiatrico-de-rio-bonito-fecha-portas-apos-acao-na-justica](#). Acesso em 07/06/2018.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v. 9, n. 2, 2001, p. 48-55.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. (Nota Técnica nº 21). Brasília: IPEA, 2017.

JARDIM, V. M. R. et al. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. **Texto contexto - enferm**. v. 18, n. 2. Florianópolis, jun. 2009, p. 241-248. Disponível: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072009000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200006&lng=en&nrm=iso) Acesso em 22/12/2018.

KASTRUP, M. Who became revolving door patients? Findings from a nation: wide cohort of first time admitted psychiatric patients. **Acta Psychiatr Scand**. v. 76, n. 1, jul. 1987, p. 80-88.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 55-59.

**LAR DA CRIANÇA ISRAELITA** Rosa Waisman. Disponível: [www.lardacriancaisraelita.org/](http://www.lardacriancaisraelita.org/) Acesso em 12/05/2022.

LASCH, C. **Refúgio num mundo sem coração**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde soc**. v. 17, n. 1. São Paulo, mar. 2008, p. 95-106. Disponível: [doi.org/10.1590/S0104-12902008000100009](https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000100009) Acesso em 05/10/2018.

LEFEBVRE, Y. Chercher asile dans la communauté. **Santé mentale au Québec**. v. 12, n. 1, jun. 1987, p. 66-78.

LEWIS, T.; JOYCE, P. R. The new revolving-door patients: results from a national cohort of first admissions. **Acta Psychiatr Scand**. v. 82, n. 2, ago. 1990, p. 130-135.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface: comunicação, saúde, educação**. v. 20, n. 58. Botucatu, jul-set. 2016, p. 625-635. Disponível: <https://www.scielo.br/j/icse/a/bf49QvWMZr9vcvqjbHndZtP/?lang=pt> Acesso em 5/01/2021.

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

[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312014000100067&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100067&lng=en&nrm=iso) Acesso em 11/01/2019.

LOCH, A. A. Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 34, n. 2. São Paulo, jun. 2012, p. 185-192. Disponível: [doi.org/10.1590/S1516-44462012000200011](https://doi.org/10.1590/S1516-44462012000200011) Acesso em 04/08/2019.

LOECK, J. F. Comunidades terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico. In: SANTOS, M. P. G. (org.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. 1. ed. v. 1. Rio de Janeiro: IPEA, 2018, p. 77-100.

LUZIO, C. A., YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicol. estud.** v. 15, n. 1. Maringá, jan./mar. 2010, p. 17-26.

MACHADO, V. **Reinternação psiquiátrica no campo da atenção psicossocial: a perspectiva dos pacientes reinternantes**. 2012. 242f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

MACHADO, V.; MANCO, A. R. X.; SANTOS, M. A. A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. **Cad. Saúde Pública**. v. 21, n. 5. Rio de Janeiro, out. 2005, p. 1472-1479. Disponível: [doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500020](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500020) Acesso em 03/08/2019.

MACHADO, V. C.; SANTOS, M. A. O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo. **Interface: comunicação, saúde, educação**. v. 16, n. 42. Botucatu, set. 2012, p. 793-806. Disponível: [doi.org/10.1590/S1414-32832012005000036](https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000036) Acesso em 03/08/2019.

MANDERSCHIED, R. W., ATAY, J. E., CRIDER, R. A. Changing trends in state psychiatric hospital use from 2002 to 2005. **Psychiatric Services**. v. 60, n. 1, jan. 2009, p. 29-34.

MARROW, J.; LUHRMANN, T. M. The zone of social abandonment in cultural geography: on the street in the United States, inside the family in India. **Cult Med Psychiatry**. v. 36, n. 3, mai. 2012, p. 493-513.

MELLO, R.; FUREGATO, A. R. F. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. **Esc. Anna Nery**. v. 12, n. 3. Rio de Janeiro, set. 2008, p. 457-464. Disponível: [doi.org/10.1590/S1414-81452008000300010](https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000300010) Acesso em 02/07/2019.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.

MERCER, G. T. et al. Rehospitalization of older psychiatric inpatients: an investigation of predictors. **The Gerontologist**. v. 39, n. 5, out. 1999, p. 591-598.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. Capítulo 1. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Editora Vozes: Petrópolis, 2001, p. 9-29.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (MPRS). Promotores detectam más condições de Centro de Reabilitação na Lomba do Pinheiro. **Notícias Direitos Humanos**, 14 fev. 2017. Disponível: [www.mprs.mp.br/noticias/dirhum/43539/](http://www.mprs.mp.br/noticias/dirhum/43539/) Acesso em 05/03/2020.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ (MPPR). **Família, cível e registros públicos: curatela e tomada de decisão apoiada – perguntas frequentes**. Disponível: <https://civel.mppr.mp.br/pagina-50.html#> Acesso em 08/03/2020.

MUNIZ, P. L. **O fenômeno revolving door: um desafio à reforma psiquiátrica**. 2013. 95f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde da Comunidade. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.

MUNIZ, P. L.; NOGUEIRA, M. I.; GULJOR, A. P. O fenômeno revolving door: um desafio à reforma psiquiátrica. **DIVERSITATES International Journal**. v. 6, n. 2. Niterói, dez. 2014.

NATALINO, M. A. C. Isolamento, disciplina e destino social em comunidades terapêuticas. In: SANTOS, M. P. G. (org.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. 1. ed. v. 1, Rio de Janeiro: IPEA, 2018, p. 133-166.

NICÁCIO, M. F. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. 1994. 155f. Dissertação (mestrado em Ciências Sociais) – Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1994.

NICÁCIO, M. F. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. 2003. 224f. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev. Saúde Pública**, 43 (Supl.1), 2009, p. 101-108.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 10, n. 1. Rio de Janeiro, jan./mar. 2005, p. 191-203.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Supported living services for mental health: Promoting person-centred and rights-based approaches** (Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches), QualityRights, 2021.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 16, n. 4. Rio de Janeiro, abr. 2011, p. 2067-2076. Disponível: [doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006](https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006) Acesso em 08/05/2020.

- PARANHOS-PASSOS, F.; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**. v. 23, n. 1. Rio de Janeiro, 2013, p. 13-31.
- PARENTE, C. J. S et al. O fenômeno do revolving door em hospitais psiquiátricos de uma capital do Nordeste brasileiro. **REME - Rev. Min. Enferm.** v. 11, n. 4, 2007, p. 381-386.
- PARKER, C. **Religião popular e modernização capitalista: outra lógica na América Latina**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- PATTON, M. Q. **Qualitative Research & Evaluation Methods**. 3. ed. Thousand Oaks: Sage, 2002.
- PEREIRA, M. A. O. Representações da doença mental pela família do paciente. **Interface: comunicação, saúde, educação**. v. 7, n. 12. Botucatu, 2003, p. 71-82.
- PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciênc. saúde coletiva**. v. 19, n. 2. Rio de Janeiro, fev. 2014, p. 569-580. Disponível: [doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013](https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013) Acesso em 14/08/2019.
- PIRES, R. Um campo organizacional de comunidades terapêuticas no Brasil? Dos processos de convergência e suas implicações às clivagens emergentes. In: SANTOS, M. P. G. (org.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. 1. ed. v. 1. Rio de Janeiro: IPEA, 2018, p. 133-166.
- PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 16, n. 12. Rio de Janeiro, dez. 2011, p. 4579-4589. Disponível: [doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002](https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002) Acesso em 18/01/2019.
- POLANYI, K. **A grande transformação: as origens da nossa época**. Tradução de Fanny Wrobel. 5. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- POTTER, J.; HEPBURN, A. Eight challenges for interview researchers. In: JABER, F. G. et al. (ed.). **The SAGE handbook of interview research: the complexity of the craft**. 2. ed. Los Angeles: Sage, 2012, p. 555-570.
- RAMOS, R. K. D.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, C. B. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface: comunicação, saúde, educação**. v. 15, n. 37. Botucatu, 2011, p. 67-77.
- RIBEIRO NETO, P. M.; AVELLAR, L. Z. Concepções sociais sobre um hospital psiquiátrico em processo de fechamento. **Temas psicol.** v. 24, n. 3. Ribeirão Preto, set. 2016, p. 867-879. Disponível: [doi.org/10.9788/TP2016.3-06Pt](https://doi.org/10.9788/TP2016.3-06Pt) Acesso em 13/02/2019.
- RIBEIRO NETO, P. M.; AVELLAR, L. Z. Identidade social e desinstitucionalização: um estudo sobre uma localidade que recebe residências terapêuticas no Brasil. **Saúde soc.** v. 24, n. 1. São Paulo, mar. 2015, p. 204-216. Disponível: [doi.org/10.1590/S0104-12902015000100016](https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100016) Acesso em 08/06/2019.

RIETRA, R. C. P. **Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro**. 1999. 125f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

RIO DE JANEIRO. **Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro**. Disponível: [www.rio.rj.gov.br](http://www.rio.rj.gov.br) Acesso em 12/05/2022.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução SMS nº 4.344**. Rio de Janeiro: Diário Oficial do Município/Imprensa Oficial, 2020.

ROSE, D. et al. Reported stigma and discrimination by people with a diagnosis of schizophrenia. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**. v. 20, n. 2, 2011, p. 193-204.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, M. F. (org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 89-99.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 149-170.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, M. F. (org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 17-59.

ROULSTON, K. Analysing interviews. In: FLICK, U. (ed.) **The sage handbook of qualitative data analysis**. London: Sage, 2014, p. 297-312.

RUSCH, N. et al. Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. **Br J Psychiatry**. v. 195, n. 6, dez. 2009, p. 551-552.

SALLES, A. C. R.; MIRANDA, L. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**. v. 28, n. 2, 2016, p. 369-379.

SALLES, M. M. **Internação em hospital psiquiátrico: o (des)caminho para vivência do cotidiano e da inserção social**. 2005. 233f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Rev. Esc. Enferm.** v. 41, n. 1. São Paulo, 2007, p. 73-81.

SARACENO, B. Conferência Internacional Determinantes Sociais da Saúde Mental na Pandemia. Transmissão via YouTube UCSal Oficial e Abrasme Oficial, 19 jun. 2021. Disponível: <https://www.youtube.com/watch?v=VFFqutxcjRo> Acesso em 25/08/2021.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SCHWANDT, T. A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y.

S. (org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens**. Tradução de Sandra Regina Netz. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 193-217.

SGAMBATI, E. R. V. **Reinternação e rejeição familiar: um estudo com pacientes psiquiátricos**. 1983. 82f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.

SILVA, M. C.; STEFANELLI, M. C. Estudo preliminar sobre fatores que levam a reinternação de pacientes em hospitais psiquiátricos. **Rev Paul Enferm**. v. 10, n. 1, 1991, p. 21-28.

SILVEIRA, L. H. C. et al. O outro lado da porta giratória: apoio comunitário e saúde mental. **Psicologia em Estudo**. v. 21, n. 2. Maringá, abr./jun. 2016, p. 325-335.

SOLOMON, P.; DOLL, W. The varieties of readmission: the case against the use of recidivism rates as a measure of program effectiveness. **Am J Ortho-Psychiatr**. v. 49, n. 2, 1979, p. 230-239.

SOUZA, L. C.; NUNES, M. C.; SANTOS, M. P. G. Tempo e subjetivação em comunidades terapêuticas. In: SANTOS, M. P. G. (org.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. 1. ed., v. 1. Rio de Janeiro: IPEA, 2018, p. 61-76.

TALBOTT, J. A. Deinstitutionalization: avoiding the disasters of the past. **Psychiatric Services**. v. 55, n. 10, out. 2004, p. 1112-1115. Disponível: [ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.55.10.1112](https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.10.1112) Acesso em 25/01/2019.

TALBOTT, J. A. Stopping the revolving door - a study of readmissions to a state hospital. **Psychiatr. Quarterly**. v. 48, n. 2, summer 1974, p. 159-168.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**. v. 9, n. 1. Rio de Janeiro, jan./abr. 2002, p. 25-59.

VASCONCELOS, E. M. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

VASCONCELOS, E. M. O campo das ciências das religiões, o paradoxo apoio social-intolerância e as práticas no lidar com situações existenciais/sociais limite e com as drogas. In: VASCONCELOS, E. M.; CAVALCANTE, R. (org.). **Religiões e o paradoxo apoio social intolerância, e implicações da política de drogas e comunidades terapêuticas**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2019, p. 31-188.

VASCONCELOS, E. M.; CAVALCANTE, R. A importância da produção acadêmica e do debate sobre as religiões/espiritualidade na atual conjuntura social e política brasileira e, particularmente, na política de drogas. In: VASCONCELOS, E. M.; CAVALCANTE, R. (org.). **Religiões e o paradoxo apoio social intolerância, e implicações da política de drogas e comunidades terapêuticas**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2019, p. 13-30.



VELLOSO, V. P. et al. Hospício de Pedro II. **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**. Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Disponível: [www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br](http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br) Acesso em 16/05/2019.

VENANCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**. v. 18, supl. 1. Rio de Janeiro, dez. 2011, p. 35-52. Disponível: [doi.org/10.1590/S0104-59702011000500003](https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000500003) Acesso em 15/09/2019.

VENTURINI, E. **A linha curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

VERLI, C. Protesto barra centro para vício em drogas e doenças mentais. **Gazeta online (CBN Vitória)**. Vitória, 4 jul. 2017. Reportagens Cidades. Disponível: [www.gazetaonline.com.br/cbn\\_vitoria/reportagens/2017/07/protesto-barra-centro-para-vicio-em-drogas-e-doencas-mentais-1014073668.html#disqus\\_thread](http://www.gazetaonline.com.br/cbn_vitoria/reportagens/2017/07/protesto-barra-centro-para-vicio-em-drogas-e-doencas-mentais-1014073668.html#disqus_thread) Acesso em 05/10/2018.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – ROTEIROS DE ENTREVISTAS

- **Técnicos de referência CAPS:**

- 1) Desde quando o usuário está matriculado no serviço?
- 2) Qual era o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário? Ele aderiu a este projeto? Com que frequência vinha ao serviço?
- 3) Qual diagnóstico foi dado ao usuário? O caso costumava ser discutido em reunião de equipe? O que era pensado e encaminhado nestas discussões?
- 4) Foram propostas atividades externas ao CAPS para ampliar o processo de socialização do usuário? Como era a participação dele nestas atividades?
- 5) Como era o acompanhamento à família? Havia algum tipo de dificuldade ou impasse neste diálogo?
- 6) O usuário atravessou situações de crise antes de ser institucionalizado? Como eram manejadas pela equipe do serviço? Foram feitas articulações com outros serviços da rede nestes casos?
- 7) Houve algum tipo de trabalho intersetorial para auxiliar o usuário a expandir suas possibilidades de contratualidade no território?
- 8) Após a institucionalização, o que foi feito para promover a desinstitucionalização? Foram realizadas visitas, contatos ou reuniões com os técnicos da instituição, atendimentos aos familiares...?

- **Familiares:**

- 1) Como era o dia a dia com o (a) paciente? Como você se sentia ao lado dele? Havia algum tipo de conflito ou mal-estar entre vocês?
- 2) Desde quando moravam juntos?
- 3) Ele(a) dependia de você para realizar as atividades diárias? Tinha alguma autonomia? Havia outras pessoas disponíveis em casa para ajudar nos cuidados?
- 4) Ele(a) interagiu com a vizinhança? Havia alguma dificuldade ou conflito nesta relação?



- 5) Havia programas, lugares ou atividades que lhe interessavam? Ele(a) ia sozinho(a) ou precisava de acompanhamento?
- 6) Ele(a) sofria crises, alterações emocionais ou comportamentais? Como você lidava com estas situações?
- 7) O que você acha do tratamento oferecido pelo CAPS? Tem queixas ou sugestões? O(a) paciente comparecia às atividades e atendimentos oferecidos pelo serviço? O que achava?
- 8) Você buscava o CAPS para falar das dificuldades vividas com o(a) paciente? Pedia ajuda ao serviço em situações de conflito ou crise?
- 9) Outros serviços de saúde ou assistência social deram suporte nas questões relacionadas a(o) paciente?
- 10) O que motivou a institucionalização? De quem foi a ideia? Como decidiram por este lugar?
- 11) Na sua opinião, o que o seu familiar tem? O que pode ter contribuído para que ficasse assim? Quais situações o levam a entrar em crise e apresentar alterações emocionais ou comportamentais?

- **Pacientes:**

- 1) O que você acha deste lugar (instituição na qual o paciente se encontra)? Como vem sendo tratado e o que tem feito aqui? Como se sente?
- 2) Como você chegou até aqui? Por que te trouxeram?
- 3) Como era sua vida antes de chegar aqui? Com quem você morava? Como era o seu dia a dia? O que gostava de fazer? Sentia alguma dificuldade ou incômodo em relação a alguma situação ou pessoa?
- 4) Onde você fazia tratamento? Gostava de lá? Com que frequência ia ao serviço? De quais atividades participava? Quando tinha algum problema, pedia ajuda para as pessoas que te atendiam? Elas te ajudavam? Quais eram os pontos positivos e negativos do acompanhamento? Quais sugestões você faria para que eles melhorassem o tratamento dos pacientes?
- 5) Você deseja ficar ou sair deste lugar? (Caso o paciente afirme que deseja sair) Para onde gostaria de ir e o que gostaria de fazer fora daqui? Onde gostaria de morar e se tratar?

- **Profissionais instituição:**

- 1) Como o(a) paciente chegou aqui? O que motivou a institucionalização? Quem tomou a iniciativa?

- 2) Há quanto tempo o paciente está nesta instituição? Como é sua rotina diária? Quais atividades e atendimentos costuma seguir?
- 3) Como é a relação do paciente com a equipe e os outros internos/moradores?
- 4) Vocês entraram em contato com o CAPS no qual o paciente fazia ou faz tratamento?
- 5) Os familiares ou outras pessoas próximas costumam vir visitá-lo(a) ou fazer contato? Como ele se relaciona com estas pessoas?
- 6) Esta instituição tem ou já teve iniciativa de fazer contato com a família? Com que frequência?
- 6) Como você entende o quadro deste(a) paciente? Há alguma hipótese diagnóstica? Houve alguma mudança ou evolução desde que ele chegou aqui? Ele manifesta desejo de permanecer ou sair da instituição?

- **Gestores CAPS:**

- 1) É comum vocês terem usuários que acabam internados em instituições asilares (hospitais psiquiátricos particulares, asilos, comunidades terapêuticas...)? O senhor(a) sabe dizer quantos estão nesta situação?
- 2) Como vocês costumam ficar sabendo disso?
- 3) Quais estratégias são tomadas uma vez que o usuário está institucionalizado? Como é a relação com estas instituições?
- 4) Em geral, a iniciativa de internar é de quem (familiares, próprios usuários ou outras pessoas)?
- 5) Em relação ao usuário X (nome do usuário institucionalizado), como era o seu acompanhamento pelo CAPS: modalidades de atendimento e atividades propostas, adesão, frequência no serviço...?
- 6) O caso costumava ser discutido em reunião de equipe? O que era pensado e encaminhado nestas discussões?
- 7) Foram propostas atividades externas ao CAPS para ampliar o processo de socialização do usuário? Como era a participação dele nestas atividades?
- 8) Como era o acompanhamento à família? Havia algum tipo de dificuldade ou impasse neste diálogo?
- 9) O usuário atravessou situações de crise antes de ser institucionalizado? Como eram manejadas pela equipe do serviço? Foram feitas articulações com outros serviços da rede nestes casos?

10) Houve algum tipo de trabalho intersetorial para auxiliar o usuário a expandir suas possibilidades de contratualidade no território?

11) Após a institucionalização, o que foi feito para promover a desinstitucionalização? Foram realizadas visitas, contatos ou reuniões com os técnicos da instituição, atendimentos aos familiares...?

- **Gestores instituição:**

1) Quando foi fundada esta instituição? O que motivou a sua abertura?

2) Quais são os caminhos para a admissão neste estabelecimento?

3) Quais casos vocês costumam receber?

4) Como é a equipe? Profissionais de quais áreas a compõe?

5) Como é a abordagem de tratamento? Quais tipos de atividades e atendimentos são oferecidos pela instituição? Como se dá a rotina dos pacientes?

6) Vocês mantêm algum tipo de contato ou articulação com outros serviços de saúde?

7) Em relação a X (nome do paciente institucionalizado), como ele(a) chegou aqui? O que motivou a institucionalização? Quem tomou a iniciativa?

8) Como é a rotina diária do paciente nesta instituição? Quais atividades e atendimentos costuma seguir?

9) Como é a relação do paciente com a equipe e os outros internos/moradores?

10) Os familiares ou outras pessoas próximas costumam vir visitá-lo(a) ou fazer contato? Como ele se relaciona com estas pessoas?

11) Esta instituição tem ou já teve iniciativa de fazer contato com a família? Com que frequência?

12) Como a equipe desta instituição entende o quadro deste(a) paciente? Há alguma hipótese diagnóstica? Houve alguma mudança ou evolução desde que ele chegou aqui? Ele manifesta desejo de permanecer ou sair da instituição?

**APÊNDICE B – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(TCLE)**



Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social



PREFEITURA DA CIDADE DO  
**RIO DE JANEIRO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa chamada “A persistência da institucionalização em tempos de reforma psiquiátrica: uma etnografia com usuários de CAPS da cidade do Rio de Janeiro”, conduzida por Luisa Motta Corrêa. Este estudo busca investigar os motivos para a permanência prolongada de pacientes de CAPS em instituições/moradias assistidas privadas/filantrópicas.

Você foi selecionado(a) por ser/ter sido paciente/residente de uma instituição/moradia deste tipo. A qualquer momento, poderá desistir de participar da pesquisa. O(a) senhor(a) não sofrerá nenhuma consequência se não aceitar participar, discordar ou retirar sua permissão. Continuam garantidos o seu direito de usar os serviços tanto do CAPS quanto da instituição onde está agora. Estou disponível para esclarecer todas as dúvidas que você tiver sobre a pesquisa para que possa decidir participar ou não.

Os riscos da participação no estudo são muito pequenos e se relacionam à possibilidade de alguma pergunta feita na pesquisa te despertar emoções desconfortáveis. Para reduzir este risco, estarei disponível enquanto psicóloga para te oferecer suporte e acolhimento. Os benefícios que a pesquisa busca trazer são a melhoria da assistência nos CAPS e na rede de Saúde Mental como um todo, considerando que a permanência em uma instituição/moradia assistida pode se relacionar a dificuldades no tratamento oferecido pela rede de saúde pública. Deste modo, você poderá dispor de serviços mais qualificados para o tratamento de seu transtorno mental. A participação não é paga nem vai trazer custos para você nem para outros participantes. Se você tiver algum gasto, o valor será pago ou reembolsado pela pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa inclui responder a perguntas de uma entrevista sobre como você chegou à instituição, como tem sido/era seu dia a dia nela, como se sente/sentia, como é/era seu tratamento antes, etc. A entrevista será realizada por mim e a duração pode variar de acordo com seu tempo de resposta e outros comentários que queira fazer. A entrevista será registrada por gravador de áudio e ficará armazenada em um arquivo digital no pendrive e computador pessoal (com senha), de acesso restrito da pesquisadora responsável, por um período de 5 anos após o término da pesquisa, quando o arquivo será apagado inteiramente. Além desta etapa, a pesquisa inclui visitas ao CAPS, consulta a prontuários, entrevistas com os seus familiares, os profissionais da instituição e do CAPS, e os gestores dos dois lugares. A leitura dos prontuários será feita, apenas se você autorizar, para eu entender mais sobre seu tratamento, as medidas tomadas pela equipe do CAPS e da instituição para te ajudar e acontecimentos importantes da sua história familiar.

Fica garantido que não serão divulgados dados ou informações pessoais que permitam a sua identificação, de forma que ninguém vai saber da sua participação. A pesquisadora responsável se compromete a mostrar os resultados em revistas científicas, congressos e simpósios sem nenhuma identificação de pessoas ou instituições participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que tem duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Ao assinar este documento, você não está abrindo mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum. Também é preciso que você e a pesquisadora façam uma rubrica em todas as páginas deste documento, garantindo que todas foram lidas, para te proteger ainda mais.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar a pesquisadora responsável ou o(s) comitê(s) de ética em pesquisa nos contatos abaixo:

Pesquisadora Responsável: Luisa Motta Corrêa, psicóloga e estudante de doutorado do IMS/UERJ; e-mail: [luisamottacorrea@gmail.com](mailto:luisamottacorrea@gmail.com); Telefones: pessoal – (21) 991570289, institucional - (21) 2334-0504 / 2334-0235.

Orientador: Rossano Cabral Lima; e-mail: [rossanolima1@gmail.com](mailto:rossanolima1@gmail.com); Telefones: pessoal – (21) 991389128, institucional - (21) 2334-0504 / 2334-0235.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde: Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, CEP 20031-040, Telefone: (21) 2215-1485.

E-mail: [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br) ou [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br)

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

Você autoriza a gravação da entrevista? Sim ( ) Não ( )

Você autoriza a utilização do seu prontuário? Sim ( ) Não ( )

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_



Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social



PREFEITURA DA CIDADE DO  
**RIO DE JANEIRO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa chamada “A persistência da institucionalização em tempos de reforma psiquiátrica: uma etnografia com usuários de CAPS da cidade do Rio de Janeiro”, conduzida por Luisa Motta Corrêa. Este estudo busca investigar os motivos para a permanência prolongada de pacientes de CAPS em instituições/moradias assistidas privadas/filantrópicas.

Você foi selecionado(a) por ser familiar de um paciente que está em uma instituição/moradia deste tipo. A qualquer momento, poderá desistir de participar da pesquisa. O(a) senhor(a) não sofrerá nenhuma consequência se não aceitar participar, discordar ou retirar sua permissão. Continuam garantidos o seu direito e de seu familiar de usar os serviços tanto do CAPS quanto da instituição onde ele(a) está agora. Estou disponível para esclarecer todas as dúvidas que você tiver sobre a pesquisa para que possa decidir participar ou não.

Os riscos da participação no estudo são muito pequenos e se relacionam à possibilidade de alguma pergunta feita na pesquisa te despertar emoções desconfortáveis, já que vamos falar de um parente seu e dos motivos para ele estar agora em uma instituição. Para reduzir este risco, estarei disponível enquanto psicóloga para te oferecer suporte e acolhimento. Os benefícios que a pesquisa busca trazer são a melhoria da assistência nos CAPS e na rede de Saúde Mental como um todo, considerando que a permanência em uma instituição/moradia assistida pode se relacionar a dificuldades no tratamento oferecido pela rede de saúde pública. Deste modo, você poderá dispor de serviços mais qualificados para o tratamento do transtorno mental de seu parente e para a sua própria orientação enquanto cuidador. A participação não é paga nem vai trazer despesas para os participantes. Se você tiver algum gasto (passagem, por exemplo), o valor será pago ou reembolsado pela pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa inclui responder a perguntas de uma entrevista sobre seu familiar, envolvendo questões sobre como era o dia a dia dele, as dificuldades no cuidado,

a relação com o CAPS, o motivo para a sua inclusão em uma instituição/moradia assistida, etc. A entrevista será realizada por mim, no local melhor para você, e a duração pode variar de acordo com seu tempo de resposta e outros comentários que queira fazer. A entrevista será registrada por gravador de áudio e ficará armazenada em um arquivo digital no pendrive e computador pessoal (com senha), de acesso restrito da pesquisadora responsável, por um período de 5 anos após o término da pesquisa, quando o arquivo será apagado inteiramente. Além desta etapa, a pesquisa inclui visitas à instituição/moradia onde o paciente se encontra e ao CAPS, consulta a prontuários, entrevistas com os profissionais dos dois serviços, gestores e o próprio paciente.

Fica garantido que não serão divulgados dados ou informações pessoais que permitam a sua identificação, de forma que ninguém vai saber da sua participação. A pesquisadora responsável se compromete a mostrar os resultados em revistas científicas, congressos e simpósios sem nenhuma identificação de pessoas ou instituições participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que tem duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Ao assinar este documento, você não está abrindo mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum. Também é preciso que você e a pesquisadora façam uma rubrica em todas as páginas deste documento, garantindo que todas foram lidas, para te proteger ainda mais.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar a pesquisadora responsável ou o(s) comitê(s) de ética em pesquisa nos contatos abaixo:

Pesquisadora Responsável: Luisa Motta Corrêa, psicóloga e estudante de doutorado do IMS/UERJ; e-mail: [luisamottacorrea@gmail.com](mailto:luisamottacorrea@gmail.com); Telefones: pessoal – (21) 991570289, institucional - (21) 2334-0504 / 2334-0235.

Orientador: Rossano Cabral Lima; e-mail: [rossanolima1@gmail.com](mailto:rossanolima1@gmail.com); Telefones: pessoal – (21) 991389128, institucional - (21) 2334-0504 / 2334-0235.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: [cep.ims.uerj@gmail.com](mailto:cep.ims.uerj@gmail.com).



Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde: Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, CEP 20031-040, Telefone: (21) 2215-1485.

E-mail: [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br) ou [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br)

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

Você autoriza a gravação da entrevista? Sim ( ) Não ( )

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_



Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social



PREFEITURA DA CIDADE DO  
**RIO DE JANEIRO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “A persistência da institucionalização em tempos de reforma psiquiátrica: uma etnografia com usuários de CAPS da cidade do Rio de Janeiro”, conduzida por Luisa Motta Corrêa. Este estudo busca investigar os motivos para a permanência prolongada de pacientes de CAPS em instituições/moradias assistidas privadas/filantrópicas.

Você foi selecionado(a) por ser técnico de referência de um paciente que está ou já foi institucionalizado. A qualquer momento, poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Estou disponível para esclarecer todas as dúvidas que tiver sobre a pesquisa para que possa decidir participar ou não.

Os riscos da participação no estudo são mínimos e se relacionam à possibilidade de alguma pergunta feita na pesquisa te despertar emoções que possam ser incômodas considerando que se trata de um usuário que você acompanhava ou acompanha. Estes riscos serão amenizados porque estarei disponível enquanto psicóloga para prestar o apoio e acolhimento necessários. Os benefícios que a pesquisa busca trazer são a melhoria da assistência nos CAPS e na rede de Saúde Mental como um todo, considerando que a permanência em uma instituição/moradia assistida pode se relacionar a dificuldades no tratamento oferecido pela rede de saúde pública. Deste modo, o serviço no qual você trabalha poderá atuar com mais qualidade. A participação não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes. Eventuais despesas de participação (passagem, por exemplo) podem ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a perguntas de uma entrevista semi-estruturada sobre o caso. A entrevista será realizada por mim, no CAPS, e a duração pode

variar de acordo com seu tempo de resposta e outros comentários que venha a fazer se desejar. A entrevista será registrada por gravador de áudio e ficará armazenada em um arquivo digital no pendrive e computador pessoal (com senha), de acesso restrito da pesquisadora responsável, por um período de 5 anos após o término da pesquisa, quando o arquivo será apagado inteiramente. Além desta etapa, a metodologia envolve consulta ao prontuário, visita à instituição na qual o paciente está internado/residindo, entrevistas com os profissionais que o acompanham lá, gestores, familiares e o próprio paciente.

Fica garantido que não serão divulgados dados ou informações pessoais que permitam a sua identificação. A pesquisadora responsável se compromete a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Ao assinar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum. Será também necessário que você e a pesquisadora rubriquem todas as páginas deste termo, assegurando que todas as páginas foram lidas, o que garante ainda mais a sua proteção.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar a pesquisadora responsável ou o(s) comitê(s) de ética em pesquisa nos contatos abaixo:

Pesquisadora Responsável: Luisa Motta Corrêa, psicóloga e estudante de doutorado do IMS/UERJ; e-mail: [luisamottacorrea@gmail.com](mailto:luisamottacorrea@gmail.com); Telefones: pessoal – (21) 991570289, institucional - (21) 2334-0504 / 2334-0235.

Orientador: Rossano Cabral Lima; e-mail: [rossanolima1@gmail.com](mailto:rossanolima1@gmail.com); Telefones: pessoal – (21) 991389128, institucional - (21) 2334-0504 / 2334-0235.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: [cep.ims.uerj@gmail.com](mailto:cep.ims.uerj@gmail.com).

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde: Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, CEP 20031-040, Telefone: (21) 2215-1485.

E-mail: [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br) ou [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br)

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

Você autoriza a gravação da entrevista? Sim ( ) Não ( )

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_



Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social



PREFEITURA DA CIDADE DO  
**RIO DE JANEIRO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “A persistência da institucionalização em tempos de reforma psiquiátrica: uma etnografia com usuários de CAPS da cidade do Rio de Janeiro”, conduzida por Luisa Motta Corrêa. Este estudo tem por objetivo investigar os motivos que levam à permanência de pacientes de Centros de Atenção Psicossocial/CAPS em instituições como esta na qual o(a) senhor(a) trabalha.

Você foi selecionado(a) por acompanhar um paciente que se tratava ou trata no CAPS e aqui se encontra. A qualquer momento, poderá desistir de participar da pesquisa. O(a) senhor(a) não sofrerá nenhuma consequência se não aceitar participar, discordar ou retirar sua permissão. Estou disponível para esclarecer todas as dúvidas que você tiver sobre a pesquisa para que possa decidir participar ou não.

Os riscos da participação no estudo são mínimos e se relacionam à possibilidade de perguntas feitas na pesquisa te despertarem algum tipo de incômodo. Para reduzir este risco, estarei disponível enquanto psicóloga para te oferecer suporte e acolhimento. Os benefícios que a pesquisa pode trazer para a sua prática são tanto a compreensão da utilidade que a instituição na qual você trabalha tem para pacientes com grave transtorno mental, quanto o aprimoramento e reposicionamento da rede de Saúde Mental pública diante disso, permitindo uma articulação melhor entre os serviços. A participação não é paga nem vai trazer despesas para você nem para outros participantes. Se você tiver algum gasto (passagem, por exemplo), o valor será pago ou reembolsado pela pesquisa.

Sua participação consistirá em responder a perguntas de uma entrevista sobre o paciente que você acompanha. A entrevista será realizada por mim, no lugar que você escolher, e a duração pode variar de acordo com seu tempo de resposta e outros comentários que venha a fazer se desejar. A entrevista será registrada por gravador de áudio e ficará armazenada em um

arquivo digital no pendrive e computador pessoal (com senha), de acesso restrito da pesquisadora responsável, por um período de 5 anos após o término da pesquisa, quando o arquivo será apagado inteiramente. Além desta etapa, a metodologia envolve visitas ao CAPS onde o paciente fazia ou ainda faz tratamento, consulta a prontuários, entrevistas com os profissionais, gestores, familiares e o próprio paciente.

Fica garantido que não serão divulgados dados ou informações pessoais que permitam a sua identificação, de forma que ninguém vai saber da sua participação. A pesquisadora responsável se compromete a mostrar os resultados em revistas científicas, congressos e simpósios sem nenhuma identificação de pessoas ou instituições participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Ao assinar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum. Será também necessário que você e a pesquisadora rubriquem todas as páginas deste termo, assegurando que todas as páginas foram lidas, o que garante ainda mais a sua proteção.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar a pesquisadora responsável ou o(s) comitê(s) de ética em pesquisa nos contatos abaixo:

Pesquisador Responsável: Luisa Motta Corrêa, psicóloga e estudante de doutorado do IMS/UERJ; e-mail: [luisamottacorrea@gmail.com](mailto:luisamottacorrea@gmail.com); Telefones: pessoal – (21) 991570289, institucional - (21) 2334-0504 / 2334-0235.

Orientador: Rossano Cabral Lima; e-mail: [rossanolima1@gmail.com](mailto:rossanolima1@gmail.com); Telefones: pessoal – (21) 991389128, institucional - (21) 2334-0504 / 2334-0235.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: [cep.ims.uerj@gmail.com](mailto:cep.ims.uerj@gmail.com).

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde: Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, CEP 20031-040, Telefone: (21) 2215-1485.

E-mail: [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br) ou [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br)

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

Você autoriza a gravação da entrevista? Sim ( ) Não ( )

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_



Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social



PREFEITURA DA CIDADE DO  
**RIO DE JANEIRO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “A persistência da institucionalização em tempos de reforma psiquiátrica: uma etnografia com usuários de CAPS da cidade do Rio de Janeiro”, conduzida por Luisa Motta Corrêa. Este estudo tem por objetivo investigar os motivos que levam à permanência de pacientes de Centros de Atenção Psicossocial/CAPS em instituições/moradias como esta pela qual o(a) senhor(a) é responsável.

Você foi selecionado(a) por ser gestor do serviço/moradia em que o(s) paciente(s) do CAPS está(ão) internados/residindo. A qualquer momento, poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Estou disponível para esclarecer todas as dúvidas que você tiver sobre a pesquisa para que possa decidir participar ou não.

Os riscos da participação no estudo são mínimos e se relacionam à possibilidade de perguntas feitas na pesquisa te despertarem algum tipo de incômodo. Para reduzir este risco, estarei disponível enquanto psicóloga para te oferecer suporte e acolhimento. Os benefícios que a pesquisa pode trazer para a sua prática são tanto a compreensão da utilidade que a instituição pela qual o(a) senhor(a) é responsável tem para pacientes com grave transtorno mental, quanto o aprimoramento e reposicionamento da rede de Saúde Mental pública diante disso, permitindo uma articulação melhor entre os serviços. A participação não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes. Eventuais despesas de participação (passagem, por exemplo) podem ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa.

Sua participação consistirá em responder a perguntas de uma entrevista sobre o perfil e funcionamento desta instituição, a abordagem de tratamento adotada e o(s) paciente(s) do CAPS que aqui se encontra(m). A entrevista será realizada por mim, no lugar que lhe for



conveniente, e a duração pode variar de acordo com seu tempo de resposta e outros comentários que venha a fazer se desejar. A entrevista será registrada por gravador de áudio e ficará armazenada em um arquivo digital no pendrive e computador pessoal (com senha), de acesso restrito da pesquisadora responsável, por um período de 5 anos após o término da pesquisa, quando o arquivo será apagado inteiramente. Além desta etapa, a metodologia envolve visitas ao CAPS onde o paciente fazia ou ainda faz tratamento, consulta a prontuários, entrevistas com os profissionais dos dois serviços, familiares e o próprio paciente.

Fica garantido que não serão divulgados dados ou informações pessoais que permitam a sua identificação. A pesquisadora responsável se compromete a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Ao assinar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum. Será também necessário que você e a pesquisadora rubriquem todas as páginas deste termo, assegurando que todas as páginas foram lidas, o que garante ainda mais a sua proteção.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar a pesquisadora responsável ou o(s) comitê(s) de ética em pesquisa nos contatos abaixo:

Pesquisadora Responsável: Luisa Motta Corrêa, psicóloga e estudante de doutorado do IMS/UERJ; e-mail: [luisamottacorrea@gmail.com](mailto:luisamottacorrea@gmail.com); Telefones: pessoal – (21) 991570289, institucional - (21) 2334-0504 / 2334-0235.

Orientador: Rossano Cabral Lima; e-mail: [rossanolima1@gmail.com](mailto:rossanolima1@gmail.com); Telefones: pessoal – (21) 991389128, institucional - (21) 2334-0504 / 2334-0235.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: [cep.ims.uerj@gmail.com](mailto:cep.ims.uerj@gmail.com).

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde: Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, CEP 20031-040, Telefone: (21) 2215-1485.

E-mail: [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br) ou [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br)

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

Você autoriza a gravação da entrevista? Sim ( ) Não ( )

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_