

O FENÔMENO *REVOLVING DOOR*: Um desafio à Reforma Psiquiátrica

“THE REVOLVING DOOR PHENOMENON: a challenge to Psychiatric Reform”

Paula Lessa Muniz¹

Maria Inês Nogueira²

Ana Paula Guljor³

RESUMO

Neste artigo discutimos o fenômeno *revolving door*, ou “porta giratória”, caracterizado pela reincidência em internações psiquiátricas num curto espaço de tempo entre uma internação e outra, como um desafio à reforma psiquiátrica. Apresentamos uma pesquisa que reconhece e identifica o perfil dessa clientela no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), localizado no município de Niterói - RJ, no período de julho de 2008 a junho de 2012. A investigação se desenvolveu em duas etapas: análise quantitativa de dados dos prontuários de indivíduos internados no HPJ e um estudo qualitativo de três casos a partir de entrevistas com usuários, familiares e profissionais de saúde. Os resultados obtidos mostraram que a persistência do fenômeno *revolving door* está associada à baixa resolutividade dos serviços de saúde mental, à fragilidade das redes sociais de apoio ao indivíduo e a equívocos que atravessam a construção de uma clínica cuidadora.

Palavras-chave: saúde mental, reinternações psiquiátricas, Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

In this article the revolving door phenomenon is discussed. It is characterized by recurrent psychiatric hospitalizations, within a short space of time between admissions

¹ Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense.

² Doutora em Saúde Coletiva, Professora do Departamento de Planejamento em Saúde da Universidade Federal Fluminense.

³ Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

and thus a challenge to Psychiatric Reform. This research aims to acknowledge and identify the profile of *revolving door* patients in mental health at Jurujuba's Psychiatric Hospital (HPJ), located in Niterói, RJ, in the period from July/2008 to June/2011. The research was developed in two steps: a quantitative analysis of data from medical records of HPJ's patients and a qualitative study of three cases through interviews with users, their families and health professionals. The results showed that the persistence of the revolving door phenomenon is associated with poor solutions to services in mental health, the fragility of social networks to support the user and misconceptions that cross the construction of a care giver clinic.

Keywords: Mental health, psychiatric hospitalizations, Psychiatric Reform.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 1980, a saúde mental tem passado por transformações paradigmáticas no que diz respeito aos seus saberes e práticas. Esse processo de mudança de paradigma transforma uma assistência, que era centrada no modelo hospitalocêntrico, no qual o leito psiquiátrico era a única intervenção de tratamento, em uma nova cena, cuja proposta é um cuidado pautado na integralidade, para além de novas estruturas e dispositivos de assistência.

Os novos dispositivos de cuidado em Saúde Mental surgiram para que o hospital psiquiátrico não continuasse sendo a única resposta para o sofrimento psíquico. Contudo, mesmo com a expansão de novos serviços e a transformação das práticas, uma clientela definida pela literatura internacional como *revolving door*, ou porta giratória, constitui ainda um desafio para a Reforma Psiquiátrica. Rotelli et al¹¹ esclarecem que o efeito de porta-giratória tornou-se, indesejavelmente, uma lógica de funcionamento da política de desospitalização. Isto porque a redução do período de internações levou a um aumento do número de reinternações. Em contrapartida, os serviços criados para substituírem as internações ainda não dispõem de todos os recursos necessários para o acompanhamento destes indivíduos e acabam confirmando a necessidade, como também a permanência, de um cuidado psiquiátrico hospitalizado.

Assim, a partir de um estudo de caso, a porta de entrada de internação psiquiátrica do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), buscou-se traçar o perfil da clientela *revolving door* no município de Niterói e desvelar seus principais predisponentes. Ao analisar o caminho percorrido da clientela alvo, iniciando na saída de alta da internação, culminando no retorno a posteriores internações, foi possível reconhecer as dificuldades encontradas pelas equipes de cuidado, o suporte familiar destes pacientes e o suporte da rede de assistência continuada aos quais os egressos dos hospitais tiveram acesso.

A pesquisa que subsidiou este artigo originou-se da dissertação de mestrado intitulada: “O fenômeno *revolving door*: um desafio à reforma psiquiátrica” (MUNIZ, 2012), desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFF, que foi aprovada pelo CEP com o número de parecer 37088 e data de relatoria de 06 de julho de 2012.

O fenômeno *revolving door* (RD) , ou “porta-giratória”, torna-se uma questão crucial a partir do momento em que as ações da reforma são dirigidas à desinstitucionalização da loucura. O fenômeno *revolving door* emerge na década de 60 e coloca-se como uma importante conseqüência da transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo centrado na desinstitucionalização. (Gastal et al⁷). Neste sentido, desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias, torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. De acordo com Amarante, desinstitucionalização torna-se, acima de tudo, um processo ético-estético de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos – “novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos”. (Amarante^{1:50})

Para a realização deste estudo selecionamos pesquisas que pudessem fornecer alguns marcadores de perfis e orientassem a coleta de dados. Na pesquisa de Rabinowitz⁹, realizada com o objetivo de identificar os fatores predisponentes à “porta-giratória” de internações em hospitais psiquiátricos de Israel, foram considerados como pacientes “porta-giratória” aqueles que compunham um perfil de quatro ou mais internações consecutivas, no período de dois anos e meio (critério adotado neste estudo). Nesse trabalho o autor destaca como principais fatores predisponentes ao

fenômeno RD as seguintes características: sexo masculino, idade em torno de 49 anos, estado civil solteiro, primeira internação, desemprego e diagnóstico inicial muito grave (RABINOWITZ⁹).

Já no Brasil, em um estudo similar realizado no Rio Grande do Sul, verificou-se que as variáveis com maior poder de predição ao fenômeno RD foram as seguintes: o intervalo de tempo entre a primeira e segunda internação, o tempo de permanência na primeira internação e o diagnóstico de esquizofrenia.(GASTAL *et al*⁷).

Em outro estudo sobre frequentes reinternações psiquiátricas, Ramos *et al*¹⁰ destacam quatro dimensões contextuais a serem consideradas como estimuladoras do fenômeno RD na saúde mental: a porta giratória da psiquiatria num nível contextual imediato, a desarticulação da rede de assistência num nível contextual específico, o louco e a loucura no imaginário social num nível contextual geral e o paradigma da saúde mental numa dimensão conceitual do fazer e saber psiquiátrico. A reflexão no contexto de paradigmas ajuda a compreender as idéias e conceitos que embasam o cuidado ofertado e a organização de serviços para essa clientela, como também nos aponta os entraves de percurso por onde se desencadeia o fenômeno de “porta-giratória” (RAMOS *et al*¹⁰).

A Reforma Psiquiátrica emerge como uma instância de mudança que questiona o paradigma (asilar), tradicionalmente utilizado pela Psiquiatria, sobre o seu poder de resolução de problemas. Nessa perspectiva, o paradigma asilar passa, então, a ser questionado pela ótica de um novo paradigma (psicossocial). Contudo, mesmo com o avanço do processo de implementação do paradigma psicossocial, este ainda coexiste com algumas lógicas de cuidado influenciadas pelo paradigma asilar. O fenômeno RD é um dos efeitos dessa coexistência e aponta a resistência de uma clientela, que por algum motivo, ainda responde ao modo de funcionamento do paradigma asilar.

Kuhn explica que um paradigma é hegemônico não porque é mais verdadeiro do que o outro, mas por ter a capacidade de convencimento da comunidade científica em questão sobre a possibilidade de oferecer soluções, ou perspectivas, para o enfrentamento da maioria dos problemas (CAMARGO JR⁴).

Nesse contexto, a reflexão sobre a noção do paradigma que fundamenta a reforma é um viés a ser considerado, de maneira que possa contribuir para elucidar algumas das questões levantadas e também problematizar conceitos e modelos que são o escopo do cuidado disponível à clientela RD. Para isso, vejamos como a noção de paradigma afeta a formulação de dois modos de cuidado: asilar e psicossocial.

No modo de cuidado asilar são enfatizadas as condições orgânicas como determinantes da doença-mental. Não se investe na participação do indivíduo em seu tratamento, já que a subjetividade é pouco ou nada considerada. O tratamento centra-se na doença, deixando em segundo plano o contexto familiar e social. A instituição que se organiza a partir do paradigma que orienta o modo de cuidado asilar tem como pressuposto uma organização do poder que funcione num único sentido, de cima para baixo. As ações, nas equipes, são determinadas por organogramas, que acabam por se repetir na terapêutica que se oferta. O poder e saber são estratificados e não consideram o cidadão, ou a população, em sua participação. A relação da instituição com os indivíduos se dá numa forma binária, entre loucos e sãos. Já na relação com a população, esta entende a instituição como um depósito, para onde enviam seus problemas e desviantes. A instituição no modo de funcionamento asilar é reprodutora de relações típicas do modo de funcionamento da produção capitalista (COSTA-ROSA⁵).

Embora o modo de cuidado asilar abrangesse condições indignas de tratamento (técnicas disciplinares, contenção química e outras) e uma estrutura institucional mantenedora dessa lógica, ele possui um poder de convencimento social que respondeu bem a demanda de seu tempo – exclui os “loucos” da sociedade.

No modelo de cuidado psicossocial, considera-se como determinantes os fatores políticos e os biopsicosocioculturais que possuam maior protagonismo em cada situação particular. A participação do indivíduo em seu tratamento é fundamental nos direcionamentos que serão feitos junto à equipe. O tratamento requer que o indivíduo não seja passivo em relação ao seu sofrimento e seus conflitos, mas que passe a se reconhecer como agente transformador que se implica nesse sofrimento e, portanto, seja capaz de operar mudanças. No modo psicossocial não se objetiva somente a supressão do sintoma orgânico, mas divide seus esforços no reposicionamento subjetivo possível

do indivíduo frente ao seu sofrimento. Ou seja: cada indivíduo terá como meta em seu tratamento o alcance de uma “certa” possibilidade de auto-administração da própria vida e de seu desejo. (COSTA-ROSA⁵)

Reformar a questão da loucura não se trata somente de criar novas instituições ou espaços de tratamento diferente do modelo asilar. Trata-se de colocar em questão os paradigmas que orientam os modos de cuidado voltados para os indivíduos que sofrem.

Entender a Reforma Psiquiátrica como uma mera reorganização de serviços e criação de novas nomenclaturas implica numa visão reducionista que, certamente, produzirá equívocos. Sendo assim, faz-se necessário que ocorra a superação do imaginário social constituído sobre aqueles que mais necessitam da assistência a saúde mental, para que a Reforma Psiquiátrica não fique restrita apenas à inovação de muros concretos e conceituais. Inovar para além de mudanças que ficam na superfície e não alcançam a essência de uma problemática mais substancial: reconhecer a cidadania e a possibilidade de inclusão de todos, propõe Amarante¹.

Para além da questão paradigmática, o conceito de redes de apoio sociais também se mostra pertinente para uma melhor compreensão da clientela RD, podendo desvelar fragilidades que ajudariam a explicar o desenvolvimento deste fenômeno. A rede de relações que envolve o indivíduo torna-se um contexto de influência que delimita a maneira com que seus membros irão perceber uma dada situação. Isto também irá trazer consequências que podem determinar as ações terapêuticas e formas de ajuda para essas pessoas.

Para Souza¹², as enfermidades adquirem sentidos através da rede de apoio social da qual fazem parte os indivíduos. “*Os significados se formam dentro dessa rede de luz e sombra, em que cada voz projeta uma imagem diferente sobre o objeto. É no âmbito desse meio de harmonia e dissonância dialógica que a enfermidade adquire seu tom e perfil.*” (p. 123). Essas redes fornecem um contorno, uma moldura que possibilita a garantia e formação de vínculos no tratamento dessa clientela, tornando-se parte importante na formação de significados para seus integrantes.

A conexão ou aproximação de uma rede de relações depende principalmente da estabilidade e continuidade dos relacionamentos (BOTT^{3: 116}). Sendo assim, a durabilidade de uma internação e a manutenção dos laços sociais durante a mesma é determinante para um desfecho positivo num tratamento ambulatorial.

Dada a reincidência de internações que caracterizam o fenômeno RD é possível supor que a rede de apoio a essa clientela não possua interconexão de relações altamente densas. Segundo Souza¹², a densidade de uma rede determina a demora ou a rapidez com que se buscam ações terapêuticas, como também o tipo de terapêutica de cura, reconhecida como eficaz para aquela rede: “*redes fechadas ou altamente densas exercem uma pressão informal sobre seus membros para que se ajudem um aos outros...*” (p. 92). Sendo assim, a baixa densidade de uma rede social poderia ser um dos predisponentes que favorecem o fenômeno RD.

MÉTODOS

O principal objetivo deste estudo foi identificar os principais fatores predisponentes ao fenômeno *revolving door*, ou “porta-giratória”, na clientela do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), em Niterói, no período de julho de 2008 a junho de 2012. Para isso, a investigação se desenvolveu em duas etapas: análise quantitativa de dados dos prontuários de indivíduos internados no HPJ para ilustrar o percentual dos principais diagnósticos, número de internações e motivos de internação para a amostra de *revolving door*, e um estudo qualitativo de três casos a partir de entrevistas com usuários, familiares e profissionais de saúde.

RESULTADOS

Nessa primeira etapa, objetivou-se a definição de indicadores que, através de uma análise quantitativa, expressassem um perfil para a clientela RD. Para esta coleta foram usadas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) como fonte de dados quantitativos para essa pesquisa. Os números de AIHs emitidos nesse período correspondem a 3.560 atendimentos que se tornaram internações no HPJ. Destes atendimentos foram selecionadas 1.325 internações como características do fenômeno

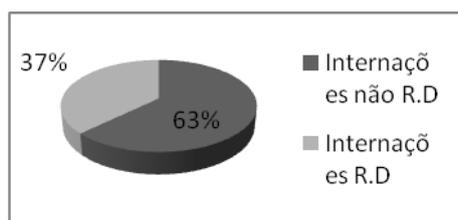
RD. Ou seja, indivíduos que foram internados quatro vezes ou mais, no período de dois anos e meio. Os dados demonstraram que mais de um terço das internações são procedimentos utilizados pela clientela RD. Do total de 3.560 internações, as 1.325 internações encontradas com o perfil de RD correspondem ao uso feito por 169 indivíduos e as 2.235 internações restantes correspondem ao uso de 1.883. Isto mostra que menos de 10% dos indivíduos que necessitaram de internação consumiram um significativo volume deste procedimento em relação ao total de internados no período (ver Quadro 1 e Gráficos 1 e 2)

Quadro 1 - Distribuição do total de internações em relação ao total de indivíduos RD e não RD no período de jul-2008 a jun-2012. HPJ – Niterói/RJ

Perfis	Nº de usuários	Nº de procedimentos
Perfil RD	169	1.325
Perfil não RD	1.714	2.235
Total	1.883	3.560

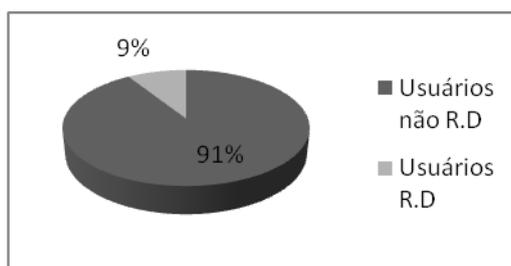
Fonte: HOSPUB do HPJ – Niterói/RJ

Gráfico 1 – Distribuição do total de internações RD e não RD no período de jul-2008 a jun-2012. HPJ – Niterói/ RJ



Fonte: HOSPUB do HPJ – Niterói/RJ

Gráfico 2 - Distribuição do total de indivíduos/ usuários RD e não RD no período de jul-2008 a jun-2012. HPJ – Niterói/RJ.



Fonte: HOSPUB do HPJ – Niterói/RJ

Para traçar um perfil desta clientela utilizamos os indicadores de idade, sexo, região de logradouro e prevalência de diagnóstico, na amostra delimitada pelas AIHs. Na análise da idade foram escolhidas as variáveis estatísticas de distribuição: média (somatório das idades dividido pelo número de pacientes que compõem a amostra RD) e moda (a idade que mais se repete ao longo da amostra). A média de idade encontrada para o perfil do sexo masculino foi 38,1 e 40,9 para o sexo feminino. Somando os dois grupos, a média das idades relativa ao perfil RD foi de 39 anos. A coincidência de valores iguais entre moda e média na soma dos dois sexos demonstra uma distribuição normal na amostra estudada.

Na distribuição da clientela RD, de acordo com o sexo, 103 indivíduos RD eram do sexo masculino (61%) e 66 do sexo feminino (39%). Esses dados apontam a prevalência do sexo masculino no perfil de RD desta amostra.

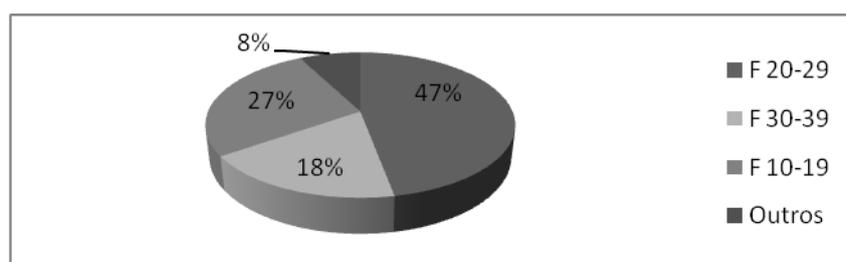
No município de Niterói, verificou-se uma maior concentração da clientela RD na região do Litoral da Baía (191.464 habitantes), com 60 moradores; em segundo lugar, surge a região Norte (156.996 habitantes), com 51 moradores; em terceiro lugar, a região de Pendotiba (49.620 habitantes), com 27 moradores; em quarto lugar, a região Oceânica (55.790 habitantes), com 11 moradores; e, por fim, a região Leste (5.581 habitantes), que não apresentou morador com o perfil RD.

Entretanto, Pendotiba mostrou-se a região com maior percentual de indivíduos RD (0,54 por 1000 habitantes). Um dado que nos chama atenção devido à elevada proporção de indivíduos que não possuem rendimentos, em relação à população de Niterói. O município de Niterói também acolhe alguns pacientes de outros municípios. Para o caso desta amostra, 18 pacientes RD são moradores dos municípios vizinhos de

São Gonçalo e 2 são moradores do município de Itaboraí . Dada as dificuldades que o município de São Gonçalo encontra na estruturação em sua assistência à saúde mental e pactuação com a prefeitura de Niterói, o HPJ acaba recebendo uma expressiva quantidade de residentes deste município. Isto muitas vezes acaba “inchando” o serviço e trazendo algumas complicações à continuidade da assistência destes indivíduos.

Com relação à prevalência de diagnósticos da amostra RD, observou-se uma preponderância da esquizofrenia – transtornos esquizofreniformes e delirantes (F 20 – F29), seguida por transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substancias psicoativas (F10 – F 19) e transtornos do humor/ afetivos (F 30 – F 39).

Gráfico 3– Distribuição do total de indivíduos por diagnóstico no perfil RD no período de jul-2008 a jun-2012. HPJ – Niterói/RJ



Fonte: HOSPUB do HPJ – Niterói/RJ

Na distribuição das categorias diagnósticas por sexo, observa-se a prevalência de transtornos esquizofreniformes e delirantes no sexo masculino, seguida pelos transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substancias psicoativas e em terceiro lugar prevalece a categoria dos transtornos do humor/ afetivos. O sexo feminino se iguala ao masculino na prevalência da esquizofrenia; o contraste irá surgir nas categorias adiante, que irão se inverter na ordem de prevalência: a segunda categoria é a dos transtornos do humor/ afetivos em segundo lugar e transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substancias psicoativas em terceiro lugar.

Nessa pesquisa foram escolhidos três casos caracterizados como RD para uma análise qualitativa dos relatos e dos fluxos desses indivíduos. Os critérios de escolha foram os seguintes: número igual ou maior do que dez internações no período investigado; diagnóstico de Transtorno Esquizofreniforme (F20-29), por ser o mais

frequente, e a viabilidade em realizar as entrevistas de acordo com a receptividade do usuário internado. Foram então realizadas entrevistas com os usuários, com um dos familiares e com um profissional de saúde de referência para extrairmos os relatos analisados.

Os três casos selecionados – Alberto, Áureo e Ruth –, cujos nomes foram modificados para preservar a identidade desses indivíduos, são retratos de trajetórias comuns, caracterizados nesta pesquisa como RD. Para a discussão desses casos e análise de seus fluxos foram eleitas três categorias analíticas – a comunicação, as redes sociais e a clínica.

Apresentamos um quadro com as informações sobre o número de internações dos três casos selecionados.

Quadro 2 – Distribuição do número de internações de Alberto, Áureo e Ruth no período de jul-2008 a jun-2012. HPJ – Niterói/RJ

Número de internações	Alberto	Áureo	Ruth
Total de internações ao longo da vida	12	19	27
Total de internações no período de 2008 – 2012	6	11	9
Total de dias de internação no período de 2008 - 2012	230	448	601

Fonte: HOSPUB do HPJ – Niterói/RJ

Em seguida, traçamos um perfil dos três casos selecionados – Alberto, Áureo e Ruth – para melhor compreendermos suas histórias de vida e seus fluxos de internações e reinternações no HPJ.

- **Caso Alberto**, 39 anos, solteiro, recebe benefício e possui o diagnóstico descrito pelo CIDX como F20 (Transtorno esquizotípico delirante). Alberto é acompanhado em tratamento psiquiátrico no ambulatório do HPJ. Lá ele realiza apenas consultas psiquiátricas. Apesar de o ambulatório oferecer outros serviços assistenciais (psicoterapia, terapia ocupacional e grupos), desde que deixou de frequentar o extinto

serviço de Oficinas Integradas, Alberto não realizou mais outros tratamentos oferecidos. No momento de transição entre os serviços de referência para seu tratamento foi que Alberto passou a ter crises com mais frequência. Na data da entrevista Alberto encontrava-se internado. Em casa Alberto reside com sua mãe idosa e esta é responsável única por seus cuidados.

- **Caso Áureo**, 50 anos, solteiro, recebe benefício e possui o diagnóstico descrito pelo CIDX como F20. Áureo faz acompanhamento psiquiátrico e psicoterápico no CAPS Herbert de Souza e é um frequentador assíduo das atividades desenvolvidas para o coletivo. Áureo reside com sua mãe e irmão, ambos com problemas psiquiátricos. A mãe faz tratamento no médico de família e seu irmão não faz tratamento algum. Como residem em frente a uma tia idosa é esta que se posiciona como responsável pelo tratamento e administração da medicação do sobrinho. Áureo faz uso de uma medicação psiquiátrica (Quetiapina) que possui dificuldades em conseguir fora de sua internação. As equipes de internação e do CAPS possuem dificuldades em articular um consenso sobre a melhor medicação para o tratamento de Áureo.

- **Caso Ruth**, 37 anos, separada, recebe benefício e possui diagnóstico descrito no CIDX como F20. Ruth faz tratamento psiquiátrico e psicoterápico no CAPS. Herbert de Souza, embora não seja assídua em suas consultas. Quando em casa não usa a medicação psiquiátrica corretamente e chega a abandonar logo em seguida. Recentemente foi morar com a filha de 18 anos e o filho de 16 anos que tinha perdido o contato faz alguns anos. Nenhum dos dois possui prévio conhecimento sobre como lidar com a mãe e seu tratamento. Ruth em sua última internação sai de alta na época das férias de seu psicólogo, que não consegue realizar as orientações e encaminhamentos necessários ao tratamento da mesma a seus filhos. Eles a recebem desconhecendo as peculiaridades do tratamento de uma pessoa com diagnóstico tão grave como a mãe. Ruth entra em crise, foge para rua e quando retorna agride sua filha culminando assim em mais uma internação.

Nos fluxos descritos anteriormente, a questão da comunicação entre os serviços e a comunicação entre serviços e familiares aparece como um divisor de águas na

trajetória desses indivíduos. Os três casos analisados sofreram algum tipo de negligência neste aspecto, o que resultou em um retorno mais rápido à internação.

Em relação ao apoio de redes sociais, os casos de Áureo, Alberto e Ruth, evidenciam uma frágil relação desses indivíduos com outras pessoas, inclusive com suas próprias famílias. São indivíduos que passam a maior parte do tempo agudizados e por isso possuem maior probabilidade de esgarçarem os laços relacionais com as pessoas a sua volta. Em geral, como acontece nesses casos, um membro da família designa-se cuidador e permanece como apoio familiar. Contudo, esse familiar cuidador nem sempre tem toda informação que precisa para fornecer um cuidado de qualidade e encontra-se sempre muito cansado da sobrecarga que é cuidar sozinho de um familiar caracterizado como RD. Frequentemente, esse familiar cuidador tenta estabelecer uma ponte de comunicação com os serviços, mas nem sempre consegue.

No que se refere à discussão sobre a clínica, a observação desses três casos torna oportuna a reflexão sobre a construção de um novo paradigma que atravesse o cuidado oferecido, em especial nas redes de assistência. Os fluxos de Alberto, Áureo e Ruth nos serviços de saúde mental são marcados pela necessidade da atenção de uma equipe cuidadora, que supere a capacidade de auto-gestão do cuidado feito pelo próprio indivíduo e auto-responsabilização dos familiares cuidadores pelo tratamento.

Em Onocko^{8:102} os pressupostos basaglianos para reforma, lembrados por Amarante¹, são de uma clínica que coloque a “doença” em parênteses, porém isto não significa que essas pessoas possam ser auto-gestores de seu fluxo pela assistência e nem produtoras sozinhas de seu cuidado. Assim, Onocko⁸ defende uma clínica diferenciada, com foco no sujeito doente:

“Na nossa experiência, com supervisão institucional de vários serviços de saúde mental nos últimos anos temos a impressão de que a doença não foi colocada entre parênteses, para recolocar o foco no doente, a doença foi negada, negligenciada, oculta por trás dos véus de um discurso, que às vezes, e lamentavelmente, transformou-se em ideologia.” (8: 102).

De um modo geral, as equipes de saúde mental que operam nos moldes tradicionais reproduzem uma lógica de cuidado que desconsidera a capacidade destes sujeitos em assumir pactuações com seu próprio tratamento. Estratificam o cuidado e não estabelecem pontes de cuidado entre equipes e serviços. Na corrida para manter o indivíduo fora da internação, acabam por estressar todos os laços sociais tão fragilmente estabelecidos com aqueles que ainda estão próximos, contribuindo assim para uma dissociação ainda maior deste indivíduo.

As palavras de Onocko⁸ retratam o cotidiano de alguns serviços de Saúde Mental criticando certos seguimentos que se apropriam equivocadamente da proposta que embasa o paradigma psicossocial:

Colocar a doença entre parênteses é trazer para o centro do foco o usuário do serviço. Um usuário que muitas vezes está dissociado, e que o serviço contribui para dissociar ainda mais. Remédio é com psiquiatra. Escuta é com psicólogo. Trabalho é com o terapeuta ocupacional. Intercorrência clínica, outra: Não é conosco. Surto? Vai ter que internar. (8:103).

A realidade revelada no percurso desses casos ilustra o perfil RD, destacado neste estudo, portanto, não pode ser generalizada para todos os casos, nem contempla o cotidiano de todos os serviços. Contudo, ela nos chama atenção para que sejamos vigilantes em nossa atuação profissional. Que os conceitos que embasam a clínica que oferecemos possam ser repensados e re-significados, para que de fato possamos trabalhar com a singularidade de uma clínica cuidadora.

É importante destacar que nos mais de cinco mil municípios existentes hoje no país, a existência de uma rede de saúde mental estruturada não é hegemônica. Desta forma, no caso em estudo, discute-se um processo no qual existe um conjunto de dispositivos, que buscam uma articulação em rede. Se considerarmos a realidade de hoje da clientela internada repetidas vezes, teremos que observar municípios onde a única resposta ao sofrimento psíquico ainda é a internação psiquiátrica.

DISCUSSÃO

Ao final deste percurso, em busca dos predisponentes ao fenômeno *revolving door* no município de Niterói, algumas considerações sobre a apropriação dos conceitos que orientam o paradigma reformador são pertinentes e nos ajudam a compreender os elementos que compõem e favorecem o fenômeno.

Por se tratar de um grupo de indivíduos com frequentes desestabilizações, e que utiliza o leito psiquiátrico como principal resposta ao sofrimento, justificam-se medidas de cuidado que trabalhem cobrindo as lacunas que inevitavelmente vão surgir. Podemos dizer que o fenômeno RD não seria uma característica de uma clientela, e, sim, uma resposta à rede de cuidado ofertada. A perspectiva da linha de cuidado, enquanto uma estratégia de responsabilização territorial pode ser uma estratégia de recolocar novas respostas. Assim, o conceito de linha de cuidado poderia ser uma perspectiva que orientasse um cuidado pautado na integralidade, ou seja: acompanhamentos contínuos, resposta conjunta ao cuidado, por meio de um pacto que mobilize todos os atores que controlam os serviços e recursos assistenciais (FRANCO⁶).

Nos casos descritos neste estudo, vale relembrar a menção de Onoko⁸ sobre os riscos de se neurotizar a psicose. Uma clientela que precisa de serviços especiais e possui uma forma especial de estar na vida, também necessita de estratégias cuidadoras especiais para isso. Assim, os serviços de saúde mental precisam estar vigilantes e sempre fazendo pontes de comunicação com a família. A internação, mesmo sendo uma estada pontual de intervenção à crise no tratamento do sujeito, também necessita fazer parte desta tomada conjunta de responsabilidade para que o indivíduo possa sentir seu tratamento como um fluxo de cuidado contínuo e não entre “pontas” de serviços fragmentados. Os serviços não garantem por si só o cuidado, o que faz a diferença é o trabalho realizado pelos profissionais ao lidar com as pessoas.

A comunicação entre equipes é outro ponto que precisa ser refletido, como também desenvolvido através de estratégias de aproximação entre serviços e projetos de educação permanente para as equipes. Desta maneira, as equipes estarão em constante desenvolvimento e atualização de seus “modos de fazer” o cuidado. Foi recorrente no relato dos profissionais o desânimo com a falta de recursos e a dificuldade de interlocução entre equipes de serviços diferentes. Apesar de não desejarem se expor na

queixa desses relatos, algo “permanece no ar” sobre uma postura profissional de acomodação, devido à cristalização de alguns costumes e modos de realização do cuidado.

Algumas dimensões do conceito de rede social são importantes a serem discutidas para uma construção de linha de cuidado para essa clientela RD. A relação do indivíduo com sua família é uma delas. Em geral, nos casos observados, as relações encontram-se “esgarçadas”, ou sensíveis demais, ao ponto de não ser mais possível contar com esse apoio. Alguns familiares rejeitam o contato da equipe e não se dispõem a partilhar uma responsabilidade conjunta sobre o tratamento de seu familiar. Isso fica bem retratado no caso de Ruth. Essa baixa densidade de apoio guarda estreita relação com a necessidade de se efetuar um trabalho clínico pela equipe de assistência que envolva a família neste processo. A família acaba por ficar indisponível ao tratamento de seu familiar depois das dificuldades que encontra sozinha, neste percurso de adoecimento.

Sendo assim, nos relatos encontrados nos prontuários e entrevistas percebe-se a existência de famílias que estão indisponíveis à participação no tratamento (devido à incompreensão sobre as crises recorrentes ou por possuir quadro psiquiátrico semelhante ao familiar). Deste modo, iniciativas de acolhimento e atendimento à família desta clientela são fundamentais para um fluxo melhor dessa clientela pela assistência. Uma rede social resolutiva para essa clientela é aquela que conjuga a pactuação entre assistência em equipe, assistência em serviços e família cuidadora – todos juntos em uma estratégia singular de responsabilização pelo paciente.

CONCLUSÃO

Ao final desta discussão, o trabalho em tela também pretende demonstrar a importância da construção de uma clínica cuidadora, a partir do desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar, que contribua para a autonomia dessas pessoas para além dos muros institucionais. Que o cuidado ofertado se molde à especificidade da demanda e crie possibilidades de vida, ou seja, que se construam pontes para a inclusão destes indivíduos em uma sociedade que possa olhar a loucura como apenas mais uma forma de existir. Que essa clínica cuidadora crie meios e potências de vida que favoreçam

essas pessoas. Que novos espaços sejam criados, fora da instituição, para onde se possa sempre voltar. Mas que esses espaços estejam sempre disponíveis para acolher esses indivíduos que precisam de uma intervenção pontual e não como um substituto da existência.

Recordando Amarante¹ “*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.*” Do mesmo modo, Camargo Jr⁴ apresenta uma discussão sobre a construção teórica das doenças que corrobora a argumentação que vem sendo utilizada neste estudo:

*A descrição manualizada de uma doença define um quadro imaginário, que nunca corresponde perfeitamente às situações encontradas na prática clínica. O que isto quer dizer? Basicamente, uma doença é uma **construção**, um artefato do conhecimento, um recurso que utilizamos como médicos para dar conta dos problemas que nossos pacientes apresentam. (4: 7)*

Tangenciando as discussões que colocam a clínica (Amarante¹), ou a doença, (Onocko⁸), entre parênteses, ao retratar e dar voz aos indivíduos com o perfil RD, este estudo tira os parênteses desses indivíduos, recolocando-os no centro da atenção.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. *In*: Amarante P, organizador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003. p. 45-63.
2. Amarante P. O Homem e a Serpente. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996. p. 142
3. Bott E. Fatores que afetam as redes sociais. *In*: Bott E. Família e rede social. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1976. p. 109- 23.
4. Camargo Junior KR. Paradigmas, ciência e saber médico. Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 6. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1992. p.1- 20.

5. Costa-Rosa A. O Modo Psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: Amarante P, organizador. Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000. p. 141-68.
6. Franco TB, Magalhães HM Jr. Integralidade na assistência a saúde: a organização das linhas de cuidado. *In*: Franco TB, Magalhães Junior HM. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 161-98.
7. Gastal FL, Andreoli SB, Quintana MIS, Gameiro MA, Leite SO, McGrath J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev Saude Publica*. 2000; 34(): p.280-5.
8. Onocko R. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde e Debate*. 2001; 25(58): p 98-111.
9. Rabinowitz JI, Mark M, Popper M, Slyuzberg M, Munitz H. **Predicting revolving-door patients in a 9-year national sample.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1995; 30 (2): p. 65-72.
10. Ramos RKD, Guimarães J; Enders CB. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface – Comum, Saúde, Educ*. 2011; 15 (37): p.67-77.
11. Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. *In*: Nicácio F, organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 112.
12. Souza AMI. Na Trama da Doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. *In*: RABELO, MCM, ALVES, PCB, SOUZA, IMA. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999. p 91 – 123.