



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Enara de Carvalho Vieira

**A transinstitucionalização no caso do fechamento da Casa de Saúde Dr.  
Eiras- Paracambi: uma questão paradoxal**

Rio de Janeiro

2013

Enara de Carvalho Vieira

**A transinstitucionalização no caso do fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras-  
Paracambi: uma questão paradoxal**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde - ME.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

V658 Vieira, Enara de Carvalho  
A transinstitucionalização no caso do fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi : uma questão paradoxal / Enara de Carvalho Vieira. – 2013.  
137f.

Orientador : Ruben Araujo de Mattos.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Hospitais psiquiátricos - Teses. 2. Reforma psiquiátrica – Teses. 3. Serviços de saúde mental – Teses. I. Mattos, Ruben Araujo de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 616.89

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

---

Assinatura

---

Data

Enara de Carvalho Vieira

**A transinstitucionalização no caso do fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras-  
Paracambi: uma questão paradoxal**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde - ME.

Aprovada em 30 de abril de 2013.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos  
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante  
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2013

## **DEDICATÓRIA**

À Ana Lúcia, minha querida mãe, por bancar esse projeto junto comigo.

## AGRADECIMENTOS

O primeiro agradecimento a minha família! Obrigada a cada um, que à sua maneira contribuiu para que eu chegasse até aqui. Um agradecimento mais que especial aos meus pais, irmãos e sobrinhos;

Ao Ruben, orientador-amigo, com seu jeito atento e cuidadoso me ajudou a enfrentar esse desafio de pesquisar um tema que de fato fosse importante pra mim;

Aos professores do IMS, que nas aulas, palestras, participação em bancas ou em encontros fortuitos pelos corredores contribuíram muito para a construção deste trabalho;

Aos funcionários do IMS, sempre dispostos a nos ajudar;

Aos professores Paula Cerqueira, Martinho e Paulo Amarante, que compõem a banca, pela disponibilidade e gentileza com que aceitaram o convite. Desde já agradeço a leitura;

Aos amigos do mestrado por tudo que vivemos juntos. Alguns se mantiveram próximos mesmo na solidão do momento da escrita. Agradeço principalmente a Andréa, Bianca, Bruno, Cristiane e Gisela;

Aos amigos, que entenderam minha ausência e me ajudaram nos momentos de angústia. Um agradecimento especial a Renatinha, Guilherme, Marcella e Carla;

Ao Juan Pablo (Tomate) por acompanhar todo o processo do mestrado desde o início de uma forma muito carinhosa e companheira;

A equipe do ambulatório de saúde mental Carlos Antônio da Silva- Niterói pela parceria e compreensão, principalmente durante as aulas do primeiro ano do mestrado;

Ao Instituto Municipal Nise da Silveira e ao CAPS Torquato Neto que me acolheram como pesquisadora de braços abertos;

A todos os entrevistados que compartilharam suas experiências, impasses, dúvidas, certezas, emoções e afetos. Senti-me bem próxima da experiência de desinstitucionalização da Dr. Eiras devido ao relato tão vivo de cada um.

A CAPES, pela bolsa concedida. Sem esta tudo seria mais difícil.

## RESUMO

VIEIRA, Enara de Carvalho. A transinstitucionalização no caso do fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi: uma questão paradoxal. 2013. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

O presente estudo teve por objetivo analisar o processo de fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi, uma clínica psiquiátrica privada que esteve em processo de fechamento por 12 anos e que efetivamente foi fechada em março de 2012. Este processo envolveu a gestão estadual de saúde mental, o município de Paracambi, os municípios que tinham pacientes internados, o Ministério Público Federal e Estadual e a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde. A pesquisa pretendeu analisar as respostas políticas que o município do Rio de Janeiro, que apresentava o maior número de internações, articulou para seus municípios que se encontravam internados nesta instituição, focando na transinstitucionalização, ou seja, na transferência dos pacientes da Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi para outras instituições de internações psiquiátricas ou clínicas. Procurou-se entender por que essa resposta foi pensada e como foi realizada por este município e compreender, a partir dos profissionais, como foi feita a passagem dos pacientes da Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi para outra instituição e quais são as perspectivas para a continuidade do acompanhamento dos casos transinstitucionalizados. A pesquisa se dividiu em duas fases, em ambas foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. A primeira fase partiu do recolhimento das falas de gestores, numa visada mais geral do processo, inclusive investigando a participação de outros municípios. A segunda fase, por sua vez, priorizou a experiência dos profissionais, que trabalham ou trabalharam mais diretamente com os pacientes transferidos no município do Rio de Janeiro. As instituições escolhidas para a segunda fase foram o Instituto Municipal Nise da Silveira e o Centro de Atenção Psicossocial Torquato Neto. Constatamos que além de diferentes sentidos para desinstitucionalização (desospitalização; desassistência; desconstrução; novas institucionalidades e intencionalidade do tratamento), podemos falar em vários tipos de transinstitucionalização: para hospital ou outro estabelecimento asilar; para estabelecimento privado ou público; para estabelecimento psiquiátrico ou clínico. O tema da transinstitucionalização foi abordado como um paradoxo, superando a dicotomia problema- solução.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Desinstitucionalização; Transinstitucionalização

## ABSTRACT

VIEIRA, Enara de Carvalho. The transinstitutionalization on the *Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi* closing case: a paradoxical question. 2013. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

The present study aimed to analyze the closing process of the *Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi*, a private psychiatric clinic that has been in a closing process for 12 years and effectively closed in March 2012. It involved the state's mental health management, the Paracambi's local government, the local governments that had interned patients, federal and state Public Ministry and the technical Department of Mental Health, on the Health Ministry. This research tries to analyze the policy responses that the city of *Rio de Janeiro*, which had the largest number of hospitalization, articulated to the citizens who were interned in this institution, focusing on transinstitutionalization. That is, the transferring of patients from the *Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi* to other institutions: psychiatric or clinics. We tried to understand why this response was considered and how the patients passage was made from *Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi* to others institutions and which are the prospects for continued monitoring of transinstitutionalized cases. The research was divided into two phases, in both were made semi-structured interviews. The first phase starts from collecting speeches of the managers, in a general view of the process, including investigating the participation of other municipalities. The second phase, stood on the professionals experience who work or worked more directly with patients transferred in the municipality of *Rio de Janeiro*. The institutions chosen for the second phase were *Instituto Municipal Nise da Silveira* and the *CAPS Torquato Neto*. We note that apart from different senses given to deinstitutionalization (dehospitalization, lack of assistance; deconstruction, new institutions and treatment intentionality), we can speak of various transinstitutionalization types: to hospital or other establishment for asylum, to private or public establishment, to psychiatric institution or clinical. The theme of transinstitutionalization was approached as a paradox, overcoming the dichotomy problem-solution.

Keywords: Psychiatric Reform; Deinstitutionalization; Transinstitutionalization.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Ação Civil Pública
ASM	Assessoria de Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAT	Comissão de Acompanhamento Técnico
CCAP	Comitê Coordenadores de Auditoria- Psiquiatria
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CPPII	Centro Psiquiátrico Pedro II
CSDE-P	Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
G8	Grupo de Apoio Técnico ao Programa de Reintegração Psicossocial
HPJ	Hospital Psiquiátrico de Jurujuba
IMNS	Instituto Municipal Nise da Silveira
LAPPIS	Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
MAP	Módulo de Acolhimento Provisório
MPE	Ministério Público Estadual
MPF	Ministério Público Federal
NAC	Núcleo de Atenção à Crise
NRIS	Núcleo de Reabilitação e Integração Social
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SURCA	Superintendência de Regulação, Controle e Auditoria

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	09
1	<b>OS SENTIDOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....</b>	14
1.1	<b>O debate internacional das reformas psiquiátricas .....</b>	14
1.2	<b>O debate brasileiro de desinstitucionalização- sob a perspectiva de alguns autores.....</b>	23
2	<b>A VELHA INSTITUCIONALIZAÇÃO E A PRODUÇÃO DE NOVOS CRÔNICOS.....</b>	35
3	<b>ENTRANDO NO CAMPO DE PESQUISA.....</b>	49
3.1	<b>A Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi.....</b>	53
3.2	<b>Instituto Municipal Nise da Silveira .....</b>	59
3.3	<b>As Clínicas de Apoio.....</b>	66
4	<b>A TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO- uma questão paradoxal.....</b>	67
4.1	<b>Para instituições psiquiátricas públicas.....</b>	68
4.1.1	<u>Territorializar os desterritorializados?.....</u>	68
4.1.2	<u>Transinstitucionalização para o município do Rio de Janeiro.....</u>	73
4.1.3	<u>Transinstitucionalização- Instituto Municipal Nise da Silveira.....</u>	82
4.1.4	<u>Grupo de Trabalho de Desinstitucionalização .....</u>	94
4.1.5	<u>Transinstitucionalização e desinstitucionalização.....</u>	106
4.2	<b>Para instituições conveniadas ao SUS- psiquiátricas e clínicas.....</b>	111
4.2.1	<u>Transinstitucionalização para o Hospital Paracambi .....</u>	112
4.2.2	<u>Transinstitucionalização para as clínicas SEMEL e Jardim América.....</u>	114
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	122
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	128
	<b>ANEXO A Roteiro de Entrevistas.....</b>	133
	<b>ANEXO B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	136

## INTRODUÇÃO

Ao pensarmos que o paradigma de trabalho com pacientes<sup>1</sup> de longa permanência institucional é a desinstitucionalização, nos ocorre a ideia de que, em se falando de desinstitucionalização, todos já entendem do que se trata. Desse modo, podemos presumir que já é um conceito naturalizado; dado.

Entretanto, pelo breve tempo de experiência de trabalho no campo da saúde mental pudemos perceber que o entendimento de desinstitucionalização não é o mesmo para todos os trabalhadores e gestores. E em cada município as práticas vão se desenvolvendo de acordo com o entendimento que se tem.

Trabalhamos no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2011, primeiro enquanto residente de saúde mental e, posteriormente, como psicóloga em Serviços Residenciais Terapêuticos. Paralelo ao trabalho nos SRT's, ingressamos como psicóloga em um ambulatório de saúde mental no município de Niterói. Outra experiência foi um estágio externo realizado através da residência na cidade de Belo Horizonte/MG. Pensando na articulação da rede de saúde de cada cidade supracitada, já é possível pensar que cada uma quer e defende uma desinstitucionalização diferente.

A organização da rede de saúde mental não é apenas produzida pelas contingências políticas de cada cidade, mas também é reflexo da forma que o trabalho é defendido. Não está dado que o paradigma de trabalho seja o mesmo para todos os municípios. Cabe cada gestor se perguntar qual uso faz do conceito de desinstitucionalização quando planeja as ações de saúde mental para seu território. Partindo desse ponto, que surgiu o interesse em estudar a desinstitucionalização no mestrado.

Inicialmente, a ideia do projeto era pesquisar os diferentes sentidos de desinstitucionalização que apareciam nas práticas, como, por exemplo, desinstitucionalização

---

<sup>1</sup> Usaremos o termo “paciente” para designar as pessoas que viveram há anos na Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi. Optamos por não denominá-las de “sujeitos”, “portadoras de transtornos mentais”, “usuários” ou qualquer outra denominação que comumente é usada. Concluímos que “paciente” melhor descreve o estado a qual foram submetidas durante anos, lugar de objetificação, sem lugar para a singularidade ou que sua palavra pudesse ser tomada como um sujeito ativo.

como produção de novas institucionalidades, ainda que dentro do espaço hospitalar; desinstitucionalização enquanto novas formas de lidar com a loucura no meio social; desinstitucionalização como responsabilidade com o território ou até mesmo como desassistência. Enfim, o interesse era analisar as diferentes formas de se pensar este trabalho, mostrando que não é um trabalho dado e naturalizado, mas que, ao contrário, apresenta-se em constante construção.

Entretanto, a ideia de projeto mudou, mas sem perder essa dimensão dos diferentes sentidos de desinstitucionalização, após uma nova experiência de trabalho. No final de 2011 e início de 2012, tivemos a oportunidade de trabalhar em uma enfermaria do Núcleo de Atenção à Crise do Instituto Municipal Nise da Silveira. Nesse espaço trabalhamos acompanhando pacientes em crise psicótica, mas também outros pacientes considerados de longa permanência, ou seja, pacientes com mais de dois anos de internação nesta mesma instituição ou vindos de outras instituições psiquiátricas. Nesse contexto, houve a aproximação com pacientes oriundos da Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi( CSDE-P), uma clínica privada que estava em processo de fechamento desde 2000 e efetivamente foi fechada em março de 2012.

Através deste trabalho no Instituto Municipal Nise da Silveira, acessamos informações relevantes sobre como se deu o processo de desinstitucionalização na CSDE-P, que de imediato despertaram-nos uma curiosidade imensa em estudar essa experiência.

Primeiramente, o que chamou a atenção foi a forma como alguns casos foram passados da clínica privada para o Instituto Municipal. Apesar do longo trabalho em parceria entre as duas instituições, a coordenação de Saúde Mental do município do Rio de Janeiro e também dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), alguns casos chegaram com problemas graves, envolvendo, por exemplo, equívocos em documentação e informações pessoais. O acompanhamento a alguns destes casos nos impulsionou a pesquisar como se deu o fechamento desta instituição e principalmente qual foi o destino dos pacientes nela internados. Interessa-nos entender esse processo de transferência dos pacientes da instituição privada para outras instituições, pesquisando como e por que foi pensada como resposta. Esse processo foi denominado pelos atores envolvidos de **transinstitucionalização**.

De qualquer forma, há um esforço de conceituação a partir da literatura que ao falar sobre desinstitucionalização praticada enquanto desospitalização produziu abandono da população psiquiátrica e também uma transinstitucionalização que foi considerada a “passagem para casa de repouso, albergues para anciãos, cronicários ‘não psiquiátricos’” ( ROTELLI, 1990, p.21).

Uma segunda definição foi proposta por Vasconcelos (2006,p.65) onde transinstitucionalização “entende-se o deslocamento da clientela psiquiátrica para instituições similares de outro tipo, como delegacias, penitenciárias, asilos de idosos, casas de enfermagem e reformatórios”.

A autora Barros (1994,p.173), por sua vez, conceitua transinstitucionalização como a “transferência de pessoas, (principalmente crônicos) para outras instituições não psiquiátricas (asilos) ou para instituições menores, comunidades privadas”.

Portanto, as três conceituações propostas consideram transinstitucionalização a transferência para outras estruturas institucionais, principalmente as de tipo assistencial que internam ou asilam os pacientes. No entanto, o termo transinstitucionalização adotado nessa pesquisa está localizado na experiência dos atores que a fizeram diante do fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi e será abordado adiante.

Em relação a alguns casos, a transferência para uma instituição pública e o encontro com profissionais engajados lhe possibilitaram novos destinos bem mais promissores. Diante disso, várias questões surgiram. A primeira pergunta ressaltada: Tudo o que foi feito pelos pacientes na instituição pública não poderia ter sido feito na instituição de origem, evitando a transinstitucionalização? Caso a resposta seja negativa, pode-se afirmar, portanto, que a transinstitucionalização para uma instituição pública pode ser considerada uma estratégia de desinstitucionalização? Este tema se apresenta com muita ambiguidade e contradição. O que ressaltou, sem dúvida, foi a necessidade de este assunto ser colocado em pauta e pesquisado, com a possibilidade de um reposicionamento acerca da transinstitucionalização.

Os vários sentidos possíveis para uma internação psiquiátrica nos remetem aos vários sentidos que podem assumir a institucionalização e conseqüentemente a desinstitucionalização. Estamos de acordo sobre qual direção deve ser tomada em uma internação em hospital psiquiátrico<sup>2</sup>? Concordamos sobre os efeitos da institucionalização e quais ações constituem um processo de desinstitucionalização? Certamente que não. Sobre esse terreno que pretendemos nos debruçar nesse trabalho, não para alcançar respostas conclusivas ou definições fechadas sobre o

---

<sup>2</sup> Nesse trabalho usaremos as palavras hospital psiquiátrico, hospício, manicômio como sinônimos, partindo de uma estratégia do MTSM para reforçar o caráter asilar, segregante, violento e tutelar de todas as instituições desta ordem. Portanto, ao longo da dissertação estes termos aparecerão sem distinção. (AMARANTE, 1996)

que é institucionalização, desinstitucionalização e transinstitucionalização, mas para levantar discussões em torno desse debate a partir da experiência de fechamento da CSDE-P.

A importância deste estudo se justifica diante de um grande percentual de internações em hospitais psiquiátricos privados que ainda existem em nosso país. Por um lado, não há como negar os avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira, com a crescente expansão dos serviços territoriais, como os CAPS e SRT's; com a diminuição progressiva dos leitos em hospitais de grande porte e com os leitos em hospitais gerais. Por outro lado, as clínicas psiquiátricas privadas continuam existindo em grande escala, faturando com os contratos com o Sistema Único de Saúde (SUS), isolando e segregando os pacientes. Arriscamos afirmar que as internações em instituições privadas se configuram o maior desafio a ser enfrentado pela política de saúde mental atualmente.

Não restam dúvidas de que temos muitos motivos para comemorar o fechamento da Casa da Saúde Dr. Eiras -Paracambi. Após um longo e sofrido processo, foi possível encerrar um ciclo de produção de exclusão e segregação que perdurou por meio século. Fechar o manicômio que foi considerado o maior da América Latina tem um valor histórico, político e social inegável. Entretanto, esse processo não se encerra com as comemorações do fechamento. Há ainda outros compromissos que esta experiência acarreta. Um deles é a importância desse processo ser pesquisado, analisado e criticado, principalmente porque é preciso dar seguimento ao cuidado dos pacientes que lá estiveram de forma criteriosa e em consonância com a política nacional de saúde mental. O empuxo ao manicômio é forte, não se pode descansar.

Diante desse compromisso e das questões que foram suscitadas a partir da experiência de trabalho no Instituto Municipal Nise da Silveira, a proposta de pesquisa neste mestrado não poderia ser outra a não ser nos debruçar nessa experiência, procurando entender como foi possível fechar uma instituição deste porte, e quais as consequências desse fechamento para os pacientes e para toda a sociedade.

Conforme já explicitado, a proposta do estudo foi pesquisar o fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi focando em um dos destinos que foi dado aos pacientes- a transinstitucionalização. O município que mais articulou esse tipo de resposta foi o Rio de Janeiro, que também era o maior internante. Portanto, esse município foi escolhido para uma maior aproximação na pesquisa de campo. Foram realizadas entrevistas com gestores e profissionais de saúde mental. Num primeiro momento foram dois gestores, um representando o

estado do Rio de Janeiro e outro o município de Paracambi, numa visada mais geral do processo. Num momento posterior, foram entrevistados dois gestores do município do Rio de Janeiro buscando entender a entrada do município no processo e como e por que a transinstitucionalização foi planejada. Por último, entrevistas com gestores e profissionais do Instituto Municipal Nise da Silveira, uma das instituições que recebeu pacientes transinstitucionalizados e também do CAPS Torquato Neto, um dos CAPS que segue acompanhando alguns dos casos transferidos, para ter acesso como a transinstitucionalização foi realizada e quais as perspectivas de acompanhamento dos casos.

O presente trabalho se inicia com uma tentativa de aproximação aos diferentes sentidos de desinstitucionalização que surgem nas práticas. Partindo das experiências internacionais de reformas psiquiátricas, segue para alguns sentidos propostos por autores brasileiros. No capítulo seguinte, será abordada a questão da institucionalização e produção de novos crônicos, questões que se apresentam intrinsecamente relacionadas às práticas de desinstitucionalização. Configurando uma segunda parte, inicia-se o terceiro capítulo com uma entrada no campo de pesquisa, onde serão apresentadas as instituições em questão e um pouco de suas histórias, dentro do que foi possível ter acesso. Por fim, o capítulo que trata da transinstitucionalização, dividido em transinstitucionalização para instituições públicas, destacando o trabalho com o Instituto Municipal Nise da Silveira e a segunda parte aborda as transinstitucionalizações realizadas para clínicas privadas conveniadas ao SUS, destacando a Clínica Jardim América e a SEMEL, clínicas de apoio aos grandes hospitais gerais.

A ideia que irá perpassar todo o presente trabalho é o caráter paradoxal<sup>3</sup> das práticas de transinstitucionalização. Alguns entrevistados não a consideram como uma prática de desinstitucionalização. E mesmo quando considerada uma estratégia de desinstitucionalização, já começa por uma desconstrução do conceito, abrindo caminhos para que outras práticas sejam construídas. O encontro com este tema nos trouxe a dimensão, talvez já óbvia pra alguns, de que o trabalho em saúde mental se encontra em permanente desconstrução e construção, tudo ao mesmo tempo.

---

<sup>3</sup> Uma definição para paradoxo: “pensamento ou argumento que, apesar de aparentemente correto, apresenta uma conclusão ou consequência contraditória, ou em oposição a determinadas verdades aceitas”. (JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário Básico de Filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.)

## **1 OS SENTIDOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Neste capítulo, abordaremos os diferentes sentidos de desinstitucionalização que aparecem nas práticas cotidianas dos serviços de saúde mental, mostrando que não se trata de um conceito dado e naturalizado, mas ao contrário, se apresenta em crescente construção, a depender das influências e afiliações teóricas que os profissionais são atravessados e também do contexto político de cada município. Para tanto, será necessário, na primeira parte deste capítulo, apresentar de forma breve, já que se trata de um tema extensivamente trabalhado por diversos autores, as diferentes experiências internacionais de reformas psiquiátricas, que nos influenciaram e ainda influenciam. E na segunda parte, um recorte dos sentidos de desinstitucionalização sob a perspectiva de alguns autores brasileiros.

### **1.1 O debate internacional das reformas psiquiátricas**

Na virada para o século XX, surgiram várias críticas à insuficiência do hospital e, a partir da Segunda Guerra Mundial, em diversos países do Ocidente, surgiram movimentos de crítica à instituição psiquiátrica. Contudo, tais críticas visavam ao aperfeiçoamento ou humanização do hospício. Apenas posteriormente, por volta da década de 1960, é que outros movimentos incidiram sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, na condenação de seus efeitos de normalização e controle.

Esses movimentos foram, principalmente, a Comunidade Terapêutica inglesa; a Psiquiatria Preventivo-Comunitária dos Estados Unidos; a Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Democrática italiana. Os primeiros buscando uma humanização dos hospitais psiquiátricos e o último criticando a própria psiquiatria. Também será abordado o movimento da Antipsiquiatria, que configura o primeiro movimento mais radical de crítica ao saber médico-psiquiátrico.

Na França ocorreram dois movimentos que se encontraram e se influenciaram mutuamente, a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor. A primeira, influenciada pela Psicanálise, funcionou como fundamento teórico para a segunda. O que se buscava na Psiquiatria de Setor era organizar o hospital psiquiátrico como um campo de relações significantes (DESVIAT, 1999). Defendia-se que a instituição como um todo deveria ser tratada, pois as pessoas que vivem no hospital, ou seja, os que cuidam e os que são cuidados, são doentes e produtores do hospital como um manicômio.

Em 1945 e 1947 foram realizadas as Jornadas Nacionais de Psiquiatria, que estabeleceram as bases da nova doutrina: o setor. Tratava-se de estruturar um serviço público de ajuda e tratamento, colocado à disposição da população para permitir o acesso universal a formas de atendimento e a uma qualidade de serviços até então reservadas a setores privilegiados da população. Surgiu a ideia de projetos terapêuticos individuais, tão difundida atualmente. Para Desviat, “O mais importante desse movimento foi a valorização da dimensão pública e coletiva dessa medida de saúde: a política de setor não foi apenas uma tentativa de fazer uma outra psiquiatria, mas também uma ação de saúde pública, no sentido literal do termo” (DESVIAT, 1999,p.27).

Ante a desinstitucionalização, o movimento da psicoterapia institucional buscou formas terapêuticas de institucionalização: “reinvenção, revolução permanente do estabelecimento psiquiátrico e criação de novas instituições intermediárias, extra-hospitalares, setorizando o território”(Ibid., p.28).

Já as experiências com Comunidades Terapêuticas surgiram na Inglaterra com o objetivo de resgatar o processo terapêutico a partir da transformação da dinâmica institucional. Sua atuação pautava-se em medidas coletivas abarcando os pacientes, os profissionais e a instituição.

Maxwell Jones, seu maior representante, buscava um maior aproveitamento, com fins terapêuticos, de todos os recursos da instituição, entendida como um conjunto orgânico e não hierarquizado de médicos, pacientes e pessoal auxiliar.

Os princípios da Comunidade Terapêutica são:

democratização das opiniões; liberdade de comunicação; análise, em termos da dinâmica individual e interpessoal, de tudo que o que acontece na instituição; tolerância, e tendência a destruir as relações de autoridade tradicionais; atividades coletivas; presença de toda a comunidade nas decisões administrativas do serviço (DESVIAT, 1999, p.35).

O sistema de saúde inglês se tornou referência para demonstrar as vantagens, em equidade e eficiência, de uma política sanitária planejada. Permitiu desenvolver um atendimento primário, com médicos generalistas. O pilar do sistema era a garantia de continuidade do tratamento pelo médico de família. A crítica a esse movimento foi que não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1995).

O movimento americano da Psiquiatria Comunitária e Preventiva, por sua vez, se traduziu na promoção de saúde mental buscando reduzir, na comunidade, os transtornos mentais. A partir desse movimento é que se instituíram as ideias de “saúde mental” em oposição à “doença mental” e também as intervenções na “comunidade” de caráter preventivo. Suas ações se definiam em adaptação e normalização, defendiam que se identificando na comunidade as causas da doença de alguns e as razões da saúde de outros, diminuiria o surgimento de novos casos. Essa experiência recebeu críticas por seu aspecto eugenista e uma tendência de psiquiatrização do social.

Os princípios que nortearam o trabalho dos Centros de Saúde Mental comunitária foram a acessibilidade (localização conveniente e, se necessário, descentralização dos serviços), informações adequadas à população-alvo sobre a existência e as características dos diferentes programas; gratuidade; disponibilidade; ênfase na prevenção da doença; levantamento das necessidades reais de toda a população, e não apenas dos que já recebiam tratamento; abordagem eclética e utilização de qualquer tratamento útil; responsabilização do governo perante o doente e sua família (DESVIAT, 1999).

A partir dessa experiência, foi a primeira vez que o termo desinstitucionalização foi usado. No entanto, era utilizado para designar as práticas de desospitalização, em que os pacientes recebiam alta do hospital sem uma continuidade no tratamento de forma planejada, o que aumentou muito o contingente de pacientes que retornavam à internação ou ficaram abandonados. “A desinstitucionalização, portanto, entendida e praticada como desospitalização, produziu o abandono de parcelas relevantes da população psiquiátrica e também uma transinstitucionalização” (ROTELLI, 1990, p.21).

Numa inserção diferente, encontramos o primeiro movimento de crítica à psiquiatria de uma forma mais radical que foi a Antipsiquiatria, que surgiu na Inglaterra na década de 60 junto aos movimentos da contracultura. Seus maiores representantes foram Ronald Laing, David

Cooper e Aaron Esterson. Esses psiquiatras não consideravam a esquizofrenia uma doença, e sim uma reação à violência externa, principalmente vinda da família. Propuseram uma nova forma de comunidade terapêutica, onde as reuniões buscavam subverter a hierarquia e a disciplina hospitalar. Esse movimento promove “uma política de subversão ideológica e busca estruturas marginais, paralelas, livres ou ‘anti’”. (AMARANTE, 1995, p. 44)

A citação a seguir, (AMARANTE, 1995, p. 44) sintetiza bem o pensamento desse movimento acerca da loucura e a forma de lidar com ela:

A loucura é um fato social, político, e, até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento. O louco é, portanto, uma vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica, devendo, por isso, ser defendido e reabilitado.

Com um posicionamento diferente neste debate surgiu a Psiquiatria Democrática italiana, que está intimamente relacionada à história de Franco Basaglia, precursor desta experiência na Itália. Este psiquiatra conheceu e observou as demais experiências na Europa e Estados Unidos e atento quanto aos sucessos e fracassos, propôs uma forma diferente de desinstitucionalização.

A experiência italiana transformou o hospital, primeiramente, em uma comunidade terapêutica, influenciada pelos ideais ingleses e depois, consciente das limitações, propôs devolver o doente mental à sociedade, desarticulando o manicômio.

O manicômio de Trieste é subitamente utilizado para ‘fazer sair’ os seus internados de muito tempo não apenas para ‘tratá-los com o objetivo de curar’ como na comunidade terapêutica onde a ‘pedagogia institucional’ se revela, como toda ‘terapia’, instrumento de domínio. O manicômio é usado para desmascará-lo de fato, para esvaziá-lo, decompô-lo, superá-lo e impedir a duplicação imediata (ROTELLI, 1990, p.70).

Quando teve contato com a Psiquiatria Preventiva norte-americana, Basaglia declarou que “aquela política servia muito mais para ampliar o território psiquiátrico, isto é, o processo de medicalização da vida social, que para cuidar efetivamente das pessoas” (AMARANTE E GULJOR, 2005, p.66).

As análises realizadas pelos italianos sobre a psiquiatria reformada evidenciaram algumas características em comum entre os outros países da Europa e os Estados Unidos. A primeira evidência foi que a internação psiquiátrica continuou a existir com um peso não secundário,

muitos pacientes ainda continuavam internados ou recebiam alta e entravam na lógica do “revolving door”, com frequentes reinternações. Outra evidência foi que os serviços territoriais conviviam com a internação mas não a substituíam, ao contrário, confirmavam sua necessidade. E a partir daí, se constatou que o sistema de saúde mental funcionava como um circuito, onde os serviços da comunidade e a internação se complementavam, num jogo de alimentação recíproca (ROTELLI, 1990).

A Psiquiatria Democrática defendia a ideia de que dentro do hospital estava a raiz do saber psiquiátrico que produzia toda uma rede de psiquiatrização mesmo que fora deste. E toda terapêutica dentro do hospital continuaria a reproduzir uma institucionalização. Tentando combater a institucionalização, o trabalho de Franco Basaglia se pautou na desinstitucionalização, chegando à aprovação da “Lei Basaglia”- Lei 180- a do fechamento dos manicômios italianos, visando não à mudança no local de tratamento, mas à mudança na maneira de olhar a loucura.

Franco Basaglia defendia que “a instituição total era um receptáculo cheio de corpos que não podem vivenciar a si mesmos, e que estão ali a espera de que alguém os ocupe, para fazê-los viver de uma outra maneira”(DESVIAT,1999,p. 42). A Psiquiatria separou seu objeto, “a doença” da “existência global, complexa e concreta dos pacientes e do corpo social” e por isso toda uma série de aparatos foi construída para atender a este objeto. Essa série de aparatos que precisa ser desmontada para que as práticas se voltem para a existência das pessoas consideradas doentes. O primeiro passo nessa direção, constituindo a desinstitucionalização inaugurada por Franco Basaglia foi o rompimento com o paradigma problema-solução, que se direciona a um funcionamento idealmente construído ( ROTELLI, 1990).

Portanto, se a instituição do manicômio revelou o caráter profundamente antiterapêutico de suas estruturas, qualquer transformação que não se acompanhe de um trabalho interno que a coloque em discussão a partir da base torna-se inteiramente superficial e de fachada.(...) Diante disso, é evidente que a introdução de uma nova técnica terapêutica no velho terreno institucional é uma medida precipitada, quando não nociva, no sentido de que, se pela primeira vez é desvendada a realidade institucional como um problema que se deva enfrentar, correr-se-ia o risco de voltar a mascará-la com uma roupagem que não faria mais do que apresentá-la sob uma luz menos dramática(BASAGLIA, 2010, p.122).

Logo ficaram para trás as técnicas inovadoras de tipo institucional, reduzidas a uma simples camuflagem dos problemas, diante da luta contra a exclusão e a violência institucional. A psicopatologia foi momentaneamente colocada entre parênteses, para se ocuparem de sujeitos em sua experiência de sofrimento. “Diferente de ‘negar a existência da doença mental’, a doença foi por um período colocada entre parênteses para favorecer a manifestação da real existência da pessoa aos olhos de um psiquiatra finalmente participante” (ROTELLI, 1990, p. 92).

Nesse sentido, o hospital psiquiátrico, ainda que modificado e transformado, permanece enquanto tal- causa de doença, foco de infecção, não só em sua função de reconhecimento-codificação e expropriação do sofrimento enquanto distúrbio psiquiátrico; não só por estender para o território a cultura e regras mediante as quais efetua esse reconhecimento e a expulsão que daí resulta; mas também na medida em que, com sua própria existência, pré-forma os conteúdos da demanda, endereçando-a aos canais convenientes, a fim de que a abertura da crise, em qualquer nível, seja automaticamente compensada com a expulsão do portador para o bolsão de contenção. Nesse caminho, sabe-se quem acabará caindo ali( BASAGLIA, 2010, p.247).

A desinstitucionalização se torna um processo de desmontagem da solução institucional já existente para recolocar o problema. Desta forma, “a ênfase não é mais colocada no processo de ‘cura’, mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’ ” (ROTELLI, 1990, p.30). Essa mudança de ótica faz toda diferença no meio social convocando novos atores para o processo, não só os técnicos que já trabalham nas instituições, mas também os próprios pacientes e outros setores sociais. O trabalho terapêutico se volta para reconstruir as pessoas como atores sociais. “Eis o porquê da necessidade em Psiquiatria hoje de instituições inventadas. Esta é a nossa experiência em Trieste, filha autopoiética da experiência primeira, a instituição negada. A instituição negada foi a descrição dura de uma contaminação, a prática que a revelava” (*Ibid.*, p. 94).

Franco Basaglia salientou que a forma como as instituições psiquiátricas são organizadas só perpetua a ideologia da classe dominante, confirmando as necessidades dos técnicos em detrimento das necessidades dos assistidos. Desta forma, fica evidente a função de controle social por parte das instituições, que tem por finalidade primeira a tutela da ordem pública e não o tratamento do doente. “Mas nossa intervenção não pode se limitar à eterna tarefa do intelectual burguês que ensina a quem é oprimido o caminho da sua libertação, porque, desse modo, continua-se a perpetuar nossa distância e nossa dominação” ( BASAGLIA, 2010, p. 236).

Conforme já exposto, foi criada a Lei 180 de 1978, que decretou a extinção dos manicômios. Esta Lei pregava o fechamento dos manicômios e a criação de serviços substitutivos na comunidade. Não se defendeu a suspensão do tratamento, mas a construção de novas possibilidades, de novas formas de entender a loucura. “ É importante observar que o ‘doente’ ou a ‘doença’ não estão sendo negadas como existência. O que está sendo colocado em negação é o conceito de doença mental como construção teórica” ( AMARANTE, 1996, p. 70).

A desinstitucionalização é sobretudo terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se “resolva” por hora, não se “cure” agora, mas no entanto seguramente “se cuida”. Depois de ter descartado “a solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento ( ROTELLI, 1990, p. 33).

A Lei 180 estabeleceu que não poderia haver mais internações em hospitais psiquiátricos a partir de maio de 1978 e proibiu-se a construção de novos hospitais; os serviços psiquiátricos comunitários, os serviços territoriais, deveriam ser criados para determinadas áreas geográficas e trabalhar em estreito contato com as unidades de pacientes internados, a fim de garantir um atendimento contínuo e aboliu-se o estatuto de periculosidade social do doente mental.

Os principais serviços territoriais construídos na Itália foram: os centros de saúde mental, abertos 24 horas, funcionavam como eixos de todo o sistema; o plantão psiquiátrico no Hospital Geral; as cooperativas de trabalho; o centro para tóxico-dependentes; o serviço psiquiátrico no interior do cárcere e as estruturas e os espaços do ex- hospital psiquiátrico funcionando para projetos comunitários, multiplicando as trocas sociais.

Analisando cada experiência citada, podemos dizer que o principal do debate internacional gira em torno de duas posições. De um lado, a reorganização do aparato psiquiátrico, liderado pela proposta de comunidades terapêuticas e, de outro, a ideia de desinstitucionalização italiana, que envolve desconstrução deste aparato e propõe novas formas de entender a loucura, não se limitando a colocar em questão a instituição manicômio, mas principalmente o estatuto de doença mental e o saber psiquiátrico que o fundamenta, trata-se de um processo que se realiza nos níveis teórico e político simultaneamente.

A desinstitucionalização assim proposta não se limita à uma reorganização do aparato manicomial, apesar de também partir de dentro, trabalhando com aquilo que existe. É preciso deixar claro qual a diferença entre uma simples humanização e reorganização para uma transformação gradativa que utiliza os recursos e os problemas internos para a partir daí decompor e para construir outras estruturas externas.

As estruturas e os modos de trabalhar nos quais se concretiza o novo sistema de saúde mental nascem não do externo, ao lado e de suporte ao manicômio, mas através da reciclagem, da reconversão e da transformação progressiva das possibilidades financeiras, do pessoal, das competências existentes, dos espaços físicos, etc. E é exatamente graças a esta gênese da desmontagem do manicômio que essas estruturas externas conseguem ser, em relação a ele, inteiramente substitutivas e a suprimir (substituindo) as práticas preexistentes ( ROTELLI, 1990, p. 35).

Importante salientar que mesmo na Itália a reforma psiquiátrica não se deu de forma uniforme em todas as regiões do país, tanto que Amarante(1996) nos adverte que não seria adequado denominá-la de psiquiatria italiana, já que não foi adotada em toda a Itália nem de forma hegemônica. Passos(2009) também salienta que a Lei 180 foi regulamentada e implementada de formas muito desiguais pelas diferentes regiões da Itália.

Da mesma forma a desinstitucionalização foi tomada de muitos e diferentes sentidos na Europa e Estados Unidos. Segundo Rotelli(1990), para os reformadores a desinstitucionalização tinha o intento de liberar a Psiquiatria das funções arcaicas de controle social, coação e segregação. Já para os grupos de técnicos e políticos radicais ela simbolizava a abolição de todas as instituições de controle social, se assemelhando à perspectiva da Antipsiquiatria; para os administradores funcionava como um programa de administração financeira, com racionalização dos gastos dos leitos psiquiátricos. E sobre esse último sentido que a desinstitucionalização foi praticada enquanto desospitalização, como redução de leitos para responder às orientações neoliberais. Na Itália, tentou-se dar um sentido diferente para desinstitucionalização. Nem tanto radical numa perspectiva abolicionista e também não foi entendida como desospitalização.

O mais importante da desinstitucionalização italiana está em seu caráter transformador das estruturas sociais de segregação e exclusão. Desta forma, o processo de desinstitucionalização não tem fim, não se encerra com o fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Ao contrário, no momento no qual ela anuncia o objetivo da eliminação da internação psiquiátrica, ela confirma e amplia o campo de ação da desinstitucionalização. De fato, a realização deste objetivo não pode ser outro senão um percurso social complexo que suscita conflitos, crise e transformações dentro da rede mais ampla das estruturas institucionais nas quais o sistema psiquiátrico está inserido. Este objetivo suscita problemas e requer mudanças na organização sanitária, na justiça, nos modos de administração, dos recursos públicos, etc. É verdade que, como já salientamos, a eliminação da internação psiquiátrica é um resultado indireto de um processo social mais amplo de transformação, que libera da necessidade da internação porque transforma as necessidades sociais e as respostas institucionais ( ROTELLI, 1990, p. 53).

São perceptíveis as várias influências da Psiquiatria Democrática italiana em nossa política de saúde mental brasileira, a começar pelos *serviços substitutivos*, que são construídos a partir da lógica de *território*, conceito também forjado pela experiência italiana, ao superar a ideia de setor francesa, ou a ideia de comunidade americana. De todo modo, apesar da forte influência não podemos afirmar que nossa política de saúde mental e nossas práticas cotidianas são seguidoras do pensamento basagliano em sua totalidade. Da mesma forma, é perceptível a influência de outros movimentos de reforma em nosso país, como a Psicoterapia Institucional francesa e a Psiquiatria preventivo-comunitária americana. O Brasil é marcado por sua diversidade e não seria diferente a nossa forma de conduzir as práticas cotidianas de saúde mental.<sup>4</sup> Assim como as experiências internacionais, no Brasil algumas experiências defendem a abolição do hospital, outras apoiam uma reorganização, são ideias antagônicas que convivem no interior de cada experiência brasileira.

Diante da experiência de fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi, não podemos inferir que em um determinado período houve certa tendência de se articular a desinstitucionalização dos pacientes, mas ao contrário, várias formas e estratégias foram pensadas e executadas ao mesmo tempo, por vezes por um mesmo município. Este fato nos leva a pensar que se trata de um terreno muito complexo e de multiplicidades, não cabendo uma descrição de tendências. Diante disso, recorreremos a alguns autores brasileiros para nos ajudar a pensar sobre os múltiplos sentidos de desinstitucionalização, que será abordado no tópico a seguir.

---

<sup>4</sup> Para maiores informações sobre a Política de Saúde Mental brasileira vide BRASIL, 2004. Leis e Portarias foram promulgadas dando balizas de como os serviços de saúde mental devem funcionar. A Lei 10.216/01 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A portaria 336/02 definiu e estabeleceu as diretrizes para o funcionamento dos CAPS, que passaram a ser categorizados por porte e clientela, se diferenciando em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. A portaria 106/01, por sua vez, dispõe sobre a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos, que foi alterada em 2011 com a promulgação da Portaria 3090/11. Em 2003 foi criado o programa “De Volta pra Casa”, Lei nº10.708, que oferece auxílio-reabilitação para os egressos de longas internações. Outras portarias também foram promulgadas relacionadas à atenção básica, consultórios na rua, reestruturação hospitalar, etc.

## 1.2 O debate brasileiro de desinstitucionalização- sob a perspectiva de alguns autores

Neste tópico abordaremos a perspectiva de alguns autores brasileiros sobre os sentidos de desinstitucionalização. O primeiro autor apresentado é Paulo Amarante, pesquisador e professor da ENSP- Fiocruz e, em seguida, os sentidos que se depreendem a partir da experiência do município de Niterói- RJ, através do recorte de uma pesquisa avaliativa realizada pelo LAPPIS-IMS neste município e também por uma publicação da EdUFF(2008).

Amarante(1996)destaca três sentidos atribuídos à desinstitucionalização: desospitalização, desassistência e desconstrução. O conceito sofre uma metamorfose com estes três sentidos, cada um deles representa um conjunto de práticas que se diferenciam entre si, mostrando que a desinstitucionalização não é um processo homogêneo e universal.

O sentido de desinstitucionalização enquanto desospitalização se origina da experiência da psiquiatria preventiva comunitária norte- americana, que priorizava as altas hospitalares e retornos para a comunidade como forte estratégia para redução de custos hospitalares. Segue abaixo os princípios fundamentais do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy:

1. a prevenção de internações inadequadas em instituições psiquiátricas, procurando alternativas comunitárias para seu tratamento;
  2. retorno para a comunidade de todos os pacientes institucionalizados que tiveram preparo adequado para tal mudança;
  3. o estabelecimento e a manutenção de sistemas de suporte comunitário para as pessoas não-institucionalizadas que estejam recebendo serviços de saúde mental na comunidade.
- ( AMARANTE, 1996, p. 15)

Esta formulação de desinstitucionalização baseia-se em medidas saneadoras e racionalizadoras de cunho preventivo e comunitário, mas não opera uma crítica ao saber que autoriza as práticas psiquiátricas. “A causa da falência do sistema psiquiátrico não estaria na psiquiatria, mas na má aplicação desta”. Desta forma, propicia uma ampliação do território psiquiátrico, alargando a noção de doença, de desvio, anormalidade, desajustamento. (AMARANTE,1996, p.16)

De acordo com Amarante e Guljor(2005, p.65):

Os norte-americanos preocupavam-se com a má qualidade da assistência psiquiátrica, evidenciada em um censo realizado em 1955, mas preocupavam-se também com os altos custos que o modelo prioritária senão exclusivamente hospitalar, acarretava. Eis que denominaram de desinstitucionalização uma política que congregava um conjunto razoável de medidas de caráter administrativo que visava ora a diminuir as internações em hospitais psiquiátricos, ora a acelerar as altas hospitalares.

Desta forma, o hospital psiquiátrico não estava no centro das questões, o que acarretava em altas apressadas, sem suporte assistencial e social e a falta de assistência aos novos pacientes. Apesar de a proposta prever a criação de serviços comunitários que dessem suporte aos desospitalizados, esta forma de praticar a desinstitucionalização recebeu muitas críticas por ter criado um contingente de população de rua, abandonada de uma assistência psiquiátrica e também por ter aumentado a transinstitucionalização.

O segundo sentido que Amarante destaca é a desinstitucionalização enquanto desassistência, onde os pacientes são abandonados, descuidados e desamparados. Nesse sentido, as altas são realizadas sem nenhuma articulação extra-hospitalar que possa dar suporte aos pacientes, o que torna necessário a manutenção da estrutura hospitalar. “Neste tipo de processo, os hospitais psiquiátricos se mantêm e os serviços comunitários funcionam em caráter alternativo, e não como substitutivos ao manicômio” (SOUZA *et al.*, 2007, p.93).

Segundo Amarante( 1996, p. 18-19):

Entende-se, nesse sentido, que a desinstitucionalização significaria abandonar os doentes à própria sorte, seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com essas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo teórico que está em jogo.

A desinstitucionalização como desassistência tem por representantes e defensores todos aqueles que se posicionam contra a desinstitucionalização por esta representar uma luta pela ampliação dos direitos e igualdade para as minorias. Há uma “tendência contradesinstitucionalizante” onde:

se organizam interesses muito específicos de empresas e grupos que vivem na dependência do êxito desses mesmos interesses. Assim comportam-se, por exemplo, a indústria farmacêutica, a corporação psiquiátrica e, mais especificamente, em nosso contexto, os empresários de hospitais psiquiátricos. (...) Por tal motivo abordam a desinstitucionalização de forma propositalmente deturpada, procurando associá-la à desassistência e ao desamparo (AMARANTE, 1996, p.19).

Desinstitucionalização no sentido de desconstrução, o terceiro sentido apresentado por Amarante, advém da experiência italiana de Psiquiatria Democrática. Nesse sentido, destaca-se a desconstrução da lógica manicomial através de transformações profundas na dinâmica de poder entre o louco e a sociedade. A base do trabalho de reorientação da assistência é a cidadania do doente mental, prezando por serviços territoriais e abolição do hospital psiquiátrico.

Desconstrução, nesse sentido, segundo Rotelli, (1990, p. 90):

não é o mesmo que destruição do hospital, mas superação do aparato manicomial- o que diz respeito à ruptura dos paradigmas que fundamentam e autorizam a instituição psiquiátrica clássica, os paradigmas clínico e racionalista de causa e efeito, que produziram ‘o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto ‘periculosidade’.

No Brasil a repercussão deste sentido de desinstitucionalização foi de crucial importância para os processos de mudança nas práticas psiquiátricas, principalmente na articulação política do movimento da reforma psiquiátrica, cunhando o lema “por uma sociedade sem manicômios”.

É importante ainda destacar que a partir daí o movimento brasileiro tende a abandonar sua especificidade, de movimento de “trabalhadores em saúde mental”, para procurar tornar-se um movimento “social” pela reforma psiquiátrica. Exemplo dessa iniciativa é a estratégia “por uma sociedade sem manicômios”, que reflete a tendência para comprometer a sociedade, em geral, no domínio do processo de desinstitucionalização (AMARANTE, 1996, p. 21).

A segunda perspectiva para os sentidos de desinstitucionalização a ser destacada foi extraída de uma pesquisa avaliativa realizada em 2004 em Niterói/RJ pelo LAPPIS e divulgada

em uma publicação intitulada: “*Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*”, IMS- UERJ,2007. A partir da análise das falas dos 28 entrevistados entre gestores e profissionais ficou evidente a importância política, institucional e social do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ) no processo de desinstitucionalização desta cidade.

No que se refere aos sentidos de desinstitucionalização, a pesquisa detectou que na rede de saúde mental de Niterói, pode-se falar em três sentidos para desinstitucionalização: desconstrução, estratégia ou paradigma.

A partir dos depoimentos dos trabalhadores e gestores, desinstitucionalização como desconstrução significa desmontagem da lógica manicomial, mas não destruição. Foi constatado que as ações desenvolvidas no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba se relacionam à desconstrução de práticas tradicionais de assistência e à busca pela valorização do sujeito em sofrimento. Fala-se na construção de sujeitos proativos e substituição do aparato hospitalar por práticas inseridas no território.

O segundo sentido é desinstitucionalização como estratégia, que pressupõe uma mudança na função do hospital. Os gestores e equipe podem utilizar os recursos disponíveis dentro deste e também os extra-hospitalares para garantir a cidadania e o cuidado dos sujeitos. Algumas estratégias citadas são ações que promovam maiores gradientes de autonomia, com maior circulação pela cidade e ampliação dos espaços de trocas. O que se adota é “a desinstitucionalização como intencionalidade do tratamento”( SOUZA, *et al.*,2007, p.100).

Ainda em relação a este modo de entender a desinstitucionalização, a pesquisa observou a produção de práticas que levam a outra forma de institucionalização.

Esta forma, a qual denominamos de uma nova institucionalização, se apresenta com uma intencionalidade de produzir cuidado como direção do trabalho. Observa-se também que emerge um modo de transinstitucionalização sem abandono, sem descaso ou falta de cuidado. Diferente daquela que decompõe, que abandona e pela qual não se responsabiliza( SOUZA *et al.*, 2007 , p. 102).

Em suma, desinstitucionalização enquanto estratégia, segundo esta perspectiva, pode ser tanto inserção no território, como em SRT, quanto a “transinstitucionalização sem abandono”. Ambas podem promover a autonomia dos usuários e o resgate da cidadania através do trabalho

cotidiano de estabelecimento de trocas sociais através do que se denomina de construção de “novas institucionalidades”. “O termo foi adotado a partir da compreensão de que o universo das redes sociais se configura por instituições que permitem sua sustentabilidade. Ao mesmo tempo, o termo **institucionalidade** nos permite um afastamento da conotação de negatividade pressuposta no termo **institucionalização**” (GULJOR e PINHEIRO, 2007, p. 67, grifos das autoras).

O terceiro sentido para desinstitucionalização destacado na pesquisa em Niterói é como paradigma e significa que no atual contexto da Reforma Psiquiátrica, o velho modelo asilar não domina mais, porém o novo modo ainda não é predominante. Neste período de transição, a desinstitucionalização funcionaria como novo paradigma substituindo velhos pressupostos e fomentando políticas públicas de reorientação da atenção em saúde mental.

As transformações institucionais estão sendo produzidas no interior da instituição hospitalar, a partir de dentro, trabalhando com aquilo que já existe e buscando transformação no nível micro e macro da política de reorientação da atenção em saúde mental. Transformando demandas, necessidades, sujeitos- enfim, a vida que está para além da instituição (SOUZA *et al.*, 2007, p. 103).

Notamos que Amarante tece uma crítica aos dois primeiros sentidos propostos- desinstitucionalização enquanto desospitalização e desassistência. Nenhum desses sentidos é capaz de sustentar uma prática responsável e cuidadosa. O terceiro sentido- desconstrução-, entretanto, que se baseia na experiência italiana, apresenta-se como uma possibilidade de orientação para a prática de desinstitucionalização em saúde mental.

Os sentidos propostos pela rede de saúde mental de Niterói, destacados na pesquisa do LAPPIS, apontam para uma visão mais otimista dos três sentidos atribuídos para desinstitucionalização. Não são divergentes entre si, ao contrário, se inter-relacionam. Dos três sentidos propostos- desconstrução, estratégia e paradigma- nenhum foi alvo de críticas, foram apresentados como possibilidades de resolução para o problema de institucionalização da loucura.

Apesar de ambas as perspectivas citarem desinstitucionalização como desconstrução, não a defendem sob a mesma ótica. No sentido defendido por Amarante busca-se a superação do manicômio, considerando que esta noção não está restrita às práticas hospitalares, mas ao que de manicomial pode persistir para além dos muros, trata-se de uma mudança no campo do saber e

das instituições. Já na proposta niteroiense, desconstrução é sinônimo de desmontagem, de substituição gradativa do aparato hospitalar para práticas territoriais, sem colocar em questão a noção de instituição psiquiátrica.

Na experiência de Niterói, assim como na de muitos outros municípios do Brasil, o hospital psiquiátrico assume uma função central na forma de conduzir a desinstitucionalização. Esta proposta de produzir novas institucionalidades como direção do tratamento é bastante difundida nos hospitais psiquiátricos públicos, mas traz um risco das institucionalizações se tornarem paralisantes, reforçando a existência e importância do hospital psiquiátrico. No lugar de papel central na condução, o hospital pode virar centralizador. Dito de outra forma, em vez de produzir novas saídas e transformações para o problema da institucionalização e segregação da loucura, pode acabar por reproduzir mais sofrimento e exclusão.

Leal e Delgado(2007), nesta mesma coletânea do IMS, levantam o debate sobre os diferentes sentidos de desinstitucionalização, trazendo um elemento diferencial para a discussão. Primeiramente identificam dois grandes sentidos para desinstitucionalização: agenciamento da saída dos pacientes dos hospitais para a cidade com a garantia do cuidado comunitário e o enfrentamento da alienação produzida em todos nós cotidianamente pelo manicômio e outras instituições totais. Apesar da importância e da complexidade das duas acepções citadas, os autores salientam que ambas não tocam em um ponto crucial para o processo de desinstitucionalização, que é a consideração de que as pessoas com transtornos mentais graves constituíram um modo singular de se relacionar consigo mesmas e com o mundo.

Se as práticas e saberes no campo da atenção psicossocial não considerarem essa forma singular de constituição correm o risco de reproduzirem uma patologização e priorizarem técnicas de reabilitação que acabam impondo aos sujeitos um modo de ser e viver que desconhecem suas formas particulares de existência.

Quando se privilegiam abordagens que não dialogam com tais experiências particulares de ser e estar no mundo, o projeto de adaptação acaba por exigir dessas pessoas um outro processo de alienação – que desconsiderem e “corrijam” tais experiências particulares – operação passível de ser identificada, sem grandes dificuldades, como uma nova forma de institucionalização ( LEAL e DELGADO, 2007, p. 140).

Essa nova forma de institucionalização destacada por Leal e Delgado difere da proposta da construção de “novas institucionalidades” defendida pela rede de saúde de Niterói, pois na argumentação dos autores supracitados esta nova produção seria uma forma de correção e adaptação a um ideal de normalidade que não condiz com o trabalho que se pretende nos processos de desinstitucionalização. Poderíamos dizer que seria uma nova forma de institucionalização associada à velha institucionalização, sem muitas mudanças efetivas para a vida das pessoas institucionalizadas. Em contrapartida, a construção de “novas institucionalidades” propõe que haja uma valorização do paciente como um sujeito em sofrimento, que demanda um cuidado responsável que considere sua palavra e singularidade, prezando pela inserção no território, estabelecendo novas redes.

A partir dos dados da pesquisa supracitada e dos artigos publicados num livro sob o título: “*Desinstitucionalização e psicose: experiências clínicas*” (EdUFF, 2008), pode-se inferir que a saúde mental do município de Niterói não considera que o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba seja um manicômio no sentido de ser uma estrutura asilar, segregante, tutelar, causadora de violência, mas, ao contrário, percebe-se pelas falas que a forma como a instituição é tomada e trabalhada pode ser considerada imprescindível para o tratamento de psicóticos que precisam de um contorno, de um lugar para onde possam endereçar sua crise e desorganização. O curioso é pensar por que logo o hospital assume esse lugar de endereçamento e não o próprio CAPS e ambulatório, onde a maioria dos pacientes internados é referenciada. “Jurujuba não é mais o manicômio, é o centro do Programa de Saúde Mental, o centro das internações do município, e centro importante de ensino ligado à Universidade Federal Fluminense” (CERDEIRA et al. 2008, p.31). Outra citação que corrobora esse papel hospitalocêntrico do HPJ é a seguinte afirmação: “Apesar do hospital ter ocupado lugar de segregação e exclusão na trajetória da Psiquiatria, o HPJ está ‘funcionando’ para os ‘novos’ institucionalizados como um espaço acolhedor, de convivência e de vida” (SOUZA, et al., 2007, p. 106).

Essa forma de funcionamento não é exclusiva da rede municipal de saúde mental de Niterói e logicamente que também lá não aparece de forma unânime, dado que no interior dos serviços sempre há profissionais que criticam e apontam para posições divergentes. Como profissional de saúde mental nos municípios de Niterói e do Rio de Janeiro percebemos essas práticas discursivas cotidianas em ambos os municípios. Entretanto, em Niterói esse discurso é

mais evidenciado, abertamente explicitado através de publicações e posicionamentos públicos. No município do Rio de Janeiro aparece de forma mais velada.

Cabe uma citação que demonstra a posição que circula no município de Niterói:

O entendimento de que o tratamento psiquiátrico deva ser desinstitucionalizado não significa que o município de Niterói condene as internações, absolutamente. Significa que o hospital não deve ser visto como única forma de tratamento, mas sim destinado aos casos mais graves e que necessitem realmente de internação (NUNES e BARROS, 2008, p. 115).

Nessa citação fica explícito uma forma de pensar a desinstitucionalização onde os serviços territoriais não substituem os hospitais psiquiátricos, mas o complementam, fazendo um circuito, como foi apontado no tópico anterior durante a abordagem das críticas da Psiquiatria Democrática à psiquiatria reformada. Ainda mais preocupante é destinar os casos mais graves aos hospitais, como se estes não pudessem estar em outros serviços e que só lhe restassem a internação como alternativa de tratamento. Sendo assim, muito facilmente o hospital não só assume o local de tratamento, mas também pode se tornar o único lugar de possibilidade de vida para essas pessoas. Essa forma de pensar despotencializa o serviço tipo CAPS como dispositivo de desinstitucionalização, como forte operador do cuidado principalmente para os casos mais graves.

Leal e Delgado( 2007, p. 138) destacam que para o CAPS funcionar como ferramenta de desinstitucionalização necessita de marcas bem específicas que se sustentam em um tripé: “ a rede, a clínica e o cotidiano do CAPS. Sem a consideração de cada um deles, indispensáveis para a sustentação da estratégia ‘caps’ de cuidado, o serviço CAPS não será instrumento eficaz da desinstitucionalização”. De forma alguma podemos considerar um dado naturalizado que o CAPS seja o serviço prioritariamente para se articular as estratégias de desinstitucionalização. Há que se sustentar essa posição em nossas práticas diárias, conforme nos alerta os autores acima.

Uma hipótese para o fato do hospital psiquiátrico ser tomado desta forma, é o entendimento de que a instituição é importante para o sujeito psicótico. A instituição psiquiátrica, aqui no sentido amplo, não apenas como sinônimo de hospital psiquiátrico, aparece como o ponto de partida, o centro de onde partem as outras instituições.

A desinstitucionalização coloca pra nós a questão da importância para a psicose da instituição. A instituição é “uma comunidade de vida”, com regras próprias que possibilitam a convivência. A instituição para o psicótico deve ser aquela que permite a existência de várias instituições, de acordo com os que ali circulam. Portanto, na verdade, **ao pensarmos em desinstitucionalização, estamos propondo que exista uma instituição que possa acolher a psicose (...)** ( COSTA, 2008, p. 10, grifos nossos).

Diante desta afirmação não fica claro de qual instituição se está falando, se a “comunidade de vida” é o hospital ou o CAPS, mas independente de qual serviço isso possa se dar, o que salta aos olhos nessa proposta é que o acolhimento à psicose só possa ser feito em uma instituição. Qual o lugar da cidade, da vida comunitária nesse acolhimento?

Sobre que tipo de instituição considerar para este acolhimento, a mesma autora acrescenta: “Entendemos que cada psicótico vai inventar a sua instituição em cada serviço que o recebe e o acolhe, não é só o hospital a oferecer essa institucionalidade, mas cabe a cada serviço possibilitar, que essa instituição seja inventada a todo o momento(...)” (Costa,2008, p. 10). Essa afirmação dilui o caráter hospitalocêntrico, já que outros serviços podem oferecer essa possibilidade de construção de uma institucionalidade. Entretanto, o hospital ainda aparece como o lugar mais acolhedor para que tal trabalho se dê. “ Se a instituição é criada por cada um e se o hospital constitui-se num **lugar mais acolhedor** para alguns, esse acolhimento também pode estar em outros dispositivos fora dele” ( *Ibid.*, p.10, grifos nossos).

Acerca da instituição, cabe um alerta da Psiquiatria Democrática italiana : “ a instituição responde mais às próprias necessidades de auto-reprodução que às necessidades dos usuários e que desinstitucionalizar significa inverter esta lógica de funcionamento”( ROTELLI, 1990, p.37).

Sob o título de “princípios norteadores desse trabalho que busca a inserção social”, Costa(2008, p. 16) defende três postulados: “ não é sem instituição, mas são várias instituições, de acordo com os que por ela circulam”, “não é só o hospital que acolhe a psicose”, “ é com o trabalho em rede nos serviços de saúde e na cidade, respeitando como cada um constrói a sua rede particular”. Esses postulados sintetizam bem a direção de trabalho defendida. Todo o trabalho parte do hospital para que outras instituições sejam construídas através do trabalho de rede, desta forma são serviços alternativos e não substitutivos. Falando sobre a função do CAPS, Siqueira (2008, p.75, grifos nossos), complementa que “constituem um passo fundamental para

sustentar a ideia de uma rede de serviços em saúde mental que funcione, de fato, como **alternativa ao modelo manicomial, o que não significa dispensar o hospital psiquiátrico**”.

A função do hospital pode ser exemplificada com a frase seguinte de outro artigo da mesma coletânea sobre a experiência do município de Niterói:

Apesar de sempre associarmos o termo *asilo* a significados ruins e depreciativos, não podemos esquecer de que dar asilo também é dar refúgio, abrigo, oferecer um lugar de segurança contra um perigo, (...) nosso trabalho para fora deve ter a delicadeza de oferecer um lugar para abrigá-los dos perigos que os rondam (concretos ou não). Por isso, durante todo este tempo, o asilo fez-se necessário (REGO, 2008, p. 27-28).

O hospital como asilo e proteção dos perigos nos remete ao alienismo pineliano e ao tratamento moral. Pinel, ao propor a liberdade dos loucos, os submeteu ao tratamento asilar, sob o regime de isolamento. “Este, no entanto, não significa a perda da liberdade, pois, muito pelo contrário, é o tratamento que pode restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação” (AMARANTE, 1996, p. 41). Vê-se que o tratamento moral e o princípio pineliano de isolamento do mundo exterior ainda não estão totalmente superados nos dias atuais, mesmo que não recebam essa denominação. Eles aparecem com outra roupagem para tentar justificar a existência e necessidade de hospitais psiquiátricos. Segue um exemplo dessa nova roupagem para o velho tratamento moral:

se para alguns a vida é lá fora, para outros ela só pôde ter continuidade dentro do hospital: o lá fora, por diferentes motivos, estava inabitável (...) encontraram lugar apenas entre os muros do hospital, encontraram a sustentação, ou ao menos o abrigo necessário que barrasse a invasão sofrida na loucura, apenas quando sob estes cuidados (CERDEIRA e LEAL, 2008, p. 41).

Nesta perspectiva, a necessidade de isolamento apóia-se na clínica do paciente, nas proposições acerca da clínica da psicose. Não queremos entrar aqui no mérito de questionar as formulações teóricas sobre a psicose por qualquer teoria da clínica. A questão é por que o hospital assume tal destaque neste papel de ponto de basta na crise psicótica.

Há um sentido de desinstitucionalização bastante difundido em várias experiências, inclusive já foi citado, que se refere à desinstitucionalização como intencionalidade de

tratamento. Sendo assim, o trabalho que se realiza dentro do hospital com aqueles pacientes considerados moradores não se diferencia tanto do trabalho que é feito na comunidade, como nas residências terapêuticas, já que desinstitucionalização é um princípio, uma intencionalidade. O perigo dessa concepção é pensar que continuar dentro de um hospital pode ser bom e suficiente, já que a direção de trabalho está calcada no princípio da desinstitucionalização. A citação a seguir aponta para este perigo: “ podemos pensar que a casa é uma construção subjetiva de um lugar no mundo. O trabalho que é feito no Albergue procura este caminho, o caminho da construção deste lugar, que não precisa ser fixo, vai com o sujeito para onde ele for, mesmo que ele fique no Albergue”(CERDEIRA e LEAL, 2008, p. 41).

Seguindo esse pensamento facilmente podemos justificar a permanência de pacientes em longa permanência em hospitais, pois se a casa é uma construção subjetiva tanto faz estar no Albergue, que é um dispositivo hospitalar de moradia ou em uma casa na cidade. Possibilidade ratificada com a frase que finaliza, “ mesmo que ele fique no Albergue” e com as duas próximas citações: “ Para alguns pacientes o hospital se faz casa, encontram nele algum ponto de pouso, uma interrupção, mesmo que breve, da errância” (CERDEIRA et al. , p. 34). “ O que se vê atualmente no HPJ são sujeitos reposicionados, exercendo sua cidadania e vivendo de forma singular, ainda que no interior de uma unidade hospitalar” ( SOUZA, *et al.*, 2007, p. 106).

Para finalizar este tópico sobre os sentidos de desinstitucionalização destacados da rede de saúde mental do município de Niterói:

Porém, ao trabalharmos com essa clientela, na maioria das vezes grave, somos tragados pela ânsia de desospitalizar esquecendo-nos de que para que isso se dê, é necessário que novas institucionalidades estejam sendo construídas. Temos o desafio de construir ramificações daquilo que esteve por tanto tempo absolutamente restrito ao hospital psiquiátrico e submetido a uma cultura asilar ( CHEIBUB e MOREIRA, 2008, p. 65).

Afirmar que para a produção de novas institucionalidades seria necessário construir ramificações do hospital surge uma questão importante. Se tais ramificações guardariam algo de uma institucionalização psiquiátrica, poderiam então ser consideradas uma forma de desinstitucionalização, um retorno à velha institucionalização ou algo com uma nova denominação?

Uma ramificação continua ligada a uma raiz. Desta forma a nova institucionalidade construída a partir daquilo que esteve restrito ao hospital não colocaria em questão a raiz do problema, ou seja, a instituição psiquiátrica, a forma de entender a loucura e seu lugar social. Nos parece que esse sentido que propõe a produção de novas institucionalidades se trata de uma forma de entender a desinstitucionalização no meio do caminho. Não apenas como sinônimo de desospitalização, nem como rompimento total com a instituição psiquiátrica. Seria um híbrido?

Em resumo, podemos afirmar que este debate abre posições antagônicas, mas que acabam se entrelaçando. De um lado, a consideração de que a permanência em hospital psiquiátrico por mais cuidadosa que seja sempre corre o risco de novas institucionalizações não produtoras de cuidado e produtoras de exclusão. Por outro, a defesa de que é possível uma “transinstitucionalização sem abandono e responsável”, uma produção de novas institucionalidades que dão suporte à vida fora dos muros manicomiais.

## 2 A VELHA INSTITUCIONALIZAÇÃO E A PRODUÇÃO DE NOVOS CRÔNICOS

Neste capítulo retomaremos a questão acerca da internação com longa duração, pois é importante trazer as contribuições de alguns autores sobre os efeitos da institucionalização, já que acreditamos que é imprescindível lembrar que nem tudo que um paciente apresenta em uma internação é apenas reflexo de seus sintomas psicóticos graves, mas também das consequências de uma institucionalização prolongada. Portanto, pode sim ser um tema “batido”, repetitivo, porém não menos importante e crucial para o debate de desinstitucionalização.

No atual cenário onde surge um novo sentido para desinstitucionalização, apresentada no capítulo anterior enquanto “novas institucionalidades”, não nos furtamos a retomar a “velha institucionalização” para a partir daí, pensarmos na produção de “novos crônicos” ou “nova cronicidade”. O fato é que a produção de novos pacientes cronificados em hospitais psiquiátricos, nos CAPS, ambulatorios e SRT nos trazem atuais desafios para o processo de desinstitucionalização. Isso nos remete a um fantasma. Será que estamos vivendo um retrocesso? Essas questões se colocam diante da intolerância a que a loucura novamente está submetida. Presenciamos no meio social o retorno da ideia de periculosidade do louco e da necessidade de reclusão em hospitais psiquiátricos.

As internações solicitadas pelos serviços de referência de tratamento, como os CAPS e ambulatorios, por vezes ganham o peso de uma determinação, sem muitas possibilidades de diálogo. Diante desse cenário, uma questão se coloca. A que(m) serve a permanência dos hospitais psiquiátricos em nosso país e mais especificamente na cidade do Rio de Janeiro, sobretudo no momento político atual? O papel de uma internação em hospital psiquiátrico atualmente serve para acolhimento à crise de forma pontual? Abrigo? Isolamento? Proteção para a sociedade contra um risco eminente? O problema maior é que muitos pacientes são internados por um motivo, qualquer um dos citados ou outros, e acabam se tornando pacientes de longa permanência institucional.

A pesquisa avaliativa realizada na rede de saúde mental de Niterói, mencionada no capítulo anterior, (PINHEIRO, *et.al*, 2007) depreendeu das falas dos profissionais entrevistados que o principal motivo da longa permanência institucional foi atribuído à doença. Esse tipo de discurso reflete uma atuação que preza pela remissão de sintomas, pelo procedimento, não

ultrapassa a redução do sujeito à condição de doente. Valorizar esse motivo em detrimento das causas sociais e políticas, como por exemplo, a falta de suporte extra-hospitalar, tanto em relação aos serviços de saúde mental, quanto à rede afetiva e familiar do paciente, reafirma a importância que o hospital ainda concentra em relação ao tratamento, assumindo uma função de provedor de todos os recursos necessários para o cuidado.

Cavalcanti( *et al.*, 2006), por sua vez, apresenta uma pesquisa no contexto institucional do IPUB e um dos principais motivos da longa permanência nesta instituição foi a transinstitucionalização, onde os pacientes transferidos vieram da Casa de Saúde Dr. Eiras-Botafogo e da Casa de Saúde Raimundo Nonato. Além disso, destacam-se a falta de suporte familiar; uma supervalorização da instituição por parte dos profissionais de acreditarem que os pacientes estariam melhor na instituição do que em suas famílias ou em seu meio; o caráter refratário da doença e a insuficiência dos serviços substitutivos.

Importante que a transinstitucionalização foi salientada, pois de fato esta pode facilmente ser um dos maiores fatores produtores de longas internações, onde os pacientes ficam cada vez mais desterritorializados, sem vínculos, passando de uma instituição a outra.

Dentre os motivos pesquisados no IPUB chama atenção a responsabilidade dos profissionais de saúde mental no processo de institucionalização. Todos os motivos, sem exceção, dizem direta ou indiretamente do trabalho que é realizado. No mesmo artigo, as autoras perguntam por que os hospitais de agudos estão cheios de pacientes crônicos e ensaiam a seguinte resposta.

Isso se dá porque efetivamente não há ninguém que se presentifique ao paciente psicótico, dispondo-se a acolhê-lo(...), a ocupar esse lugar de primeiro elo entre ele e o laço social. Não é tanto a gravidade sintomatológica dos casos que decide a permanência desses pacientes no hospício ou o seu retorno para suas famílias e comunidades. É muito mais a qualidade de vínculo que existe entre os familiares e tais pacientes, ou seja, a qualidade ou espessura do tecido social existente. Ora, essa também é uma tarefa nossa: favorecer que esse tecido social se adense(...) (CAVALCANTI, *et al.*, 2006, p. 90).

Saindo do contexto hospitalar e partindo para os CAPS, há muitos aspectos que já demarcam, sem dúvidas, uma diferença importante entre ambos. O CAPS com sua estrutura física, com o tipo de funcionamento do serviço e com a constituição da equipe se esforça em oferecer um cuidado que não leve as marcas hospitalocêntricas. De todo modo, essa diferença

não garante que a circulação do paciente se dê de forma diferente do movimento que apresentava no hospital. De acordo com Cheibub e Moreira( 2008,p. 67), “ a diferença incide na nossa possibilidade de investimento nos pacientes, de recolhimento de suas falas, de reconstrução de sua história, ocupando um pouco o lugar de sua testemunha, acompanhando seu movimento(...)”. As autoras salientam que simplesmente frequentar o CAPS não é a solução, é necessário construir o caso junto ao paciente para que um processo de desinstitucionalização de fato se inicie.

Ao se deparar com a clientela “cronificada” a primeira questão que se apresenta é saber em que medida as características comportamentais dos considerados “crônicos”, como embotamento afetivo, isolamento social, atos bizarros, falta de pragmatismo, etc, são em decorrência da evolução da doença ou foi determinada pela vida asilar. Delgado (1992) destaca que essa questão é importante, pois se for simplesmente negada pode-se admitir que a cronificação é fruto das duas determinações e pouco avançar na discussão das concepções que cada um tem da doença mental.

Rangel (2008), em sua dissertação de mestrado, pesquisou a questão da cronicidade nos serviços de saúde mental tipo CAPS, levantando três perspectivas acerca da cronicidade em psiquiatria. A primeira a define como inerente à doença mental. Outra atribui à instituição a produção de cronicidade. E a terceira perspectiva atribui à institucionalização este processo, encontrando, contudo, resquícios próprios que resistem a qualquer interferência.

Em relação à primeira perspectiva, Rangel apresenta que tradicionalmente a cronicidade tem sido considerada como um aspecto intrínseco à doença mental. Esta noção, tão antiga quanto a própria Psiquiatria, encontra sua origem na concepção pineliana de alienação, e vem sendo reconfirmada por outras noções, como degeneração e demência precoce (Morel) e, mais recentemente, história natural da doença (HDN, por Leavell & Clarck). "As doenças mentais têm um curso desfavorável per se, com prognósticos sombrios, mesmo quando são consideradas ‘curáveis’ ”(Rangel, 2008,p.17).

Na segunda e terceira perspectivas, onde a cronicidade é atribuída à instituição, Rangel destaca autores como Goffman(2010), Barton(1959), Desviat(1999) e Rotelli (1990). Os dois primeiros serão apresentados a seguir e os demais posteriormente.

Há dois autores que se dedicaram ao estudo das instituições, seus processos de institucionalismo ou institucionalização como comumente denominamos, e que merecem destaque nesse trabalho, Goffman( 2010) e Barton ( 1959). A partir da leitura desses autores,

destacaremos alguns conceitos que são de extrema importância nesse contexto de discussão. Goffman trouxe contribuições relevantes sobre a “instituição total”, “carreira moral” e “mortificação do eu”, enquanto Barton descreveu a “neurose institucional”.

Barton (1959) denominou de neurose institucional uma enfermidade com características de apatia, ausência de iniciativa e interesse, relativo às coisas e acontecimentos pessoais, submissão, indiferença diante de medidas desagradáveis e injustas que lhe afetam diretamente, ausência de interesse pelo futuro, incapacidade de formular projetos pessoais, resignação diante dos fatos e das coisas, aceitas como inelutáveis e eternas e a deterioração dos hábitos pessoais.

Sete fatores relacionados à neurose institucional foram identificados como causadores das características listadas acima: a perda de contato com o mundo exterior, o ócio forçado, o autoritarismo da equipe de médicos e enfermeiros, a perda de amigos, propriedades e eventos pessoais, as medicações, a atmosfera das enfermarias, e a perda das perspectivas fora da instituição. A produção dessas características é atribuída, por este autor, ao hospital psiquiátrico. Atitudes que são consideradas pela psiquiatria como sintomas, portanto inerentes aos doentes e anteriores a qualquer internação são para Barton determinadas pelo funcionamento da instituição. O hospital psiquiátrico acaba provocando um processo crônico, em que os chamados “sintomas negativos” vão sendo produzidos à medida que o interno perde o contato com o mundo exterior e com suas referências anteriores, e se “adequam” às condições oferecidas no hospital.

Nessa perspectiva, portanto, não se pode afirmar que a doença mental apresenta sintomas de cronicidade, como se fosse natural. A institucionalização em hospitais psiquiátricos que acaba produzindo uma série de características degradantes e humilhantes aos seus internos. Como veremos a seguir, Goffman também segue essa mesma linha de pensamento.

Goffman(2010,p.11) define instituição total “como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”, e acrescenta que “ toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de fechamento.” Essas instituições totais simbolizam seu fechamento por barreiras ao mundo externo de diversas maneiras, seja concretamente com muros altos, portas fechadas, fossos, florestas , seja por uma via simbólica através das características do funcionamento cotidiano, que pressupõe a perda do

contato com a realidade externa, o ócio forçado, perda de amigos e familiares, sedação medicamentosa, perda da perspectiva da vida fora, dentre outras.

Goffman denominou de “desculturamento”, ou “destreinoamento” um processo que torna o interno temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos da vida diária, caso volte para o mundo externo após longos períodos de institucionalização. Esses fatores são facilmente percebidos em pacientes egressos de longas internações psiquiátricas e uma das estratégias de cuidado é justamente o acompanhamento nas atividades da vida diária, prezando pela crescente autonomia. Ações que podem ser consideradas simples, mas que fazem toda a diferença na vida dessas pessoas “mortificadas”.

Outro conceito articulado por Goffman (2010) é a *mortificação do eu*, quando o interno sofre muitos rebaixamentos, degradações e humilhações dentro da instituição, o que acaba gerando uma mudança em sua *carreira moral*, uma carreira composta por sucessivas mudanças na crença que o interno tem de si mesmo e dos outros. O paciente, ao ser admitido no manicômio, é despido das disposições sociais que o constituíram, perdendo sua individualidade, sua privacidade e admitindo para si próprio valores que sustentam a organização da instituição. Uma das experiências mais terríveis da instituição total é essa falta de intimidade, essa constante invasão do outro.

Assim, para Goffman, “a loucura ou o ‘comportamento doentio’ atribuídos ao doente mental são, em grande parte, resultantes da distância social entre quem lhes atribui isso e a situação em que o paciente está colocado, e não são, fundamentalmente, um produto da doença mental” (Goffman, 2010, p.113).

Portanto, Barton e Goffman compartilham a mesma linha de pensamento de que a reclusão no hospital psiquiátrico que produz “sintomas” que caracterizam o que seria denominado de cronicidade. A Psiquiatria, ao contrário, se refere a esses sintomas como doença mental, os especificando e classificando os doentes a partir deles. Na perspectiva desses autores, portanto, é o hospital psiquiátrico que produz cronicidade e não o contrário, não é a doença com seu aspecto crônico que reafirma a necessidade do hospital.

Segundo Delgado (1992), os fatores que constituem a cronicidade desenvolvidos por Barton e Goffman somados a desqualificação permanente das falas e gestos dos internos, a submissão a atitudes autoritárias e a violência formam os “dispositivos institucionais de

cronificação” que são os primeiros desafios a serem enfrentados nos processos de desinstitucionalização.

Retornando a Rangel (2008), que em sua dissertação de mestrado tomou como referência a noção de *instituição total como metáfora*, remetendo-a a um modo de funcionamento dos serviços de atenção psicossocial que, apesar de se lançarem no cenário da desinstitucionalização de uma forma diferenciada, trazendo importantes contribuições, não estão por completo distanciados da iatrogenia produzida pela instituição total. Ou seja, “o conceito de Goffman de instituição total pode ampliar a discussão a respeito dos novos serviços, na medida em que se concebe que algo da instituição asilar pode se reeditar através das novas práticas” (Rangel, 2008, p. 34).

De certa forma, podemos afirmar que a *instituição total como metáfora* se aproxima do que Delgado (1992) propôs acerca dos *dispositivos institucionais de cronificação*. Ambas proposições salientam que o fato de sair do hospital psiquiátrico não garante que a loucura seja tomada de uma forma diferenciada. Em outros dispositivos de assistência, pode-se recriar e reproduzir as práticas degradantes que produzem cronificação, a depender do tipo de relações que serão estabelecidas entre os pacientes, os técnicos do cuidado e a cidade.

Basaglia, por sua vez, após fundamentar-se em ambas contribuições teóricas- Goffman e Barton- formulou o que para ele seria o conceito de institucionalização e poder institucionalizante. O primeiro foi definido como:

o complexo de ‘danos’ derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico , quando a instituição se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional ( BASAGLIA *apud* AMARANTE, 1996, p. 84).

Por poder institucionalizante, entende-se, segundo Basaglia *apud* Amarante(*Ibid*, p.85), o conjunto de forças, mecanismos e aparatos institucionais que ocorrem quando

o doente, fechado no espaço angusto da sua individualidade perdida, oprimido pelos limites impostos pela doença, é forçado, pelo poder institucionalizante da reclusão, a objetivar-se nas regras próprias que o determinam, em um processo de redução e de restrição de si que, originariamente sobreposto à doença, não é sempre reversível.

Basaglia(2010) descreve o momento em que o paciente entra no asilo como um paradoxo. O lugar que a princípio foi criado para tratá-lo, libertá-lo das imposições dos outros sobre si e possibilitar a reconstrução do mundo pessoal torna-se o espaço que produz o aniquilamento de sua individualidade, um local de vazio emocional onde ele se depara com novas regras que o impelem a tornar-se cada vez objeto e a perda de si mesmo. Além dessa característica do asilo, o conceito de doença mental como uma incapacidade e como periculosidade, fizeram com que as pessoas deixassem de ser humanos e virassem animais.

Isolado, segregado, tornado inofensivo pelos muros que o encerram, o internado parece converter-se em algo para além do humano-entre um animal dócil e inofensivo e um bicho perigoso- por todo o tempo em que a doença for considerada um mal irreparável, contra o qual não há nada a fazer, a não ser defender-se ( BASAGLIA, 2010, p.26).

Basaglia(2010) traz para o campo psiquiátrico a questão da modificação das experiências da loucura e do sofrimento humano, que são transformadas pelo efeito da institucionalização. Este autor alerta que esses efeitos não são apenas fruto do asilamento, mas de toda a condição de ser apropriado pelo saber psiquiátrico. O que é chamado de “testemunhas autênticas da verdade psiquiátrica”, como a cronicidade, a demência, a irreversibilidade, são explicadas pela Psiquiatria como o curso natural da doença ou evolução do quadro. E o processo de desinstitucionalização proposto por Franco Basaglia imprime a construção e a invenção de novas possibilidades de vida para além dos prognósticos e evolução da doença mental. Há outro fator inserido por Basaglia nesse debate: “não é só a doença o que reduz o internado dos nossos asilos àquilo que ele é, mas sobretudo a internação ou o fato de ele, antes dessa internação, pertencer a uma determinada classe como origem” “ (2010, p. 230).

Ao colocar a doença entre parênteses para se ocupar do sujeito em sofrimento, Basaglia põe em evidência um processo denominado de “duplo da doença mental”. Este é algo que se sobrepõe à doença, surge como consequência do processo de institucionalização, fazendo com que todos aqueles que vivem na instituição se tornem homogêneos, serializados e objetificados. Na instituição se constitui um conjunto de formas de lidar com o internado, baseado naquilo que se supõe ser o louco e sua loucura.

Assim, ‘por duplo da doença mental’ é entendido tudo aquilo que se constrói em termos institucionais em torno do internado: é a face institucional da doença mental, construída tomando-se por base a negação da subjetividade do louco, da negação das identidades, a partir da objetificação extrema da pessoa como objeto do saber. (...) O processo de desconstrução do conceito de doença mental, na prática, consiste em procurar identificar todo o percurso de montagem do ‘duplo’ da face institucional da doença, que encobre, junto com o próprio sofrimento, o sujeito, a pessoa. Para Basaglia, enfrentar esse ‘duplo’, desmontar as incrustações, revelar o sujeito que sob ela se mascara e se coisifica, deve ser o primeiro e o mais fundamental ato terapêutico ( AMARANTE, 1996, p. 80-81).

Basaglia(2010) defende que a superação do manicômio só poderá acontecer quando resolvermos o problema da cronicidade, ou seja, a situação dos pacientes de longa permanência institucional e também daqueles que internam com frequência. E para que isso seja possível, é importante despertar no paciente institucionalizado um sentimento de oposição ao poder, o que Basaglia denominou de agressividade.

para reabilitar o institucionalizado que vegeta em nossos asilos seria, portanto, mais importante que nos esforçássemos para despertar nele um sentimento de *oposição ao poder* que até agora o determinou e institucionalizou, antes mesmo de construir em torno dele o espaço acolhedor e humano do qual também se necessita. Despertado esse sentimento, o vazio emocional em que o doente vem vivendo há anos voltará a ser tomado pelas forças pessoais de reação e de conflito, ou seja, o único ponto de apoio possível para sua reabilitação: *sua agressividade* ( BASAGLIA, 2010, p. 116).

Configurando um outro grupo de autores, localizamos Desviat e Rotelli, que apresentam suas contribuições acerca da cronicidade sob aspectos que se aproximam, mas também divergem. Rotelli se aproxima mais das contribuições de Basaglia, enquanto Desviat até as critica, como veremos a seguir.

Em relação ao aspecto da reabilitação, Desviat (1999) afirma que os programas de desinstitucionalização em vários países evidenciaram a persistência da cronicidade e insuficiência dos programas alternativos. Trata-se de novas formas de cronicidade que o manicômio ocultava. Há sempre um empuxo ao abandono de um grupo de pacientes que “resta”, que necessita de cuidados intensivos, e que ninguém sabe o que fazer. “São os grandes deficientes, os inválidos

físicos e psíquicos, os doentes neurológicos, os antigos epiléticos, os sífilíticos dementes, os débeis mentais, os esquizofrênicos residuais(..)” (DESVIAT, 1999,p.88).

Desviat (1999) aponta algumas ideias próximas à noção de cronicidade, dentre as quais constam a não resolutividade no tratamento e “cura” de pacientes agudos; incapacitação e limitação na qualidade de vida; longa duração da doença; dependência; incurabilidade; evolução progressiva e sistemática da doença (deteriorização); condição de marginalização. Todas essas características poderiam sugerir uma caracterização para a cronicidade, que analisadas de uma forma descontextualizada podem indicar uma resignação de que a cronicidade é de tal ordem deteriorante e incapacitante que não nos resta mais nada a fazer com esses pacientes.

De acordo com Desviat, esses pacientes são homogeneizados nos manicômios, considerados deserdados sociais e que após as práticas de reabilitação acabam como restos, pois necessitam de um tipo de cuidado muito específico e protegido, que os serviços construídos não dão conta. Desviat (1999., p.88) fala “ dos limites de uma clínica e de serviços concebidos na cultura da crise e do paciente agudo”. Os primeiros dispositivos da reforma psiquiátrica, segundo este autor, não foram elaborados para enfrentar a cronicidade e diante disso surge a necessidade de novas instituições e programas.

Entretanto, de nada adianta novas instituições se as formas de atendimento não acompanharem as mudanças. Corre-se o risco desses serviços continuarem a reproduzir cronicidade, com seus projetos terapêuticos ritualizados, produzindo serializações e incapacitações mesmo que as respostas dos pacientes não sejam internações em hospitais psiquiátricos. Novamente trazemos uma contribuição de Desviat (1999, p.92) a esse respeito: “viu-se surgir uma nova cronicidade que não passou pelo asilo, um sedimento que permanece nos consultórios, ano após ano, um vasto grupo dependente dos serviços de saúde mental, com ou sem hospitalizações breves em unidades psiquiátricas”.

Manuel Desviat nos aponta a influência das formas de trabalho, as respostas e o atendimento recebido na evolução da doença, colocando em destaque a persistência de um certo padrão de cronicidade que subsiste mesmo com os novos serviços e os processos de desinstitucionalização. O autor afirma que:

Na psiquiatria, a questão da cronicidade perpassa a especialidade ou especialidades da saúde mental desde suas origens, interpelando seus fundamentos epistemológicos e suas estruturas assistenciais. As doenças mentais são, na medicina contemporânea, um paradigma da cronicidade, das formas marginalizadas de atendimento, o expoente máximo de uma assistência custodial na qual se confunde o social com o sanitário (DESVIAT, 1999, p.90).

Desviat, portanto, defende que é necessário se deter nesse assunto da cronicidade e as formas de respostas a este problema nos serviços públicos, considerando uma reorganização e reinvenção dos mesmos, pois na sua visão os dispositivos da reforma psiquiátrica não foram elaborados para enfrentar a cronicidade.

Um outro autor importante nesse debate é Rotelli( 1990), que teceu críticas às reformas psiquiátricas ocorridas na Europa e Estados Unidos por vários motivos que já foram explicitados no capítulo anterior, porém uma crítica será destacada neste capítulo por estar intimamente ligada à produção de novos crônicos. Segundo este autor, os serviços funcionam segundo uma lógica de empresa, pois selecionam os problemas que vão cuidar e os demais que eventualmente possam surgir, eles argumentam que não são de sua competência. A consequência deste tipo de seleção especialista por parte dos serviços faz com que as pessoas sejam separadas, “jogadas de um lado pro outro entre competências diferentes e definitivamente não sejam de responsabilidade de ninguém e sim abandonadas a si mesmas” ( ROTELLI, 1990, p. 22). Este abandono produz nova cronicidade e a necessidade de que haja lugares específicos para dar conta dessa clientela abandonada.

Funcionando enquanto um circuito, os serviços de saúde mental e os hospitais se complementam, os primeiros alimentam a necessidade da existência dos últimos. “ O circuito é, entretanto, também uma espiral, ou seja, um mecanismo que alimenta os problemas e os torna crônicos”. O circuito mantém um funcionamento de “porta giratória”, onde perpetua os modelos assistenciais asilares e excludentes. O tratamento se cronifica entre internação-alta- reinternação, instaurando um círculo vicioso.

Rotelli (1990) ressalta que a nova cronicidade é um sinal macroscópico e dramático da falência das intenções da desinstitucionalização enquanto desospitalização. Outro sinal dessa falência é a necessidade de internação que ainda não foi superada. As internações permanecem e se confirmam como um elemento necessário ao funcionamento do sistema como um todo. Desta forma, a cronicidade continua a ser o objeto, o problema e o sinal mais evidente da impotência da

Psiquiatria em alcançar a solução-cura e os manicômios são a evidência concreta de tudo isso, pois absorvem em seu interior tudo aquilo que resta da lógica problema-solução que a direciona. “Neste sentido, a Psiquiatria revela ser uma instituição que mais do que qualquer outra coisa administra aquilo que sobra, isto é, uma instituição, residual ela mesma, que detém, em relação ao sistema institucional em sua totalidade, um poder tanto vicário quanto insubstituível” (ROTELLI, 1990, p. 27) .

Nesse ponto Desviat e Rotelli se aproximam. Ambos apontam as deficiências dos programas de reforma psiquiátrica ao lidar com a cronicidade. O resultado desse processo é a permanência do hospital psiquiátrico enquanto destino daquilo que sobra, receptáculo do que foi difícil de enfrentar nas práticas reformadoras e que ficou como resto.

Passos(2009, p.150) chama atenção que a prática de distribuição da assistência por especialidades só reforça o lugar do hospital psiquiátrico como destino para os mais graves.

Em uma tal lógica ‘especialística’, os locais de internação acabam mantidos como esquadros, temporários, mas sempre recorrentes, daqueles casos difíceis que constituem os novos tipos de crônicos: jovens marginalizados, improdutivos, percorrendo uma modalidade ‘nova’ de carreira institucional, apenas mais fragmentada que a antiga carreira manicomial.

Em relação aos pacientes jovens há uma preocupação com a produção de cronicidade, já que os mesmos trazem problemas de diferentes ordens, não se reduzem a categorias de diagnóstico definidas, circulam entre os serviços, são internados e representam esse funcionamento em circuito entre os serviços, pois são: “ um número maciço e crescente de crônicos, um sentimento difuso de impotência e frustração entre os operadores e a necessidade de locais de internação que funcionem como válvula de escape” ( ROTELLI, 1990, p. 23-24).

Rangel (2008), destacou as contribuições de Pepper e outros autores acerca dos pacientes adultos jovens. Esse autor e outros fizeram um estudo, na década de oitenta, a respeito de uma parcela da população que utilizava os serviços psiquiátricos, denominada por eles como pacientes adultos jovens crônicos. Ao contrário dos velhos pacientes institucionalizados pelos anos no hospital psiquiátrico, esses novos crônicos fazem uso recorrente, porém pouco resolutivo, dos serviços de saúde mental.

Esses pacientes adultos jovens crônicos, apesar de apresentarem uma grande variedade de diagnósticos, têm duas características comuns: dificuldade severa no funcionamento social e tendência a usar os serviços de saúde mental inapropriadamente, drenando tempo e energia dos clínicos, sem se adequar exatamente a um plano terapêutico. (RANGEL, 2008)

Para esses autores, os pacientes adultos jovens crônicos “confundem nossos esforços em tratá-los de modo convencional, provocam distúrbios e evadem nossos programas de saúde mental, e aparecem de novo e de novo nas emergências psiquiátricas e delegacias de polícia” (PEPPER *et al.* 1980,p.989, *apud* RANGEL,2008).

Entretanto, dizer que os jovens adultos apresentam esse tipo de característica nos parece reducionista e determinista. No fundo, essa classificação produz uma forma de desresponsabilizar o sistema de saúde, atribuindo à clientela o insucesso de suas ações. Além disso, esse tipo de pensamento promove a estigmatização dos pacientes, dando uma impressão de que o trabalho dos profissionais por mais implicado que seja será sempre ineficaz.

As palavras de Basaglia nos fazem pensar sobre nosso papel no tratamento e o que é cronicidade. De que lado está a cronicidade? Será que é apenas do paciente, da sua doença mental; da institucionalização e suas consequências ou tem muito mais a ver com nossa forma de trabalhar na e com as instituições?

Na medida em que a instituição não deve mais produzir cronicidade disseminada, será possível descobrir que a doença mental nem sempre é crônica, e de fato a experiência dirá que, num contexto institucional mudado, é possível reaprender as regras do viver; se a instituição não deve mais encarcerar quem quer que chegue a ela, será possível descobrir que nem todos os indivíduos são perigosos, ou nem todos os estados de doença o são igualmente, e a distribuição da sanção poderá ser dosada, num contexto mudado de tratamento, em intensidade e em tempo (BASAGLIA, 2010, p. 31).

De todas as contribuições citadas podemos extrair que a longa permanência dos pacientes tem como correlato uma outra longa permanência, que diz respeito diretamente ao trabalho realizado pelos profissionais. Há uma estagnação nas dificuldades, projetos terapêuticos parados ou inexistentes, uma lentidão quanto à condução e no ritmo da construção das saídas. Diante de casos complexos e difíceis os profissionais se paralisam ao invés de produzirem mais investimento no caso. Muitas vezes a longa permanência não se justifica necessariamente pela gravidade do caso, mas por uma espécie de “consentimento à institucionalização”. (GIANNERINI, 2011)

Segundo Giannerini (2011) que pesquisou em sua monografia de residência de saúde mental a institucionalização de jovens no Instituto Municipal Nise da Silveira, é possível observar que alguns espaços de internação têm um funcionamento alienado em sua rotina cotidiana, sem balizas que circunscrevam a passagem de um paciente, o que acaba extrapolando em muito as necessidades pontuais de um momento de crise - a que deveria servir a internação, por exemplo, que é a porta de entrada de um paciente ao IMNS. Tais ações tornam-se tão apagadas pelo ritual do hábito, que não permitem uma discriminação clara entre atenção e desatenção, entre cuidado e abandono. Ao considerar isso, podemos ver reveladas contradições que mantêm vivo o hospício, que é o fato de que nem sempre a chegada à internação se justifica por um episódio de crise psiquiátrica.

Esse fator nos parece de suma importância, nos remete à pergunta inicial deste capítulo: a que(m) serve uma internação psiquiátrica atualmente? Quando um paciente dá entrada em um hospício o que significa essa prática para a sociedade, para sua família, para as políticas públicas de saúde mental e mais especificamente para o próprio paciente? Não devemos naturalizar que é assim mesmo, que a internação em hospital psiquiátrico é necessária, ou um mal necessário, como comumente se fala. Sendo um mal, o que devemos fazer para que não seja necessário? Esse desafio compete a todos nós.

Uma vez dentro do hospício e principalmente abandonado lá dentro, o trabalho exige, acima de tudo, o investimento na construção de um lugar que não se relaciona diretamente ao espaço físico, mas sim a construção de um lugar aonde o sujeito possa se endereçar e se localizar. Ainda que em alguns casos uma coisa venha em decorrência da outra, podemos ter como orientação de trabalho a questão de que a construção do lugar deve caminhar em consonância com o planejamento de saída para um espaço fora da instituição, de modo que os pacientes possam, de fato, habitar um espaço onde tenham lugar. (GIANNERINI, 2011)

A sustentação do acompanhamento ao paciente por esta via é o começo da construção de novos caminhos, apostando que, ao poder contar com um destinatário, é que o sujeito poderá construir um novo endereço para si. Pois, primeiro é necessário ter a quem se endereçar para posteriormente ter um endereço. O maior desafio diante da cronicidade é não recuar diante da necessidade de desinstitucionalizar as práticas paralisantes e excludentes que acabamos produzindo no cotidiano de trabalho.

Pode-se falar em cronicidade, portanto, a partir de três vieses. A cronicidade dos pacientes, que respondem aos limites impostos seja por sua doença, seja pela instituição que os oprime. A cronicidade dos profissionais que acabam objetificando os pacientes com suas práticas infantilizadoras e burocráticas e que paralisam diante das dificuldades, não fazendo andar os processos de saídas dos pacientes. E a cronicidade dos dispositivos, que ao tomar os espaços de longa permanência como simples gestão da sobrevivência(Louzada, 2012), geram mais dificuldade do que novas possibilidades de manejo. Ao investir apenas no cotidiano institucional, não se abrem para o fora, para a vida que circula para além dos muros.

Como enfrentar esse problema? Como desinstitucionalizar a cronicidade que nos habita? Algumas possibilidades se apresentam diante desse questionamento. A primeira é que nenhuma prática de desinstitucionalização se sustenta sozinha. É necessário se abrir para o fora, e o contato com o fora só é possível se nos abirmos para outros atores sociais. Enxergar o paciente cronicado para além da cronicidade, como alguém que apresenta outras demandas e necessidades já traz uma brecha, já abre um furo entre a cronicidade do paciente e a do profissional. Para tal exercício é preciso primeiro de tudo de disponibilidade, disponibilidade para o trabalho clínico, para a escuta, para estar ao lado, para estar junto do paciente considerado crônico. Estar ali acompanhando tudo aquilo que se apresenta como bizarro, estereotipado, monótono e repetitivo. Uma prática de cuidado que se pretenda desinstitucionalizadora, exige muito dos profissionais diretamente ligados aos pacientes de longa permanência, num primeiro momento, e também da sociedade, família, atenção básica e outros níveis de atenção.

A discussão acerca da cronicidade- dos pacientes, dos profissionais e dos dispositivos- é ainda mais relevante diante da prática recorrente da transinstitucionalização no caso de fechamento dos hospitais psiquiátricos privados. O trabalho com os pacientes transinstitucionalizados requer da instituição que os recebe um enfrentamento ao desafio de não reproduzir a velha institucionalização a qual estavam submetidos, reforçando o lugar de paciente crônico. Ainda mais quando estavam em uma instituição que foi criada para abrigar os casos “crônicos”, como ocorreu com a CSDE-P. A relação entre transinstitucionalização e o desafio da não produção de cronicidade será abordada no capítulo quatro. Antes, porém, apresentaremos no capítulo seguinte como foi realizada a pesquisa de campo, seus passos metodológicos e as instituições envolvidas.

### 3 ENTRANDO NO CAMPO DE PESQUISA

O processo de fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi envolveu o Ministério da Saúde, a gestão estadual de saúde mental, o município de Paracambi, as gestões dos municípios que tinham pacientes internados e o Ministério Público, se configurando um processo longo e complexo. A presente pesquisa pretendeu analisar as respostas políticas que os municípios articularam para seus munícipes que se encontravam internados nesta instituição, focando na transinstitucionalização, ou seja, a transferência dos pacientes da Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi para outras instituições de internações psiquiátricas, porém com a pesquisa de campo nos deparamos com outro tipo de transinstitucionalização- para clínicas de apoio-que também serão abordadas no capítulo seguinte.

Por objetivo geral a proposta foi analisar o processo de fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi e as respostas políticas que os municípios articularam para seus munícipes que se encontravam internados nesta instituição. Um objetivo muito amplo, que na prática da pesquisa de campo acabou se configurando em ter aproximações mais superficiais sobre as respostas dos municípios que mais internavam e o foco foi dado ao município do Rio de Janeiro, onde a questão da transinstitucionalização foi investigada.

Os objetivos específicos se focaram na análise da transinstitucionalização, procurando entender por que essa resposta foi pensada e como foi realizada pelo município do Rio de Janeiro e compreender, a partir dos profissionais, como foi feita a passagem dos pacientes da Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi para o Instituto Municipal Nise da Silveira e quais são as perspectivas para a continuidade do acompanhamento dos casos transinstitucionalizados.

Considerando que o processo de fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi ocorreu por 12 anos, fez-se necessário um recorte temporal para a análise. A escolha foi feita do ano de 2009 até o fechamento em março de 2012, pois no ano de 2009 foi determinada a última sentença pelo Ministério Público Federal, em razão do descumprimento da Lei 10.216/01. Outro motivo para a escolha do ano de 2009 se refere às eleições municipais ocorridas em 2008, que a partir de 2009 se iniciou nova gestão em vários municípios.

A pesquisa de campo se dividiu em duas fases. A primeira fase partiu do recolhimento das falas de gestores e a segunda fase, por sua vez, se deteve na experiência dos profissionais, que

trabalham ou trabalharam mais diretamente com os pacientes. O primeiro passo metodológico foi mapear a história do fechamento e os padrões de respostas agenciados pelos municípios que ainda mantinham pacientes internados a partir do ano de 2009. A metodologia utilizada nessa fase foram entrevistas semi-estruturadas com gestores da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e da Prefeitura Municipal de Paracambi, que estiveram envolvidos no processo.

Ainda nesta primeira fase, o foco foi dado no município do Rio de Janeiro, que articulou a transinstitucionalização como uma das respostas. Entrevistas semi-estruturadas também foram realizadas com dois gestores de desinstitucionalização deste município, buscando entender o porquê essa resposta foi pensada e a partir de qual momento.

A segunda fase da pesquisa privilegiou a experiência dos profissionais que acompanharam ou ainda acompanham os pacientes transferidos da Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi para outra instituição psiquiátrica. Esta fase comportou entrevistas semi-estruturadas com os gestores e com os profissionais envolvidos diretamente no processo de transinstitucionalização, a partir de diferentes inserções nesse processo. Duas instituições foram escolhidas para compor o campo desta fase. O Instituto Municipal Nise da Silveira, um hospital psiquiátrico que recebeu pacientes transferidos, e o Centro de Atenção Psicossocial Torquato Neto, que acompanha alguns casos que foram recebidos pelo referido Instituto. Com o objetivo de compreender como foi feita a passagem dos pacientes da Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi para a outra instituição e de quais são as perspectivas para a continuidade do acompanhamento dos casos transinstitucionalizados, tomamos como ponto de partida as narrativas destes profissionais.

Ao total foram 12 entrevistados, sendo oito psicólogos, dois assistentes sociais, um musicoterapeuta e um terapeuta ocupacional. Na primeira fase da pesquisa o critério de inclusão foi ter exercido função de gestão e de coordenação no Estado do Rio de Janeiro, nos municípios de Paracambi e Rio de Janeiro. Nesta fase foram entrevistados quatro gestores, um representando a SES-RJ, um pelo município de Paracambi e dois pela Assessoria de Saúde Mental do município do Rio de Janeiro. Na segunda fase, o critério foi ser gestor e profissional de saúde mental no Instituto Municipal Nise da Silveira e no CAPS Torquato Neto que tenha participado ativamente do processo de transinstitucionalização dos pacientes oriundos da Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi. Nesta fase foram entrevistados quatro gestores, três pelo Instituto Municipal Nise da Silveira e um representando o CAPS Torquato Neto. Além desses, mais quatro profissionais de

saúde mental, três do IMNS e um do CAPS. Os entrevistados serão identificados da seguinte forma ao longo do trabalho: configurando a primeira fase da pesquisa, onde gestores do estado, da prefeitura de Paracambi e da prefeitura do Rio foram entrevistados: entrevistado estado; entrevistado Paracambi; entrevistado Rio 01; entrevistado Rio 02. Na segunda fase, onde gestores e profissionais do IMNS e do CAPS Torquato Neto foram entrevistados: entrevistado Nise 01; entrevistado Nise 02; entrevistado Nise 03; entrevistado Nise 04, entrevistado Nise 05; entrevistado Nise 06; entrevistado CAPS 01 e entrevistado CAPS 02. Alguns desses entrevistados exerceram ou exercem dupla função como, por exemplo, trabalhar em Paracambi e no Rio de Janeiro; trabalhar no IMNS e em CAPS, o que enriqueceu os relatos, porém como nem todos os gestores optaram pela divulgação de suas identificações não será possível mencionar quais trabalharam em mais de um espaço envolvido, para preservar o anonimato.

As entrevistas da primeira fase e quatro da segunda foram feitas com pessoas que exerceram ou exercem funções públicas na gestão, e as entrevistas tratam de assuntos inerentes a tal exercício da função pública. Exatamente por isso, a preservação do anonimato não foi fundamental. Ao contrário, como o interesse está exatamente nas posições assumidas no exercício da função pública, o anonimato pode não ser desejável. Neste sentido, adotou-se aqui no termo de consentimento livre e esclarecido a alternativa da opção pelo entrevistado pelo não anonimato (vide em anexo B). O termo assegura o respeito a esta opção. Assim, evitam-se riscos de indesejável exposição, pois os convidados poderiam recusar-se a participar do estudo, ou preferir participar anonimamente, mas poderiam também abdicar do anonimato. Já na segunda fase da pesquisa, envolvendo os profissionais, o anonimato pareceu-nos fundamental, e os termos de consentimento asseguraram-no para todos os entrevistados.

Como fizemos residência em saúde mental no Instituto Municipal Nise da Silveira, já conhecíamos grande parte dos entrevistados pelo cotidiano do trabalho. Esse foi um facilitador de seleção e contato para o convite à entrevista. Entretanto, isso também nos trouxe dificuldades na execução das entrevistas, pois alguns entrevistados julgaram que já sabíamos do que estavam falando. As entrevistas, desta forma, nos exigiu um exercício importante de dobra, de dentro pra fora e vice versa. Não raro tivemos que perguntar mesmo já presumindo a resposta para que o inesperado pudesse surgir e da mesma forma, insistir em perguntas, tentar perguntar de outras formas, pois de fato já sabíamos que aquele entrevistado poderia falar mais sobre o tema.

Importante salientar que na ocasião das entrevistas já estávamos sem trabalhar no IMNS há 9 meses.

As entrevistas foram transcritas e após transcrição, analisadas. O primeiro passo da análise foi separar todos os casos clínicos que foram citados durante as entrevistas com o intuito de que os mesmos recebessem certo destaque e não se perdessem ao longo da análise. O segundo passo foi reler todas as entrevistas e destacar temas que tomaram relevo, que nos chamaram atenção por estarem relacionados ao objeto da pesquisa. Esses temas foram agrupados em categorias, que ao total foram dezesseis: transinstitucionalização para instituições públicas; transinstitucionalização para instituições privadas; grupo de trabalho de desinstitucionalização; CAPS; SRT; Casa de Passagem; relações entre Instituto e CAPS; saúde mental do município do Rio de Janeiro; desinstitucionalização; institucionalização; clínica e política; política e morte; linha do tempo; entrada do município do Rio no processo; engajamento dos profissionais e relações entre a cidade do Rio, CSDE-P e estado do RJ.

O terceiro passo da análise foi agrupar algumas categorias pela proximidade, por tratarem de temas relacionados e muitas das citações destacadas se repetirem. A seguir, as categorias de “transinstitucionalização para instituições públicas”, “grupo de trabalho de desinstitucionalização”, “Casa de Passagem”, “SRT”, “CAPS”, “relações entre Instituto e CAPS” e “linha do tempo” foram agrupadas. Posteriormente, foram comentadas a partir das convergências e divergências entre si, formando um tópico que versa sobre como foram feitas as transinstitucionalizações públicas.

A categoria de transinstitucionalização para instituições privadas foi agrupada com as categorias de “política e morte” e “clínica e política”, formando outro tópico. Ao longo dos dois tópicos os casos foram inseridos como exemplos das situações discutidas. O último passo foi fundir os dois tópicos em um, que retrata sobre as transinstitucionalizações, tanto para instituições públicas quanto para as privadas, sejam psiquiátricas ou clínicas, formando um capítulo.

Antes de entrarmos no capítulo que apresenta a análise das entrevistas, faz-se necessário conhecer um pouco das instituições envolvidas e seus processos de desinstitucionalização. A primeira instituição apresentada será a Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi, com destaque para as principais ações ao longo dos doze anos do processo de fechamento. A seguir, um breve apanhado histórico do Instituto Municipal Nise da Silveira, que tem forte relevância na história

da Psiquiatria do país e por último, as clínicas de apoio SEMEL e Jardim América, que por falta de bibliografia contaram com apenas uma descrição rápida de suas atividades.

### **3.1 A Casa de Saúde Dr. Eiras Paracambi**

Aquele que já foi considerado o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina, a Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi, fundada em 1962 para abrigar os chamados crônicos ou “fora de possibilidades terapêuticas”, teve em 23 de março de 2012 suas portas finalmente fechadas, após 50 anos de existência. Funcionando no contexto da ditadura militar, este hospital se transformou em um “depósito de loucos” e toda uma série de exclusão e segregação precisou ser rompida para que o objetivo do fechamento fosse cumprido. Entretanto, para se chegar a este ponto da história, passaram-se muitos anos de trabalho, permeados por vários embates políticos e muitas vidas de pacientes se perderam pelo caminho, infelizmente.

Há muito tempo foi constatada a péssima situação em que viviam os pacientes nesta instituição. No início dos anos 1980 foram realizadas auditorias que denunciaram violações aos Direitos Humanos. Porém, a primeira tentativa de intervenção ocorreu em 1991, quando a instituição contava com mais de dois mil pacientes internados. Nessa ocasião, deputados estaduais do Rio de Janeiro, juntamente com representantes de Conselhos Profissionais, impetraram na Justiça um pedido de impedimento de novas internações bem como se iniciou uma mobilização para o descredenciamento dos leitos. Essa situação de irregularidades não mudou muito e até tentou-se aumento de leitos em 1997, ao que foi negado.

Em 2000 houve nova intervenção, que podemos considerar como um marco no início das mudanças, que acabou culminando no fechamento 12 anos depois. Houve uma Comissão de Direitos Humanos, liderada por deputados federais, que inspecionou várias instituições psiquiátricas e produziu um relatório (Relatório da I Caravana da Cidadania) para gestores, Ministério Público e Ministério da Saúde. Diante desse relatório, no qual foram constatadas graves distorções, o Ministério da Saúde convocou uma auditoria especializada, realizada pelos Comitês Coordenadores de Auditoria- Psiquiatria(CCAP). O resultado desse processo foi a

indicação de descredenciamento imediato da CSDE-P, dentre outras frentes de trabalho. (GUITTON, 2010)

A partir daí, o Ministério da Saúde convocou a Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ) para juntos pactuarem ações de reorientação da assistência nesta instituição. Em 07 de novembro de 2000 deu-se início ao **Plano Emergencial para Reorientação da Assistência na CSDE-P**, proposto pela Assessoria de Saúde Mental (ASM) da SES-RJ. Nesta ocasião, havia cerca de 1.500 pacientes internados.

O Plano de Reorientação previa o fechamento de novas internações por período indeterminado, a realização de um censo da situação clínica e psicossocial dos pacientes internados e a criação de uma comissão de acompanhamento técnico (CAT). (GOMES, 2001)

Houve também neste mesmo período a promulgação de uma Portaria Ministerial nº 1218/00, que se referia basicamente à alteração da condição de Gestão do Município de Paracambi de Plena do Sistema Municipal para Plena da Atenção Básica; junto a isso a determinação de que a SES-RJ assegurasse a continuidade do atendimento aos usuários do SUS na CSDE-P.

O censo clínico e psicossocial dos pacientes foi realizado nos meses de novembro e dezembro de 2000 pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro com o intuito de prover um diagnóstico clínico, psicossocial e socioeconômico para subsidiar a construção de projetos terapêuticos individualizados. (BRASIL, 2001).

Os dados foram coletados por uma dupla de profissionais, sendo um deles médico psiquiatra. As principais características da clientela são assim sintetizadas: pequeno predomínio de homens (796 homens para 694 mulheres); 80% da população era solteira e em faixa etária produtiva; mais de 80% apresentavam baixa escolaridade, sendo que quase a metade era analfabeta; 45% possuíam algum tipo de renda; 60% mantinham vínculo relacional com a família e ainda recebiam visitas; 80% possuíam diagnóstico de esquizofrenia e retardo mental; 50% se apresentavam em bom estado geral, embora 68% apresentassem a arcada dentária em péssimas condições e 37% com alguma outra co-morbidade clínica. (BRASIL, 2001)

Em relação ao tratamento, apenas uma pequena parcela da clientela recebia outra forma de acompanhamento regular, além do medicamentoso. A maioria, 84,0%, recebia apenas a abordagem psiquiátrica. Havia uma grande precariedade na elaboração de projetos terapêuticos, tanto que a ocupação do tempo no dia a dia era, para 61,5%, “perambular a esmo” pela CSDE-P.

Os pacientes considerados moradores (mais de dois anos de internação ininterrupta) eram oriundos, em sua maioria, dos municípios do Rio de Janeiro, Nova Iguaçu, Duque de Caxias, São João de Meriti, Nilópolis, Queimados, Belford Roxo, Itaguaí, Paracambi, Japeri, dentre outros.(BRASIL, 2001)

Apesar da gravidade dos casos, como demonstram os dados do censo, os indicativos das condições mínimas de autonomia mostraram que uma parcela considerável desses pacientes apresentava-se com capacidade de locomoção, alimentação, de cuidado com a própria higiene, bem como com a capacidade de responder adequadamente ao que lhe era perguntado.

Com as informações coletadas, a equipe sugeriu uma orientação para cada caso individualmente. Os principais encaminhamentos sugeridos foram: para 30,00% dos casos, alta e acompanhamento em serviços de atenção diária; para 28,91% a inserção em SRT's de cuidados intensivos; 20,04% dos casos para SRT, entre outros e apenas 06,02% permanecer internada. (BRASIL, 2001)

Além do censo, o Plano Emergencial compreendia a Comissão de Acompanhamento Técnico (CAT), que tinha por função agenciar as altas, garantindo a inserção da clientela na rede extra-hospitalar de seu município de origem. Outra função da CAT era atender os pacientes que procuravam a CSDE-P demandando algum cuidado e orientá-los aos serviços de seu território.

Outra frente de trabalho foi a constituição do Grupo de Apoio Técnico ao Programa de Reintegração Psicossocial dos pacientes internados na CSDE-P. Esse grupo foi chamado de G8. (Resolução SES 1566/00) Atuava diretamente junto aos municípios de origem dos pacientes internados, com o intuito de construir uma rede psicossocial extra-hospitalar de suporte para a clientela egressa da CSDE-P e seguir acompanhando o tratamento de todos os pacientes, além da supervisão técnica das equipes municipais de saúde mental.

Vale destacar que o Plano Emergencial foi construído “a partir da premissa básica de que é dever do Estado cumprir com suas prerrogativas de agente regulador do sistema de saúde, desenvolvendo suas ações de gestão, fiscalização e monitoramento do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2001, p.78).

A estratégia utilizada nesta intervenção se sustentou em quatro eixos principais, que articulados direcionaram todo o trabalho. O primeiro eixo foi o campo **assistencial**, que compreendeu as ações diretamente relacionadas com os pacientes, incluindo a construção de novos dispositivos de tratamento em seus territórios; o segundo diz respeito ao campo do

**financiamento de recursos**, imprescindíveis para a viabilidade das ações. Neste eixo foi importante o redirecionamento de recursos com agenda regular na CIB; o campo **jurídico-normativo** estabeleceu instrumentos normativos no âmbito estadual e federal e o campo **político** garantiu pactuações entre a SES-RJ, gestores federais e municipais. Foram realizadas reuniões sistemáticas que visavam garantir sustentação ética e política para uma intervenção deste porte. (GOMES *et al.*, 2006)

Em 10 de janeiro de 2002, o Ministério Público Federal (MPF) ajuizou uma Ação Civil Pública que determinava a transferência dos pacientes da CSDE-P para outras unidades. (BRASIL,2012) Entretanto, a transferência não era a direção clínico-política que estava sendo tomada. O trabalho, preferencialmente, se direcionava para que uma rede extra-hospitalar fosse criada para sustentar as altas, fossem para retornos familiares ou residências terapêuticas. De qualquer maneira, foi um ato importante, marcando o início de uma parceria entre a Justiça e o Estado na condução deste processo.

Em 2003 foi realizado o PNASH- Psiquiatria que indicou o descredenciamento da instituição devido à baixa pontuação. O PNASH possibilitou o fortalecimento da estratégia política que já se desenhava na ASM/SES- RJ.

Após três anos de trabalho intenso,os recursos utilizados começavam a se esgotar. Nesta ocasião, já tinham sido desinstitucionalizados 400 dos 1.494 pacientes.

Os esforços da ASM para a sensibilização com os coordenadores municipais para a construção dos programas em saúde mental e formação de rede, já não eram tão profícuos, o que dificultava o retorno dos pacientes ao município de origem, por meio dos dispositivos de residências terapêuticas para aqueles sem vínculos familiares(GUITTON, 2010, p.84).

Diante disso, em 2004, o Governo Federal decidiu pela intervenção legal em Paracambi. Em 17 de junho de 2004 o Ministério Público decretou o fechamento da CSDE-P, pelo Decreto nº 1269, a fim de garantir a atenção aos pacientes desta unidade e possibilitar sua efetiva retirada.

Durante a entrevista, o entrevistado do Estado chama atenção para o trabalho realizado pela CAT até a intervenção em 2004, onde se pôde promover a alta de muitos pacientes e implementar serviços extra-hospitalares em alguns municípios:

E aí começou esse trabalho dentro do hospital com essa dupla e era um trabalho que tinha uma denominação de CAT, Comissão de Apoio Técnico. Então nós entramos no hospital pra fazer um levantamento de tudo que estava acontecendo, de tentativa de relacionamento com as equipes de atendimento aos pacientes e já visando um trabalho de inserção dos pacientes nos seus municípios, responsabilização dos municípios internantes. Então, o trabalho de início foi esse. De 00 a 04 a gente fez esse trabalho aonde a gente conseguiu dinamizar a saúde mental de municípios, principalmente da baixada, que eram os maiores internantes. A baixada fluminense tem uma série de residências terapêuticas, Caps e dinamizou esse trabalho em função da desospitalização da Casa de Saúde Dr. Eiras. Em determinado momento facilitou a gente está mais é... tomando conta de toda aquela estrutura. Então se formalizou a intervenção. Em 04, em junho de 04. E aí na intervenção as equipes foram afastadas e entrou a equipe nova pra dentro do hospital. (Entrevistado Estado)

Todo esse processo foi marcado por muitos impasses de diferentes ordens. Os entrevistados destacaram alguns dos desafios enfrentados, que serão apresentados a seguir.

Um momento assim extremamente difícil porque a equipe da Eiras ainda era uma equipe do hospital, não era uma equipe de intervenção, era uma equipe do hospital. Então era um trabalho de uma luta constante. A equipe não concordava com este tipo de trabalho, então às vezes as famílias chegavam, a equipe não passava por nós ou quando passava pela gente a equipe mesmo desconstruía, dizia “ah! É mentira, não vai ter nada disso, a Eiras não vai fechar”. Então, muitos impasses assim. E isso também tinham 1000 pessoas no hospital. Os próprios técnicos, os auxiliares falavam isso pros pacientes e os pacientes viam a gente às vezes não como uma figura muito amigável né, alguém que ia tirar eles dali e ia botar aonde? (Entrevistado Paracambi)

E lá em Paracambi nessa época então não tinha, assim, era um CAPS também pra tudo, tinham questões políticas que atravessavam a todo o momento as equipes, uma rotatividade imensa de equipe pra esse trabalho, porque por qualquer coisa você saía demitido, os contratos de trabalho super fracos, que era uma cooperativa, sem vínculo nenhum, você não tinha direito a nada, era um salário muito ruim, de fome mesmo e sem direito a nada, você não tinha direito a transporte, não tinha alimentação. (Entrevistado Paracambi)

A Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro considera que todo o processo, de 2000 a 2012, pode ser dividido em três tempos (JANN, 2012a).

O primeiro tempo foi marcado pela auditoria, a construção do Plano Emergencial, incluindo o Censo, a CAT e o G8. De acordo com Ingrid Jann (2012b), em 2000 apenas 20 municípios do Estado do Rio de Janeiro contavam com programa de saúde mental. Havia, portanto, grande necessidade de os municípios desenvolverem suas ações para acolher seus

munícipes. Diante disso, podemos afirmar que o processo na CSDE-P foi responsável por disparar a implantação de serviços de base territorial em muitos municípios, principalmente da Baixada Fluminense, região com maior número de pacientes internados.

O segundo momento se inicia em 2004, quando ainda existiam 952 pacientes internados. Após o decreto assinado em 17 de junho, as três instâncias do SUS (Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e Secretaria Municipal de Saúde de Paracambi) se articularam e passaram a ser formalmente os responsáveis pelo processo de intervenção. Nessa ocasião, o município de Paracambi retoma a gestão plena do sistema e conduz a intervenção através de acompanhamento e fiscalização da assistência prestada aos pacientes que ainda estavam internados.

O último momento se refere do ano de 2005 até o fechamento em 2012. Esses anos foram marcados por intensos combates frente ao empuxo asilar. Nas palavras de Jann (2012a): “enfrentamos a fragilidade das políticas sociais, a maturação do processo de consolidação dos SUS, o baixo índice de desenvolvimento econômico da região da Baixada Fluminense aliado à extrema violência social e criminalidade”.

Em 16 de julho de 2009, o MPF determinou uma sentença judicial que colocava como réus a União, o Estado do Rio de Janeiro e o município de Paracambi considerando o descumprimento da Lei nº10.216/01, pois ainda havia muitos pacientes internados na CSDE-P. A sentença determinou o descredenciamento da instituição e que os réus apresentassem um Plano Atualizado de Transferência dos pacientes no prazo de um mês e o cumprimento no prazo de um ano. Dentro deste Plano constava a construção de serviços de assistência em saúde mental suficientes para absorver a clientela internada (RIO DE JANEIRO,2012).

Um ano após a sentença, em 14 de julho de 2010, o mesmo juiz do MPF impetrou um mandado de segurança, enfatizando que diante da notícia de que o cumprimento da sentença estava ocorrendo “dentro da reserva do possível”, decidiu intimar o Superintendente do SUS no Estado do Rio de Janeiro, o Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, e o Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro a informarem detalhadamente sobre o cumprimento da sentença.

O município do Rio de Janeiro se tornou réu a partir de 2010, representado pelo Secretário Municipal de Saúde, pois na ocasião do mandado de segurança era o município que mantinha o maior número de pacientes internados. A entrada do Poder Judiciário neste processo foi de

crucial importância, demonstrando que ações deste porte exigem engajamento de todas as instâncias.

Findo esse processo, os dados demonstram que muito se caminhou, principalmente para aqueles municípios citados como “vazios sanitários”. Atualmente em Paracambi existem 21 SRT's, 3 CAPS (II, infanto-juvenil e Álcool e Drogas) e 1 polo emergencial de saúde mental dentro de uma Unidade Geral com 10 leitos de atenção à crise. Além disso, foram implantados 26 CAPS (II, III, I e AD), 25 SRT's e 17 leitos de atenção à crise em Hospital Geral na região da Baixada Fluminense. (JANN, 2012a)

Apesar desses avanços na consolidação da rede territorial de alguns municípios, nem todos os pacientes tiveram os mesmos destinos. Alguns continuam institucionalizados em outras instituições públicas ou privadas. O trabalho não se encerrou com o fechamento, ao contrário, abriu-se um novo caminho com outros desafios pela frente. A partir desse momento será apresentada um pouco da história de uma das instituições que recebeu pacientes transinstitucionalizados da CSDE-P, o Instituto Municipal Nise da Silveira, localizado no Engenho de Dentro, que também já traz na sua constituição a marca de receber pacientes crônicos.

### **3.2 Instituto Municipal Nise da Silveira**

No início do século XX, um antigo hospital de emergência fundado por Oswaldo Cruz durante um surto de varíola foi reaberto como Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, recebendo um excedente de mulheres consideradas crônicas do Hospício Nacional da Praia Vermelha, ex- Pedro II. Depois se transformou no Centro Psiquiátrico Nacional recebendo também pacientes masculinos. ( OLIVEIRA, 2007)

Durante a gestão de Gustavo Riedel, entre 1918 a 1932, a instituição passou por grandes transformações e através das inspirações higienistas abriu espaço para tratamento de toxicômanos; para “aconselhamento genético”; criação do Laboratório de Psicologia Experimental, que posteriormente se transformou no Instituto de Psicologia da Universidade do Brasil e a criação da Escola de Enfermagem. Todos esses espaços somados a outros constituíram

o hospital como um Centro de vários hospitais isolados, constituindo um complexo hospitalar. (OLIVEIRA, 2007)

Na época da ditadura militar o Centro Psiquiátrico Nacional passa a se chamar Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII) passando por um período de sucateamento concomitante com a expansão da rede privada na psiquiatria.

Em 1980 houve uma co-gestão entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social para o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica do CPPII que incluía a entrada de equipe multidisciplinar com psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. Em 1999, ocorreu a municipalização e a partir de 2000 passou a se chamar Instituto Municipal Nise da Silveira, onde iniciou-se o processo de desinstitucionalização com profundas transformações importantíssimas para o movimento da Reforma Psiquiátrica em curso no país. Dentre essas mudanças destacam-se a implantação de residências terapêuticas na comunidade, transformação de hospitais-dia em CAPS no território e transferência da emergência psiquiátrica para o PAM Rodolfo Rocco.(OLIVEIRA, 2007)

As transformações começaram a partir das primeiras ações básicas para o processo de desinstitucionalização, uma mudança no modelo estrutural, onde as direções dos vários hospitais isolados foram desfeitas e criadas as Coordenações de Áreas de Ações Técnicas que seguiam ações comuns vindas de uma Coordenação Técnica. As ações seguiam prioritariamente cinco subgerências.

O Programa de Atenção Psicossocial concentrou o ambulatório de saúde mental e os três hospitais-dia que compunham o Instituto: o Espaço Aberto ao Tempo, a Casa d' Engenho e o Centro de Convivência. O Programa de Moradias, por sua vez, se apropriou das enfermarias de longa permanência, pensões protegidas e lares abrigados, que já existiam dentro da instituição, propondo um novo cuidado para os pacientes há tantos anos institucionalizados. As enfermarias de crise e a emergência psiquiátrica ficaram sob a gerência do Programa de Internação Psiquiátrica. O cuidado direcionado à clientela infanto- juvenil foi articulado pelo Programa de Atenção à Criança e ao Adolescente. E por fim, a subgerência de formação e ações comunitárias, que abarcava o Centro Comunitário, que era mais ligado à comunidade e ONG's; o Museu de Imagens do Inconsciente, criado por Nise da Silveira em 1944 e o Centro de Estudos, envolvendo a formação em saúde mental e recuperação e manutenção do acervo bibliográfico. (OLIVEIRA, 2007)

As ações estratégicas de cada Programa priorizavam um movimento de dentro para fora, que foi ganhando força a ponto de alguns serviços internos se transformarem em serviços de base territorial. Na gerência de Atenção Psicossocial houve a saída de dois hospitais-dia para a comunidade, se transformando em CAPS. Em 2005, o Centro de Convivência deu lugar ao CAPS Clarice Lispector no bairro do Encantado, bem próximo ao hospital. Em 2008, A Casa d'Engenho se transformou no CAPS Torquato Neto, no bairro Maria da Graça, mas desde 2011 está no bairro Todos os Santos, após viver muitos percalços com a primeira vizinhança. Outro serviço extra-hospitalar construído na comunidade foi o CAPSi Maria Clara Machado no bairro da Piedade desde 2007. O hospital-dia Espaço Aberto ao Tempo, apesar da expectativa de anos de se tornar um CAPS no território permanece dentro do Instituto Nise da Silveira até os dias atuais. O ambulatório de saúde mental também não sofreu grandes alterações, além de alguns profissionais cedidos para o PAM Rodolfo Rocco e o atendimento à população ter sido regionalizado. (OLIVEIRA, 2007)

No que compete às ações de atenção à crise, em 2005, após um acidente elétrico, o local da emergência no Instituto Municipal Nise da Silveira foi transferido para o PAM Rodolfo Rocco, onde permaneceu. No Instituto continuaram as enfermarias de curta, média e longa permanências. Após mudanças na gestão municipal de saúde mental e consequente mudança na gestão do Instituto Nise da Silveira, um novo momento de transformações se instaurou na instituição a partir de 2009. Entretanto, o movimento de dentro pra fora persiste. Sobre as mudanças ocorridas no Núcleo de Atenção à crise a partir de 2009 abordaremos adiante.

Sob a responsabilidade do Programa de Moradias junto com o trabalho de atenção diária dos serviços que se transformaram em CAPS foram criadas as primeiras residências terapêuticas com pacientes oriundos de longas internações no Instituto Municipal Nise da Silveira, ou transinstitucionalizados de diversas outras instituições, não apenas clínicas psiquiátricas, mas também de abrigos, reformatórios, orfanatos. As residências foram criadas na cidade, em apartamentos e casas divididos entre quatro ou cinco pessoas no máximo, mas ainda tinha um nó que precisava ser desatado. Este se refere ao fato de que todas as residências ainda se mantinham vinculadas ao Programa de Moradias, ou seja, as casas eram na comunidade, mas estavam totalmente ligadas ao hospital. As residências eram gerenciadas por uma ONG que trabalhava em parceria com o gestor do Programa de Moradias. “Todo o planejamento do Programa de Moradias foi conduzido a fim de estabelecer uma via de saída dos pacientes da instituição, mas

mantendo suas relações afetivas e terapêuticas com as equipes” (SCHMID e POSWOLSKI, 2007, p. 49).

Em 2008, o CAPS Clarice Lispector foi o primeiro CAPS do município que passou a assumir a gestão das residências terapêuticas do seu território, desvinculando-as do IMNS. Um trabalho realizado através da equipe de segmento, que é ligada ao CAPS, mas é um braço deste no território, apenas para o acompanhamento dos moradores de residências terapêuticas e moradias assistidas. Essa equipe é composta por cuidadores e profissionais de nível superior que assumem a função de acompanhantes terapêuticos. Este projeto, que é desde a gestão de saúde mental anterior a 2009, passou a ser tomado como direção de trabalho para a desinstitucionalização do município, onde todos os CAPS terão que montar suas equipes de segmento e implantar residências terapêuticas.

Voltando ao IMNS, a contratação de cuidadores a partir de 2004 foi uma ação estratégica que possibilitou um impacto no cotidiano das enfermarias de longa permanência e nas moradias internas, pois antes era o procedimento sob a responsabilidade da equipe de enfermagem que delineava o acompanhamento. Com a chegada de novos profissionais houve uma mudança de lógica baseada no cuidado e não mais no mero procedimento.

Concomitante a entrada dos cuidadores, a direção de trabalho mudou nas enfermarias de longa permanência. Estas já não eram mais consideradas enfermarias, mas “casas transitórias” e “os moradores” poderiam passar para uma moradia interna, dentro do espaço hospitalar, ou para uma moradia externa, ou seja, para uma residência terapêutica. Denominar os pacientes de longa permanência de “moradores” foi “ aos poucos percebida não apenas como uma mudança de nome, mas como uma visível mudança de postura em cada uma dessas pessoas”( SCHMID e POSWOLSKI, 2007, p. 49). A direção do trabalho nessas moradias é que sejam cada vez mais semelhantes a uma casa, que as pessoas possam experimentar um morar diferenciado de uma enfermaria. As ações cotidianas passam desde ao estímulo às atividades da vida diária de forma mais autônoma, como higiene, alimentação, até ações para fora do hospital como passeios e compras. Todo o trabalho se direciona para que um dia todos possam habitar casas na comunidade.

Entretanto, quando fomos residentes de saúde mental neste Instituto durante o ano de 2009, passamos um ano em um dispositivo de moradia interna e constatamos que esse trabalho inovador que havia dado início anos antes já não mostrava resultados tão profícuos. A sensação

que nos deu foi que o projeto de moradias transitórias havia se perdido no tempo do que seria passageiro. As pessoas continuavam internadas, sem grandes perspectivas de saída. Nos angustiou muito o encontro com essa realidade institucional. Por mais que o trabalho no IMNS fosse um trabalho reformador, com avanços importantes, foi possível perceber que a força manicomial estava resistindo. Concluímos nossa passagem por este espaço com a triste sensação de que o trabalho realizado com aqueles moradores era simplesmente que eles tivessem uma morte digna, morressem felizes ali dentro, já que em vida o sonho de morar fora do hospício estava bem longínquo.

A partir de 2009, a gestão municipal de saúde mental mudou e com isso os cargos de gestão do IMNS também sofreram transformações. Não obtivemos acesso a publicações que retratassem as mudanças ocorridas na instituição desde então, entretanto, acessamos as informações acerca dessas mudanças através do trabalho de campo, onde entrevistamos gestores e profissionais que trabalham atualmente nesse Instituto e também por nossa própria experiência de trabalho como residente de saúde mental e posteriormente como psicóloga nas enfermarias do Núcleo de Atenção à crise.

As mudanças mais significativas ocorridas no Núcleo de Atenção à crise se referem ao fechamento de duas enfermarias de longa permanência; territorialização das enfermarias de crise divididas entre as áreas programáticas que são de responsabilidade do Instituto; contratação de novos profissionais, introduzindo a função denominada de “acompanhante territorial” e a progressiva diminuição do número de leitos.

Havia no NAC duas enfermarias de longa permanência, uma para a clientela masculina, denominada de “Aliança” e outra feminina, “Flor da primavera”. A marca dessas enfermarias era que muitos pacientes eram oriundos de clínicas conveniadas que foram fechadas, e no IMNS persistia o abandono, a falta de projeto terapêutico e de um cuidado singularizado e as equipes também muito reduzidas. Com a nova gestão, contratação de novos profissionais e a chegada de residentes de saúde mental, o trabalho de desconstrução desses espaços ganhou força. Muitas altas foram articuladas, houve saídas para moradias assistidas, residências terapêuticas, retornos familiares, etc. Os pacientes que ainda não puderam sair do hospital permanecem nas enfermarias de acolhimento à crise ou nas moradias internas ao hospital. Com o fechamento dessas enfermarias não há mais enfermarias de longa permanência no NAC, o projeto é que todos tenham curta ou média permanência. A partir da desconstrução dessas enfermarias e a avaliação

dos gastos que elas acarretavam, pôde-se reinvestir o orçamento em aberturas de residências terapêuticas de alta complexidade, com funcionamento 24 horas, as primeiras do município.

Aí já entra um outro projeto que foi a partir da avaliação dos gastos com a Flor da Primavera diários que tem a enfermaria, que a gente pôde pensar nos termos de referência daqui do contrato Nise da Silveira e introduzir RT de alta complexidade. Então, a gente conseguiu colocar 3 casas, 3 RT's. Pela coordenação de saúde mental ainda não tinha casa 24 horas. (Entrevistado Nise 01)

A territorialização das enfermarias foi um processo que passou a incluir mais os serviços do território nas internações de seus pacientes. Tirando a Enfermaria de Curta Permanência que é a porta de entrada do Instituto e atende todos os pacientes das três áreas programáticas, as enfermarias são divididas nos andares por gênero e áreas programáticas. No mesmo andar ficam as enfermarias feminina e masculina das AP's 3.1 e 3.2 e em outro andar as enfermarias da AP 3.3 também divididas por gênero.<sup>5</sup> Desta forma, é possível visualizar da onde os pacientes são oriundos e estreitar um trabalho entre as equipes. Esse trabalho possibilitou diminuição de leitos também, como veremos a seguir.

Então, eram pacientes que às vezes estavam lá e que somente eram conhecidos pelas pessoas da enfermaria, que tinham que acabar por articular recursos extra hospitalares de uma ampla área né, no caso lá dentro do Nise desde a Ap 3.1, por exemplo, Olaria, até a Pavuna né, 3.3. (...) aumentava o tempo que as pessoas conseguiriam se articular com esses recursos fora do hospital, isso aumentava o tempo médio de permanência dos pacientes dentro do Nise e foi a partir disso que começamos a pensar em dividir essas enfermarias por território pra que, vem sendo ainda, uma tentativa de transformar um pouco esse hospital, preparar uma desconstrução dele, transformá-lo, deixar de ser um hospital que centralize internação pra ser mais um dispositivo da rede nesse momento né enquanto a gente ainda não tem uma rede maior formada por CAPS III, leitos em hospitais gerais, mas que essas internações enquanto ainda são necessárias dentro do hospital psiquiátrico fosse mais articulada com o restante da rede e isso, essa experiência teve efeito direto na questão do tempo médio que os pacientes permanecem dentro da internação. A taxa de ocupação das enfermarias diminuiu né, fazendo com que a gente conseguisse sair de 140, 150 leitos pra 98 leitos hoje pra atenção à crise. (Entrevistado Nise 03)

---

<sup>5</sup> A cidade do Rio de Janeiro é dividida em 10 áreas programáticas: AP 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2, 5.3. A grosso modo, cada área compõe um conjunto de bairros, sendo que as AP's 1.0, 2.1, 2.2 concentram bairros do Centro e Zona Sul. As AP's 3, os bairros da Zona Norte e as demais AP's os bairros da Zona Oeste.

Com as enfermarias territorializadas, acompanhantes territoriais foram contratados. Apesar de serem profissionais do NAC estão diretamente ligados aos CAPS do território. A função do AT é acompanhar os pacientes ao serviço de tratamento, à casa, à rua, conforme o projeto terapêutico de cada um. A fala a seguir de um dos entrevistados explicita como essa função foi pensada:

(...) alguém que de fato pudesse estar com os pacientes e a gente pensando que internação é o momento que os cuidados devem ser mais intensivos e aí eu não queria já nessa altura ficar trabalhando que os profissionais ficassem centrados nos seus procedimentos, mas ao contrário, queria que tivesse centrado no cliente e aí a gente via, por exemplo, paciente que estava internado, mas precisava estar no CAPS, que precisava ir ao banco, que precisava ter alguém no dia-a-dia ali com ele. A resistência era imensa em relação à parte do corpo técnico de enfermagem e outro porque não podia, não conseguia ter tempo pra sair da enfermaria e aí foi sobre essa ideia que nasceu da gente ter o acompanhante terapêutico que hoje a gente chama até de acompanhante territorial desses clientes né e aí esses acompanhantes eles são funcionários sim lá dentro do Nise, mas todos eles vinculados aos CAPS da área. ( Entrevistado Nise 03)

O Programa de Moradias também sofreu mudanças, a começar por sua nomenclatura que passou a ser Núcleo de Reabilitação e Integração Social. Cada dispositivo de moradia passou a ser denominado de módulo de acolhimento provisório e não de moradias internas. Essas mudanças de nomenclatura vem acompanhadas por uma mudança de lógica do trabalho. O projeto é que todos os pacientes possam sair do Instituto. A pergunta mudou de quem pode sair para quando vão sair. Trata-se de uma aposta de que os espaços devam ser de fato provisórios.

só que a gente mudou muito a lógica dessas moradias internas como era chamados, passaram a ser chamados MAPS né, Módulo de Acolhimento Provisório, então, todas as moradias internas passaram a ter uma previsão de estadia temporária né, que foi um avanço aqui pra gente, já pensando na desconstrução também. ( Entrevistado Nise 01)

Muito se avançou no trabalho do Instituto Municipal Nise da Silveira desde sua fundação, contudo ainda há muito que avançar. Atualmente o IMNS tem 227 leitos cadastrados no CNES (BRASIL, 2013). Um dos maiores desafios na atualidade se refere à transinstitucionalização. O Instituto tem um projeto de desinstitucionalização em curso, que preza que não existam mais pacientes-moradores, entretanto não para de receber pacientes transinstitucionalizados diante do

fechamento de clínicas privadas. Esse desafio e como a instituição vem enfrentando serão abordados no próximo capítulo.

### **3.3 As clínicas de apoio**

Não há registros da Clínica Jardim América nem da SEMEL( Serviços Médicos Leopoldinense) em sites da internet e não conseguimos ter acesso de outras fontes, apenas pelo site do DATASUS, no registro do CNES. Tratam-se de clínicas privadas, com convênio com o SUS. O nível de atuação é hospitalar de média complexidade. Ambas atendem apenas por demanda referenciada. Os leitos são de clínica médica e crônicos. Sendo que a SEMEL tem 20 leitos de clínica médica existentes, todos do SUS e 80 leitos para crônicos, sendo que 52 ocupados pelo SUS. Já a Clínica Jardim América tem 60 leitos existentes, mas 40 pelo SUS pela clínica médica e 100 leitos crônicos, todos pelo SUS. (BRASIL, 2013)

#### 4 A TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO- UMA QUESTÃO PARADOXAL

Neste trabalho adotamos o conceito de transinstitucionalização a partir da prática dos gestores e profissionais que a fizeram. Portanto, optamos por falar dos sentidos e significados de transinstitucionalização a partir da experiência concreta de fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi para outras instituições psiquiátricas ou clínicas do estado do Rio de Janeiro e mais especificamente sobre a experiência circunscrita a três instituições do município do Rio de Janeiro- as clínicas de apoio SEMEL e Jardim América e o Instituto Municipal Nise da Silveira. Ou seja, não pretendemos dar conta dos sentidos atribuídos ao termo em outras instituições do mesmo município.

Portanto, no contexto deste trabalho o que poderá surgir de uma conceituação para transinstitucionalização será considerada a partir da transferência dos pacientes internos da CSDE-P para outros hospitais psiquiátricos, sejam públicos ou privados com convênio com o SUS, e também os hospitais clínicos que são conveniados ao SUS. Não será abordada a passagem para abrigos da assistência social, abrigos para idosos ou outras instituições similares.

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

Este aspecto nos remete à experiência de desinstitucionalização italiana e mais especificamente a uma frase de Basaglia após a Lei nº180 ser aprovada: “ por sua lógica interna e pelas características do terreno na qual age, esta lei abre mais contradições do que as resolve”. Se

referindo a esta citação Rotelli completa: “mas isto não significa que não seja uma boa lei- ao contrário” ( ROTELLI, 1990, p. 50).

Habitar um terreno de paradoxos é, portanto, um sinal de que se trata de um caminho permeado de tensões, contradições e mudanças. Isto não é necessariamente ruim, ao contrário, pode efetivamente produzir um cenário de transformações importantes.

Este capítulo será dividido em duas partes. A primeira tratará da transinstitucionalização para as instituições psiquiátricas públicas, contendo subtópicos que focam na experiência do município do Rio de Janeiro. A segunda parte se voltará para a transinstitucionalização realizada para as instituições privadas, sejam psiquiátricas ou clínicas.

## 4.1 Para instituições psiquiátricas públicas

### 4.1.1 Territorializar os desterritorializados?

Pra começar, destacamos as falas de um gestor do estado do Rio de Janeiro acerca da transinstitucionalização:

É...eu te falo que desde o início isso e não nesse final. Porque é como se no final só tem isso mesmo e tá acabado, mas eu falo desde o início. Eu defendo a *trans* por quê? Não se ele tem indicação de RT(residência terapêutica) e a gente pode tentar insistir nessa RT e esperar que o município disse que daqui a 2 meses, que daqui a no máximo 1 ano tenha RT e aí a gente continua fazendo o trabalho (...), mas eu sempre defendi a *trans* no sentido que se essa indicação é pra *trans* por que não fazer agora e você está mais perto do seu paciente para trabalhá-lo em vez de você dizer que está sem carro pra ir a Paracambi?... E se ele ainda tem família, aí mais ainda porque vai facilitar o trabalho com a família e quem sabe essa *trans* muda, em vez de RT ele volta até pra família. Então eu sempre defendi a *trans* nesse sentido. (..) Facilitava você estar perto. Pra equipe trabalhar, pra família visitar. Porque essas *trans* muitos tem família ( Entrevistado Estado).

Num segundo momento o mesmo entrevistado:

E aí o Rio realmente apresentava números e a gente ficava quieto porque na realidade era como se fosse um parabéns, mas aonde você colocou o lixo? Debaixo do tapete? Que parecia que tinha desinstitucionalizado, transinstitucionalização era a verdade. (Entrevistado Estado)

Nas falas do gestor do estado já aparece uma questão em relação à transinstitucionalização. Primeiramente o entrevistado defende a transinstitucionalização para que o paciente fique em seu município de origem, mais perto da rede de assistência e da família e que daí possam aparecer outras possibilidades de trabalho, inclusive um retorno familiar. Seria uma transinstitucionalização com planejamento, uma estratégia de desinstitucionalização. Entretanto, quando o entrevistado relata a experiência do município do Rio de Janeiro destaca as ações de transinstitucionalização das de desinstitucionalização, como se fossem ações separadas e ainda emite um juízo de valor acerca da transinstitucionalização, desvalorizando-a. E por fim, o entrevistado do estado mescla suas duas opiniões. Ao mesmo tempo em que defende a transinstitucionalização para o paciente se tornar mais próximo para o município trabalhar, indica que esta seja a última opção. “Ao mesmo tempo que eu digo: ‘Faça trans hoje que vai ficar mais perto pra você atender seu paciente, entendeu?’ Eu acho que você tem que esgotar o seu trabalho e não deixar só trans. E não dizer ‘fechei a Eiras!’ ” ( Entrevistado Estado)

A ideia de transinstitucionalizar para ficar mais perto do paciente se repete na argumentação do entrevistado de Paracambi. O fato dos pacientes retornarem pra seus municípios de origem força uma aproximação com os serviços da rede de assistência e desta forma, busca-se uma maior responsabilização dos municípios.

É...teve um momento assim que eu achava muito ruim essa questão da transinstitucionalização, mas se não fosse feito isso a gente não teria fechado a Eiras e não teria talvez responsabilizado os municípios. A partir daí, pôde haver uma responsabilização maior assim. Agora é seu, vai lá, está no seu município, está mais próximo. A Eiras também ficava de difícil acesso. Sair daqui pra Paracambi, o trem não parava mais na estação, tinha que ter carro, tudo essas dificuldades que os municípios lidam com isso. ( Entrevistado Paracambi)

Curioso perceber nessa fala que apesar de não apoiar a transinstitucionalização, o entrevistado entende que uma responsabilização dos municípios com seus munícipes só foi possível por essa via, só a partir do momento que o paciente estivesse de volta no município, mesmo que dentro de um outro hospital psiquiátrico. Mesmo assim, o entrevistado alerta que nem todos os municípios se responsabilizaram da mesma forma e cita um exemplo da experiência de um município que recusou receber seus munícipes de volta.

Barra do Pirai chegou a devolver o incentivo do Ministério da Saúde pra montar residência terapêutica porque não viu isso como...não reconheciam aquelas pessoas como do trabalho do município, até porque eram pessoas que já tinham saído do Hospital Vargem Alegre, um hospital grande que havia fechado em Barra do Pirai e tinham ido pra Eiras. Então estavam referenciados ainda a Barra do Pirai muito por este viés de ter acontecido uma transinstitucionalização e eles não reconheciam mais essas pessoas como pessoas que pudessem morar... (Entrevistado Paracambi)

Nesse exemplo há uma situação ainda mais grave aonde os pacientes já chegaram na Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi por uma transinstitucionalização e nesse contexto ficaram de tal forma desterritorializados que o município de origem não assume a responsabilidade com eles. O que fazer diante dessa situação? Como trabalhar a questão do território nesses casos? Que critérios definem a territorialidade? É provável que essa questão tenha perpassado todo o processo de fechamento da clínica e assim como a transinstitucionalização não há uma resposta pronta sobre o que é certo ou errado. São questões que precisam de muitas invenções no cotidiano do trabalho.

Um entrevistado chamou atenção para este aspecto:

Então, tinha uma questão que isso se colocou também pra outros que a própria Eiras era um território, não que isso seja bom porque a gente às vezes tende a fazer uma confusão e achar que alguma coisa é um território e isso é bom, então, assim, o manicômio ele é um território também, só que é um território que define um determinado tipo de subjetividade. Então pra alguns pacientes (...) construir no nível do concreto de que por que você saiu de um manicômio e vai pro outro, é difícil né. Então, isso foi um entrave pra vários projetos terapêuticos. ( Entrevistado Nise 05)

O entrevistado de Paracambi também relatou:

senti também uma dificuldade de trabalho quando os primeiros GT's que nós fizemos aqui pra discutir pacientes da Eiras assim, foram, é... muito difícil. O CAPS entender isso, de que aquela pessoa mesmo que tivesse 30 anos fora, mas o território dele, ele ainda dizia daquele território que a gente estava apresentando. As pessoas diziam 'Ah! É de Paracambi porque ficou 30 anos lá', mas ele também não era de Paracambi porque ele era da Eiras, daquela área dali circunscrita da Eiras.( Entrevistado Paracambi)

(...) porque todas as pessoas que eram sem território, que vieram nessa transinstitucionalização, mas não tinham mais história de território bem definido...Era do Rio. Ah! era Funabem, foram todas pra Colônia Juliano Moreira, entendeu? Agora a gente acabou também de fechar a Amendoeiras e um grande número dessas pessoas sem território foram pra lá. A gente vai ter que fazer uma redivisão aí porque aquela área não vai poder mais acolher essas pessoas, vai ter que vir pros outros CAPS também, aonde a gente tem possibilidade ainda de abrir residência terapêutica. (Entrevistado Paracambi)

Esta citação menciona que o município do Rio de Janeiro recebeu muitos pacientes considerados sem território, principalmente na Colônia Juliano Moreira, uma região que segundo o entrevistado não tem mais condições de abrir residências terapêuticas ligadas ao CAPS do território, o único CAPS II daquela região. A transinstitucionalização feita para a Colônia Juliano Moreira não será avaliada nesse trabalho, já que a instituição escolhida para a pesquisa de campo foi o Instituto Municipal Nise da Silveira, entretanto, cabe destacar uma citação do gestor do estado sobre a experiência com a Colônia.

Nessa mesma vinda às vezes eu ia até a Colônia Juliano Moreira levar dois ou três. Tem uma enfermaria na Colônia Juliano Moreira, que é no núcleo Rodrigues Caldas. Você conhece a Colônia? Núcleo Rodrigues Caldas é aonde eles fizeram uma enfermaria grande, que é como se fosse um trabalho de uma enfermaria de passagem, mas muitos que foram ali eu sei que estão internados. (...) Vindos da Eiras que foram pra essa enfermaria e tiveram que ficar internados. (Entrevistado Estado)

Esta citação foi destacada para demonstrar as diferentes possibilidades que foram criadas por um mesmo município. O Rio de Janeiro ao longo do processo desenvolveu ações diversas para dar conta de seus munícipes internados na CSDE-P, bem como os territórios se diferenciaram no acolhimento a esses pacientes. O que foi feito na Colônia Juliano Moreira não foi feito exatamente igual no Instituto Nise da Silveira, por exemplo. E uma mesma instituição trabalhou de formas diferentes em momentos distintos. Não há, desta forma, uma tendência. Aconteceram várias formas de se pensar a desinstitucionalização ao mesmo tempo, configurando um campo com muita multiplicidade e, portanto com mais possibilidade de criação de paradoxos, pois estes não se constroem num terreno de uniformidade.

Como exemplo para pensar a questão do território, citamos o seguinte caso, que se trata de uma paciente que desde nova viveu em instituições como a Funabem. Depois foi para a Casa

de Saúde Dr. Eiras e de lá para o Instituto Municipal Nise da Silveira. Vejamos as atuais perspectivas para seu caso envolvendo essa discussão do território.

Ela tem uma perspectiva de que talvez até janeiro possa ir pra uma residência terapêutica. Ela é desses casos emblemáticos também do problema conceitual da relação entre o que é conceitual e o que é prático no campo da saúde mental. Que a gente fala o tempo inteiro de território né. (...)Ah! gera muita confusão porque tudo bem você está falando que território é uma coisa afetiva tem a ver com o sentimento de pertencimento, etc, mas quando a gente vai trabalhar a gente vai trabalhar na área programática e as pessoas estão sendo incluídas em projetos de residência terapêutica a partir da área programática. (...)E os pacientes que foram de tal maneira desterritorializados em que a própria Eiras era o território? É o caso dessa moça. Então, o que a gente está fazendo é que nesse momento a gente está com um processo de desligamento de duas funcionárias, excelentes funcionárias, que moram na região de Campo Grande, Bangu, vai sair uma RT lá, elas fizeram processo seletivo, (...)e estão indo pra lá. Então, o que a gente está tentando construir com a equipe que vai organizar essa RT e eles parecem estar bem sensíveis a essa questão é de que talvez o território dessa moradora seja a sua cuidadora. Então, assim, a relação que ela tem muito estreita com uma dessas cuidadoras, que vai ficar cuidando de uma dessas casas, seja o elemento territorial dela. Então, pra que ela não perca esse vínculo que ela possa ir junto. Então, isso está sendo construído, está sendo negociado e a perspectiva é muito positiva em relação de que provavelmente ela possa ir. ( Entrevistado Nise 05)

A equipe do Instituto Municipal Nise da Silveira junto à equipe do CAPS localizado em Campo Grande estão construindo uma possibilidade de inserção desta paciente na residência terapêutica ligada a este CAPS não porque esta paciente seja ou tenha sido do bairro de Campo Grande, que seria a divisão de território pela área programática, como comumente é feito, mas pela relação construída com a cuidadora que é daquele território e vai trabalhar na RT. É um uso do conceito de território de uma forma mais ampliada do que pensar apenas em pertencimento a um lugar, a um bairro. Eles estão incluindo nessa discussão as referências afetivas da paciente, já que a mesma sempre foi de instituições e não fala de nenhum pertencimento comunitário na cidade.

Neste tópico destacamos as práticas de transinstitucionalização e suas relações com a questão da territorialidade. Primeiramente a transinstitucionalização foi defendida para que o paciente se aproxime de seu território de origem, da sua família, das suas referências sociais e afetivas. Entretanto, notamos que em muitos casos não havia mais esse território para onde retornar. Num segundo momento, neste mesmo tópico, a transinstitucionalização foi defendida para que se produzisse uma responsabilização por parte dos municípios e a discussão das

referências afetivas do paciente e seu pertencimento territorial ficaram em segundo plano. Neste contexto, a questão que se destaca é como territorializar um desterritorializado?

#### 4.1.2 Transinstitucionalização para o município do Rio de Janeiro

Vejamos o que se sucedeu no município do Rio de Janeiro em relação às transinstitucionalizações.

Houve vários momentos da transinstitucionalização no município do Rio de Janeiro. No início, conforme relato do entrevistado Rio 01, as transferências eram feitas para as clínicas conveniadas sem uma discussão individualizada, os pacientes eram transferidos em bloco de acordo com a disponibilidade de vagas.

Hoje a gente tem várias pactuações que a gente não tinha nessa época que ajudam. Nessa época a gente fazia *trans*, (...) Tem cinco vagas numa clínica conveniada, então a gente tira, faz o trabalho de tirar os pacientes da Eiras, por exemplo, fez né e trouxe pra algumas clínicas conveniadas. (Entrevistado Rio 01)

Depois, houve uma tentativa de aproximação com os CAPS, pra que estes pudessem participar desse processo de transinstitucionalização mesmo que não fossem os protagonistas da ação.

Primeiro eu vim conversar com os CAPS, eu pedi pros CAPS conhecerem os casos, pra eles acompanharem. Era uma coisa estranhíssima assim. Fazia reunião com os CAPS. Eu fiz as *trans* da Santa Edwiges, a gente trouxe cinco pacientes da Eiras pra Santa Edwiges e a gente fazia reunião dentro da Santa Edwiges com os CAPS, era muito estranho isso assim, mas pra implicar a equipe da clínica e implicar a equipe do CAPS pra que o paciente não ficasse lá né. E a gente teve sucessos e fracassos assim. A gente teve paciente que veio desses cinco que saiu e teve paciente que está até hoje. (Entrevistado Rio 01)

Interessante esse exemplo da Clínica Santa Edwiges, pois esta clínica encontra-se atualmente em processo de desinstitucionalização e fechamento também. Será importante fazer um acompanhamento longitudinal desses cinco pacientes que vieram da Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi pra ver se vai acontecer a transinstitucionalização de alguém já transinstitucionalizado, perpetuando um cenário de institucionalização.

Por volta de 2007 as transinstitucionalizações ainda eram feitas da mesma forma pras clínicas conveniadas e pros Institutos municipais, não havia diferença, era apenas uma questão da existência de vaga. Posteriormente, tentou-se prescindir dos leitos conveniados e priorizar os leitos públicos. Entretanto, com os leitos de cuidados clínicos o trabalho foi até o final do processo, em março de 2012, baseado em vagas e apenas para as clínicas conveniadas.<sup>6</sup>

Foi quando a gente...isso é sempre um...agora não, mas foi sempre quando a coisa apertava muito e o gestor podia falar né: ‘mas a gente tem vaga!’ mas aí, eu já estava na gestão e eu bati muito o pé nessa direção de não fazer isso porque isso rompe o princípio da territorialidade porque não é o CAPS dizendo que aquele paciente está preparado pra *trans* e se for a gente usa nossos Institutos. Isso rompe a lógica de que a gente primeiro prescinde do leito conveniado e depois prescinde do leito público. Então isso rompe toda a lógica de trabalho, vai de cima pra baixo, que primeiro aparece a vaga e depois o paciente é trabalhado. Não que isso não possa acontecer, acontece, os leitos das clínicas foram assim, mas onde os leitos foram é que foi assim. Os pacientes tinham indicação de leitos clínicos né. O que eu ia falar? Ah! ( Entrevistado Rio 01)

A partir de 2010, na ocasião em que o juiz do MPF impetrou um mandado de segurança intimando o Superintendente do SUS no Estado do Rio de Janeiro, o Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, e o Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro a informarem detalhadamente sobre o cumprimento da sentença de um ano antes, o município do Rio de Janeiro começou a trabalhar de forma mais intensiva com a desinstitucionalização dos seus munícipes internados na CSDE-P. Houve a contratação de dois supervisores de desinstitucionalização que tinham por função trabalhar junto à equipe da CSDE-P na articulação dos casos no território de origem, convocando a rede assistencial do município do Rio de Janeiro, onde o trabalho começou a ser direcionado pelos CAPS.

Esse trabalho do CAPS tirar paciente começou assim, é, a gente fazia reuniões aqui no Rio de apresentação dos casos de retorno familiar. Isso é um pouco mais precoce, o que mudou hoje é que o CAPS faz projeto terapêutico de qualquer paciente, seja que indicação ele tenha, o próprio CAPS é que vai dizer isso. Às vezes não é retorno familiar, não é residência terapêutica, e tem que criar...é transinstitucionalização. E aí o CAPS mesmo assim acompanha a *trans*, pra fazer a saída depois do Instituto. (Entrevistado Rio 01)

---

<sup>6</sup> A transinstitucionalização para as clínicas de apoio será abordada mais adiante.

O que estava dizendo, nessa nova lógica de trabalho do supervisor, assim, a gente não encaminha, transfere, sem um CAPS. A gente começa o trabalho pelo CAPS, o primeiro ponto é o CAPS e aí é o CAPS que vai dizer o que a gente vai fazer com esse paciente. A ideia não é nem que o supervisor diga, sabe assim, mas é claro que é uma construção né. Daí o supervisor já conhece o paciente, já conhece o hospital e a equipe. Então vai construir junto com o CAPS assim, mas, então, na Eiras a gente fez algumas transferências sem o CAPS, mas hoje em dia, foi uma coisa que foi melhorando assim, hoje em dia a gente não faz mais. (Entrevistado Rio 02)

A ideia é que com o tempo, com o avanço do trabalho dos CAPS, a função do supervisor de desinstitucionalização não seja mais necessária, apostando que os próprios CAPS possam realizar essa supervisão nas clínicas conveniadas ou em qualquer outro espaço que seus pacientes possam estar.

Hoje a gente tem a direção contrária, quanto antes o CAPS entrar e quanto menos o supervisor entrar, isso pra gente é índice de avanço do trabalho da rede extra-hospitalar. Hoje a gente considera o supervisor de desinstitucionalização um recurso do CAPS porque é um artifício, na verdade, um artifício de conjuntura da rede extra-hospitalar de hoje né. Porque um cenário que a gente objetiva chegar é cada CAPS trabalha seus casos seja aonde eles estiverem né, sabe, trabalha, mapeia, acompanha, traz de volta pro território. Teoricamente o supervisor é por enquanto só um artifício, que a gente trabalha com a meta de prescindir dele. A gente tem uma direção um pouco paradoxal assim, de prescindir e ao mesmo tempo ir refinando o trabalho. (Entrevistado Rio 01)

A última frase da citação acima “prescindir e ao mesmo tempo ir refinando o trabalho” demonstra o caráter paradoxal que perpassa a direção de trabalho da atual gestão de desinstitucionalização do município e que foi perceptível no caso da transinstitucionalização, como veremos ao longo deste capítulo.

Com o trabalho da supervisão de desinstitucionalização, de agosto de 2010 até março de 2012 foram contabilizados 109 pacientes do município do Rio de Janeiro que ainda se encontravam internados na CSDE-P. Desses 109 pacientes, 71 foram transinstitucionalizados, sendo que 47 para os Institutos municipais e 24 para as clínicas de apoio conveniadas ao SUS. Do restante, 05 faleceram, 05 mudaram de município, 12 permaneceram em Paracambi em casas de passagem ou residência terapêutica, 09 foram para residências terapêuticas do próprio município e apenas 07 retornaram para suas famílias. Dos 47 pacientes que foram para os Institutos

municipais, 25 foram para o Instituto Municipal Nise da Silveira, 19 para a Colônia Juliano Moreira e 03 para o Instituto Philippe Pinel. Para as clínicas de apoio 13 pacientes foram para a SEMEL e 11 para a Clínica Jardim América. Diante desses dados, pode-se concluir que aproximadamente 70% dos pacientes munícipes do Rio de Janeiro foram transinstitucionalizados e a maior parte deles para o Instituto Municipal Nise da Silveira, pelo menos nos dois últimos anos. (ABREU, 2013)

O trabalho de transinstitucionalização para os Institutos municipais foi executado da seguinte forma:

A gente fez uma triangulação que é um trabalho que hoje está bastante implantado, que é o processo de fluxo. É, quando os pacientes, a gente começa a trabalhar os pacientes de *desins*, os que tem indicação de retorno familiar a gente prioriza essa indicação, os que tem indicação de residência terapêutica quando dá pra fazer esse trabalho, a RT já está alugada, a gente faz direto, de adaptação pra residência terapêutica, mas o fluxo maior é de ida dos pacientes que estão nos Institutos pra residências terapêuticas porque são os pacientes que estão trabalhados há mais tempo no território. Aí, a gente faz essa triangulação do fluxo né. Os pacientes que estão nos Institutos saem, os que estão nas unidades ou precarizados ou fora do município vem pros seus territórios. E aí, nesse trabalho de transinstitucionalização transitória, que é como a gente fala né, de passagem, a gente tem o recorte da territorialização, porque a gente tem só três Institutos. A gente trabalha, a grosso modo, AP1, AP2.1 e AP 2.2 pro Pinel, as AP's 3 pro Nise e a AP 4 e as AP's 5- 1, 2 e 3 pra Juliano. ( Entrevistado Rio 01)

Nessa fala do entrevistado do Rio aparece como a transinstitucionalização foi planejada. E como alguns conceitos foram forjados. “Triangulação do fluxo” e “transinstitucionalização transitória” falam de um planejamento onde as pessoas que estão nos Institutos municipais saem pra residências terapêuticas “porque são os pacientes que estão trabalhados há mais tempo no território” e abrem espaço para a chegada dos pacientes transinstitucionalizados da clínica psiquiátrica conveniada. Entretanto, chama a atenção nessa mesma fala que houve também o planejamento de alguns pacientes da Casa de Saúde Dr. Eiras que foram direto pra residência terapêutica “quando dá pra fazer esse trabalho, a RT já está alugada”, ou seja, dá pra concluir que se tivesse RT as pessoas poderiam sair da Dr. Eiras direto, sem precisar passar por uma transinstitucionalização. Sendo assim, por que a gestão municipal não priorizou a abertura de residências terapêuticas?

Sobre este ponto, dois dos entrevistados do Instituto Nise da Silveira tecem suas críticas:

Se a gente só tivesse RT teria que ser assim né, então, na verdade acaba podendo não ser assim que a gente tem hoje hospício pra receber essas pessoas porque se a gente não tivesse teria que ser ou não, eles ficariam em Paracambi. Que o certo era ter, era sair de uma instituição pra um serviço residencial terapêutico desde que esse trabalho pudesse ter acontecido em Paracambi. O problema é que em Paracambi isso não foi feito, não foi trabalhado, então assim tinham pessoas com comportamento muito mais arraigado né, nessa coisa da institucionalização, muito mais regredido, muito mais, é...resposta assim totalmente imediata as coisas que a gente conseguiu mediar de uma outra forma e que conseguiu se construir uma outra possibilidade, mas se isso fosse feito na instituição de origem, se a perspectiva fosse colocada pra eles desde o início não vejo porque não, não vejo porque não. ( Entrevistado Nise 02)

Então, assim, acho que ao longo desse tempo de 12 anos perfeitamente possível que esse trabalho iniciado dentro do hospital alguns desses pacientes pudessem ir pra RT. Outros talvez precisassem sabe de enfermaria como um suporte quando tivesse em crise nessas RT's. (...)Acho que a enfermaria poderia...falo enfermaria porque é o que tem, mas acho que leito de CAPS III poderiam servir pra essas pessoas quando tivessem saindo de Paracambi e ir pra uma RT. Acho que se esse acompanhamento tivesse acontecido de uma forma mais cuidadosa ao longo desse tempo, desses 12 anos singularmente, cliente por cliente, acho que seria, por que não? possível a ida deles pra uma RT direto.(Entrevistado Nise 03)

Houve municípios que priorizaram a abertura de residências terapêuticas, como foi o caso de Duque de Caxias. “Tanto que Caxias era um grupo bem grande (...) e eram bastante pacientes em sua maioria indicados para RT, tanto que nós temos em Caxias 06 residências terapêuticas com 07 moradores em cada e assim eu posso te dizer hoje que mais de 90% oriundos da Dr. Eiras.” ( Entrevistado Estado). Paracambi também construiu residências terapêuticas com a proposta de que na medida em que os municípios fossem fazendo as suas próprias, as pessoas pudessem voltar para seus territórios de origem. “Paracambi quando assumiu a intervenção eles assumiram também muitos pacientes que estavam em total abandono por suas famílias. E aí Paracambi fez muitas residências. Hoje em dia são 19.” ( Entrevistado Estado) . “Então tinha em Paracambi, eles aceitaram ficar com ele na residência terapêutica com o compromisso do município né...se a gente conseguir que os municípios ainda assumam isso, Paracambi daqui a pouco tem um pouco menos de residência né.” ( Entrevistado Estado)

Apesar desses avanços há críticas de como essas residências estão funcionando atualmente. “Eu apoiei acreditando que Caxias ia fazer um trabalho maravilhoso. São 06 casas dentro de um terreno, fui a inauguração, eu que fiz a desinsti pra Caxias, mas o trabalho está uma droga. Devendo tudo que você possa imaginar. Então está trancado....muito difícil, muito difícil.”

(Entrevistado Estado). Sobre o trabalho de desinstitucionalização como um todo o gestor do estado concluiu:

Eu estou com muito medo desse nosso trabalho afundar, muito, muito. Por conta dessas coisas...Aí palavras minhas, os CAPS estão ‘CAPScômios’, as residências estão algumas enfermarias. (...) eu queria avaliar todas as RT’s em algum momento, fazendo um trabalho em cima. (...)E aí a gente chega numa residência com uma paciente totalmente cheia de escabiose e a casa não tem água e aí não é que não tem água um dia sabe? Não tem água em casa! Então são coisas que não dá. Outra coisa, os moradores, eles tem grana, então isso tem que ser trabalhado pra que eles também cuidem da casa. (...) Cada um ganha mais ou menos mil reais. O que você faz com mil reais se você não tiver gasto nenhum? Eles não tem curso, eles não tem filhos, não pagam aluguel, não pagam comida, etc e tal. Então vamos trabalhar em cima disso. (...) Porque dinheiro de morador também é outra confusão.( Entrevistado Estado)

Sobre a implantação de residências terapêuticas no município do Rio de Janeiro um dos gestores defendeu que a distância entre Rio e Paracambi dificultou um trabalho de aproximação dos pacientes com a casa, equipe e território e que esse foi um dos motivos para transinstitucionalização.

Algumas vezes, no caso da Eiras pela distância e mesmo a gente indo, (...)mas é muito trabalhoso assim, e muito tenso, muito difícil você ir e voltar com o paciente, sabe? Vai pra residência terapêutica e volta, a gente ia de novo pra Rio, trazia de volta, o paciente voltava pro Rio. Então, isso era um desgaste muito grande assim pra equipe e pro paciente também, ficar 2 horas em ...Então, alguns casos a gente transinstitucionalizou já com uma direção de RT ou outra coisa mas porque...pela distância mesmo. O trabalho com esses pacientes muito graves, de familiarização, pra construir uma relação com a residência terapêutica.( Entrevistado Rio 02)

Entretanto, esse trabalho de aproximação ainda na Casa de Saúde Dr. Eiras foi possível para alguns casos, como esta senhora que foi para uma residência terapêutica em Campo Grande.

Teve uma pessoa que saiu também da Eiras direto pra essa casa, uma senhorinha também, diz ela que é baiana, mas passou por várias instituições aqui no Rio. Muito doída, muito doída, muito doída e ela foi uma das últimas pessoas a sair porque ela não queria sair da Eiras porque o marido dela ia voltar lá pra buscá-la. E a gente, as meninas, a acompanhante terapêutica dessa casa ia lá em Paracambi conversava com ela, ela topava vir conhecer, visitar a casa, vinha às vezes com a bolsa ‘hoje eu vou ficar pra dormir’ e chegava no fim da tarde ela não sustentava isso e voltava pra Eiras. Isso foi um trabalho de meses assim, até que um dia ela chega pra AT e fala assim: ‘você precisa de

mim aqui né?’ A AT confirmou. ‘ sabe por que? Meu marido está morando agora nessa casa aqui da frente, ele veio morar aqui.’ Aí ela disse: ‘ hoje não vou voltar mais pra Eiras, vou ficar aqui porque meu marido está morando ali’. E está morando na casa, ficou na casa, ela mesma construiu isso. ( Entrevistado Paracambi)

Neste caso foi possível construir uma aproximação da paciente com a residência terapêutica ainda durante a internação em Paracambi a partir do acompanhamento mais próximo da própria equipe da residência terapêutica que passou a visitar a paciente sistematicamente. Com a construção de vínculo com essa equipe, com a casa e com o bairro, a própria paciente encontrou um modo de poder habitar essa nova casa. Esse trabalho realizado a partir da equipe de segmento do CAPS apontou para um processo de desinstitucionalização diferente do percurso da maioria dos pacientes do município do Rio egressos da CSDE-P.

Segundo a gestão de desinstitucionalização do município do Rio de Janeiro, a questão da transinstitucionalização, a partir desse trabalho implantado em 2010, não se refere a uma questão de vagas. As pessoas não vão pra um outro hospital apenas porque tem uma vaga disponível e sim respeitando uma indicação clínica que passou pelo CAPS de referência.

Eu digo pros supervisores que eles são proibidos de falar em vaga porque a gente não trabalha com isso. Onde não tem vaga né? Se tem um paciente que a indicação dele está feita, construída e executada. Assim, o paciente já está naquele território, ele precisa ficar que seja numa residência terapêutica ali, o que a gente vai executar, se não tem a residência ali, não tem vaga, é o planejamento pra aquilo, pra que uma residência terapêutica seja criada. Então, o sentido não é de vaga né. Até ter certeza que esse paciente é pra residência terapêutica, o CAPS já tem que ter dito pra gente que ele tem x pacientes com indicação de residência terapêutica e sem a casa. É claro que tem um *gap* nesse tempo, mas aí é o *gap* do tempo do andamento das coisas públicas. (Entrevistado Rio 01)

O segundo entrevistado do município do Rio de Janeiro se posicionou diferente em relação às vagas em hospitais municipais e em relação à criação da residência terapêutica:

O ideal é que eles vão pra outros dispositivos, mas em casos assim...também a gente não tem dispositivos pra todo mundo. Tem muito menos residência terapêutica do que deveria ter, do que a demanda. Atualmente a gente ainda não tem como prescindir dos nossos Institutos. Mas nenhuma transferência foi feita pra clínica contratada, por exemplo, que era feito antes, pela pressão da Justiça, do tempo, sei lá o que. ( Entrevistado Rio 02)

De acordo com esse entrevistado não tem residência terapêutica suficiente no município e por isso a necessidade de se usar os leitos nos Institutos municipais. Diferente da posição defendida pelo entrevistado Rio 01 que argumentou que a ida pros hospitais não foi por falta de residência terapêutica e sim por uma indicação clínica. E que é só uma questão do CAPS dizer da necessidade de criação de RT pra seu território que estas serão criadas.

Em relação à criação de residências terapêuticas apareceu nas falas de alguns entrevistados que o número ainda é muito incipiente frente à demanda de desinstitucionalização na cidade.

Acho que o tempo das RT's, de implantação das RT's é bastante lento, bastante lento mesmo pra essas pessoas. Essas pessoas não tem muito tempo a esperar por mais 2, 3 anos pra ter RT pra elas e assim, não é por falta de trabalho né, trabalho dos pacientes, trabalho psíquico. Não é por falta disso que eles não poderiam estar em RT. Então, acho que ainda é bastante lento a implantação desses serviços frente ao trabalho desses pacientes. ( Entrevistado Nise 02)

Sobre a posição de a transinstitucionalização acontecer a partir de uma avaliação e indicação dos CAPS, é importante destacar a posição do CAPS Torquato Neto acerca da questão.

Eu acho que foi. Foi uma estratégia de *desins*, mas é como a internação, é o último recurso, entendeu? Eu acho que talvez a gente tenha apelado pra *trans* porque se a gente quer que o paciente vá pro território, que esteja na cidade a nossa primeira opção não pode ser uma transinstitucionalização, isso é um contra-senso. Então como a internação ela é o último recurso, é o último recurso no sentido de que você já agregou outros recursos, já disponibilizou outros recursos que tem naquele cenário.(...) então foi um recurso que nós utilizamos que eu entendi como último porque não tínhamos outro, mas hoje não dá, não é mais verdade isso que a transinstitucionalização é um recurso, ela tem que ser o último recurso. ( Entrevistado CAPS 01)

Só por esta fala já podemos perceber que a posição deste CAPS não é exatamente como os gestores do município haviam descrito sobre a participação dos CAPS nesse processo. O entrevistado do CAPS fala em “apelar” para a transinstitucionalização como “último recurso”, e se for a primeira opção, ou seja, uma indicação clínica trata-se de um “contra-senso”. E para completar o entrevistado do CAPS ao falar sobre a transinstitucionalização acrescentou:

E aí a gente precisa arcar com as consequências, tudo tem consequências e a gente vai ter que arcar com elas. Até poder...a gente tem que dar a volta por cima. Olha só, isso aí, naquele tempo teve essa consequência, a gente está vendo de novo, é isso mesmo? Vamos fazer desse jeito? Eu acho que a gente tem que assumir o esterco como adubo, entende? É isso. (...) pegar o que ficou ruim pra adubar o que vai pra frente, entende? Porque vai sempre sobrar alguma coisa, alguma coisa difícil, alguma coisa ruim, alguma coisa de conflito, sempre vai sobrar e coisas que a gente não quer que se repitam, só que isso faz parte da vida. Eu acho que a gente tem que tentar fazer alguma coisa com isso. Tem que pegar isso pra adubar o terreno. Também não adianta ficar, não, pega e faz só um sistema de esgoto e botam lá, faz outro lixão. Não. O que vai fazer? Tem que fazer alguma coisa! A gente vai ficar só fazendo lixão? ( Entrevistado CAPS 01)

Este tópico apresentou a entrada do município do Rio de Janeiro no processo de fechamento da CSDE-P. Foi possível depreender pelo menos três momentos distintos. No primeiro momento, as transinstitucionalizações eram realizadas a partir da indicação de vagas de leitos, independente de ser em instituições públicas ou conveniadas e os pacientes eram transferidos em bloco, sem um trabalho singularizado com cada um. Num momento posterior, houve uma tentativa de aproximar os CAPS desse processo, através de discussão e apresentação de casos, mesmo que as transferências ainda fossem por questão de vagas. No terceiro momento, a partir de 2010, a tentativa foi que os CAPS dessem a direção de trabalho para cada paciente, e os casos indicados para transinstitucionalização não iriam mais para os leitos conveniados. A partir desse momento que se começou a falar em “transinstitucionalização transitória” no município do Rio de Janeiro. O objetivo é que aqueles que não puderam ir para suas casas ou residências terapêuticas tenham uma passagem breve pelos Institutos municipais, enquanto essas outras possibilidades não sejam construídas.

Neste contexto, surge outro argumento em defesa da transinstitucionalização. Um dos entrevistados do Rio defendeu que um dos motivos da transferência é aguardar que a residência terapêutica seja implementada, ou se já estiver disponível que o paciente possa ser inserido aos poucos, dado que a distância de Paracambi era um fator de dificuldade de aproximação dos pacientes com a casa, com a equipe e com o bairro.

O tema da implantação de residências terapêuticas foi apresentado com tensões. Mesmo os gestores do Rio de Janeiro não compartilharam das mesmas opiniões. O entrevistado Rio 01 defendeu que a necessidade de SRT é indicada pelos CAPS e que, portanto, não podemos falar

em escassez desse recurso. Já o entrevistado Rio 02 afirmou que o número de SRT ainda é insuficiente frente à demanda.

#### 4.1.3 Transinstitucionalização- Instituto Municipal Nise da Silveira

Passando para a transinstitucionalização que foi realizada para o Instituto Municipal Nise da Silveira, um de seus gestores localiza a transinstitucionalização pra este Instituto em diferentes momentos também. Primeiro os pacientes chegavam ao Instituto quando saíam da CSDE-P com alguma questão clínica e depois que recebiam alta do hospital geral não podiam mais voltar, pois na Casa de Saúde Dr. Eiras não podia mais internar. “Chegaram alguns clientes(...) Depois eu fui rever, tiveram clientes, tipo assim, é..porque em Paracambi você não podia mais internar, então quando o cliente saía com alguma complicação clínica, quando ele voltava não podia mais ficar lá. Então a gente terminou recebendo” (Entrevistado Nise 01). Depois, o município fez uma parceria com o governo do estado e criaram a Casa de Passagem dentro do Instituto Municipal Nise da Silveira.

O segundo momento já foi no que era chamado na época no Programa de Moradias, que nesse caso o Instituto, acho que foi em 2007, fez uma parceria com o Estado, né, a coordenação de saúde mental e se pensar numa moradia transitória, que se chamou a Casa de Passagem, que foi criada aqui no Instituto. Tinha um cronograma muito fechado, que a gente não conseguiu cumprir e essa casa seria aberta em 2007 num espaço provisório, numa antiga enfermaria,(...) passaria só 3 meses ali e depois iria pra onde havia sido a Casa d'Engenho né, o serviço hospital-dia. Demorou acho que um ano pra isso acontecer, pra ir pra outra casa, dependia da saída da Casa d'Engenho, pra virar o CAPS Torquato, mas aí a gente começou a receber a clientela que seria num total de 50 clientes, que a gente receberia, passariam pela Casa de Passagem né. Estavam previstas 5 casas, seriam 30 pacientes em RT's. Essas 5 casas que eu estou falando são RT's. E a Casa de Passagem com 20, então no total seriam 50, pra começar. (Entrevistado Nise 01)

Este tipo de dispositivo de moradia de passagem foi criticado pelo entrevistado Nise 01: “Hoje eu sei que é chato afirmar as coisas, mas na mesma forma que eu acredito que a enfermaria de longa permanência não tem que existir, eu acho que Casa de Passagem também não tem que

existir. São dispositivos que a gente vê que o investimento é muito maior do que o resultado” (Entrevistado Nise 01). Outra crítica em relação a este dispositivo é que acabou se naturalizando dentro do Instituto que os pacientes que chegariam da CSDE-P iriam direto pra essa Casa de Passagem.

Então era muito natural pensar só na Casa de Passagem. Só que antes, assim, (...)a gente já começou a reorganizar os MAPS, essas moradias internas, né. Então acabou com essa história de que é de Paracambi tem que ir pra Casa de Passagem, ou sendo da Casa de Passagem não pode ser nenhum cliente de outra origem né. Então, a gente tentou colocar uma clientela com uma afinidade maior, possibilidade de saída, que a gente achava que as casas, as RT´s saíam num tempo muito mais adiantado do que foi e a outra mudança que aconteceu é que a gente tinha toda essa clientela vinculada só ao Torquato Neto, era natural cliente de Paracambi ser do Torquato Neto. ( Entrevistado Nise 01)

Apesar das críticas, há um entendimento de que a proposta de criação da Casa de Passagem já foi uma tentativa de fazer diferente de uma enfermaria de longa permanência.

Agora, revendo né essa proposta inicial que era da direção anterior, aparentemente era bem interessante você criar um espaço de passagem, não criar enfermaria, já foi um passo. Na época a gente no processo de desconstrução das enfermarias ...E a gente já estava no final disso, só estava com duas enfermarias pra fechar de longa permanência, então a Casa de Passagem já foi uma tentativa de não abrirem mais enfermarias, teve esse lado positivo. ( Entrevistado Nise 01)

O projeto inicial era que viriam para esta casa os pacientes com maior possibilidade de morar em uma RT, aqueles que na avaliação da equipe já estavam em um trabalho de habitar uma casa fora dos muros manicomial e que tivessem mais autonomia, prescindindo de um acompanhamento 24 horas.

Bom, inicialmente o critério pra ir pra Casa de Passagem era de maior autonomia, por quê? Porque a Casa de Passagem era uma casa que tinha uma perspectiva de saída, que era..que eu posso dizer, ...não sei se é exatamente o contrário das outras casas, mas a princípio as outras casas não tinham essa destinação. As pessoas que moravam nas outras casas do programa até poderiam um dia vir a sair pra uma RT como tem acontecido né agora, mas assim não era o objetivo principal que essas pessoas saíssem,

muito pelo contrário né, eram casos assim que a princípio as pessoas precisavam ficar em um espaço mais protegido. (...) então, como tinha uma expectativa de saída e as casas do município do Rio naquela época seriam de baixa complexidade, sem cuidador à noite, então o critério era o critério de autonomia mesmo, de gravidade também do caso, no sentido assim, de poder ficar sozinho de noite né, de ter uma certa autonomia assim pra fazer algumas atividades da vida diária, tomar banho e tal. ( Entrevistado Nise 06)

A Casa de Passagem é montada no Instituto Municipal Nise da Silveira de uma forma diferente das demais casas do Programa de Moradias internas, tanto na questão dos recursos humanos, que eram do Governo do Estado, quanto no entendimento do que seria a direção clínica. Na fala deste entrevistado aparece que a direção da Casa de Passagem era a criação de residências terapêuticas de baixa complexidade, enquanto as demais moradias do Nise da Silveira não tinham essa expectativa de saída para seus moradores.

Essa questão fica ainda mais explícita na próxima fala do mesmo entrevistado, que ao falar sobre uma paciente que saiu de uma outra casa do Instituto e se mudou pra Casa de Passagem, deixa claro o que pensa sobre as moradias internas do Instituto. “Acabou indo pra lá porque tinha indicação pra uma RT, então assim, ela saiu da casa onde ela estava, que era uma casa que a princípio são de pessoas que vão permanecer pra ir pra uma casa pra sair e foi o que aconteceu, ela saiu.” ( Entrevistado Nise 06)

Segundo este entrevistado havia diferenças entre os espaços de moradia internas do Instituto Municipal Nise da Silveira. Em algumas casas não havia a expectativa de que alguns pacientes fossem desinstitucionalizados, enquanto que em outras, esse era o norte do trabalho. A pergunta que se faz é que direção de trabalho se estabelecia para as casas em que a indicação era que os pacientes “vão permanecer”? Se não é o trabalho de desinstitucionalização, o que orientava as práticas dos profissionais? Morar pra sempre nessas moradias internas? Neste momento nos retorna o que já foi dito no capítulo anterior, uma sensação de que a direção de trabalho era para que as pessoas morressem felizes ali dentro.

A Casa de Passagem começou a ficar precarizada em relação a RH e com o passar do tempo, foi se tornando cada vez mais responsabilidade do Instituto Nise da Silveira, o que mudou totalmente a direção dessa casa e das demais do Núcleo de Reabilitação e Integração Social. Atualmente não há mais nenhum funcionário do estado trabalhando na Casa de Passagem e nem todos os pacientes que moram lá vieram da Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi.

O estado entraria com o RH completo, então na época chegou uma TO, uma assistente social e eu acho que seriam 14 técnicos de enfermagem, do estado. A partir daí já começaram as primeiras complicações porque os técnicos que vieram, a grande maioria não tinha a menor assim, a menor afinidade com a saúde mental, que dirá com esse trabalho de longa permanência, que dirá com o trabalho de *desins* né. Então a gente teve grandes assim dificuldades. Com o tempo as pessoas foram saindo, os técnicos foram pedindo pra sair. O próprio estado foi retirando. (...) Terminou acontecendo o próprio Instituto bancando essa Casa da Passagem com RH, a gente introduziu a figura do cuidador né, que pelo estado ainda tinha isso não poderia ser cuidador, tinha que ser técnico de enfermagem, assumindo uma outra função que não seja a tradicional, que é mais complicado com..né..com uma equipe que não tinha nenhuma afinidade né com esse tipo de trabalho, muitos saíram por causa disso logo de cara. ( Entrevistado Nise 01)

Conforme já exposto, o projeto era que os pacientes egressos da Dr. Eiras- Paracambi iriam pra essa Casa de Passagem e depois de um tempo de trabalho passariam a morar nas residências terapêuticas. Entretanto, as residências demoraram a sair e dos 20 pacientes que chegaram de Paracambi para esta casa, apenas 04 saíram e estão em residências terapêuticas. Os demais continuam na Casa de Passagem ou em outro módulo de moradia do Instituto ou já faleceram.

(.. )Só que a gente não conseguiu cumprir os prazos, vários motivos, desde, é, o contrato junto a ONG pra alugar essas casas, que ainda seriam vinculadas ao Nise da Silveira, que as primeiras RT's eram do Nise, depois que passaram pro CAPS. Então, vários problemas do convênio, assim, atrasar...eu lembro quando a gente conseguiu o convênio não tinha como alugar casa, uma dificuldade também da área de alugar casa. (Entrevistado Nise 01)

A partir de 2008, quando os CAPS assumem o gerenciamento das residências terapêuticas, o CAPS Torquato Neto que já era o CAPS de referência para os pacientes da Casa de Passagem, assume a responsabilidade de montar as residências terapêuticas para esses pacientes. Entretanto, houve vários impedimentos e impasses durante esse processo e a primeira RT com pacientes da Casa de Passagem está sob a gerência do CAPS III João Ferreira Filho, localizado no Complexo do Alemão.

É..teve um trabalho muito intensivo com essa clientela já de passagem. Eles sabiam que estavam vindo pro Nise pra uma passagem pra uma RT, só que a demora foi muito grande. A gente já tem notícias dos primeiros que saíram pra RT que deixou de ser do Torquato. (..) E aí a equipe do Torquato na época eu acho que não estava muito preparada, faltava equipe, então seria uma sobrecarga muito grande, questão das casas, do território. Isso foi bem difícil pra eles. E aí o CAPS, o CAPS III assume isso e abre a primeira casa, que é algo se a gente for pensar bem é inusitado assim. É um CAPS daquela área ali da 3.1 que abre uma casa no Méier, que é da área do EAT(Espaço Aberto ao Tempo) com a clientela do Nise. (...)O que eu avalio hoje é que o número de clientes pelo investimento que foi feito e que saíram pra uma RT foi muito baixo porque foi um investimento muito assim radical. ( Entrevistado Nise 01)

Não, nós achamos, mas aí não tinha convênio, aí não pôde alugar, aí o convênio ficou um maior tempão sem renovar, então não pôde alugar, aí depois quando a gente conseguiu o convênio não achamos a casa, que aí teve várias mudanças em relação a tipos de contratos de locação na cidade, (...)teve esse intervalo. E aí, a gente não conseguiu e enfim, pelo menos nessa área, demorou mais tempo e aí a coordenação entendeu também e nós entendemos na ocasião que o CAPS não tinha também, é, naquele momento o Torquato Neto, que estava passando por um período de precariedade muito grande, a gente ficou sem pernas pra acompanhar esse processo, não técnico de dentro do CAPS, de atendimento, mas de fora. Isso exige, tem uma complexidade de organização, que precisava AT pra acompanhar e nós não tínhamos gente nem pra atender os pacientes, quanto mais pra acompanhar uma desinstitucionalização, pra coordenar uma desinstitucionalização. E aí a coordenação entendeu que era necessário que isso se fizesse logo, então, nós também sugerimos que isso pudesse ser feito com outro CAPS que tivesse mais recursos que nós e aí nós sugerimos o João Ferreira e aí eles dirigiram essa parte de RT pra lá. E a casa é de lá hoje. ( Entrevistado CAPS 01)

Ainda sobre essa relação entre casa de passagem, residência terapêutica e CAPS é interessante apresentar como a questão do morar em uma casa era abordada e trabalhada pelas equipes da Casa de Passagem e do CAPS Torquato Neto.

Nós fazíamos um grupo semanal aonde nós discutíamos essas questões do morar e esses pacientes que já estavam matriculados conosco todos iam a esse grupo, a indicação que todos pudessem participar. Na ocasião, todos estavam na Casa de Passagem. (...) Então, eles iam pra esse grupo e nesse grupo a gente discutia as questões da moradia, das ideias que eles faziam catastróficas com relação a morar fora de um hospital, já que eles ficaram muitos anos dentro dele né, dentro de um hospital psiquiátrico. Eles puderam estar dizendo também não só das ideias catastróficas, mas do que eles desejavam em termos do que era moradia pra eles. Alguns diziam que queriam morar com a família ainda e então a gente teve também um longo trabalho aí não só de encaminhá-los pra RT, mas pra trabalhar com eles a possibilidade do que seria, do que poderia ser concreto pra eles morarem né, então não foi só um trabalho de ..não, vamos trabalhar pra eles, que eles tem que entender que eles tem que ir pra RT, não é isso né. Então, teve um trabalho aí pra que a gente pudesse percorrer um pouco o que eles construíram pra eles do que era

o morar, que inclui com quem você mora, aonde você mora, que recurso você tem aonde você mora, que tipo de casa você quer, o que você acha que é uma cozinha, um quarto, uma sala, uma convivência social. Isso tudo era discutido também nesse grupo. É. Isso foi construindo aí laços maiores entre eles, algumas separações porque muitos deles também moravam antes na Dr. Eiras juntos, mas depois que saem vieram pro Nise com o tratamento eu acho que também começaram a ver de outra maneira até as relações que eles tinham entre eles. (...)Então, isso tudo foi configurando aí um trabalho e uma história desse novo lugar, que lugar é esse que eu vou estar agora? Na cidade, na família, esse tratamento, na minha vida, é conjuntamente com o tratamento do CAPS e esse trabalho do morar também e foi se configurando dessa forma. (Entrevistado CAPS 01)

Esse grupo ficou desgastado porque eles pensavam na casa, falavam da casa, imaginavam a casa e a casa não saía nunca. Antigamente esse grupo, no início era semanal, depois passou a ser quinzenal pra não ficar tão maçante né, porque aí depois eles mesmos ficaram reclamando. ‘Ah! A gente vai lá, essa casa nunca sai’ e ‘ eu não quero mais ir pro grupo, a gente só fica falando de uma casa que não sai’. E a casa saiu em 2011, eles ficaram muito felizes. ( Entrevistado Nise 06)

As equipes valorizam essa construção gradual do que seja o morar, pois avaliam que para muitos pacientes não seria possível sair direto de uma longa internação e habitar uma casa na cidade. O trabalho na Casa de Passagem juntamente com o CAPS seria uma preparação para que a passagem para uma residência terapêutica fosse feita com o maior cuidado possível, respeitando o tempo de cada paciente.

A casa de passagem é um dispositivo de transição. Pra algumas pessoas eu acho que seria muito difícil sair de repente de uma longa internação de um hospital assim como Paracambi foi e ir pra uma RT numa cidade como o Rio de Janeiro. Eu acho que pra alguns pacientes isso poderia ser muito invasivo. A Casa de Passagem é um espaço intermediário, então, assim, eles foram, ficaram lá um tempo. A direção de trabalho numa casa de passagem é a mesma de uma RT né. Você está ali pra estar trabalhando, embora a casa seja protegida né, tem técnicos de enfermagem, está dentro do hospital, então se sair, foge ali pelo hospital mesmo e tem cuidador 24 horas né, que tem que ter. É um espaço mais protegido, mas a direção do trabalho é um direcionamento de RT mesmo, de *desins*. Então, assim, eu acho que pra algumas pessoas, eu acho que é importante, um serviço importante, mas assim essa passagem também pode ser feita dentro do hospital, nada impede que essa passagem também seja feita. No caso dessa Casa de Passagem do Nise da Silveira, quando ela foi montada, ela foi montada pra receber os pacientes de Paracambi, até porque eles tinham que ter um lugar pra ficar, até que as casas saíssem. Então, assim como precisava sair e não tinha casas pra colocar também teve essa casa né, que a princípio iam receber essas pessoas, essas pessoas seriam preparadas e essas pessoas iriam todos pra uma RT, isso é um projeto que é ideológico, utópico, seria, seria isso, não foi o que aconteceu ... ( Entrevistado Nise 06)

Há vários aspectos importantes de serem destacados nessa fala. Primeiro que o entrevistado defende que o trabalho numa casa de passagem dentro de um hospital segue a mesma direção de uma residência terapêutica na comunidade, a única diferença é a proteção que o hospital oferece, mas que ambas seguem a direção de desinstitucionalização.

Essa fala nos remete a duas formas de pensar a desinstitucionalização. A primeira que a desinstitucionalização não é necessariamente um rompimento com o hospital psiquiátrico, mesmo dentro dele pode-se desenvolver práticas antimanicomiais, ou seja, uma casa de passagem pode parecer uma RT. Ratifica um sentido de desinstitucionalização já apresentado no primeiro capítulo, como intencionalidade de tratamento, um princípio, não fazendo diferença se está dentro ou fora do complexo hospitalar. A segunda possibilidade de análise é pensar que a RT apesar de estar no território da cidade, fora dos muros do hospital, também pode reproduzir as práticas hospitalares, se de fato não rompe com o paradigma psiquiátrico totalizante e continuar parecendo uma moradia interna ao hospital.

Outro aspecto a ser destacado é quando o entrevistado se refere à montagem da Casa de Passagem do Nise da Silveira, que foi montada para receber “os pacientes de Paracambi, até porque eles tinham que ter um lugar pra ficar, até que as casas saíssem. Então, assim como precisava sair e não tinha casas pra colocar também, teve essa casa”. Desta forma, parece que um dos motivos da construção da Casa de Passagem foi a falta de outro lugar para receber os pacientes e não como um dispositivo essencial de transição, necessário para pacientes institucionalizados. Outro ponto paradoxal se apresenta, pois o espaço no início da fala é defendido como um dispositivo clínico imprescindível. No meio da fala se apresenta apenas como um lugar para ficar na falta de outro e no final é criticado por ter sido um projeto “ideológico e utópico” e que não aconteceu o que estava planejado.

A partir dessas críticas à construção de casas de passagem, uma reorganização foi proposta para receber os casos transinstitucionalizados, que foi a partir do trabalho do Instituto Nise da Silveira em convocar os CAPS do território pra estarem junto na construção dos casos que viriam da Casa de Saúde Dr. Eiras, configurando um terceiro momento da transinstitucionalização no Instituto Municipal Nise da Silveira.

O melhor caminho foi responsabilizar os CAPS pela *desins*, (...), de trazer pra discussão junto, de pensar em projetos terapêuticos, de não ser uma *trans* tipo tira o cliente e coloca numa vaga aqui. Discutir os casos antes, se pensar pra onde esse cliente iria, né. ...hoje em dia ir pra um NRIS né, que é o antigo Programa de Moradias, não é mais somente por uma vaga, é uma indicação clínica. Evidente que a gente ainda está muito aquém dessa discussão clínica, muito, tem que ainda avançar nesse acompanhamento, mas diante do que já foi eu acho que já caminhou muito. Você contar a história de um cliente, pensar junto ao CAPS o que seria mais viável pra ele, pensar nessa chegada aqui no Instituto como é que ia se dá, não ser em bloco. ( Entrevistado Nise 01)

Uma virada importante que o Instituto Municipal Nise da Silveira propôs foi em relação ao uso que se faz das enfermarias de crise para a questão da desinstitucionalização. Antes, segundo o relato dos entrevistados, os pacientes que vinham de outras instituições psiquiátricas eram colocados em enfermarias específicas para a clientela de longa permanência. A partir de 2009, as enfermarias de longa permanência foram desconstruídas no Instituto e com essa chegada dos pacientes da Dr. Eiras de outra forma, através da participação dos CAPS no processo de transinstitucionalização, as enfermarias de longa permanência não foram pensadas como uma possibilidade e começou a se pensar nas enfermarias de crise pra articular a desinstitucionalização. A partir daí, no Instituto Nise da Silveira a questão do atendimento à crise se tornou associada à questão da desinstitucionalização. Surge novamente uma questão paradoxal. Usar a própria internação contra a ideia de internação prolongada. Um novo tipo de institucionalização para desconstruir a velha institucionalização. Usar o manicômio contra ele mesmo.

Eu sempre fiquei com uma pulga atrás da orelha assim de como seria aquilo de receber pacientes vindos de Paracambi indo ficar dentro de uma enfermaria, sempre ficando com medo de se reeditar... buscar a reedição de uma enfermaria de moradores, isso me arrepiava e me arrepia. (...)Isso é uma coisa tenebrosa pra mim e aí a gente também bancou um pouco junto, foi bom nessa ocasião a gente já estar com as enfermarias territorializadas pra poder colocar esses pacientes assim por mais difícil que fosse aquilo pra lidar com esses pacientes dentro de enfermaria com outros pacientes em crise né, com sintomas bastante agudizados, acho que foi ótimo, foi ótimo isso pra gente ter tomado um pouco essa decisão aí de não formar nenhuma enfermaria específica pra Eiras,(...) com toda pressão de leitos que eu sabia que seriam leitos que ficariam ali né indisponível pro...meio que colocaria em xeque um pouco a nossa capacidade pra atender pacientes em crise vindos né de suas casas pra emergência e que precisassem ser internados no Nise. E aí, eu tinha outra grande preocupação também que era que por conta desses leitos aí era que os pacientes de Paracambi estavam ocupando dentro das enfermarias isso me levasse a pressão tal que começasse a solicitação de transferência pra clínica conveniada e isso eu volto a dizer de novo, eu acho que graças a essa coisa da territorialização das enfermarias foi possível acolher esses pacientes sem mexer nessa coisa de que a gente não transfere paciente nenhum pra clínica conveniada ao SUS. (Entrevistado Nise 03)

Ali do NAC a principal dificuldade pelo menos que ficou pra gente assim mais na hora era disso, como é que a gente vai receber essas pessoas com o mínimo de qualidade na atenção a aquele paciente e ao mesmo tempo a gente precisa garantir que os pacientes que estão chegando em crise tenham vaga aqui, tenham a mesma atenção? Como fazer *desins* e atenção à crise no mesmo lugar, entendeu? E isso é fundamental porque senão a gente teria que pensar em separar e fazer mais uma vez uma enfermaria de longa permanência, coisa que a gente partiu desse princípio, que isso não vai acontecer, entendeu? Então, como que a gente vai fazer pra isso não acontecer? E aí, assim, uma coisa super difícil de bancar e sustentar nas mínimas ações cotidianas.(...)Então, foi isso, assim, e bancar isso de que apesar de ter essas dificuldades, apesar da equipe estar um pouco frustrada por ter esvaziado uma enfermaria e depois ter que encher ela de novo, de pensar assim: tudo bem, talvez a *trans* não seja a melhor coisa, porém é melhor que essas pessoas estejam aqui do que estar em Paracambi. ( Entrevistado Nise 04)

A ideia da enfermaria de crise entrar nesse processo de receber a clientela de Paracambi surgiu de um entendimento de que o dispositivo enfermaria pode ser potente no momento de se articular uma alta médica. Os entrevistados concordam em unanimidade que é muito mais fácil dar alta de um dispositivo tipo enfermaria de crise do que de uma moradia interna.

Porque assim é...eu lembro que pra terminar as enfermarias, as 4 enfermarias, a única coisa boa que tinha era poder dar alta de enfermaria. Isso tem um efeito tremendo. Você dar alta de uma suposta moradia interna é muito mais complicado. (...)Então, assim, o NAC ele entra como uma enfermaria. Porque assim é muito estranho ter que colocar isso porque a gente desconstrói vários conceitos e tem que usar alguns não da mesma forma que a gente estava usando. A gente tem que aprender isso, que é muito complicado. A gente é muito radical na saúde mental. Ah! Fala assim: “Não pode internar”, a gente não quer que se interne nesses moldes, a gente trabalha pra desconstruir, mas uma internação, um acolhimento pra um sujeito num momento né de desespero, de grande sofrimento, talvez seja necessário. Agora, como a gente vai fazer isso? A mesma coisa com a *desins*, com a *trans*. Talvez seja necessário mesmo esse cliente antes passar por uma enfermaria, não ir direto pra uma moradia. O que vai significar pra vida dessa pessoa estar indo pra uma moradia, pra família, se ele tem uma chance de saída? Então, o outro momento também que a gente pôde pensar foi a inclusão das enfermarias nesse processo de *desins*.” ( Entrevistado Nise 01)

A alta da enfermaria e o trabalho de retorno familiar foram destacados como importantes, como um trabalho que tem dado certo, tanto que alguns pacientes transinstitucionalizados para o NAC já voltaram para suas casas. No entanto, foi também problematizado pelos entrevistados profissionais que acompanharam diretamente os casos. Destaque para esta fala:

Não dá pra saber o que seria, mas eu estou falando por isso assim, há quanto tempo que a Eiras está pra fechar e o tempo que eles demoraram, esses pacientes a ir pra casa, do Nise pra casa, 01 ano. Em 12 anos, o que foi feito em 01 não era possível? Não sei. Será que é só a distância que impediu que esse trabalho acontecesse? Sei lá, entendeu? Talvez desse..eu acho. Tem muitos casos também que às vezes surgem ali no GT, que a gente pensa assim: ‘poxa! Será que não dar pra ele ir direto? Porque também tem uma preocupação principalmente da moradia, eu acho, de que o paciente sendo transinstitucionalizado e indo pra uma casa dentro do hospital, que é a moradia, que a família também relaxe, ‘ ah! Ele está sendo bem cuidado, ele está em uma casa, sei lá o que, então pra que ele vai pra minha casa se ele já tem uma?’ Então, isso tem sido colocado em questão muito pela moradia. Será que não dá pra ele ir direto pra casa? Será que vim pra cá não vai ser um retrocesso no trabalho? Com a família, com o paciente? Eu acho que alguns podem ir direto sim. ( Entrevistado Nise 04)

Este aspecto nos remeteu à experiência de desinstitucionalização italiana que trabalhou em Trieste com a ideia de que não se desinstitucionaliza dividindo os agudos dos crônicos, já que desta forma o parâmetro continua sendo a doença. Os operadores desta experiência falavam em assumir a demanda como uma totalidade indivisível. E que de forma alguma está longe de ter tensões, contradições, conflitos, pois só trabalhando com isso que as mudanças e transformações de fato podem ocorrer. ( ROTELLI, 1990)

Nesse momento, dois casos serão citados. O primeiro demonstra a dificuldade de trabalho com a família quando o paciente se encontra em um espaço de moradia interna do Instituto Nise da Silveira, de como essa questão da alta se mostra mais distante. E o segundo caso, foi um retorno familiar trabalhado a partir da enfermaria de crise em parceria com o CAPS Torquato Neto.

A Patrícia<sup>7</sup> é uma paciente muito grave, ela é muito delirante e é alguma coisa que não cede com o uso de medicação, com toda intervenção e acompanhamento que a gente tem com ela aqui no CAPS em outros âmbitos assim. (...)isso é muito...pros familiares é muito difícil ouvir isso. A Patrícia ficou 30 anos na Eiras. Tinha visitas esporádicas do irmão que depois de algum tempo descobriu que a Patrícia estava lá assim. Ela é de uma família com muitos irmãos, 6 ou 7 assim, uma mãe que tinha transtorno mental, que bebia, usava drogas, a mãe dela hoje é falecida, o pai também. (...)E o Heitor, o irmão dela, ele descobriu a Patrícia há pouco tempo, ficou muito tocado com a situação dela, mas teve muita dificuldade de poder pensar o retorno da Patrícia pra casa. Eu acompanhei a discussão do caso da Patrícia trazida pela supervisão do município. (...)Então, a supervisão veio pra discutir o caso com a gente, que era um caso pra nossa área, o irmão da Patrícia mora em Pilares, que é território nosso e aí ela trazia que era um caso que era de possibilidade de retorno familiar. Então, a gente fez alguns atendimentos com o irmão aqui no CAPS, com o irmão e a Patrícia. A Patrícia começou

---

<sup>7</sup> Os nomes citados ao longo deste trabalho são fictícios para preservar o anonimato dos pacientes e de seus familiares.

a frequentar o CAPS ainda em Paracambi, foi bom porque possibilitou que a Patrícia conhecesse as pessoas e se vinculasse ao serviço, mas o processo com o familiar, com o irmão dela, o Heitor, estava muito difícil assim. A impressão que eu tive quando o caso veio trazido pela supervisão foi de que estava bastante avançada essa possibilidade do retorno, e de que ela seria bastante possível e o que eu percebi quando comecei os atendimentos com o irmão era que isso não iria ser fácil. (...)Ele não queria alugar uma casa porque o apartamento era próprio, ele tava tentando ver isso (...) aí, enfim, durante esse caminho a Patrícia acabou indo pro Nise que era uma coisa que a gente não estava esperando porque o que veio do município era uma outra coisa, mas que não tinha outra possibilidade, não havia possibilidade de fazer o retorno familiar nesse momento.(...) Eu acho que houve pouco investimento do município no retorno familiar desses pacientes. Eu não sei em termos de números quanto que foi isso, mas eu falo isso a partir desse caso, que ainda acho que é um caso com possibilidade de retorno familiar, mas aí é o preço da transinstitucionalização. Ela está numa instituição, numa moradia, ela está no programa de moradias e isso fez com que o irmão recuasse totalmente. (...)A minha sensação é que poderia ter sido colocado de forma mais clara pro Heitor quais eram as condições e qual era a data de saída. Ele não sabia quando a Patrícia ia sair, ele sabia que ela ia sair, que tinha uma ação do Ministério Público, mas ele não tinha a data, acho que precisava ter acontecido coisas mais concretas e ter sido acessado outras pessoas da família, ter tido um investimento de outras pessoas da família. Apesar de todo interesse do Heitor, a preocupação do Heitor, ele tinha um impedimento. As pessoas não conheciam a casa dele, as pessoas não sabiam o que que era isso, não tinham essas informações que apareceram aqui no CAPS com relação a vida dele. (...)E aí eu acho que a gente agora está precisando acessar e a gente vai recomençar tudo de novo, uma coisa que já vinha sendo feita há 8 meses lá em Paracambi. Então, eu acho que isso possibilitaria que a Patrícia pudesse ter ido pra casa. Ela sofre muito com isso, ela fala: 'eu tenho minha casa, eu quero ir pra minha casa, eu sei morar numa casa'. (Entrevistado CAPS 02)

Nesse caso chama atenção a forma que o trabalho prévio a chegada da paciente no Instituto Municipal Nise da Silveira foi realizado. De um lado, foi interessante a aproximação do irmão e da própria paciente com o CAPS, só que nem esses atendimentos anteriores possibilitaram um retorno familiar. Outro ponto curioso é que o caso foi passado como certo de retorno familiar. Em 08 meses de trabalho em Paracambi, a dificuldade do irmão não apareceu, só aparecendo no CAPS, quando a alta da Dr. Eiras se aproximava. O profissional destaca que em sua avaliação um retorno familiar seria possível, desde que houvesse investimento pra isso e alegou que no CAPS não houve tempo hábil para este trabalho antes da transinstitucionalização. Em relação a esta, o entrevistado também destaca que a partir dessa transferência pro Instituto Nise da Silveira houve um retrocesso no trabalho, pois o irmão se distanciou, recuando diante da possibilidade que a irmã pudesse morar com ele. Agora o caso se encontra em processo de reconstrução, ampliando para outras possibilidades de saída, inclusive com outros irmãos.

O segundo caso aborda um retorno familiar a partir da enfermaria. João permaneceu no Instituto Nise da Silveira por quase 01 ano e seu retorno para casa se deu em parceria com o CAPS Torquato Neto que continua o acompanhando. Trata-se de um paciente que só pode contar

com sua mãe idosa, que se recusava a recebê-lo de volta. Depois do trabalho da enfermaria, com o acompanhamento de uma acompanhante territorial e do CAPS, foi possível para a mãe recebê-lo em casa novamente desde que tivesse cuidador 24 horas. Atualmente, a mãe já consegue cuidar desse filho sem o apoio do cuidador, contando apenas com o acompanhamento e suporte do CAPS.

Ele ficou 19 anos em Paracambi e ficou um ano e pouco no Nise internado na enfermaria lá. O João teve um processo aqui no CAPS muito interessante. O relato do prontuário é que esse processo de saída do João foi bastante difícil. A mãe dele é uma pessoa super difícil, ela se sente muito perseguida por uma série de pessoas, de coisas, então tudo com ela tem que ser com muito cuidado, muito explicado pra ela não achar que a gente está querendo passar a perna nela ou fazer qualquer coisa contra ela. Isso melhorou muito também com o CAPS, com a entrada do CAPS. E a dona Maria, que é a mãe do João, teve muita dificuldade em receber o João em casa, a casa deles é pequena(...)Em algum momento ela entendeu que era possível o João voltar pra casa porque poderia ser contratada uma cuidadora pra estar com ele, uma cuidadora 24 horas. Então, tinha cuidador que fazia o dia e tinha cuidador que fazia a noite. Dona Maria teve vários problemas com a cuidadoras (...)Há mais ou menos 4 meses o João está sem cuidador e está com a Dona Maria em casa, os dois. Isso foi muito interessante assim. O João, quando ele estava aqui com as cuidadoras, o João foi melhorando, o João foi interagindo com as outras pessoas do CAPS e com os outros pacientes, mas ficava muito restrito à cuidadora. A cuidadora às vezes dava comida na boca dele, a cuidadora auxiliava no banheiro. (...) A saída dessa cuidadora possibilitou uma maior autonomia do João, o João ficou mais autônomo nas coisas dele. (...) Dona Maria ficou com muitas dúvidas se deveria ou não ficar com cuidador (...)Mas aí ela falou : ‘eu acho que não preciso não. Sabe o que eu vou fazer? Eu vou pegar esse dinheiro e vou botar numa poupança pro João, talvez ele vá precisar de alguma coisa médica ou pra eu poder comprar um apartamento maior pra gente ou pra vim de táxi com ele’. (...) Foi um processo muito bem sucedido de trabalho da enfermaria com o CAPS. O CAPS junto com a enfermaria conseguiu fazer esse trabalho. A enfermaria durante um tempo importante e o CAPS depois que o João saiu né. Hoje o João sabe o nome de todo mundo aqui do CAPS, conversa sobre vários assuntos, traz alguns temas delirantes dele. ( Entrevistado CAPS 02)

O trabalho de transinstitucionalização para o Instituto Nise da Silveira também apresentou momentos diferentes. Primeiro, os pacientes chegavam após alguma intercorrência clínica na CSDE-P. O IMNS funcionava como leito de retaguarda, já que os pacientes não poderiam voltar para a clínica privada. No momento seguinte, foi criada a Casa de Passagem dentro do Instituto, em parceria com o estado, para receber os pacientes mais autônomos visando a futura inserção em SRT. E o último momento foi marcado pela inclusão dos CAPS, numa tentativa que os próprios dirigissem o processo. No Instituto também houve uma mudança importante, onde as

enfermarias de crise foram incluídas no acolhimento aos pacientes vindos da CSDE-P. O paradoxo desse tópico se apresentou na inclusão de um dispositivo de crise para acolher e trabalhar a desinstitucionalização da clientela de longa permanência. A ideia de usar a internação contra ela mesma.

#### 4.1.4 Grupo de Trabalho de Desinstitucionalização

A partir desse momento destacaremos as falas dos profissionais que receberam e acompanharam os pacientes vindos da CSDE-P procurando demonstrar como esse trabalho foi feito e continua sendo feito.

Foi um processo com muitas dificuldades, a gente nunca sabia direito quando os pacientes iam chegar, tinha uma certa previsão, isso às vezes dava certo, isso às vezes não dava certo porque depende de um transporte que às vezes consegue, às vezes não consegue, às vezes chega, enfim. Mas, enfim, outras coisas que atropelaram também que foi a determinação, a determinação última do Ministério Público do fechamento mesmo então nesse momento a gente recebeu muitos pacientes de uma vez só e junto a isso uma dificuldade de lidar com a chegada desses pacientes junto com pacientes em crise numa enfermaria que atende, num hospital que atende uma área muito grande e a gente tendo que lidar com esses pacientes dentro desse espaço e ainda junto com isso a saída de alguns pacientes desses, desses pacientes que chegavam da enfermaria pras moradias internas ao hospital, então isso complicava muito assim, complicava toda a rotina de funcionamento do hospital, que a gente precisava lidar com isso porque era importante que esses pacientes chegassem. (Entrevistado CAPS 02)

Porque assim mesmo os casos que foram discutidos, alguns não chegaram a visitar o Nise antes. Então, estava decidido que ele ia ser transinstitucionalizado, ele chegava, mas ele nunca tinha ido lá antes, ele não tinha conhecido o espaço, ele não sabia quem eram os profissionais que iam estar acolhendo ele lá, ele não conhecia nada, entendeu? Aí, eu acho que ficou um pouco isso, experiência em relação a Paracambi foi isso assim, por mais que a gente tentasse acolher da melhor forma possível não deixava de ser muito súbito pro paciente e aí a tentativa posterior foi de pelo menos se apresentar pra pessoa antes, levar a pessoa lá pra conhecer e tal. (Entrevistado Nise 04)

Estes profissionais destacam as dificuldades do processo envolvendo a articulação feita entre a gestão do município, a equipe da CSDE-P e os gestores e profissionais do Instituto Nise da Silveira. Outros profissionais, entretanto, tiveram percepções divergentes acerca dessas relações e do trabalho realizado em conjunto, mostrando que este processo não se deu de forma

uniforme dentro do Instituto Municipal Nise da Silveira, pois a fala a seguir diz exatamente o contrário da fala acima acerca do trabalho que foi feito anterior a chegada dos pacientes transinstitucionalizados.

É, bom, esse grupo inicial eu não acompanhei, mas chegaram outros pacientes de Eiras, assim, muito regredidos, muito isolados, alguns com muita dificuldade de sair de lá, dizendo que não queria sair, que queria ficar né, enfim, com muito medo dessa mudança, né. Pra alguns o trabalho pôde ser feito de uma maneira mais cuidadosa, mais lenta, trabalhando um pouco o ritmo né daquela pessoa, daquelas dificuldades. Pessoas que passaram 30, 40 anos dentro de uma instituição, é uma vida né e enfim, pra alguns a coisa pôde acontecer de uma maneira mais tranqüila do tipo a pessoa vem aqui primeiro conhece, nos conhece, volta pra Eiras, depois volta. Isso aconteceu pontualmente em alguns casos, em outros não. Em outros a vinda foi mais abrupta. E assim a gente sentia a dificuldade...nos dois casos é muito difícil, mas assim quando houve essa aproximação mais assim no estalo, vem pra mudando, a gente sente que isso tinha um impacto. (Entrevistado Nise 02)

Em relação ao trabalho anterior a chegada dos pacientes houve destaque nas narrativas dos entrevistados para a experiência dos Grupos de Trabalho de Desinstitucionalização(GT), realizados no Instituto Municipal Nise da Silveira com participação de profissionais do próprio Instituto, dos CAPS do território, da equipe da Eiras e da supervisão de desinstitucionalização, representando a gestão de saúde mental do município do Rio de Janeiro.

A iniciativa de começar a fazer o GT veio da direção de desinstitucionalização do Instituto Nise da Silveira, pois o trabalho com a Casa de Passagem não tinha sido bem sucedido na avaliação desta gestão e desta forma, não queriam criar novas casas de passagem para receber a clientela oriunda da CSDE-P, nem apostar na criação de enfermarias de longa permanência específicas para esses pacientes, conforme já havia sido feito diante do fechamento de outras clínicas privadas. O caminho foi receber os pacientes nas enfermarias de crise e também nos módulos de acolhimento provisório, que são as moradias internas do Instituto. Para isso, o trabalho precisava passar pelos CAPS, pois muitos dos pacientes internados no Instituto Nise da Silveira, sejam nas enfermarias de crise ou nos módulos de moradias, eram pacientes dos CAPS também. As discussões nos Grupos de Trabalho priorizavam os casos que chegariam da CSDE-P, mas também se pensava nos projetos terapêuticos dos pacientes institucionalizados no Instituto. Foi uma oportunidade de aproximar os CAPS e a gestão municipal dos casos de desinstitucionalização daquele grande hospital.

Porque assim, eu não queria estar colocando só na conta do Clarice( CAPS Clarice Lispector), que isso ia terminar acontecendo ou Torquato ou Clarice. E aí na época eu lembro que tinham algumas dificuldades no território em relação à enfermaria, alguns CAPS com uma clientela de longa. Então a gente começou a fazer GT aqui, na época eu convidei era, foi Olaria, foi Guadalupe...Irajá, que também depois começou. Então, a gente começou mais fazendo GT com os CAPS da 3.3 . Foi uma iniciativa do Nise, que depois isso aí se ampliou, já tem uma coordenação. Pela coordenação de saúde mental, tem uma coordenação de GT's por área. Acho que foi a forma que a gente tomou aqui de não reproduzir o que não tinha dado certo né.( Entrevistado Nise 01)

Com o tempo os GT's foram se ampliando para outras áreas programáticas da cidade e também saindo da responsabilidade dos Institutos e passando mais para a responsabilidade dos CAPS, com a ideia de que com o tempo o CAPS possa prescindir de uma reunião específica para os casos de desinstitucionalização, que isso possa fazer parte do cotidiano do CAPS e ser trabalhado nas supervisões semanais.

Eu acho esse trabalho muito legal porque ele qualificou muito a rede, a comunicação dos Institutos com os CAPS. A gente nos GT's que foi um dispositivo fundamental, os GT's tinham sempre, os GT's começavam assim com esse recorte maior na AP 2 , na AP 3 e outro na AP 4, com os Institutos capitaneando e depois os CAPS foram se apropriando dos GT's né. O GT da AP 4, por exemplo, era uma coisa complicadíssima porque o CAPS não conversava com o Instituto. O CAPS não conversava com as RT's. Pouquíssimos pacientes das RT's estavam no CAPS, dos núcleos então, nenhum. (Entrevistado Rio 01)

Então tinha territórios que o GT começou no hospital , no Nise, foi puxado pelo Nise, porque o Nise, eu acho, estava mais tomado pela preocupação da desinstitucionalização desses pacientes. Então o CAPS era chamado pra discutir no Nise. A princípio, é uma inversão né. O GT era muito mais pra ser puxado pelo CAPS, mas a gente deixou porque apesar de fazer essa crítica, da gente ter essa ideia, não, quem está puxando é o Nise então a gente não vai forçar uma coisa né e o CAPS foi participar no Nise, as equipes do Nise, tal. Lá pelas tantas o CAPS questionou: 'mas vem cá, por que esses GT's sempre no Nise?' E até colocando a culpa como se a secretaria tivesse feito isso sabe? Ué, então vamos fazer no CAPS né. Então tá, então o GT passou pro CAPS, teve território que aconteceu isso. Teve território que o GT já era no CAPS desde o início, o CAPS já tomou...Tinha território que nem precisava ter GT assim, porque ia pra reunião de equipe do CAPS, já apresentava o caso e aquilo já se ..o CAPS mesmo acionava os dispositivos sabe? Se tinha abrigo, se tinha necessidade...o CAPS mesmo já ordenava tudo assim. Não precisava de um GT com a presença da secretaria sabe? Ia assim, um supervisor, alguém da equipe da Eiras, apresentava o caso na reunião de equipe do CAPS e o CAPS resolvia assim, encaminhava. E é processual né, assim, em setembro de 2010 já tem 2 anos né. A gente vê a modificação dos territórios, como cada um foi absorvendo uma coisa ou outra. ( Entrevistado Rio 02)

Em relação a uma avaliação do funcionamento dos Grupos de Trabalho, os entrevistados concordam que foi um dispositivo importante, que operacionalizou a chegada dos pacientes de uma forma mais cuidadosa e responsável, com uma tentativa de que o trabalho fosse muito mais de construir um lugar para aquele paciente do que simplesmente equacionar uma questão de vagas. Entretanto, alguns entrevistados chamaram a atenção que por vezes as discussões não eram muito ricas pela falta de dados, por relatórios pobres, pela escassez de informações acerca de um caso ou até mesmo informações equivocadas e desconstruídas que acabaram atrapalhando mais do que ajudando o trabalho.

Outra mudança também que teve com os GT's assim, a gente não pensa mais só, sai do foco a moradia pra onde o cliente vai. Primeiro a gente discute o caso, que antes a discussão era o destino, antes o destino era Programa de Moradias, ou uma enfermaria de longa, se fosse muito grave né. Hoje não, isso aí tem que ser uma consequência desse trabalho, até que a gente não sabe de antemão, a gente pode ter o projeto que a gente quiser, mas o cliente vai mostrar pra gente o que que é possível pra ele e pode inclusive surpreender, teve cliente que voltou pra casa. ( Entrevistado Nise 01)

Havia sempre uma apresentação dos casos, uma discussão dos casos a partir do que se tinha em Eiras né, que era muito pouco né, os relatos muito pobres, os prontuários muito pobres, relatórios com pouquíssimos dados, mas enfim se tentava reunir o maior número de dados possíveis, essa equipe que fazia na verdade né esse trabalho. A gente teve vários GT's pra discutir isso né antes dessas vindas dos moradores, a gente teve alguns GT's , onde a gente discutia estratégias, a gente discutia história assim, é , enfim pra que moradia, um pouco do projeto terapêutico, que CAPS que iria absorver essas pessoas em função do território, em função da história, das perspectivas. ( Entrevistado Nise 02)

O problema que eu acho assim, o GT foi uma tentativa, em alguns aspectos bem sucedido, em outros nem tanto de minimamente ver o que aquele caso é...não fazer uma coisa que fosse totalmente sem a participação do paciente, sem que tivesse a ver com o contexto dele. Se você pensar assim só no espaço pra aquele paciente ir, se fosse só o espaço tanto fazia né. Então, assim, de acordo com o caso, com o acompanhamento que os supervisores e o CAPS estavam fazendo, o que que eles indicavam como mais interessante pra aquela pessoa né, isso foi uma tentativa de individualizar um pouco uma coisa que estava meio que decretada, tem um prazo. ( Entrevistado Nise 04)

## Segundo a avaliação do CAPS:

O GT? Eu acho excelente! Eu acho excelente porque a gente consegue compreender um pouco desse percurso do paciente tão antigo, que é muito antes da nossa existência o percurso que o paciente faz na saúde mental, a gente que apareceu agora na vida da pessoa, ele já está nessa há ó... Eu acho bom porque a instituição hospitalar, ela tem uma ideia, uma perspectiva do que é possível fazer e o CAPS pode contribuir tendo uma outra perspectiva do trabalho, das fragilidades aí desses vínculos afetados há tanto

tempo, de como poder ouvir, fazer uma análise disso diante das falas do próprio paciente. Não é só a fala do paciente em relação ao que ele percebe do morar, aonde ele mora, mas é o que ele percebe por ele próprio, sobre a construção de vida dele, entende? E que por acaso é uma casa, poderia também incluir um emprego, às vezes inclui, uma escola e aí a gente começa já a discutir isso antes, eu acho bem legal. ( Entrevistado CAPS 01)

O CAPS Torquato Neto salienta que a discussão do caso antes do retorno ao território é de suma importância, principalmente para que um trabalho clínico possa ser construído junto ao caso. A participação do CAPS nesse processo entra como uma ampliação dos recursos, não limitando a discussão apenas ao local de moradia para o paciente.

Em relação à chegada ao Instituto Municipal Nise da Silveira, nem todos os pacientes passaram por uma discussão pelo GT e este entrevistado aborda as consequências dessa chegada sem um trabalho prévio.

Alguns não tinham sido discutidos mesmo no GT e estavam chegando porque tinham que chegar. Então chegava desse jeito assim, às vezes chegava só com cuidador, só chegava com técnico de enfermagem que não eram as pessoas que conheciam os pacientes, então a gente tinha muita dificuldade de saber muitas coisas, então, somado a isso uma dificuldade de né organizar na enfermaria a chegada desses pacientes. (Entrevistado CAPS 02 )

Nesse momento cabe um exemplo da chegada de um paciente que foi discutido anteriormente em GT e mesmo assim os equívocos envolvendo sua história não foram dissolvidos, o que gerou problemas para a construção do caso.

O Carlos chegou num GT, aí é que eu falo também o quanto às vezes o GT podia ajudar e quanto ele às vezes não significava muita coisa, porque a gente só estava podendo contar com aquilo que os supervisores traziam, que não era muito. E aí, trouxeram o seguinte caso, o Carlos é um paciente..., ele tem uma irmã, essa irmã não vê há 14, 15 anos por ele estar lá em Paracambi, mas ela se emocionou muito e quer receber ele em casa, já está tudo certo, ele vai receber o benefício, com o dinheiro do benefício ele vai alugar uma casa porque a casa que essa irmã mora está pra ser derrubada pela Prefeitura por estar condenada pela Defesa Civil, uma coisa assim, e aí com esse dinheiro ele vai alugar a casa e a irmã vai se mudar pra morar com ele em Guadalupe, próximo ao CAPS de Guadalupe. Uma história linda, tudo certo! (...) Porém, por enquanto isso não acontece ele precisa ser transinstitucionalizado, mas enfim, mas vai ser por pouco tempo porque já está tudo acertado que essa irmã vai receber ele. Aí, ele foi pro Nise. Aí, eu fui e chamei a irmã. A irmã foi. Chegou desesperada, chorando (..), com um barrigão deste tamanho, falando que não via ele há 15 anos e que inclusive ela acreditava que ele estava morto porque há muitos anos atrás ligaram pra casa dela pra dizer que o irmão dela estava morto e que já tinha enterrado, não tinha mais corpo, não tinha nada, não tinha...não tinha nada! E a mãe deles morreu achando que Carlos estava morto. E que

dois anos antes, de repente, ligaram pra ela e falaram: ‘ seu irmão vai sair, Paracambi vai fechar, você precisa vir aqui’. Um irmão que ela achava que nem tinha mais e que falaram isso, deram um projeto pronto de que ela ia se mudar pra Guadalupe com o dinheiro, pra uma casa que ia alugar com o dinheiro dele, mas que ela não tinha absolutamente a menor condição de fazer isso. Uma, porque ela não queria sair da onde ela estava, essa história de que a casa dela ia ser derrubada pela Prefeitura já corria há anos e nunca tinha acontecido, então ela apostava de poder ficar lá. Ela queria ficar lá, ela era envolvida com a associação de moradores e tal, enfim, super engajada com a comunidade, não queria sair dali e ela pensava também: ‘qualquer coisa também que aconteça com meu irmão não tendo mais esse dinheiro como é que eu vou bancar essa casa depois? Aí, eu fico sem lugar? Eu tenho marido, eu tenho filhos’. E tinha um agravante, o Carlos ele foi internado em Paracambi porque ele tinha tentado esfaquear a barriga dessa irmã e ela estava grávida naquele momento. Então, ela estava apavorada de ter que receber ele em casa. Assim, tipo, o projeto(..) não tinha nem pé nem cabeça né e aí a gente teve que refazer tudo assim. Então tá, esse cara não tem a menor condição de retorno familiar agora, não tem como falar sobre isso com essa irmã, inclusive ela falou: ‘essa é a primeira vez que eu estou vendo meu irmão em 15 anos’ e no GT, o que tinha sido passado pra gente, era que já estava tendo um trabalho de aproximação há muito tempo. (...) Agora tem a possibilidade de abrir uma RT em Guadalupe, a gente está levando o caso dele pro GT novamente, mas pra discutir a possibilidade de RT pra ele em Guadalupe ou uma moradia assistida, de repente, com outro paciente, enfim. (Entrevistado Nise 04)

O Grupo de Trabalho foi um dispositivo criado para que a articulação entre os CAPS e o Instituto Municipal Nise da Silveira pudesse ser mais formalizada, ter uma institucionalidade. Além disso, para proporcionar uma rotina de discussão de casos de desinstitucionalização, trabalho imprescindível entre duas instituições que atendem os mesmos pacientes. A partir desse momento destacaremos como foram construídas as relações de trabalho entre essas duas instituições, não só em relação aos casos transferidos da Dr. Eiras, mas também em relação aos demais casos, inclusive os considerados “de crise”, ou aqueles que possam se tornar os novos crônicos. A fala a seguir demonstra a necessidade de aproximação entre os dois dispositivos:

E...acho que tinha uma coisa muito centrada ainda no hospital, esse hospital desarticulado da rede. Então, a ideia era se aproximar do território, que a gente pudesse ter mais dados pra compartilhar com o restante da rede também. Uma coisa importante que a gente viu era que os pacientes nas 3 APs que o Nise atende, 3.1, 3.2 e 3.3, a gente tem muita internação dos mesmos pacientes. Então, se esses pacientes tivessem num CAPS III, por exemplo, podendo ter acolhimento noturno, a gente enfrentando aí de fato esse problema eu acho que seria plenamente possível reduzir drasticamente ainda o número de internação, já que 80% dos pacientes são os mesmos né, pouquíssimos pacientes que a gente atende que são internados no hospital são casos novos. Alguns pacientes internam muito, mas os mesmos pacientes. ( Entrevistado Nise 03)

A partir da experiência de fechamento da CSDE-P a metodologia de trabalho do município do Rio de Janeiro priorizou que as ações de desinstitucionalização fossem ministradas pelos CAPS. Antes disso, a gestão encontrou os CAPS com o trabalho recuado em relação à desinstitucionalização.

A Eiras é um marco pra gente porque ajudou a construir toda a metodologia de trabalho da desinstitucionalização que a gente tem como modelo pra todas as clínicas hoje. Aliás, a gente tem como modelo pra desinstitucionalização. (...)Então, a lógica é a mesma de trabalho, tipo uma equipe extra- hospitalar se responsabilize pelo projeto terapêutico, seja ele qual for, mesmo que uma transinstitucionalização transitória. Isso foi muito importante pra gente, pra área técnica. A gente pegou os CAPS, no início dessa gestão não trabalhando mais a desinstitucionalização de pacientes que estavam fora do território. Acho que teve essa convocação na abertura dos CAPS com macro ações, mas essa metodologia que a gente tem implantada hoje eu acho que ela é inédita desse ponto de vista e de fato os CAPS precisam se responsabilizar por todos os pacientes de seu território e isso é uma multidão né. (...) Hoje a gente tem dificuldade, demora no trabalho, enfim, o trabalho é demorado mesmo, trabalho muito delicado, mas tem as questões institucionais dos CAPS, mas isso pra gente é o maior ganho, os CAPS hoje não recuam mais do trabalho da desinstitucionalização e tem a *desins* como prioridade junto com atendimento à crise. Isso foi construído muito a partir do trabalho da Eiras, muito. ( Entrevistado Rio 01)

Nesse recuo de trabalho com a desinstitucionalização por parte dos CAPS acabou que só o Instituto Nise da Silveira trabalhava mais intensivamente com os pacientes de longa permanência institucional, o que gerava muitas tensões entre o hospital e os CAPS, até porque muitos dos pacientes que se encontravam internados por mais de 02 anos foram pacientes internados por indicação de um CAPS, eram, portanto, pacientes matriculados nos CAPS.

(...)começou a apresentar em cada GT desses específicos e no final do GT ela tinha a listinha dos pacientes daquele CAPS que estão internados no Nise há anos e o CAPS não conhece. Alguns que o CAPS não conhece e alguns pacientes de CAPS, que foram internados e não saíram. E aí fez a divisão das internações do Nise por território, por CAPS, por AP. Então, cada enfermaria recebe determinados CAPS, aquelas enfermarias são enfermarias daqueles CAPS. Isso é muito diferente do contexto que a gente tinha antes. E o princípio desse trabalho é o território, via serviço extra -hospitalar. Eu acho o papel dos Institutos muito importantes assim, foi outra desmistificação que a gente fez com as *trans*, com as transinstitucionalizações assim. Rolou uma certa tensão institucional entre os CAPS e os Institutos porque eles tiveram um protagonismo muito grande porque os CAPS não tinham. Hoje é muito mais um trabalho de suporte do que de fazer o papel dos CAPS, que os Institutos por vezes fazem né. É muito mais esse trabalho assim, de ser os Institutos do território, dos CAPS né, pra gente também não ficar achando que não vai precisar mais de internação né, isso é um lema antimanicomial bastante equivocado né? ( Entrevistado Rio 01)

Com os grupos de trabalho e a crescente aproximação entre o Instituto e os CAPS, as perspectivas de trabalho melhoraram. A gestão e os profissionais do Instituto Nise da Silveira reconhecem que houve uma maior apropriação do trabalho de desinstitucionalização por parte dos CAPS e um conseqüente aprimoramento deste trabalho.

Os CAPS foram criados pra *desins*, mas também são tantas demandas né, a coisa foi se configurando de outras formas, que a gente muitas vezes chegava nos CAPS e a impressão que dava era que a gente estava levando um trabalho a mais, não o trabalho deles né. (...)como se a gente tivesse levando um trabalho que não é deles, a mais, que eles estão fazendo um favor né. E aí teve um trabalho de capacitação, de orientação da gestão, que foram os seminários que foram feitos em cada CAPS. E hoje em dia os CAPS ligam pra gente. ‘Quantos pacientes eu tenho na Espínola em longa permanência?’Então, mudou, assim, em pouco tempo até, eu acho que foi muito legal a resposta, a construção do trabalho. ( Entrevistado Rio 02)

Eu acho assim que teve uma mudança muito grande quando eu falo dos CAPS, sempre falei que acredito muito no CAPS, por mais que a gente tenha que rever depois, daqui a alguns anos né ou já começar a rever agora, mas assim esse processo ele passa a ser no território. O Nise e os Institutos eles deixam de centralizar essas questões de longa permanência, da internação e passa a ser um problema, uma questão, uma responsabilidade de todos os atores daquele território e que eu acho também que a tendência é sair um pouco da saúde mental e chamar as outras áreas.( Entrevistado Nise 01)

Os entrevistados chamaram a atenção para o trabalho de articulação entre a desinstitucionalização e a atenção à crise e como essas demandas estão sendo pensadas pelo Instituto e pelos CAPS, já que ambos lidam com esses dois tipos de clientela. A partir da aproximação dos CAPS para discutir os casos de desinstitucionalização, os casos que chegaram à internação para atendimento de uma crise também começaram a ser assistidos pela equipe do CAPS de uma forma mais consistente. Esse trabalho começou a ser feito de uma forma mais articulada, já pensando que o paciente que entra em crise hoje e interna no Instituto se não for acompanhado com intensividade pelo CAPS, corre o risco de se tornar um novo crônico com internações de longa permanência.

Acho que as pessoas estão um pouco, muito mais preocupadas sobre essa coisa de ter que lidar com os pacientes de Paracambi. Acendeu um pouco, acendeu as luzes sobre o que é a *desins*, sobre nossa vocação pra atender a crise, de que o nosso paciente se a gente não tiver com ele e achar facilmente que é o hospital que vai dar conta dele, que se internou, a internação é um problema do hospital, ele pode parar longos anos num hospício. Não raro a gente teve lá no CAPS dois seminários internos, um foi sobre atenção à crise e outro sobre desinstitucionalização. (...) Os CAPS precisam conhecer quem são seus pacientes que estão nas clínicas conveniadas, ainda que não tenha vínculo, matrícula no CAPS. ( Entrevistado Nise 03)

Uma forma que o Instituto Municipal Nise da Silveira encontrou para trabalhar com essa questão da crise ser acompanhada pelo CAPS também, não só pelo hospital, foi a partir da contratação de acompanhantes territoriais, que são profissionais do hospital, mas divididos por território, que atuam junto aos CAPS. Há inúmeras possibilidades de trabalho desse profissional, mas uma delas é acompanhar o paciente em crise para se atendido no CAPS por seu técnico de referência, por exemplo.

Acho que ...que a nossa presença incomodou bastante, convocou mais os CAPS. Lembro do primeiro Fórum de Saúde Mental que foi em 2009 pra falar sobre o que era o NAC, a internação, eu tinha feito um levantamento de pacientes há 01 ano, 02 anos internados no NAC e que estava sei lá há 01 ano internado e há 10 meses sem uma evolução no prontuário feito pelo CAPS. Tive experiência de ir a CAPS pra poder discutir o caso de um paciente, um rapaz que estava com 20 e poucos anos, novo, parece que 21 ou 22 anos. E que o CAPS internou quando ele completou a maioridade né, 18 anos e aí o CAPS fechou o prontuário dele e outorgou a responsabilidade clínica sobre ele ao hospital. Então, acho que foram coisas que mudaram bastante. Os At's ajudaram muito nisso de os pacientes em crise estarem nos CAPS, isso é uma coisa que não é mais só do hospital. (...)Não é assim, vai ter que participar da crise junto com a gente. **Lugar de crise é no CAPS.** Então, eu acho que a presença do AT é fenomenal pra gente ter o CAPS discutindo crise no território. (Entrevistado Nise 03, grifos nossos)

O entrevistado 01 do CAPS Torquato Neto destaca que na organização interna da equipe do CAPS é importante ter profissionais afinados com essa questão da desinstitucionalização em articulação com o atendimento à crise. O entrevistado destaca que a construção desse lugar dentro da equipe é uma aposta que esses temas estejam circulando dentro da equipe com mais apropriação.

O que eu aprendi nisso tudo é que é fundamental que você tenha também alguém nas equipes do CAPS pensando essas questões e em especial desses equipamentos de moradia junto com as equipes de segmento. Isso que eu entendi, isso que ficou pra mim como importante.(...) Eu não tive experiência com uma pessoa de fora mas certamente...a princípio eu (pausa) talvez ousaria dizer que tem que ter alguém nesse processo porque o CAPS ele faz todo o circuito de tratamento dessas pessoas também né. Então é uma intensidade de uma crise, o que está acontecendo, que elemento que está envolvido nisso pra aquele paciente está em crise, pra fazer intensidade no CAPS, pra fazer um acolhimento noturno, pra fazer um pernoite numa emergência, pra fazer intensividade na casa, acho que tem um ...a gente inventa umas coisas muito complexas, muito doidas, então você tem que ter alguém que esteja bem..deslizando bem sabe nesse tecido do paciente. Eu acho que precisa ser alguém que esteja também no CAPS. A princípio eu ousaria isso, seria muito importante, entendeu? Até do que eu escuto da experiência das outras pessoas (...) alguém da equipe, alguém simplesmente da equipe. Aqui eu tenho muitos profissionais que podem estar nesse lugar, é uma construção. (Entrevistado CAPS 01)

O Instituto, por sua vez, defende que para um trabalho cuidadoso e que tenha por direção a desconstrução gradativa do hospital de grande porte é necessário que o CAPS esteja junto, com presença forte no acompanhamento dos casos, para que esta desconstrução seja feita com cuidado e responsabilidade, sem produzir desassistência aos pacientes. O trabalho que acontece de dentro do Instituto para fora precisa ecoar neste fora e que esse eco produza trabalho também de fora pra dentro rumo a desconstrução.

Voltar ao convívio precisa de um trabalho que é muito delicado, que aí eu acho que o CAPS... não é um trabalho que pode ser só os Institutos. Aí, não dá. Só a gente falando de dentro dos Institutos que não dá pra ficar aqui porque de alguma forma a gente reproduz e mantém isso aqui. Tem que ser alguém de fora pra estar junto com a gente, apesar de..um alguém que eu digo é um serviço né, ou outros serviços. Apesar de muitas vezes ser o Instituto que pede um lugar lá fora pra esse cliente e muitas vezes os serviços de fora pedem um lugarzinho aqui dentro pro cliente.( Entrevistado Nise 01)

Outra questão que preocupam os CAPS e o Instituto Nise da Silveira são as condições clínicas que os pacientes chegam dessas longas internações em clínicas privadas. Muitos casos de tuberculose, hipertensão, diabetes e outros problemas clínicos que demandam uma atenção singular e em articulação com a atenção básica. A aproximação dos CAPS com a atenção básica também foi abordada pelos entrevistados.

Os CAPS eles estão trabalhando convocando a atenção básica pra trabalhar a *desins* também. O Linda Batista, por exemplo, que é o que está com esse trabalho mais diferenciado em relação à atenção básica ela recebe o caso pra discutir, casos da *desins*, com a atenção básica na reunião de equipe. (Entrevistado Rio 01)

Esse trabalho de articulação com a atenção básica é visto também como um trabalho imprescindível de desinstitucionalização.

Então, assim, é porque a gente precisa chegar a eles antes e isso tem sido levantado já nos fóruns da 3.3 como um problema não só mais dos CAPS, mas são sujeitos diabéticos que vão precisar de todo recurso do território. Então, a ideia é começar trazer essas pessoas no tempo prévio pro CAPS mesmo que comece pra trazer a gente precise estar lá..e aí envolve tudo.. as pessoas comecem a tomar a dimensão de que a *desins*, por exemplo, você precisa cobrar né, você precisa ter carro, você precisa ter recursos pra isso. Que é quase uma miséria que se retroalimenta, o CAPS no Rio vai vivendo sua miséria e aí cobra às vezes pouco da CAP, da coordenação os seus recursos e aí o paciente fica sofrendo as conseqüências, então, acho que um pouco dessa conversa que a gente vem tendo lá no CAPS, uma preocupação um pouco com essa questão da *desins*. (Entrevistado Nise 03)

Apesar de todo avanço no trabalho entre os CAPS e o Instituto Nise da Silveira há ainda certos impasses que prejudicam muito que esse trabalho em conjunto aconteça. São questões da ordem de escassez de recursos, como disponibilidade de transporte, disponibilidade de recursos humanos que possam acompanhar o paciente ao CAPS ou profissional do CAPS que possa ir ao Nise da Silveira. Além disso, questões da ordem do entendimento de que esse trabalho é de fato imprescindível. Essa importância não está totalmente consolidada para todos os CAPS, se mostra ainda em construção, apesar de ter melhorado, segundo o relato a seguir.

Não acho que seja uma coisa homogênea não, sabe? Alguns tem uma compreensão maior do que que foi essa transinstitucionalização, do que é um espaço de moradia, né, do que que é, enfim, a pessoa está aqui dentro, que aqui não é local de tratamento, aqui é um lugar, que a gente cuida aqui das relações do cotidiano, são questões inerentes ao morar, mas a gente não trata as pessoas, é claro que o que a gente faz aqui tem um efeito terapêutico, mas não é né, não trata das pessoas, a gente cuida delas nesse sentido. Então, assim, eu acho que isso pra alguns CAPS isso é mais difícil de compreender, pra outros menos. (...) A gente tem algumas situações de limites assim, até porque alguns moradores é difícil da gente levar, seja pela renda, seja pela condição do caso, a gente não consegue levar. Então, assim é preciso que haja uma disponibilidade dos CAPS em vir até aqui e aí, por diferentes razões às vezes a pessoa, o CAPS não está presente, ou

porque não pode, ou porque sua condição interna é horrível, não tem gente, enfim, está sempre apagando incêndio também ou porque não compreende a necessidade porque acha que já está aqui acha que está tudo bem. Então, a gente tem situações às vezes pra manejar, mas eu acho que hoje elas estão mais tranquilas assim. (...)Então, acho que está mais fácil.( Entrevistado Nise 02)

A seguir será apresentado um caso que foi trabalhado em parceria entre o CAPS- UERJ e a enfermaria de crise e que após um ano de trabalho, aproximadamente, foi possível o retorno familiar.

Carlos Roberto foi apresentado no GT como um caso que a família queria receber, mas ele que não queria ir para casa. Ele se recusava a sair do “pavilhão”, pois se saísse faria “uma besteira muito grande”. Ele dizia que tem uma doença muito grave e que ele só podia ir embora quando ele se curasse dessa doença e que a vida dele precisava ser passada dentro de um hospital. Diante dessa dificuldade colocada pelo caso, decidiu-se pela transinstitucionalização para uma enfermaria de crise no Instituto Nise da Silveira, para que esta questão fosse trabalhada com o paciente e uma possibilidade de retorno familiar fosse construída. Ele ficou na enfermaria aproximadamente 01 ano.

Aí chega o Carlos Roberto com essa questão: ‘tenho uma doença muito grave’, aí eu fui e entrei no caso junto com a AT também e a gente começou assim, a tentar convidar ele pra sair da enfermaria.

- ‘Não, não posso porque eu tenho uma doença na pele e eu não posso pegar sol’.

- Ah! Então a gente pode comprar um protetor solar”.

A gente foi inventando umas coisas assim. (risos) e aí sempre tinha uma coisa e a gente: ‘Não, a gente vai estar junto de você, vamos até ali e tal’. Aí, ele começou a concordar, a sair da enfermaria e descer pro pátio. Depois ele começou a concordar em ir pra rua. Depois ele começou a concordar a ir visitar a família. Depois, ele começou, nessas visitas à família, ele começou a dizer: ‘ Ah! Porque eu quero morar aqui.’ Começou a querer! E foi muito maneiro! E ao mesmo tempo, quando ele começa a querer, a família começa a colocar impossibilidade. É, ‘mas não dá pra ele morar aqui, porque não sei que, porque ele vai fazer alguma coisa com a mãe’, e aí começa a família a dizer aquilo que ele dizia. Super difícil foi de manejar porque aí ele escutava aquilo e ele: ‘ é, eu tenho uma doença grave’ e voltava, mas aí a gente falava: ‘é, mas assim, você vai fazer o tratamento no CAPS, você está indo lá pra isso, você está tendo acompanhamento desta doença grave que você tem, então, você está em tratamento, você pode sair estando em tratamento’.(...) Aí, assim, eu acho que o desejo dele foi crescendo entendeu e algum momento ele não retornou mais a isso de ‘não posso’. (...) o CAPS entrou muito assim junto com a família, de poder estar convocando de ir até lá ao CAPS, de conversar e tal. No final das contas, a família topou que ele saísse, eles construíram eu acho um quarto pra ele fora da casa, era um terreno grande assim a casa, aí tem a casa da mãe aqui, tinha um espaço vazio aqui e a casa do irmão em cima. E eles construíram um quarto pra ele aqui, que ele próprio disse : ‘ Ah! Se eu não posso morar aqui com minha mãe porque eu

vou fazer alguma coisa com ela, mas eu posso morar aqui no mesmo terreno em outro quarto'. Ele concluiu isso, então o pessoal topou e aí eles também só toparam se a AT fosse a cuidadora que ia acompanhar ele. E aí, ofereceram pra ela um dinheiro pra ela continuar sendo a cuidadora, ela topou e foi. Aí, ela saiu do Nise como AT pra ser cuidadora do Carlos Roberto. ( Entrevistado Nise 04)

Nesse caso percebe-se que a AT foi elemento chave na articulação e interlocução do caso com a família, com o CAPS e com a cidade. A partir desse acompanhamento mais próximo, o paciente pôde tomar voz e construir ele mesmo a saída pra sua desinstitucionalização, contando com o acompanhamento da AT, que virou cuidadora, a pedido da família. Um trabalho importante de tessitura e costura de novos laços na vida de alguém há tantos anos esquecido, “adoecendo”, pra fazer alusão à expressão dele mesmo. A partir do trabalho da AT, que saiu de dentro do hospital junto com ele, se desinstitucionalizou também, novas possibilidades foram sendo criadas e principalmente a vinculação ao CAPS como o local de tratamento. Sem este nada também poderia caminhar, já que ele apostou que ali naquele espaço poderia tratar de sua doença grave, sendo assim não teria mais motivos pra ficar no hospital psiquiátrico.

Neste tópico destacamos a forma que os casos transinstitucionalizados foram trabalhados antes de chegarem ao IMNS. Apesar das dificuldades, dos equívocos, da falta de dados, os grupos de trabalho de desinstitucionalização foram destacados como cruciais na construção de projetos terapêuticos para cada caso. E para além dos casos recebidos da CSDE-P, o GT serviu para aproximar os CAPS do Instituto abarcando outros pacientes, inclusive os que internam devido a um momento de crise. O trabalho com a crise e com a desinstitucionalização foi apontado como indissociável. A inclusão do CAPS nesse processo reforça uma direção de trabalho de que este dispositivo se torne de fato o operacionalizador do cuidado na desinstitucionalização e no atendimento à crise.

#### 4.1.5 Transinstitucionalização e desinstitucionalização

Este tema da transinstitucionalização é tão complexo que é preciso ir aos pormenores, aos detalhes das falas dos entrevistados para perceber as dobras que eles estão fazendo em cima dos conceitos e dos dispositivos criados pra receber os pacientes transinstitucionalizados. Ao falar

sobre as enfermarias de longa permanência que foram criadas pra receber pacientes de clínicas conveniadas, como ocorreu diante do fechamento da Clínica Valença, um dos entrevistados do Instituto Municipal Nise da Silveira defende:

Transitório também! A gente sabe que isso não existe. Então essa questão da *trans*, o principal assim, eu não sei por que a gente fala da *trans* a gente pensa assim ‘vamos tirar de um hospício e colocar em outro, uma vaga e colocar em outra’. Isso se você escutar, é...eu, se eu escutar isso a primeira ideia que eu vou ter é essa. Agora como fazer diferente dentro de uma instituição hospitalar psiquiátrica que aqui ainda é isso e que a gente quer desconstruir. As últimas discussões que eu participei, que teve até o lance da plenária e tudo, eu lembro que o pessoal bateu em cima, aí é difícil você está num lugar do Instituto, respondendo pelo Instituto, bancando uma *trans*, só que tendo que explicar que não é isso que você quer, não é dessa forma que está acontecendo porque pra quem está de fora eu me lembro que o pessoal bateu feio mesmo. Chegaram e ‘Ah! Vocês lá do Instituto, vocês estão recebendo, tem que ter RT’, tem que ter. A gente inclusive quer terminar aqui com a longa, o quanto é difícil passar isso.... ( Entrevistado Nise 01)

Ou seja, o entrevistado não acredita que a construção de enfermarias de longa permanência seja o caminho, pois estas acabam não sendo transitórias. Trata-se de um tema tão espinhoso que logo em seguida ao falar sobre o conceito de “transinstitucionalização transitória”, o mesmo entrevistado afirma que trabalha com esse conceito, defende que a passagem pelo Nise da Silveira seja transitória, entretanto aposta que a transinstitucionalização seja o último recurso.

Acredito! Eu trabalho pra isso! Se não for isso, eu não...tanto assim que eu lembro nas primeiras discussões que teve com o pessoal do NAC ....tinham algumas pessoas do NAC e eu falei: ‘ Olha, tem que acabar com a longa’. Tinha gente que não acreditava, do próprio NAC, o pessoal novinho que chegou, depois foram vendo que a gente vive sem isso,(...), vive bem melhor sem essas enfermarias. Então, essa *trans* assim ela só ocorre aqui com o Instituto porque não tem outro dispositivo, isso é um dado de realidade porque a gente não quer que ocorra aqui. A última discussão que a gente teve em GT do pessoal que agora é da Gávea vir pro Nise está sendo a última opção. ( Entrevistado Nise 01)

Por fim, a frase da citação anterior a acima sintetiza o embaraço e paradoxo da questão: O Instituto Nise da Silveira está **“bancando uma *trans*, só que tendo que explicar que não é isso que você quer”**.

Outro entrevistado do Nise defende que a passagem dos pacientes pelo Instituto seja provisória, mas não acredita que esse conceito de fato se opere na prática.

É, esse provisório, aí quanto tempo esse provisório vai durar, enfim, algumas pessoas certamente não vão sair daqui nunca, vão morrer aqui dentro né, porque a necessidade é de uma RT de altíssima complexidade e a gente assim sabe que não há no cenário nenhuma perspectiva de isso vislumbrar, de acontecer, mas é isso! A gente trabalha com essa ideia, a gente defende isso com um dado de realidade, o transitório, quanto tempo esse transitório vai demorar, que provisório é esse não tenho a mínima, mas a gente trabalha com essa marcação e repetindo isso pra todos nós, pros moradores e pra gente mesmo que aqui não é lugar pra morar. (Entrevistado Nise 02)

Outra virada na forma de trabalhar os conceitos foi em relação ao que se entende sobre institucionalização e tempo de longa permanência. O Instituto Municipal Nise da Silveira está trabalhando com duas ideias que se complementam, apesar de serem também paradoxais. De um lado, a ideia de que os pacientes que vieram de longa internação, como os que vieram da Dr. Eiras não são considerados pacientes de longa permanência no Instituto Nise da Silveira.

A gente sabe que ninguém está pra ficar aqui, então é como qualquer outro cliente, não tem que ser diferente quem está vindo de lá. (...)Esses clientes...eu fui fazer o levantamento pra quem tinha mais de 6 meses na Instituição, olhando pro esse lado eles não tem mais de 6 meses na Instituição. Aí o pessoal pode dizer 'está tapando o sol com a peneira, que bonitinho, o cara passa 30 anos e você fala que aqui não é de longa'. Não é! Porque se a gente já tomar que é de longa vai ser. Eu não posso tratar...se não eu vou estar reproduzindo. (...)eu acho que são coisas, são detalhes que a gente vai colocando que vai dando um outro sentido. Eu não posso falar que o cara é de longa aqui do Nise, é uma mentira também, também é mentira falar que o cara não é institucionalizado. Ele é institucionalizado, só que ele não é de longa do Nise e aí ele está como qualquer outro cliente nessa enfermaria, tem a ver com a história dele, como outro cliente tem a ver com a crise dele, tem a ver com a família, com o sofrimento que é dele, assim, da história dele. (Entrevistado Nise 01)

E de outro lado, a ideia de que os pacientes que estão em crise, que chegaram à internação por estarem em crise, sejam aqueles que se tratam em CAPS e que moram com suas famílias, se passarem mais tempo do que o necessário na enfermaria já podem ser considerados pacientes de longa permanência.

Porque a gente entendeu um pouco que não dava pra trabalhar a *desins* pensando só nos que estão há longo tempo internado. A gente começou a pensar que a nossa porta de entrada seja lá na Policlínica Rodolfo Rocco, na emergência ou na Curta, que é onde os pacientes dão entrada, essa ideia de que o cuidado precisa ser intensivo e intensividade envolve aí muita presença das pessoas no cuidado dos pacientes, de que o tempo ele precisa ser de fato né algo que a gente trabalha a nosso favor, não dá pra gente ficar esperando muito diante da crise do paciente pra gente ter alguma ação sobre aquele evento. Isso fez com que a gente passasse a tomar essa ideia de *desins* já na Curta

Permanência. O paciente que permanece um dia a mais dentro de um hospital psiquiátrico isso já é uma longa permanência. O cara que fica algumas horas além do que ele precisa isso já é uma longa permanência, isso é muito caro pra gente. (...) a gente passa a pensar que então é necessário já ter essa visão de *desins* na nossa porta de entrada pra facilitar um paciente..o hospital psiquiátrico chama atenção que ele sempre cabe mais um dia né, é como se a história, o tempo não passasse ali. Sempre o sujeito pode ficar mais um dia. ( Entrevistado Nise 03)

Essa forma de pensar a longa permanência articulada à crise é imprescindível para se debruçar sobre o problema da produção de novos crônicos. Alguns pacientes chegam à internação em um período de crise, por vezes até por indicação clínica do serviço territorial e acabam se tornando pacientes de longa permanência institucional. Tomar a questão da institucionalização desde a porta de entrada e problematizar essa questão junto à rede territorial foi uma saída encontrada para enfrentar esse problema crescente.

Sobre essa questão paradoxal que se apresenta no processo de transinstitucionalização, o Entrevistado Nise 01 acrescenta:

(...) você pega o que tem de mais hospitalar e fala ‘Vocês é que vão fazer a primeira *desins*’ . Isso é pra pirar mesmo! Mas tem que ser assim né. Se a gente pensar na instituição hospitalar que a gente quer desconstruir não adianta ficar batendo de fora, você tem que usar a própria estrutura pra se desconstruir, a desconstrução vem de dentro assim porque você pode fazer milhões de RT`s, CAPS e ser como estava sendo antes, funcionando aqui na santa paz. É o mal necessário, que as pessoas costumavam falar no cochicho né, abertamente nunca se fala isso, mas era colocado o mal necessário. (Entrevistado Nise 01)

Da Trans, das enfermarias de longa, dos Institutos funcionarem do jeito que funcionam. Se você pensar na maneira natural de que quando uma clínica fecha o hospital psiquiátrico tinha essa missão de receber. A gente sabe que a gente tem essa responsabilidade sim, só que a gente não quer fazer desta forma e como a gente vai fazer, é isso que eu tô falando, às vezes a gente utiliza o que tem de mais, vou usar uma palavra chata, manicomial pra reverter porque não tem como se usar algo diferente, não tem, não vai ter efeito ali, você tem que usar a própria máquina pra ela se desconstruir. Então, quando a internação entra nisso faz muita diferença. ( Entrevistado Nise 01)

Sobre as relações entre desinstitucionalização e transinstitucionalização os entrevistados divergem entre si e às vezes mudam de opinião ao longo da entrevista, mostrando mais uma vez

que não se trata de um tema simples, que possa ser classificado em categorizações binárias. Não se trata de dizer se é uma coisa **ou** outra, mas talvez caminhar para que seja uma multiplicidade.

Eu sempre vou e volto nisso. Eu acho que não deveria precisar, não deveria precisar da...eu acho que se esse trabalho fosse feito com a delicadeza e sutileza que merece ser do cuidado singular aí, cada cliente e uma coisa mais longitudinal. No entanto, acho que serviu né, essa questão da *trans*, por exemplo, fez a gente pegar a parte do orçamento e aumentar o orçamento do Nise, por exemplo, pra que conseguisse não ficar com esses recursos de alguma forma, não centrar esses recursos dentro do hospital só. Você conseguir aí descentralizar recursos pra investir na rede. (...) Eu acho que se a gente conseguisse ter uma rede ampla né, uma cobertura adequada de CAPS, de RT, de outros serviços, não precisaria dessa *trans* pro Nise no caso, mas diante de toda falta de planejamento ou um planejamento feito desse jeito né, onde se levou em consideração esses pacientes aí, esse problema que era Paracambi e todas as outras clínicas conveniadas, eu acho que é válido,mas eu acho que sempre muito..eu sempre fico lá e cá com essa coisa. (...)Eu não tenho uma posição muito fechada né sobre essa transferência dos pacientes de lá das clínicas conveniadas pra cá e eu acho que diante do que estava na situação de justiça, de fato chega um momento que precisa dar um xeque-mate no município, aí eu sou plenamente favorável. Não dava pra essas pessoas ficarem dentro dos leitos conveniados não. Nesse momento que ainda precisa de leito, precisa de leito público. (Entrevistado Nise 03)

Há opiniões acerca da transinstitucionalização em relação às ações de desinstitucionalização que as colocam em categorias separadas. Alguns entrevistados não consideram a transinstitucionalização como uma estratégia de desinstitucionalização.

Porque assim na minha cabeça, pensando assim na *trans* parece que é a *desins* que não aconteceu, entendeu? É, não houve. Então, se não houve *desins*, né, se a pessoa não foi desinstitucionalizada, ela precisa e aquele lugar vai fechar, não há mais tempo pra essa *desins* acontecer, então tipo assim, é o que tem pra hoje, entendeu? (risos), é uma coisa meio assim. Então, tem que ir. (Entrevistado Nise 04)

O que eu vejo que o objetivo mesmo de fechamento da Clínica Dr. Eiras de Paracambi não era a transinstitucionalização, era a desinstitucionalização dessas pessoas né, mas como a gente ainda não tem RT o suficiente né, a gente é obrigado a transinstitucionalizar. Então, a transinstitucionalização não é...assim...assim..não é uma alternativa assim, foi uma necessidade. Porque assim, a gente na verdade por que a gente transinstitucionaliza os pacientes? Porque a gente não tem na verdade casa pra colocar todos eles. (...)Paracambi vai fechar, então a gente é obrigado a transinstitucionalizar, vai pra clínica (...), pra ficar mais perto da família, (...) até que o município tenha condições de ter RT, entendeu? Então, na verdade a transinstitucionalização, a *trans* não é o objetivo, acaba sendo uma necessidade porque a gente não tem ainda RT pra comportar essas pessoas todas. (Entrevistado Nise 06)

Analisando essas falas dá pra perceber as diferenças de posição entre um trabalhador que está na ponta, realizando o trabalho de desinstitucionalização de fato e o trabalho da gestão que pensa as ações de desinstitucionalização para o município. Enquanto o primeiro não considera a transinstitucionalização como uma ação de desinstitucionalização, a gestão tem caminhado na direção de defender a transinstitucionalização como direção clínica, como uma indicação clínica para alguns casos e com um certo destaque para essa ação, já que foi feita com cuidado, buscando cada vez mais o protagonismo dos CAPS e outros parceiros. O fato de ter sido feita de uma forma diferente não tira a crítica de alguns trabalhadores de que essa prática não é a melhor, não é um típico trabalho de desinstitucionalização, do qual eles defendem e lutam em suas práticas diárias, apesar de acharem que foi importante o trabalho realizado.

Pensar a transinstitucionalização como uma questão paradoxal, superando a dicotomia problema-solução, nos ajuda a entender como as ações de desinstitucionalização são planejadas e executadas no Rio de Janeiro. Além de ser o maior parque manicomial do país, é também um município muito diverso e qualquer tentativa de resolução dos problemas de uma forma “certo x errado” pode ser muito perigoso. Partindo deste ponto, podemos inferir que os processos de transinstitucionalização para leitos públicos, dependendo da forma que forem feitos, podem produzir novas institucionalidades, que podem instaurar novas práticas de desinstitucionalização interessantes para os casos acompanhados. Mas é preciso estar atento, pois esse processo não pode se estagnar aí. Trata-se de um percurso sem fim.

#### **4.2 Para instituições conveniadas ao SUS- psiquiátricas e clínicas**

Neste tópico será abordado um tipo de transferência que também foi realizada por alguns municípios do estado do Rio de Janeiro, em especial pelo município do Rio de Janeiro, que foi a transinstitucionalização para as clínicas privadas contratadas ou conveniadas ao SUS, sejam elas psiquiátricas ou clínicas de apoio aos grandes hospitais.

#### 4.2.1 Transinstitucionalização para o Hospital Paracambi

Há em Paracambi outro hospital psiquiátrico privado que recebeu muitos pacientes vindos da Casa de Saúde Dr. Eiras, o Hospital Paracambi, mais conhecido como Hospital da Cascata. Segundo relato de um entrevistado houve inclusive aumento de leitos para poder receber os pacientes transinstitucionalizados da Dr. Eiras.

Esse é o ponto importante, parece assim, a gente conta uma história do fechamento da Eiras (...) e tem um certo êxodo de pacientes internos da Eiras pra outras instituições e pesadamente pra essa instituição que fica no bairro da Cascata. Então foi uma clínica que foi autorizada a ter aumento de leitos e que até hoje não sofreu nenhum processo de intervenção. Há uma série de entraves políticos em relação a isso, né. O dono da clínica é um coronel aviador da Aeronáutica e o filho é médico psiquiatra, assim como os netos são todos médicos também, um é psiquiatra, o outro parece que é médico clínico geral e eu não sei como que ficou nessa última eleição, mas até a eleição passada, o diretor médico dessa clínica era vereador. Então, se o filho do dono é vereador, já foi secretário de saúde, então, quem deveria fiscalizar, o poder público que deveria fiscalizar um equipamento privado, cujo leitos 100% são pagos com AIH's públicas, é o dono! Então, já tem um constrangimento aí. Talvez isso explique um pouco a natureza dos processos em Paracambi. ( Entrevistado Nise 05)

Os leitos dessa clínica foram utilizados desde o início da intervenção até o fechamento da CSDE-P. No início, segundo o relato a seguir foi devido ao estado de total precariedade em que os pacientes foram encontrados, muitos inclusive já haviam morrido e para evitar que novos óbitos ocorressem os pacientes com mais necessidade foram transferidos para esta clínica com mais urgência.

Houve tentativa na época assim, quase no início, a gente fazer uma transferência, se eu não me engano em torno de uns 40 para um outro hospital psiquiátrico que tem na cidade também, chamado Hospital Paracambi que a gente chama popularmente de Hospital da Cascata. (...) Tanto Eiras quanto esse Cascata são privados com convênio do SUS. Então na época elegeu-se assim uns 40 pacientes para fazer uma transferência como se fosse pra uma enfermaria para ter um cuidado um pouco melhor. (...)Eles foram avaliados como os mais necessitados exatamente pra ver se a gente conseguia dar um suporte melhor. ( Entrevistado Estado)

E no final também houve transferência para esta clínica.

Alguns agora nesses finalmente a gente teve que transferir pra lá. Tem aqueles do início, 40, que não sei daqueles quantos ainda tem e pelo meio do caminho alguns, por exemplo, Geraldo que é um paciente jovem e a família mora pertinho da Eiras. Eu que

cheguei a fazer visita lá domiciliar. (...) E a família não queria de jeito nenhum e está dentro da Cascata. ( Entrevistado Estado)

Esta pesquisa não teve acesso aos motivos das transferências para esta clínica até o final do processo, provavelmente não sejam os mesmos motivos do início, que foram baseados em uma tentativa de preservar as vidas das pessoas, oferecendo um cuidado melhor. Segundo relato de um entrevistado, as condições nessa clínica por volta de 2008, quando ele teve oportunidade de ter acesso, não eram adequadas ao cuidado em saúde mental e esta clínica também precisaria de uma intervenção para um possível fechamento.

Era muito difícil, era muito difícil, era muito difícil. Os nossos relatórios.. e eu fiquei nessa tarefa por cerca de 4 ou 5 meses e pedi pra sair pelo constrangimento que era. A gente produzia relatórios mensais e essas visitas que eram visitas semanais ou quinzenais, em todos os relatórios nós indicávamos a necessidade de uma intervenção. (...) Então, a ideia era um pouco essa. A gente mapeava esses prontuários e produzia com eles esses relatórios, em compensação, até onde eu tenho informação nunca houve intervenção...(Entrevistado Nise 05)

Segundo esse mesmo entrevistado pode-se falar do fechamento da Dr. Eiras, mas não do encerramento de seus leitos, pois a transinstitucionalização faz com que os leitos persistam. Essa fala demonstra que a leitura deste profissional acerca do que é desinstitucionalização não inclui apenas o fechamento de um hospital, pois este pode continuar se reproduzindo em outros espaços e a transinstitucionalização é um exemplo desse tipo de reprodução.

Então, você fecha um, mas você aumenta o outro, quer dizer, o que houve foi o fechamento da Eiras, mas não necessariamente o fechamento dos leitos da Eiras. Isso é uma diferença! É claro que fechar a Eiras é importante por *n* razões, uma delas, inclusive, é que você está fechando um símbolo de uma prática secular de péssimo atendimento às pessoas. Então, tinha muito ali de uma mistura de uma certa instituição da Idade Média com a instituição pineliana, quer dizer, a história da psiquiatria toda se condensava ali na Eiras.( Entrevistado Nise 05)

O município do Rio de Janeiro também realizou transinstitucionalizações para o Hospital Paracambi ao longo do processo de fechamento. Consta no Relatório Final de Gestão- 2012 da saúde mental do município que 13 pacientes do Rio de Janeiro ainda se encontravam no referido hospital no ano de 2012.( Rio de Janeiro, 2013)

A transinstitucionalização para o Hospital Paracambi foi citada por vários entrevistados, mas pouco problematizada. A única exceção foi para o Entrevistado Nise 05 que inclusive defende uma intervenção nesta instituição. Os motivos apresentados para a transferência são justificáveis diante da urgência, porém passado esse momento não há mais argumentos que justifiquem a permanência dos pacientes neste hospital privado. Caberia a cada município rever o projeto para cada paciente seu internado lá, entretanto não sabemos se há tal interesse. No relatório de gestão do município do Rio de Janeiro, por exemplo, foi citada a permanência de municípios, mas não foi proposta nenhuma ação de desinstitucionalização para tais pacientes.

#### 4.2.2 Transinstitucionalização para as clínicas SEMEL e Jardim América

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

Essas clínicas conveniadas são instituições denominadas de clínicas de apoio aos grandes hospitais, com leitos na clínica médica e leitos crônicos, configurando um cuidado de média complexidade.

A SURCA, que é um setor da secretaria aqui, que é responsável pelo controle e avaliação, eles ofereceram leitos em clínicas de cuidados prolongados, clínicas de apoio. São clínicas de apoio aos grandes hospitais, não sei se você já ouviu falar desses leitos. São leitos da clínica assim, não são da psiquiatria, da saúde mental. Eles são de cuidado de apoio aos grandes hospitais, sei lá, Salgado Filho, Lourenço Jorge, hospitais clínicos, são pacientes crônicos. Que tem um problema..ou até assim um problema agudo, mas num momento crônico e aí precisa permanecer um pouco mais, pra não ficar prendendo leito dos grandes hospitais,entendeu? É um paciente que precisa de cuidado da enfermagem assim. É, sei lá, pacientes da neurologia, por exemplo. E outros casos,

pacientes com AIDS, que está num momento agudo e aí ele precisa de cuidados, de repente ele até melhora e depois tem alta, mas não precisa da intensidade de cuidados que tem num grande hospital. Então, a SURCA ofereceu essas vagas, a gente avaliou os pacientes que tinham comorbidade clínica que então justificaria essa demanda assim, essa demanda não, esse encaminhamento. ( Entrevistado Rio 02)

Com a disponibilidade das vagas, o trabalho seguiu da seguinte maneira:

A gente fez uma mega pactuação com o Ministério Público, com os dois CAPS da AP 3.1 pra onde os pacientes vieram, com a CAP, com a SURCA e a área técnica. Eram reuniões e mais reuniões pra definir protocolo, pra definir processo de avaliação e vinda dos pacientes porque era uma pressão judicial muito grande que chegava direto no prefeito. E aí, o secretário, no final de semana seguinte, na quarta feira, sei lá, no meio da semana, a SURCA terminou de fazer a avaliação dos casos e liberou as vagas e disse pra onde a gente podia levar. Disse pra onde a gente podia levar, na verdade, foi um processo construído porque eles deram algumas opções, eles deram , por exemplo, um hospital em Realengo, que a gente já tinha feito um trabalho também assim, é, fora, totalmente dessa metodologia e conheci a clínica e sabia que era ruim. A gente pediu pra ser no território do CAPSIII, que tinha acabado de abrir porque a gente precisaria de uma ação institucional muito intensa nessas clínicas, então, foi toda uma construção de trabalho antes dos pacientes virem, durante, o CAPS João Ferreira acompanhou a vinda desses pacientes. Naquele momento, o Fernando Diniz que é responsável pelas duas clínicas, as duas clínicas liberadas, junto com os leitos foram liberadas eram da 3.1, do território do Fernando Diniz e a pactuação que a gente fez foi que o João Ferreira ficasse responsável por todas as avaliações e vindas dos pacientes de transferência e o João Ferreira ia fazer todo trabalho institucional e num segundo momento, depois dos pacientes terem chegado iriam encaminhar pro Fernando Diniz os pacientes que por acaso fossem do território né, já originalmente dali, que eram pouquíssimos, uns 2 né, que por coincidência eram da 3.1. A maioria tinha vindo de Febem, Funabem, não tinham nenhum território. (...) E aí, o João Ferreira fez essa avaliação e a gente fez uma triangulação de supervisão de saúde mental, cada CAPS deu seu supervisor pra umas das clínicas, pra fazer supervisão de território, sistematicamente discutir os casos, discutir os casos deles, a gente constatou que na verdade essas clínicas tem uma população enorme institucionalizada e às vezes nem precisa exatamente de um dispositivo CAPS, mas precisa de um matriciamento, alguma coisa que faça a equipe atentar um pouco pro cuidado.( Entrevistado Rio 01)

A transferência para esses leitos clínicos não passou pela mesma metodologia de trabalho que as transinstitucionalizações para os Institutos municipais, a partir de uma avaliação e indicação clínica dos CAPS, mas houve uma tentativa posterior à chegada dos pacientes nas clínicas de incluir o CAPS nesse trabalho.

Eu acompanhei todo o processo assim. Tanto a passagem dos pacientes, eu fiz as avaliações dos pacientes da Eiras né, que foram pra lá, acompanhei a passagem deles, a transferência. No início, eu dava supervisão pros profissionais da clínica porque a gente não sabia ainda como é que isso ia ser sabe? Então foi uma construção processual assim né. E aí a gente avaliou e não daria pra eu continuar dando supervisão porque eu ainda tinha que assumir, eram 100 né. O início do processo de trabalho foi esse. Então a gente

pensou, avaliou, ‘será que os CAPS podem assumir essa demanda?’ Aí a gente convocou os CAPS, os CAPS disseram que sim. A gente chegou a pensar, se não der a gente vai ter que contratar supervisores, a gente não vai poder deixar esses pacientes lá nas clínicas porque são clínicas que não tem, não tinham *know-how* com pacientes da saúde mental, apesar de ter pacientes da saúde mental. E também, assim, enfim, não era o que a gente queria, simplesmente encaminhar e deixar lá. A gente queria plantar essa semente do trabalho da *desins* lá também. ( Entrevistado Rio 02)

Nesse trabalho de supervisão que os CAPS realizam é interessante que eles encontram muitos pacientes institucionalizados, tal qual nas instituições psiquiátricas. Outro aspecto que chama atenção é o fato de muitos desses pacientes que vieram da Dr. Eiras para essas clínicas já terem vindo de outras instituições como Febem e Funabem, ou seja, salta aos olhos que uma das marcas dessas clínicas de apoio é a institucionalização, seja pelos pacientes que lá já se encontravam ou pelos pacientes vindos da CSDE-P com passagem pela Febem e Funabem.

Apesar dessa marca da institucionalização os gestores defendem que essa transinstitucionalização também seja transitória, assim como a transferência para os Institutos municipais, só que com o diferencial de que o dispositivo a ser criado para acolher essas pessoas teria que ser de alta complexidade.

A ideia é que como se fosse uma passagem também assim, mas é uma passagem a longo prazo porque são pacientes que além da institucionalização na psiquiatria tem uma comorbidade clínica, demandam de cuidados de enfermagem e precisariam de uma residência terapêutica de cuidado clínico, provavelmente né? Teria que ver cada caso, mas assim, a ideia é que seja passagem e aí por isso...mas também pelos pacientes, enfim, pelo, pela lógica de cuidado no geral. A gente fez uma articulação com a rede, então são duas clínicas principalmente que a gente encaminha e aí foi uma parceria que a gente fez, começou com a Eiras, mas permaneceu pra desinstitucionalização. É, então são duas principais que a gente encaminha e a gente entende que qualificou o cuidado dessas clínicas como um todo assim, então supervisoras de dois CAPS estão dando supervisão nas clínicas, pros profissionais da clínica e as equipes dos CAPS também estão bem dentro. O João Ferreira, principalmente, mas também o Fernando Diniz, que é desses territórios. Então a gente fez essa articulação assim, e aí com essa articulação a gente até pôde identificar outros pacientes da saúde mental que estavam lá, ah sei lá, um morador de rua que teve uma ulceração no pé foi pro hospital, eles fazem um curativo, uma medicação e não querem ficar com aquele paciente morador de rua, vai fazer o que? Aí, eles encaminham pra essa clínica. A gente não tinha notícias desse paciente. A gente identificou o paciente e aí sendo desses CAPS já foi incluído ou então encaminhado pra outro CAPS. A gente entende que qualificou o trabalho das clínicas nesse sentido assim. ( Entrevistado Rio 02)

De acordo com essa fala a implementação de residências terapêuticas de alta complexidade para esta clientela ainda não foi planejada, já que eles vão permanecer nas clínicas de apoio por um tempo prolongado. O não planejamento de construção deste tipo de RT é ratificado na fala a seguir:

Acho que são casos muito crônicos também, que a gente(pausa) infelizmente a gente não tem residências né? Assim, não tem pra demanda que a gente tem e tem menos ainda quando se trata de 24 horas. Então casos muito crônicos, assim, acho que também sem outras possibilidades de retorno familiar, tem casos muito difíceis que foram pra casa da família, assim. Essa é uma primeira tentativa né, retorno familiar, se esgota isso, ....  
(Entrevistado Rio 02)

Um dos maiores desafios da desinstitucionalização é que tipo de cuidado se oferta para os casos mais graves, aqueles que necessitam de um acompanhamento mais intensivo, seja pelo quadro psiquiátrico seja pelo quadro clínico, que muitas vezes foi agravado pelo longo período de institucionalização. Enquanto os considerados de menor gravidade são os primeiros a saírem dos hospitais, por serem mais “autônomos”, os mais graves vão ficando como um resto, uma sobra, um núcleo duro difícil de diluir. Um dos entrevistados ao ser perguntado se as pessoas com mais gravidade não poderiam ter ido pra RT direto da CSDE-P, respondeu:

Nesse momento não, até pela dificuldade que aí todos os municípios encontraram que foi de alugar as casas, dificuldade também do cuidador, que era um número menor, essas pessoas eram acamadas, tinham cadeirantes, com uma gravidade clínica também maior. Então nesse primeiro momento saiu os mais autônomos mesmo pra residências terapêuticas. ( Entrevistado Paracambi)

O que se confirmou ao final do processo de fechamento foi que os pacientes mais graves munícipes do Rio de Janeiro não saíram para residências terapêuticas de alta complexidade nem no começo da intervenção, nem ao longo e muito menos ao final. Os casos mais graves, que deveriam ser prioridade da gestão municipal, foram para outras instituições psiquiátricas privadas ou para clínicas de apoio, no caso do município do Rio de Janeiro.

Se a perspectiva é de que a passagem por essas clínicas se dêem a longo prazo, podemos presumir que o esperado é que essas pessoas acabem morrendo nessas clínicas, ainda mais considerando as condições encontradas pela supervisão dos CAPS. Com certeza faz diferença ter

supervisão da saúde mental nesses espaços, “qualificou o trabalho das clínicas”, como afirmou o entrevistado Rio 02, entretanto, cabe a pergunta se isso é suficiente para garantir que os pacientes transinstitucionalizados da CSDE-P sejam bem cuidados e continuem vivos ao menos.

Em relação a este aspecto, cabe uma citação de Desviat, que ao mencionar a população cronicada dos hospitais psiquiátricos salienta que há uma tendência em diversas experiências de desinstitucionalização de que essa clientela persista abandonada. “Em todos os processos de reforma houve e ainda há a tentação de abandonar esses pacientes, deixando-os – mediante poucos recursos e junto ao pessoal mais cronicizado-, desaparecer em uma deterioração progressiva nos restos dos manicômios”(DESVIAT, 1999, p. 88).

Na ocasião das entrevistas, recebemos informações de que dois pacientes já haviam falecido nessas clínicas, não sendo especificado o motivo das mortes. Porém, extremamente relevante uma informação adicional de que toda vez que há necessidade de atendimento em hospital geral a transferência é sempre muito difícil. Ou seja, podemos chegar a uma conclusão terrível que além da marca da institucionalização, essas clínicas carregam a marca da morte. E nesse caso, não só a morte simbólica que a institucionalização por si só já traz, mas infelizmente a morte real, concretamente falando. Trata-se de um planejamento de política pública que conta com a morte das pessoas?

Em relação a isso, um entrevistado citou o exemplo de um caso que foi transinstitucionalizado para o Instituto Municipal Nise da Silveira e depois transinstitucionalizado novamente para uma dessas clínicas de apoio.

O Evaldo que é sempre uma parte que eu acho difícil. O Evaldo foi pra clínica, parece Semel, Jardim América, são as clínicas de apoio. Isso eu acho sabe o que? É a parte que fala do não planejamento ou de um planejamento deficitário na saúde do Rio. São casos que foram parar nessa clínica, nessas clínicas aí, são duas, Jardim América e Semel, são pacientes que eles chamam de alta complexidade, pacientes com condições bastante agravadas pelo tempo no hospício. Então, esse paciente Evaldo, me recordo muito dele, muito. Um paciente que tinha epilepsia, teve traumatismo craniano dentro do Dr. Eiras, psicótico também, internado desde os 4 anos lá. Ele estava com 50 e poucos...  
 (...) Foi internado aos 4, saiu aos 12 mais ou menos. Isso foi o que o pai conseguiu bancar um pouco, fica até os 16 anos, aí aos 16 anos o pai morre, ele vai pra rua, cai no valão. A mãe na época disse que não conseguia, ela ficou com muita pena dele, de ele estar daquele jeito na rua e aí leva né, dá de presente pra ele uma internação na Dr. Eiras e ele passa a vida lá. (...)E aí, depois dos 12 ele só teve um tempo de 12 aos 16 anos de ficar em casa e depois passa o restante da vida. ( Entrevistado Nise 03)

Na avaliação desse entrevistado o que houve nessas transinstitucionalizações para essas clínicas foi um planejamento que os pacientes mais graves pudessem se encontrar com a morte, pois, caso contrário, lhes seria oferecido uma forma de cuidado mais singular e responsável, já que se tratam de pacientes considerados de alta complexidade na saúde mental e foram justamente para instituições consideradas de baixa complexidade.

E o que o município ofereceu pra ele agora né? Uma ida pra uma clínica que chamam de baixa complexidade com cuidados de longa permanência. Eu acho que...uma coisa bastante séria pra mim. Esses são pacientes que deveriam ser assim prioridade absoluta né, são pacientes extremamente regredidos, deveria ter sido investido muito talvez em RT de alta complexidade e aí eu acho que fala um pouco de uma ética dessa política que foi esperar pra essas pessoas encontrarem a morte talvez nesses lugares porque não foi oferecido RT de alta complexidade pra eles. O que teve foi uma clínica conveniada, elas são clínicas conveniadas ao SUS e aí é o seguinte me faz lembrar aquele, que é um cara que eu gosto muito, um filósofo do Direito, que ele fala das vidas que não valem a pena, fala do *homo sacer*, que são pessoas que podiam morrer. No Direito Romano essa figura, esse sujeito, o *homo sacer* podia ser morto que não tinha nenhum problema pra quem o fizesse. E eu acho que o que a política do Rio ofereceu pra essas pessoas que estavam em Paracambi, esses de extrema gravidade, foi de deixar que eles possam morrer num lugar como esse. Por mais que se tenha tudo, é, fiscalização da saúde, do Ministério Público.... (Entrevistado Nise 03)

Sobre a não implementação de residências terapêuticas para esta clientela e a forma que os casos foram trabalhados desde a CSDE-P o entrevistado chama a atenção:

São clínicas destinadas a cuidados com pacientes que necessitam muito de cuidados clínico que não conseguem fazer isso sozinhos, que precisam, por exemplo, de enfermagem ali 24 horas e que vão passar longo...a ideia é que essas pessoas passem longo tempo. A enfermidade dessas pessoas não vai cessar. E aí é um lugar aonde essas pessoas poderão estar, e aí eu acho que fala de uma escolha ética que se teve, de querer precisar dessas clínicas. Ora, as coisas demoraram 10 anos, um processo de *desins* de 10 anos é tempo suficiente pra saber que essas pessoas estavam dentro de Paracambi, que elas eram munícipes do Rio, que elas precisariam de RT's de maior complexidade. Então, foi feito ao longo do tempo essa escolha por isso e aí eu lembro de uma fala que eu não ouvi, eu não estava no dia, mas que foi muito comentada na saúde mental que foi um fórum me parece anual onde o subsecretário fala que essas pessoas que estavam há longo tempo dentro de um hospital a vida se encarregaria de fazer a *desins*. Então, acho que é um ponto pra falar um pouco do cenário que a gente está tocando quando fala, quando se pensa aí no destino dessas pessoas...e por mais que seja com todo cuidado que as pessoas queiram ter com a Semel, com essa clínica.. (Entrevistado Nise 03)

Mais uma vez o entrevistado alerta que a transferência desses pacientes assim como de outros para outros lugares fez parte de um planejamento da política de saúde mental do município. Desde o momento em que o município tomou ciência da gravidade dos casos,

qualquer ação feita ou negligenciada é de total responsabilidade da gestão de saúde mental do município.

Sobre a tentativa de um cuidado mais responsabilizado através do acompanhamento dos casos pela supervisão dos CAPS o entrevistado até acredita que de fato possa estar realizando um bom trabalho, mas que a indicação para esses casos, segundo a opinião desse entrevistado seria a inserção em residência terapêutica de alta complexidade, pois não é possível comparar o cuidado recebido em uma casa com um cuidado hospitalar.

Realmente a ideia parece que é de substituir o que se tinha do supervisor SUS, que é uma figura que entrava dentro, entra né, ainda existe. Entra dentro das clínicas, às vezes mal recebido até e tem que dar conta sozinho praticamente de um vasto número de pacientes e aí acho que isso foi uma ideia boa pra lidar com esses efeitos de uma ética que aponta pra uma morte distante desses pacientes. Então, pro CAPS de fato poder acompanhar. Então assim pelo o que eu tenho notícias, os CAPS acompanham esses pacientes, mas assim eles estão dentro de um hospital e não é só por uma diferença só arquitetônica, acho que morar numa casa implica aí outros desafios, outras possibilidades também pra essas pessoas na vida fora. ( Entrevistado Nise 03)

Há outro caso transinstitucionalizado para uma das clínicas de apoio que traz mais explicitamente essa questão do cuidado que é oferecido na clínica conveniada, que pode produzir muito mais uma falta de cuidado.

Tem um caso que era tido na Eiras como surdo-mudo, paralítico, ficava numa cadeira de rodas , cego também. É, um senhor assim, ele foi pra uma clínica de apoio, no primeiro dia ele andou (risos) e ainda fez uma confusão assim, fez muita confusão. Ele realmente não falava, mas fez muito barulho. E na Eiras, eu sempre via ele de cadeira de rodas, mijado, no cantinho e as pessoas infantilizando muito, assim chamando ele por apelido diminutivo, davam comida na boca. Na clínica de apoio ele começou a comer com mais autonomia. Ele levantou! Ele nunca foi paralítico, ele levantou. Ele ficava sentado pelas condições, enfim, era pelo cuidado né que deram a ele nessa clínica, e uma clínica de apoio ainda, que não é o lugar mais interessante. Ele faleceu depois. Ele era hipertenso, ele teve uma complicação assim, ele ficou bastante tempo ainda na clínica de apoio. Eu achei que não foi pela transferência, mas também difícil dizer. Pelo que eu continuei acompanhando ele estava melhorando. Eu achei que fazer barulho era uma melhora, mas aí depois de um tempo ele faleceu. ( Entrevistado Rio 02)

Primeiro ponto que este caso traz é que mesmo o gestor não apostando que a clínica de apoio “não é o lugar mais interessante” houve o planejamento para que as pessoas fossem pra lá. Segundo ponto é que o caso nem foi avaliado o suficiente antes da transinstitucionalização, caso

contrário, minimamente seria constatado que o paciente não era paralítico. Que tipo de avaliação clínica foi feita para casos que necessitavam de cuidados clínicos e por isso a justificativa de uma transferência para a clínica de apoio? E por fim, constatando a exclusão da exclusão, um paciente surdo-mudo, cego e “paralítico” se encontra com a morte.

Diante do exposto, surge a necessidade de fazer uma diferença entre a transinstitucionalização realizada para as instituições do SUS, apresentadas no início do capítulo e a transinstitucionalização para as instituições privadas. A primeira teve a marca de um trabalho coletivo entre a gestão de saúde mental do município, a instituição psiquiátrica que recebeu os pacientes e os CAPS de referência territorial. A partir das narrativas dos atores, foi possível ver que um trabalho diferenciado foi construído, com possibilidades de que um trabalho de desinstitucionalização possa ser feito com mais responsabilidade. Esse trabalho é passível de críticas, mas também apresentou resultados interessantes, como a articulação entre o Instituto Municipal Nise da Silveira e os CAPS, que só aprimora o acompanhamento dos casos de longa permanência e os que se encontram em crise e também por pacientes já terem ido para residências terapêuticas ou retornarem para suas casas.

O segundo tipo de transinstitucionalização para as clínicas conveniadas apesar de ter sido construído em parcerias também, entre a gestão municipal, a SURCA e com acompanhamento do Ministério Público, não pode ser visto da mesma forma. A marca desse trabalho ainda é de perpetuação de exclusão e institucionalização sem produção de novas institucionalidades, como foi possível no primeiro tipo. Os resultados apresentados até o momento da pesquisa de campo não foram promissores, com boas perspectivas, mas ao contrário, só apresentaram um cenário de mortes já concretizadas ou mortes eminentes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho está longe de ser concluído. O que foi possibilitado a partir do encontro com os gestores e profissionais e suas experiências de trabalho diante do fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi não se fecha em conclusões, mas ao contrário, abre-se um campo novo de mais tensões e questionamentos. O exercício de desconstrução que uma prática de desinstitucionalização incita só tem ponto de partida. A chegada é sempre incerta e o caminhar é constante. Um bom trabalho de desinstitucionalização não tem fim. Ele está sempre se reinventando.

Retomando um pouco o caminhar dessa pesquisa, no primeiro capítulo foram apresentados alguns sentidos de desinstitucionalização que foram possíveis ao acesso pela bibliografia, experiência pessoal de trabalho em diferentes redes de saúde mental e também pela pesquisa de campo do presente trabalho. Dos sentidos propostos, destacamos o de desospitalização, desassistência, desconstrução, trabalhados por Amarante(1996); desconstrução e não destruição, estratégia, paradigma; novas institucionalidades, desinstitucionalização como intencionalidade do tratamento, transinstitucionalização sem abandono e responsável, propostos pela rede de saúde mental de Niterói (PINHEIRO, *et al.*, 2007 e BERENGER, *et al.*, 2008) para buscar alguma associação com a experiência da CSDE-P.

O processo de fechamento da Dr. Eiras-Paracambi pode ser entendido como algum dos sentidos citados acima? Não é simples responder esta questão, tendo em vista que se tratou de um processo complexo, envolvendo muitos embates políticos e sociais. A princípio, diríamos que a experiência da CSDE-P teve um pouco de cada sentido proposto e certamente outros que nem tivemos acesso. Conforme foi mencionado ao longo do trabalho, nossa intenção não foi uma descrição de tendências, devido principalmente a natureza múltipla e diversa do processo. O que podemos concluir até o momento é que sem dúvidas foi um marco na saúde mental do Brasil e que diante da grandeza e da importância do processo essas classificações entram em segundo plano, porém não perdem sua relevância de reflexão.

De todos os sentidos propostos no primeiro capítulo, defendemos o sentido de “desconstrução” como mais possível de engendrar mudanças significativas nas práticas manicomiais. Os sentidos de “novas institucionalidades” e “desinstitucionalização como intencionalidade de tratamento” também nos parecem interessantes na medida em que tomam o conceito de desinstitucionalização como um operador do cuidado. Entretanto, corre-se o risco destes dois sentidos serem usados de forma restrita ao espaço hospitalar e pouco esforço ser feito para que as pessoas saiam do manicômio.

Por outro lado, desconstrução não é apenas a abertura de residência terapêutica, CAPS e redução de leitos, pois só a abertura de serviços extra-hospitalares não garante que não haverá reprodução de institucionalização e cronicidade. Defendemos, portanto, desconstrução onde a raiz do saber psiquiátrico é posto em questão e possíveis mudanças de relações com a doença mental no meio social possam ocorrer com responsabilidade com o território e principalmente que possa desconstruir nosso “manicômio mental”. (PELBART,1990)

No segundo capítulo, salientamos que apesar de novos sentidos para a desinstitucionalização, ainda nos ronda o fantasma da velha institucionalização e com isso a produção de novos pacientes cronicados, se tornando de longa permanência institucional, além de uma produção de cronicidade no território, nos serviços extra-hospitalares, fenômeno que se confirma com as reinternações dos mesmos casos.

A questão do atendimento à crise foi outro ponto que se apresentou intrinsecamente ligado a questão de produção de cronicidade e institucionalização. Foi abordado que o trabalho que se realiza com os pacientes considerados agudos e crônicos não deveria ser separado, pois em termos de cuidados, todos os pacientes deveriam ser considerados urgentes, que necessitam de intervenções que não podem esperar muita suspensão do tempo, como comumente acontece com os casos de longa permanência. Estes casos, por sua vez, precisam instaurar uma crise nas equipes, pois tomados como casos complexos que necessitam de ações específicas e urgentes, produziram mais movimento nas equipes possibilitando novos acontecimentos.

Desta forma, constatamos que a produção de cronicidade não diz respeito apenas ao paciente, mas também aos profissionais e aos dispositivos. Uma forma apontada de enfrentamento a este problema foi o movimento voltado para o fora. Importante tecer laços que não fiquem circunscritos ao terreno da saúde mental, mas investir em um trabalho intersetorial que convoque a sociedade em geral e também outros parceiros institucionais, como a atenção

básica, a justiça, a habitação, a cultura, etc. Isso traz movimento e pode abrir novos espaços não produtores de cronicidade.

Na pesquisa de campo, segunda parte do trabalho, podemos salientar que inicialmente, quando nos deparamos com essa questão de pesquisa, considerávamos o processo de transinstitucionalização como um horror. Esse foi o ponto que levou ao interesse do estudo. Durante a pesquisa de campo houve a possibilidade de ampliação do ponto de vista e o horror foi relativizado. Por fim, não avaliamos que tenha sido um horror por completo. Pode sim causar mais indignação, espanto e horror dependendo da instituição para onde os pacientes foram transferidos e de quais profissionais encontraram e que direção de trabalho foi dada.

O processo de transinstitucionalização se mostrou paradoxal. Da mesma forma que pode ser considerado um problema, pois não atende aos princípios da política nacional de saúde mental, que preza pela abertura de CAPS e SRT para acompanhar os pacientes egressos de longas internações, pode também ser tomado como uma solução provisória para a questão da institucionalização em hospitais de grande porte. Conforme já mencionado, de um lado, há a consideração de que diante do fechamento de um hospital, transferir os pacientes para outra instituição não resolve o problema, ao contrário, gera mais institucionalização, perpetuando um cenário de exclusão. De outro lado, há a consideração de que saindo de um hospital privado de grande porte e passando para outro no domínio do SUS e orientado pela política nacional de saúde mental, já seria uma estratégia de cuidado para os casos institucionalizados. O campo da saúde mental como um todo se apresenta múltiplo e complexo, e no tocante à transinstitucionalização também não há consenso sobre o que é certo ou errado. Diante disso, fez-se necessário colocar este tema em questão e abordá-lo como um paradoxo, superando essa dicotomia problema-solução.

Inferimos na pesquisa que além de vários sentidos para desinstitucionalização, conforme discutido no primeiro capítulo, podemos falar em vários tipos de transinstitucionalização: para hospital ou outro estabelecimento asilar; para estabelecimento privado ou público; para estabelecimento psiquiátrico ou clínico.

Desta forma, constatamos que a transinstitucionalização por si só não pode ser avaliada, mas apenas para cada instituição em particular. No caso, a transinstitucionalização para o Instituto Municipal Nise da Silveira foi diferente da transinstitucionalização para as clínicas de apoio conveniadas e certamente também difere da transinstitucionalização para os outros

Institutos do município, como a Colônia Juliano Moreira e o Instituto Philippe Pinel. Da mesma forma, não podemos afirmar que todos os setores do Instituto Municipal Nise da Silveira produziram o mesmo cuidado para os pacientes recebidos, tampouco todos os CAPS acompanharam os pacientes da mesma forma.

Um dos fatores que nos fez relativizar o horror em relação à transinstitucionalização foi a constatação na pesquisa de campo de que o trabalho no âmbito público tem ocorrido de forma mais promissora. Muitos entrevistados salientaram que para os pacientes estar no SUS é melhor que estar no campo privado. Essa afirmação no campo da saúde mental não é uma novidade, porém não podemos naturalizá-la e deixar de ressaltar a importância das políticas públicas no trabalho de desinstitucionalização. Em tempos de precarização e sucateamento do SUS, onde a privatização virou palavra de ordem, deixar bem claro que o SUS funciona sim e é melhor para os pacientes é uma questão de luta por direitos muito mais ampla.

Entretanto, ainda temos muitos desafios. A constatação de que o SUS tem funcionado no acolhimento e acompanhamento aos casos transinstitucionalizados de clínicas privadas não quer dizer que isso acontece sem problemas. O maior desafio nesse trabalho é justamente sustentá-lo. Faltam sustentabilidade política e financiamento para a execução da política de Saúde Mental em vários âmbitos, incluindo a questão de recursos humanos, a construção de novos dispositivos extra-hospitalares, a intervenção na cultura para que concomitante ao processo haja uma mudança também no imaginário social acerca da loucura.

Além da consideração de que a transinstitucionalização pode ser uma estratégia de desinstitucionalização e é importante apostar no SUS, foram discutidos os principais argumentos para este planejamento. O primeiro argumento se refere ao fato da transferência aproximar os pacientes de seus territórios afetivos, familiares, sociais, etc. O segundo fala de uma responsabilização dos municípios, independente se o paciente faz referência ao território. Um terceiro argumento abrange a dificuldade de fazer uma passagem do hospital privado direto para uma residência terapêutica, seja pela distância entre as cidades, seja pelo entendimento de que um dispositivo de passagem se faz necessário, dado a clínica com cada paciente. Esses foram os motivos apresentados em relação à transinstitucionalização para os Institutos municipais, o que não se repetiu para as clínicas privadas.

A transferência para clínicas de apoio foi planejada e executada de uma forma bem particular, destoando do planejamento que o município articulou para os pacientes que foram

para o âmbito do SUS a partir de 2010. A transferência para as clínicas de apoio seguiu apenas as indicações de vagas disponíveis e os CAPS entraram num momento posterior, ou seja, a transinstitucionalização não passou por uma indicação do CAPS, conforme se priorizou para os demais casos. Chama-nos atenção que justamente os casos mais graves, que necessitariam de mais planejamento e cuidado, possivelmente de inserção em RT de alta complexidade, foram transferidos para instituições privadas, onde o trabalho realizado não segue as diretrizes da política nacional de saúde mental.

Diferente do primeiro tipo de transinstitucionalização- para os Institutos municipais-, onde alguns pacientes já retornaram para suas casas ou foram inseridos em residências terapêuticas, as transferências para as clínicas privadas não tem mostrado um resultado satisfatório. Não há previsão de que os pacientes saiam desses espaços, pelo menos não foi indicada até o momento das entrevistas, e infelizmente a única possibilidade de saída tem sido a morte.

Para finalizar, destacaremos o papel da Justiça no processo de fechamento, que foi um aspecto que perpassou toda a pesquisa de campo. Por vezes, a depender da função do entrevistado, tomou mais relevo nas narrativas. Por outras, surgia de forma mais tímida, como um pano de fundo. Alguns entrevistados defendem a ação da Justiça como a forma possível de fechar um hospital, sem a qual não haveria agilidade, principalmente a atuação do Ministério Público de 2009 até o fechamento. Outros julgam que foi uma forma de pressão que atrapalhou um pouco que os casos fossem trabalhados com mais cuidado. Este ponto não foi diretamente abordado nos capítulos, pois não foi o foco da pesquisa. Entretanto, cabe uma menção nesse momento, pois de fato foi uma participação de grande relevância.

Um aspecto nos chama mais atenção em relação à atuação da Justiça no processo, que é a sentença impretada em 2009, onde o juiz solicita a apresentação e cumprimento de um *Plano Atualizado de Transferência* para os pacientes que ainda se encontravam internados. (RIO DE JANEIRO, 2012). Esse termo *transferência* utilizado pelo juiz levanta questões se estava previsto a transinstitucionalização para outras instituições psiquiátricas ou se referia de uma forma mais geral à saída dos pacientes, seja para residências terapêuticas ou outras possibilidades. De qualquer maneira, os gestores entrevistados do município do Rio de Janeiro mencionaram, como já foi citado no capítulo quatro, que o Ministério Público acompanhou todas as transinstitucionalizações realizadas a partir de 2010, inclusive as transinstitucionalizações para as clínicas de apoio conveniadas ao SUS. Esse ponto merece destaque, pois torna-se imprescindível

que o MP continue acompanhando esses casos que se encontram nessas clínicas, tendo em vista a sequência de mortes já mencionada. As relações de trabalho entre os setores da saúde mental e a justiça nos trazem questões que ficam em aberto e como possibilidade de um estudo futuro. Foi mais um encontro inesperado que o fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras nos possibilitou.

## REFERÊNCIAS

ABREU, M. **Altas dos municípios do Rio de Janeiro da CSDE a partir de agosto de 2010.** Mensagem pessoal recebida por <enaravieira@hotmail.com> em 03jan. 2013.

ALVES, D.S. **Integralidade nas políticas de Saúde Mental.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro:IMS-UERJ, 2001.

ALVES, D.S.; GULJOR, A.P. **O cuidado em saúde mental.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

AMARANTE, P. **O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

\_\_\_\_\_. **Loucos Pela Vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P.; GULJOR, A.P. **Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.

AMARANTE, P.; ROTELLI, F.; **Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos.** In: BEZERRA, JR; AMARANTE, P. (orgs.). Psiquiatria sem Hospício – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BANDEIRA, M. **Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria . vol.40(7), 1991.

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.

BARTON, R. **Institutional Neurosis.** Bristol: John Wright & Sons LTD., 1959.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BERENGER,M.E. *et al.* (Orgs.) **Desinstitucionalização e Psicose: experiências clínicas.** Niterói:EdUFF, 2008.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Estado de Saúde–RJ. Fundação Pró-Uni-Rio. Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas de Saúde Mental- IPUB-UFRJ. **Censo Clínico e Psicossocial dos Pacientes Internados na Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi- Síntese dos Dados.** Rio de Janeiro, junho de 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004.** 5ª ed. ampl. Brasília, Ministério da Saúde,2004.

\_\_\_\_\_. MPF. GT Saúde da PFDC. **Saúde Mental no SUS.** Disponível em <[www.pfdc.pgr.mpf.gov.br](http://www.pfdc.pgr.mpf.gov.br)>. Acesso em 25 mai. 2012.

\_\_\_\_\_. DATASUS. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde.** Disponível em <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em 25 fevereiro.2013.

CARVALHO,M.C. **Os desafios da desinstitucionalização: integração de serviços e continuidade de cuidados.** In: Cadernos do IBUP.Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria/UFRJ, nº21,2002. nº 1 (1995).

\_\_\_\_\_. **Os desafios da desinstitucionalização.** In: FIGUEIREDO,A.C.; CAVALCANTI,M.T. (Orgs.) *A Reforma Psiquiátrica e os desafios da Desinstitucionalização – Contribuições à II Conferência Nacional de Saúde Mental.* Rio de Janeiro:IBUP/CUCA, 2001.

CAVALCANTI,M.T. *et al.* **Casa e/ou Serviço? O dilema das moradias assistidas e/ou Serviços Residenciais Terapêuticos no contexto da Reforma psiquiátrica brasileira.** In: Cadernos do IPUB. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria/UFRJ, vol. XII, nº 22, Nov./dez. 2006.

CERDEIRA, A. ; LEAL, M. P. **Do fim ao (re) começo: uma longa permanência** In:BERENGER,M.E. *et al.* (Orgs.) *Desinstitucionalização e Psicose: experiências clínicas.* Niterói:EdUFF, 2008.

CERDEIRA, A., ONOFRE,E., COSTA, S.A. **Que destino para a espera?** In:BERENGER,M.E. *et al.* (Orgs.) *Desinstitucionalização e Psicose: experiências clínicas.* Niterói:EdUFF, 2008.

CHEIBUB, M. MOREIRA, P. **Os caminhos de novas institucionalidades.** In:BERENGER,M.E. *et al.* (Orgs.) *Desinstitucionalização e Psicose: experiências clínicas.* Niterói:EdUFF, 2008.

COSTA, S. A. **Inserção Social? O que é...como fazer...** In:BERENGER,M.E. *et al.* (Orgs.) *Desinstitucionalização e Psicose: experiências clínicas.* Niterói:EdUFF, 2008.

DELGADO, P. G. **Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com apêndice sobre a questão dos crônicos)**. In: COSTA, N.R., TUNDIS, S.A. (orgs) *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*, 3ª edição, Petrópolis-RJ: Ed. Vozes, 1992.

\_\_\_\_\_. **“Instituir a desinstitucionalização”: o papel das Residências Terapêuticas na Reforma brasileira**. In: *Cadernos do IPUB*. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria/UFRJ, vol. XII, nº 22, Nov./dez. 2006.

\_\_\_\_\_. **Determinantes institucionais da cronificação**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. vol.40(3), 1991.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

GIANNERINI, G. **No meio do caminho: o paradoxo da longa institucionalização de pacientes jovens**. Monografia de Especialização de Saúde Mental aos moldes de residência. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2011.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GOMES, M.P.C. **Paracambi: saiba o que está acontecendo na Casa de Saúde Dr. Eiras**. Entrevista com a Assessora de Saúde Mental SES/RJ. In: *Boletim 18 de Maio - IFB*. Rio de Janeiro, ano 8, nº17, Nov./dez. 2000 – jan.2001.

GOMES, M.P.C.; GAUDÊNCIO, A.; VIANNA, L.; FONSECA, L.P.; VENTURA, M.C. **Notas sobre Serviços Residenciais Terapêuticos e processos de desinstitucionalização em uma gestão estadual**. In: *Cadernos do IPUB*. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria/UFRJ, vol. XII, nº 22, Nov./dez. 2006.

GUITTON, A.P.A.L. **Trajetórias do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro: uma análise a partir das estratégias políticas para o hospital psiquiátrico**. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

GULJOR, A.P.; PINHEIRO, R. **Demandas por cuidado na desinstitucionalização: concepções e percepções dos trabalhadores sobre a construção de demanda e necessidades em saúde mental**. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Desinstitucionalização da saúde mental*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

HONORATO, C.E.M. **O Trabalho político do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização: um estudo sobre integralidade e reforma psiquiátrica**. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007.

JANN, I. **Fecha-se a última estação dos Sem Eira nem Beira e se abrem novos caminhos cuja VIDA faz o contorno e a direção!**, mensagem pessoal recebida por <enaravieira@hotmail.com> em 24mar.2012a.

\_\_\_\_\_. **Processo de Desinstitucionalização- O caso Paracambi.** Comunicação oral proferida no 10º Congresso Internacional da Rede Unida. 08 mai. 2012b.

LEAL,E.M; DELGADO,P.G.G. **Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização.**In: PINHEIRO,R. *et al.* (Orgs.). Desinstitucionalização da saúde mental. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS:ABRASCO, 2007.

LOUZADA, W. **Espaços que insistem, vidas que resistem:a longa permanência em questão.** Dissertação de Mestrado. Vitória: UFES, 2012.

NUNES,F.A.; BARROS, M.I.V. **Luta Antimanicomial:para além dos muros institucionais.** In:BERENGER,M.E. *et al.* Desinstitucionalização e Psicose: experiências clínicas. Niterói:EdUFF, 2008.

OLIVEIRA, E. **Cuidando da Desconstrução: do Engenho de Dentro para um Engenho de Fora.** In: Archivos Contemporâneos do Engenho de Dentro: Instituto Municipal Nise da Silveira, Rio de Janeiro, ano 1, n.1, 2007.

PASSOS,I.C.F. **Desinstitucionalização em psiquiatria:um estudo de caso.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria . vol.52(4),2003.

\_\_\_\_\_. **Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana.** Rio de Janeiro:Editora FIOCRUZ,2009

PELBART, P. P. **Manicômio Mental: a outra face da clausura.** In: LANCETTI, A. Saúde Loucura. n.º 2. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990.

PINHEIRO,R. *et al.* (Orgs.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS:ABRASCO, 2007.

RANGEL, M. A **“nova cronicidade” nos “novos” serviços de atenção psicossocial.** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro:ENSP/FIOCRUZ, 2008.

REGO, T.S. do. **O longo caminho de passagem para a casa.** In:BERENGER,M.E *et al.* (Orgs.) Desinstitucionalização e Psicose: experiências clínicas. Niterói:EdUFF, 2008.

RIO DE JANEIRO, Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. **Com a mediação do Ministério Público do Estado Rio de Janeiro(MPRJ).** Disponível em <[www.jusbrasil.com.br/topicos/695252/ministerio-publico-do-estado-do-rio-de-janeiro](http://www.jusbrasil.com.br/topicos/695252/ministerio-publico-do-estado-do-rio-de-janeiro)>Acesso em 25mai.2012.

\_\_\_\_\_, Coordenação de Saúde Mental, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Relatório de Gestão 2012.** Disponível em< [www.saudementalrj.blogspot.com.br](http://www.saudementalrj.blogspot.com.br)> Acesso em 02mar.2013.

ROTELLI, F. **Superando o manicômio- o circuito psiquiátrico de Trieste.** In: AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTOS, M.T.C. **A Reforma Psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro a partir dos anos 90: as tramas da política.** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro:IMS/UERJ:2007.

SCHMID, P.; POSWOLSKI,S. **O cuidado informado: relato de um planejamento estratégico de desinstitucionalização.** . In: *Archivos Contemporâneos do Engenho de Dentro: Instituto Municipal Nise da Silveira,* Rio de Janeiro, ano 1, n.1, 2007.

SILVA, M.B.B. **Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial.** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro:IMS/UERJ: 2004.

SIQUEIRA, K. **Esse é pra CAPS!** In:BERENGER,M.E.; *et al.*(Orgs.) *Desinstitucionalização e Psicose: experiências clínicas.* Niterói:EdUFF, 2008.

SOUZA, A.C. et al. **Da “instituição negada” à “instituição inventada”:** a especificidade do processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói-RJ. In: PINHEIRO,R. et al. (Orgs.). *Desinstitucionalização da saúde mental.*Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS:ABRASCO, 2007.

UHR, D. **Atenção Psicossocial, clínica ampliada e território: a Reforma Psiquiátrica e os novos serviços de saúde mental.** Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

VASCONCELOS, E.M. **Os dispositivos residenciais e de reinserção social em saúde mental: contexto, política, estratégias, tipologia, abordagens teóricas e desafios.** In: *Cadernos do IPUB.* Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria/UFRJ, vol. XII, nº 22, Nov./dez. 2006.

VECHI, L.G. **Princípios de atendimento de um centro de saúde mental 24 horas em Trieste, Itália:um estudo etnográfico.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* vol.53(6), 2004.

## ANEXO A- Roteiro de entrevistas

**Primeira fase-** entrevista com gestores da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, do município de Paracambi e da Coordenação de Saúde Mental do município do Rio de Janeiro - sobre o processo de fechamento e as respostas articuladas pelos municípios. E em especial ao município do Rio de Janeiro, que articulou a transinstitucionalização, sobre o porquê esta resposta foi pensada e em qual momento:

- Entrevistados representando o Estado e o município de Paracambi:

- O(a) senhor(a) poderia contar como foi sua inserção no processo de fechamento da CSDE-P?
- A partir de qual ano o(a) senhor(a) localiza como o início do processo de fechamento? Por quê?
- Quais ações o(a) senhor(a) destacaria como cruciais ou importantes para o processo?
- Quais eram os principais municípios que mantinham pacientes internados?
- Quais foram as respostas articuladas por estes municípios para seus munícipes internados?
- A partir do ano de 2009, quais municípios ainda mantinham munícipes internados?
- O que cada município envolvido a partir de 2009 apresentou de resposta até o fechamento em 2012?
- Quais municípios o estado ( e Paracambi) teve mais dificuldade e facilidade em trabalhar?
- Poderia contar algum caso que tenha te marcado durante o processo de fechamento?
- Como avalia o processo de fechamento da CSDE-P e as ações dos municípios envolvidos?

- Entrevistados do município do Rio de Janeiro:
  - O(a) senhor(a) poderia contar como foi sua inserção no processo de fechamento da CSDE-P?
  - A partir de quando o município do Rio de Janeiro se envolveu no processo de fechamento da CSDE-P? Como foi essa inserção?
  - Quais foram as ações iniciais?
  - Quais foram as principais dificuldades que o Rio de Janeiro enfrentou?
  - Quais as respostas o Rio de Janeiro articulou?
  - Quais as ações de desinstitucionalização o Rio de Janeiro desenvolveu?
  - No município do Rio de Janeiro foi articulada, para alguns casos, a transferência para outras instituições psiquiátricas. Como essa decisão foi pensada e executada?
  - No município do Rio de Janeiro foi articulada, para alguns casos, a transferência para outras instituições clínicas conveniadas ao SUS. Como essa decisão foi pensada e executada?
  - No blog da Saúde Mental da cidade do Rio de Janeiro foi divulgado que a transinstitucionalização foi pensada em caso de “extrema necessidade”. O que constitui essa “necessidade”?
  - Poderia contar algum caso que tenha te marcado durante o processo de fechamento?
  - Como o(a) senhor(a) avalia a participação do município do Rio de Janeiro no processo de fechamento da CSDE-P?

**Segunda fase-** entrevista com gestores e profissionais do Instituto Municipal Nise da Silveira e CAPS Torquato Neto sobre como foi feita a passagem dos pacientes da CSDE-P para o Instituto Municipal Nise da Silveira e quais são as perspectivas para a continuidade do acompanhamento dos casos no Instituto e no CAPS.

- Como foi sua inserção no processo de trabalho com a CSDE-P?
- Como o(a) senhor(a) vê o processo de fechamento da CSDE-P?
- A partir de quando o Instituto Municipal Nise da Silveira ( e CAPS Torquato Neto) se envolveu no processo? Como foi essa inserção?
- Como se deu o processo de trabalho em relação aos casos transferidos?
- Como foi seu acompanhamento aos casos no momento da transferência?
- Como o acompanhamento aos casos tem sido feito atualmente?
- Como avalia o trabalho dos CAPS nesse processo?
- Como avalia o processo como um todo, envolvendo o trabalho em conjunto com a Prefeitura do Rio de Janeiro, a CSDE-P e o Estado?
- Quais as principais dificuldades enfrentadas?

## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “ *A transinstitucionalização no caso do fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi: solução ou problema?*”, desenvolvida por Enara de Carvalho Vieira como parte da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro- IMS/UERJ. Este estudo tem por objetivo analisar o processo de fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi com ênfase na transinstitucionalização, ou seja, a passagem dos pacientes internados nesta instituição para outra instituição psiquiátrica, buscando entender por que essa resposta foi pensada, como foi realizada e quais são as perspectivas de acompanhamento dos casos .

Você foi selecionado(a) por ser ou ter sido gestor ou coordenador de saúde mental e ter participado do processo de fechamento da instituição em questão. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista à pesquisadora responsável pelo projeto. A entrevista será orientada por um roteiro. Cabe dizer que as entrevistas serão gravadas e transcritas, visando facilitar o processamento do material. Entretanto você pode solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

Como o convite para participar da pesquisa decorre de sua atuação na gestão pública, pedimos sua autorização para identificar suas falas nas apresentações dos resultados da pesquisa. Contudo, se você julgar conveniente, pode negar esta autorização marcando abaixo esta sua opção. Optando pelo anonimato, a pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de modo a não permitir sua identificação.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final desse documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável pela pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos da pesquisadora responsável: Enara de Carvalho Vieira, Psicóloga, xxxxxxxx

Contatos do orientador da pesquisa no IMS/ UERJ: Ruben Araujo de Mattos, xxxxxxx

Contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil: Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova Telefone:3971-1463 cepsms@rio.rj.gov.br /cepsmsrj@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Sobre a minha identificação nos resultados da pesquisa, opto por:

( ) preservar o anonimato

( ) autorizar a identificação de minhas falas nas publicações dos resultados

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “ *A transinstitucionalização no caso do fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi: solução ou problema?*”, desenvolvida por Enara de Carvalho Vieira como parte da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro- IMS/UERJ. Este estudo tem por objetivo analisar o processo de fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi com ênfase na transinstitucionalização, ou seja, a passagem dos pacientes internados nesta instituição para outra instituição psiquiátrica, buscando entender por que essa resposta foi pensada, como foi realizada e quais são as perspectivas de acompanhamento dos casos.

Você foi selecionado(a) por ser profissional de saúde mental e ter participado do processo de fechamento da instituição em questão. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista à pesquisadora responsável pelo projeto. A entrevista será orientada por um roteiro. Cabe dizer que as entrevistas serão gravadas e transcritas, visando facilitar o processamento do material. Entretanto você pode solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

A pesquisadora responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Seu anonimato será preservado.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final desse documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável pela pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos da pesquisadora responsável: Enara de Carvalho Vieira, Psicóloga,xxxxx

Contatos do orientador da pesquisa no IMS/ UERJ: Ruben Araujo de Mattos, xxxxxx

Contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil: Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova Telefone:3971-1463 cepsms@rio.rj.gov.br /cepsmsrj@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_